

¹Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Klinice Neurologii
Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

¹Students' Research Group at the Chair and Department of Neurology,
Medical University of Lublin, Poland

²Katedra i Klinika Neurologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie

²Department of Neurology, Medical University of Lublin

ADRIANNA DENYSIUK¹, MAREK MAZUREK¹,
MARTA TYNECKA-TUROWSKA², KONRAD REJDAK²,
EWA PAPUĆ²

Implikacje zawrotów głowy dla jakości życia

The impact of vertigo on quality of life

Słowa kluczowe: zawroty głowy, jakość życia, zaburzenia psychiczne, życie rodzinne, aktywność zawodowa, leczenie

Key words: dizziness, quality of life, mental disorders, family life, professional activity, treatment

WSTĘP

Zawroty głowy są jednym z bardzo częstych objawów dotyczących w ciągu życia 7,4% populacji w wieku 18-79 lat [30]. Przez niektóre osoby są one opisywane jako wirowanie, zaburzenie równowagi, zapadanie się, poruszanie się otoczenia, bądź ruch własnego ciała przy nieruchomym otoczeniu chorego [13]. Ze względu na częstość występowania oraz niejednoznaczne odczuwanie przez osoby chore, jest zaburzeniem które jest w stanie w znaczny sposób upośledzić jakość życia pacjentów. Problem ten szczególnie zauważalny jest u osób w wieku podeszłym u których zawroty głowy często sprzyjają współistnieniu zaburzeń lękowych. W jednym z badań, w którym uczestniczyło 2064 osoby w wieku 18-64 lat prawie połowa zgłaszała objawy niepokoju oraz elementy fobii, co znacząco wpływało na jakość życia chorych [28]. Wiadomo, że zawroty głowy, zwłaszcza te o charakterze przewlekłym w sposób istotny pogarszają jakość życia chorych, dlatego w poniższym artykule prezentujemy wpływ zawrotów głowy na jakość życia chorych.

WHO (ang. World Health Organization) definiuje jakość życia człowieka jako indywidualnie postrzeganą sytuację w kontekście kulturowym i systemie wartości w którym żyje w odniesieniu do jego celów, oczekiwań, wzorców i obaw. Jest to złożone pojęcie obejmujące wiele dziedzin takich jak: stan zdrowia fizycznego, stan

psychiczny, poziom niezależności, relacje społeczne, status zawodowy i osobiste wierzenia [26].

WPLYW ZAWROTÓW GŁOWY NA JAKOŚĆ ŻYCIA

Problem zawrotów głowy jest niezwykle ważnym zagadnieniem mającym wpływ na jakość życia na wielu jego płaszczyznach. Jest to szczególnie zauważalne w grupie osób starszych, którzy oprócz zawrotów głowy cierpią na inne jednostki chorobowe, co w znacznym stopniu potęguję ich negatywną rolę w upośledzeniu codziennej aktywności pacjentów. Oprócz oczywistych zagadnień takich jak rola zawrotów głowy w zaburzeniach koordynacji ruchowej i równowagi, mają one także wpływ na codzienne funkcjonowanie w społeczeństwie, pracę zawodową i życie rodzinne. Osoby cierpiące na tego typu zaburzenia mogą mieć problemy psychiczne, a w skrajnych przypadkach mogą rozwinąć ciężką postać zaburzeń depresyjnych. Niekiedy również zawroty głowy mogą być objawem chorób psychicznych szczególnie w zaburzeniach z silną komponentą napadów lękowych [11].

W porównaniu do populacji ogólnej w grupie osób cierpiących z powodu zawrotów głowy znacznie częściej występują zaburzenia koncentracji, uwagi, zaburzenia postrzegania przestrzennego, uczucia głębokiego. Sugeruje się, iż zaburzenia te mogą mieć związek z połączeniami układu przedsionkowego z korą mózgu, hipokampem oraz ciałem migdałowatym. Obniżona impulsacja w układzie przedsionkowym może prowadzić do zaburzeń funkcji poznawczych, a także zaburzeń afektu [2]. W niektórych przypadkach zawrotom głowy towarzyszą nudności i wymioty, utrata słuchu, zmęczenie czy też napady migrenowych bólów głowy [18].

WPLYW NA STAN PSYCHICZNY

Wiele prac naukowych wykazało silny związek występowania zawrotów głowy z zaburzeniami natury psychicznej. Badania niemieckie przeprowadzone na grupie osób cierpiących z powodu zawrotów głowy o podłożu somatycznym, po trzyletnim okresie obserwacji ujawniły, że 40,7 % chorych cierpiało na zaburzenia lękowe i różnego rodzaju fobie, wśród 21,5 % zdiagnozowano depresję, natomiast u 35,4% osób zdiagnozowano inne dolegliwości somatyczne [27]. Niektóre prace sugerują trzykrotnie częstsze występowanie zaburzeń lękowych, fobii i depresji u osób z zaburzeniami przedsionkowymi w porównaniu do populacji ogólnej [2]. Wykazano, iż niektóre schorzenia z współistniejącymi zawrotami głowy w sposób szczególny predysponują do występowania powyższych objawów psychicznych, jest to m.in. choroba Meniere'a i zapalenie nerwu przedsionkowego. Osoby dotknięte tymi chorobami w szczególności powinny być objęte interdyscyplinarną terapią kładącą nacisk na wczesne wykrywanie i monitorowanie objawów psychicznych [5]. Przyczyna występowania zaburzeń psychicznych w postaci zespołów lękowych, fobii i depresji jest nieustalona, jednak niektórzy naukowcy wskazują na zaburzenia w przekaźnictwie neurotransmiterów w rejonach obejmujących układ przedsionkowy oraz obszary mózgu odpowiedzialne za stan emocjonalny [2].

Zawroty głowy często skutkują radykalną zmianą codziennej aktywności chorych. Niejednokrotnie są oni zmuszeni do porzucenia dotychczasowej pracy, nie

mogą oddawać się swoim zainteresowaniom czy wykonywać wielu domowych obowiązków. Z tego powodu, często czują się one stygmatyzowane w środowisku, ograniczają swoją aktywność, zmuszone zostają do zmiany stylu życia. Takie postępowanie staje się przyczyną wycofania z życia społecznego. Pojawia się bezradność, frustracja, obniżona samoocena [29].

Bardzo ważnym aspektem jest też nieprzewidywalność występowania napadów zawrotów głowy. Może to prowadzić do nieustannego lęku i niepokoju związanego z chorobą. Strach przed upadkiem jest jednym z najczęściej zgłaszanych problemów w tej grupie pacjentów [31].

Często osoby z omawianymi zaburzeniami są niezrozumiane przez otoczenie, a sam problem zawrotów może wydawać się bagatelizowany przez co chory otrzymuje niewielkie wsparcie od osób go otaczających. Niejednokrotnie skutkuje to zaostrzeniem problemów natury psychicznej, co szczególnie wyraźne jest w grupie kobiet. Wiele prac badawczych ujawnia, że kobiety są bardziej narażone na dolegliwości natury psychicznej niż mężczyźni [15, 12, 16]. Dodatkowo zauważono, iż w grupie osób cierpiących na ośrodkowe zaburzenia przedsionkowe częściej dochodzi do epizodów depresji niż w przypadku innych przyczyn zawrotów głowy [15].

Jednym z objawów psychospołecznych jest agorafobia, która z jednej strony może być przyczyną zawrotów głowy, ale niekiedy staje się skutkiem tego zaburzenia. Na pojawienie się lęku przebywania na otwartej przestrzeni składa się wiele czynników m.in. jest to brak powierzchni o które chory może się oprzeć w przypadku wystąpienia ataku, zaburzenia widzenia zwłaszcza w przypadku dużych odległości, a także lęk przed atakiem w miejscu publicznym. Kolejnym zaburzeniem jest akrofobia, czyli lęk przed przebywaniem na dużych wysokościach. W przypadku osób z zawrotami głowy lęk ten jest niedostosowany do sytuacji, kiedy to osoba chora obawia się upadku z niewielkiej wysokości ze względu na możliwy atak zawrotów [8].

Obecnie coraz większą uwagę przykładana jest do opieki nad pacjentem obejmującej konsultacje psychiatryczne, psychoterapię u osób u których występują zawroty głowy, dodatkowo wprowadzenie psychoterapii może być jedną z metod leczenia i łagodzenia objawów zawrotów u osób z nieustaloną ich przyczyną [14].

WPLYW NA AKTYWNOŚĆ ZAWODOWĄ

Kolejnym aspektem jest wpływ zawrotów głowy na aktywność zawodową osób dotkniętych tym problemem. Wyraża się ona głównie w niemożności prowadzenia pojazdów, obsługi maszyn, ale też w znaczący sposób utrudnia on wykonywanie nawet mniej skomplikowanych czynności. Badania przeprowadzone w Meksyku wskazują, że spośród aktywnych zawodowo pacjentów z zawrotami głowy, aż w 45,5% powodowały one trudności w wykonywanej pracy. Efektem tego była konieczność zmiany charakteru pracy u 31,2% z nich, a 23,2% zmuszona była do porzucenia dotychczas wykonywanego zawodu [30]. Badania norweskie wskazują, że 23% mężczyzn i 24% kobiet została przyznana renta z powodu trudności wynikających z zawrotów głowy. Duże znaczenie miał poziom wykształcenia badanych pacjentów. Renta była orzekana dwa razy częściej w grupie osób które zakończyły

edukację na poziomie podstawowym (7-9 lat nauki) w porównaniu z grupami o wyższym wykształceniu. Najważniejszym czynnikiem predykcyjnym był jednak wiek pacjentów. Osoby poniżej 40 roku życia otrzymywały rentę ponad 6 razy rzadziej niż chorzy po 45 roku życia. Nie wykazano natomiast żadnej zależności względem płci badanych osób [25]. Zmiany takie mają ogromny wpływ na rodziny pacjentów bowiem niejednokrotnie wiążą się z pogorszeniem ich sytuacji finansowej. Nie są także obojętne dla psychiki osób dotkniętych problemem zawrotów głowy, powodując poczucie małej przydatności, obniżenia samooceny i nastroju. Może przyczynić się to do pogłębienia wykluczenia społecznego pacjenta spowodowanego chorobą, a także rozwinąć się w kierunku zaburzeń lękowych czy stanów depresyjnych.

WPLYW NA ŻYCIE RODZINNE

Zawroty głowy jak każdy stan chorobowy mają wieloraki wpływ na życie rodzinne pacjenta zarówno pod względem emocjonalnym, psychologicznym jak i finansowym. Bliscy pacjenta spędzając z nim dużo czasu zauważają rozwój objawów spowodowane chorobą a także wynikające z nich cierpienie oraz trudności w codziennym funkcjonowaniu. Duże znaczenie ma poziom empatii członków rodziny. Obserwacja cierpienia pacjenta będącego dla nich bliską osobą może znacznie wpłynąć także na ich stan psychiczny stanowiąc źródło długotrwałego stresu. Badania wykazały, że u 22% współmałżonków pacjentów z zaburzeniami lękowymi wynikającymi z objawów zawrotów głowy także stwierdzono podobne zaburzenia. Sugeruje to, że zawroty głowy mogą powodować konsekwencje psychologiczne dla obu małżonków [19]. Z drugiej strony, bliscy z niskim poziomem współodczuwania, nie potrafią prawidłowo zrozumieć stanu pacjenta co może być powodem konfliktów występujących w rodzinie. Jest to ważne dla samego funkcjonowania pacjenta. Badanie Figueirasa i Weinmana dotyczące wpływu prawidłowego postrzegania choroby przez współmałżonka na okres rekonwalescencji po przebytych zawale serca wykazały, że pary z podobnym postrzeganiem wykazywały lepszy stopień fizycznego i psychicznego funkcjonowania, lepsze funkcjonowanie seksualne, a także mniejszy wpływ choroby na życie społeczne [7]. Podobną zależność wykazano w badaniach dotyczących ryzyka rozwoju stanów lękowych i depresji [3]. Pokazuje to jak duże znaczenie w procesie leczenia i powrotu do normalnego funkcjonowania pacjenta ma edukacja jego rodziny. Odgrywa ona ważną rolę także w procesie diagnostycznym. Badania wykazały, że osoby bliskie bardzo dobrze rozpoznają stopień zaawansowania choroby [19]. Często są one w stanie wychwycić objawy i problemy których sam pacjent jeszcze nie wychwycił lub z pewnych powodów obawia się zgłoszenia ich lekarzowi. Z tego powodu ważna jest współpraca nie tylko lekarza i pacjenta, a również jego rodziny celem jak najszybszego postawienia rozpoznania i wdrożenia odpowiedniego leczenia.

ZAGROŻENIA DLA ŻYCIA

Niezwykle niebezpiecznym zagrożeniem szczególnie u osób starszych są upadki spowodowane zawrotami głowy. Często kończą się poważnymi złamaniami czy

urazami czaszkowo- mózgowymi co jest nie tylko niebezpieczne dla osób chorych, ale stanowi również poważny problem społeczny i ekonomiczny. Osoby starsze w sposób szczególny narażone są na upadki w wyniku zawrotów głowy ze względu na mnogość schorzeń na które cierpią m.in. zaburzenia krążenia mózgowego, niewydolność tętnic kręgowych często współistniejącą ze zmianami zwyrodnieniowo-dyskopatycznymi odcinka szyjnego kręgosłupa [6].

METODY POPRAWY

Zawroty głowy wywierają znaczny skutek na jakość życia chorego, dlatego bardzo ważne jest podejmowanie działań mających na celu minimalizowanie ich wpływu na codzienną aktywność chorego. Powinno być to działanie interdyscyplinarne obejmujące zarówno leczenie choroby zasadniczej, jak i zapobieganie występowaniu powikłań oraz niwelowaniu ich skutków. Z tego powodu pacjent cierpiący na zawroty wymaga kontroli ze strony specjalistów wielu dziedzin.

Największą rolę przypisuje się skutecznemu leczeniu właściwej choroby wywołującej objawy. Ma to odzwierciedlenie w poprawie wyników osiągniętych przez pacjentów w kwestionariuszach takich jak DHI (Dizziness Handicap Inventory) i SF-36 (Short Form-36). Badania wykazują, że poprawa widoczna jest już po miesiącu leczenia [18,17]. Duże znaczenie ma jednak typ zawrotów głowy na jaki cierpi pacjent. Największą poprawę udaje się osiągnąć w łagodnych napadowych pozycyjnych zawrotach głowy oraz przy zapaleniu nerwu przedsionkowego. Dobre wyniki przynosi także leczenie zawrotów w chorobie Meniere'a. Najmniejsza poprawa jakości życia występuje w przypadku migreny przedsionkowej [18]. Dużo mniejsze znaczenie w wynikach ma rodzaj przeprowadzanej rehabilitacji przedsionkowej. Wykazano, że ćwiczenie pozycyjne Brandta i Daroffa i manewr Epleya osiągają podobną efektywność w poprawie wyników wg kwestionariusza DHI [9].

Duże znaczenie ma także jak najwcześniejsze włączenie leczenia tak, aby objawy miały jak najmniejszy wpływ na zmianę stylu życia pacjenta. Szybkość adaptacji centralnego układu nerwowego skutkująca minimalizowaniem nieprzyjemnych odczuć związanych z zawrotami uzależniona jest od stopnia aktywności chorego. Wykazano, że pacjenci którzy ograniczyli swoją codzienną aktywność z powodu obawy przed zawrotami wolniej uzyskują poprawę w porównaniu z pacjentami którzy nie zmienili stopnia swojej aktywności [30, 32].

Kolejnym aspektem jest konieczność skutecznego leczenia schorzeń współistniejących z zawrotami głowy takich jak cukrzyca, nadciśnienie, osteoporoza czy choroba zwyrodnieniowa stawów. Wykazano, że choroby systemowe mają wpływ na częstość występowania nawrotów oraz skuteczność leczenia łagodnych napadowych położeniowych zawrotów głowy. Ryzyko kolejnego napadu wzrasta wraz z liczbą dodatkowych schorzeń na jakie cierpi pacjent [4].

Z powodu dużego ryzyka współistnienia zaburzeń natury psychicznej pacjenci z zawrotami głowy powinni mieć także zapewnioną opiekę psychologiczną i w razie konieczności psychiatryczną [21]. Bardzo ważna jest psychoedukacja chorych. Pozwala ona nauczyć pacjentów prawidłowej oceny swojego stanu dzięki czemu możliwe jest szybsze wykrycie pierwszych objawów rozwijającej się choroby [15]. Psy-

choterapią powinni zostać objęci przede wszystkim pacjenci z zawrotami o przedłużającym się i złożonym przebiegu. Szczególną uwagę należy poświęcić chorym cierpiącym na zapalenie nerwu przedsionkowego oraz chorobę Meniere'a. Wykazują oni znacznie większą predyspozycję do rozwoju objawów natury psychicznej niż pacjenci z innymi rodzajami zaburzeń [5]. Opieka taka powinna być włączona jak najwcześniej. Jest to bardzo ważne w przypadku dzieci bowiem przewlekłe choroby z nawracającymi epizodami często skutkują większym ryzykiem występowania zaburzeń emocjonalnych oraz zaburzeń zachowania [22]. Wykazano, iż najbardziej negatywny wpływ cechuje przewlekłe zaburzenia neurologiczne, stanowiące częstą przyczynę zawrotów głowy [10].

Należy także podkreślić rolę edukacji chorego z zawrotami głowy. Dzięki niej pacjenci lepiej rozumieją istotę swojego schorzenia i celowość terapii co skutkuje lepszą współpracą pacjenta z lekarzem. Pozwala to skrócić okres rekonwalescencji i umożliwić szybszy powrót do normalnej aktywności [24, 1, 20.]. Ważna jest też edukacja rodziny chorego. Lepsze zrozumienie choroby przez bliskich również skraca okres powrotu do zdrowia, a także ma pozytywny wpływ na psychikę chorego zmniejszając ryzyko występowania powikłań takich jak depresja [19].

PODSUMOWANIE

W ostatnich latach pojęcie jakości życia (ang. Quality of Life) stało się ogólnie stosowanym wymiarem m.in. ciężkości choroby, skuteczności leczenia, a także szeroko rozumianym wpływem danej jednostki chorobowej na poszczególne sfery życia chorego. Jest to niezwykle złożone pojęcie obejmujące odczucia obiektywne i subiektywne, w którym pacjent stanowi centrum naszego zainteresowania. Chory wymaga holistycznego podejścia skupiającego uwagę nie tylko na danej jednostce chorobowej, ale całym organizmie jako złożonym układzie [23]. W przypadku zawrotów głowy metodami obiektywizacji ich wpływu na jakość życia chorych stosowany jest szereg kwestionariuszy wypełnianych przez pacjentów. Stanowią one wskazówkę prognostyczną dotyczącą choroby, pozwalają na lepszą komunikację w płaszczyźnie lekarz-pacjent wspomagając tym samym proces leczenia i rehabilitacji chorego.

Wpływ zawrotów głowy na jakość życia chorego jest wieloraki, wyciska on swoje piętno zarówno w sferze emocjonalnej, rodzinnej jak i dotyka zagadnienia ze sfery ekonomicznej pacjenta. Choroba, prawie zawsze jest czynnikiem destabilizującym strukturę rodziny, często uniemożliwia wykonywanie wcześniej podejmowanych przez pacjenta aktywności co nasila jego niepokój, stres a także postrzeganie samego zaburzenia. Dodatkowo zawroty głowy mogą stanowić bezpośrednie zagrożenie życia chorego w postaci upadków, które szczególnie u osób starszych mogą zakończyć się długotrwałą i kosztowną rehabilitacją.

Próby poprawy jakości życia chorego, jego stanu psychicznego, leczenia zależą przede wszystkim od przyczyny zawrotów głowy. Jednakże w przypadku długotrwałych zawrotów głowy w których możliwe jest jedynie leczenie objawowe chory powinien być otoczony opieką o jak najszerszym spektrum działania. Obok leczenia farmakologicznego, rehabilitacji, powinna znaleźć swe miejsce psychoterapia, nie-

kiedy konsultacje psychiatryczne, a także edukacja samego chorego oraz jego rodziny. Takie działania mają na celu zminimalizowanie skutków choroby na wcześniej wspomnianą jakość życia chorego. Należy pamiętać, iż jedynie spojrzenie holistyczne na problem pacjenta może dać gwarancję jego satysfakcji ze sposobu leczenia, co z pewnością wpływa na proces zdrowienia i radzenia sobie z daną jednostką chorobową.

PIŚMIENNICTWO

1. Bhattacharyya N. i wsp.: Clinical practice guideline benign paroxysmal positional vertigo. *Otolaryngol Head Neck Surg* 2008; 139: 47-81.
2. Bigelow R. T. i wsp.: Vestibular vertigo and comorbid cognitive and psychiatric impairment: the 2008 National Health Interview Survey. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2016; 87: 367–372.
3. Cremeans-Smith J.K. i wsp.: Spouses' and physicians' perceptions of pain severity in older women with osteoarthritis: dyadic agreement and patients' well-being. *Pain* 2003; 106: 27-34.
4. De Stefano A. i wsp.: A multicenter observational study on the role of comorbidities in the recurrent episodes of benign paroxysmal positional vertigo *Auris Nasus Larynx* 2014; 41: 31-36.
5. Eckhardt- Henn A. i wsp.: Psychiatric comorbidity in different organic vertigo syndromes. *J Neurol* 2008; 255: 420-428.
6. Edbom-Kolarz A., Marcinkowski J.: Upadki osób starszych – przyczyny, następstwa, profilaktyka. *Hygeia Public Health* 2011; 46: 313-318.
7. Figueiras M.J., Weinman J.: Do similar patient and spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery? *Psychol Health* 2003;18: 201-216.
8. Gilain C., Englebert A.: Vertigo and psychological disorders. *B-ENT* 2008; 4: 49-58.
9. Haripriya S. i wsp.: Comparison of Epley Maneuver and Brandt Daroff Exercises on Short Term Posterior Canal Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) - Related Quality of Life. *Indian Journal of Physiotherapy and Occupational Therapy* 2014; 8: 109-113.
10. Hysing M i wsp.: Emotional and behavioural problems in subgroups of children with chronic illness: results from a large-scale population study. *Child Care Health Dev* 2009; 35:527–533.
11. Juszcak M., Głabiński A.: Zawroty głowy – wybrane zagadnienia praktyczne. *Aktualności Neurologiczne* 2012; 12: 251–258.
12. Kettel B.: Women, health and environment. *Soc Sci Med* 1996; 42:1367-79
13. Kozubski W., Liberski P. (red.): *Neurologia*. Wyd. Lekarskie PZWL, Warszawa 2006, 2008, 650.

14. Lahmann C. i wsp.: Psychiatric comorbidity and psychosocial impairment among patients with vertigo and dizziness. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 2015; 86: 302–308.
15. Monzani D. i wsp.: Psychological distress and disability in patients with vertigo. *Journal of Psychosomatic Research* 2001; 50: 319–323.
16. Nozawa I. i wsp.: Psychosomatic aspects of patients complaining of dizziness or vertigo with orthostatic dysregulation. *Auris, Nasus, Larynx* 1998; 25: 33-38.
17. Obermann M. i wsp.: Long-term outcome of vertigo and dizziness associated disorders following treatment in specialized tertiary care: the Dizziness and Vertigo Registry (DiVeR) Study. *Journal of Neurology* 2015; 262: 2083-2091.
18. Petri M. i wsp.: Health-related quality of life and disability in patients with acute unilateral peripheral vestibular disorders. *Brazilian Journal of Otorhinolaryngology* 2016.
19. Piker G. i wsp.: Spouse Perceptions of Patient Self-Reported Vertigo Severity and Dizziness. *Otology & Neurotology* 2012;33: 1034-1039.
20. Pośpiech L.: Praktyczne podejście do rehabilitacji zawrotów głowy. *Solvay Pharma, Biblioteczka Prospera Ménière’a*, Warszawa 1997; 4: 1-65.
21. Qing Y. i wsp.: Anxiety and depression among patients with different types of vestibular peripheral vertigo.(Report) *Medicine* 2015; 94: 453.
22. Reale L. I. i wsp.: Psychological assessment in children and adolescents with Benign Paroxysmal Vertigo. *Brain and Development* 2011; 33: 125-130.
23. Sęk H.: Jakość życia a zdrowie, Wyd. Wydział Prawa i Administracji UAM 1993, 110-117.
24. Serafini G. i wsp.: Benign paroxysmal positional vertigo of posterior semicircular canal: results in 160 cases treated with Semont’s manoeuvre. *Ann Otol Rhinol Laryngol* 1996; 105: 770-775.
25. Skøien A.K. i wsp.: Occupational disability caused by dizziness and vertigo: a register-based prospective study. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2008; 58: 619-623.
26. Szabo S.: The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) assessment instrument. In: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials*. Philadelphia: Lippincot-Raven 1996, 355-362.
27. Tschan R. i wsp.: Persistence of Symptoms in Primary Somatoform Vertigo and Dizziness. A Disorder “Lost” in Health Care? *J Nerv Ment Dis* 2013; 201: 328-333.
28. Yardley L. i wsp.: Prevalence and presentation of dizziness in a general practice community sample of working age people. *Br J Gen Pract* 1998; 48: 1131-1135.
29. Yardley L. i wsp.: Psychosocial consequences of recurrent vertigo. *Psychology & health*. 1992; 6: 85-96.

30. Yardley L. i wsp.: 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: 63-74.
31. Yardley L., Putman J.: Quantitative analysis of factors contributing to handicap and distress in vertiginous patients: a questionnaire study. *Clin Otolaryngol Allied Sci.* 1992; 17: 231-236.
32. Yardley L.: Prediction of handicap and emotional distress in patients with recurrent vertigo: symptoms, coping strategies, control beliefs and reciprocal causation. *Soc Sci Med* 1994; 39: 573-581.

STRESZCZENIE

Zawroty głowy to jeden z najczęściej zgłaszanych przez pacjentów objawów. Mogą one w znaczący sposób obniżać jakość życia chorego poprzez wpływ na jego sferę psychiczną, ekonomiczną czy rodzinną. Badania ujawniają, iż osoby z zawrotami głowy po trzyletnim okresie obserwacji w 40,7% przypadków cierpiały na zaburzenia lękowe lub fobie, w 21,5% zdiagnozowano depresję, a w 35,4% występowały inne dolegliwości somatyczne. Ponadto zawroty głowy, zwłaszcza u osób starszych, mogą być przyczyną upadków i urazów, co wiąże się z długotrwałym leczeniem i rehabilitacją oraz stanowi bezpośrednie zagrożenie życia chorego. Leczenie powinno obejmować zarówno przyczynę dolegliwości oraz leczenie objawowe, aby minimalizować skutki choroby na jakości życia pacjenta.

ABSTRACT

Dizziness is one of the most commonly reported symptoms among patients. It can significantly lower patients' quality of life by influencing their mental condition, economic well-being and family life. Researches reveals that people with vertigo after three years of follow-up suffered from anxiety disorder or phobias in 40.7% of the cases, 21.5% were diagnosed with depression, and 35.4% had other somatic complaints. Moreover, dizziness especially in the elderly, may cause falls and injuries leading to long-term treatment and rehabilitation as well as a being a direct threat to patient's life. Therapy should include causative and symptomatic treatment in order to minimize the impact of patients' disease on his quality of life.

Artykuł zawiera 24575 znaków ze spacjami