



REYKJALUNDUR  
*endurhæfing*

*Vísindadagur á  
Reykjalundi*

*Föstudaginn 21. nóvember 2008 kl.13-16*

*Dagskrá  
Útdrættir*

# Vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 21. nóvember 2008 kl. 13-16



**13:00 Setning vísindadags á Reykjalundi.**

Formaður vísindaráðs Arna Elísabet Karlsdóttir, sjúkraþjálfari

**13:00 Styrkjum úr vísindasjóði Reykjalundar úthlutað.** Hjördís Jónsdóttir lækningaforstjóri.

13:20 – 15:50 Starfsmenn kynna rannsóknir sínar og félaga sinna með stuttum erindum. Ágrip rannsóknanna munu liggja frammi.

**Erindi:**

13:20 Ákefð og árangur þjálfunar hjartasjúklinga í endurhæfingu á Reykjalundi. Mundína Á Kristinsdóttir sjúkraþjálfari

13:35 Samanburður á tíðni offitu í símakönnun Manneldisráðs og við skoðun í hóprannsókn Landsspítala. Karl Kristjánsson læknir

13:50 Lífeðlisfræðileg áhrif líkamlegrar þjálfunar á sjúklinga með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun. Egill Thoroddsen líffræðingur

14:05 Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Personality Assessment Inventory (PAI). Inga Hrefna Jónsdóttir sálfræðingur

**14:20-14:00 Kaffihlé**

14:50 Áhrif 6 vikna allhliða endurhæfingar á andnað og andlega líðan sjúklinga með langvinna lungnateppu. Elfa Dröfn Ingólfisdóttir hjúkrunarfræðingur

15:05 Þjónusta iðjuþjálfara, viðhorf og reynsla skjólstæðinga. Margrét Sigurðardóttir iðjuþjálfari

15:20 Áhrif sex vikna endurhæfingar á hreyfigetu verkjasjúklinga. Jón Gunnar Þorsteinsson sjúkraþjálfari

15:35 Áhrif 6 vikna reykbindindis á blásturspróf og þyngd þátttakenda í lungaendurhæfingu Hans J. Beck læknir

**15:50 Slit vísindadags**

Fundarstjóri: Dr. Marta Guðjónsdóttir, rannsóknastjóri.

# Ákefð og árangur þjálfunar hjartasjúklinga í endurhæfingu á Reykjalundi

**Mundína Á. Kristinsdóttir**<sup>1</sup>, Arna E. Karlsdóttir<sup>1</sup>, Ragnheiður Lýðsdóttir<sup>1</sup>, Magnús R. Jónasson<sup>1</sup>,  
Marta Guðjónsdóttir<sup>1,2</sup>

Reykjalundur – Endurhæfingarmiðstöð SÍBS<sup>1</sup>, Lífeðlisfræðistofnun HÍ.<sup>2</sup>

## Inngangur

Það er vel þekkt að bætt þol hjartasjúklinga hefur jákvæð áhrif á horfur þeirra og er eitt af mikilvægustu markmiðum hjartaendurhæfingar<sup>1,2</sup>. Ákefð er einn lykilþátturinn í árangursríkri þjálfun en er jafnframt einn áhættumesti þáttur hennar fyrir hjartasjúklinga. Mælt er með því að hjartasjúklingar þjálfði á bilinu 40/50-80% af hámarksgetu á þolprófi.<sup>3</sup> Markmið rannsóknarinnar var að kanna ákefð þjálfunar í hjólatímum, hvort hún breyttist marktækt á endurhæfingartímabilinu og hvort munur væri milli kynja. Eins að meta hver orkunotkun á álagskafla í hjólatíma var og hvort breyting varð á holdafari sjúklinga í hjartaendurhæfingu.

## Aðferðir

rannsóknin var afturvirk frá 1.okt 2007 til 30.sept 2008. Alls var gögnum frá 151 sjúkl. (123kk/28kvk) safnað. Flestir komu til endurhæfingar eftir CABG aðgerð eða alls 114 (75%). Aðrir eftir PCI, hjartalokuaðgerðir o.fl. Meðalaldur þátttakenda var 60±10 ára og meðaldvalartími var 4,5 vikur ± 0,9

## Niðurstöður

Í töflunni má sjá samanburð á þeim þáttum sem kannaðir voru við innskrift og útskrift. Marktækur munur miðast við p gildi < 0,05.

	innskrift	útskrift	P-gildi
Hámarksafkastageta (Wött)	131±46	150±53	<,0001
Þyngd (kg)	92,7±18,6	91,2±17,7	<,0001
Hámarksafkastageta (W/kg)	1,43±0,47	1,66±0,55	<0,001
Hámarks púls á þolprófi (slög/mín)	125±21	129±21	0,0002
Ákefð á álagskafla í þjálfun (Wött)	58±24	81±30	<,0001
Lengd álagskafla í þjálfun (mín)	19,4±2	20±0	0,0002
Þjálfunarálag / hámarksafkastageta (%)	43±6	62±10	<,0001
Orkunotkun í ytri vinnu pr. álagskafla í hjólatíma (kcal)	16±7	23±9	<,0001

## Kynbundinn munur

	konur	karlar	P-gildi
Aldur	63±10	59±10	NS
Hámarksafkastageta við innskrift (Wött)	87±29	141±43	<,0001
Ákefð þjálfunar í upphafi / hámarksafkastageta (%)	41±7	44±6	NS
Ákefð þjálfunar í lokin / hámarksafkastageta innskr. (%)	60±13	62±10	NS
Ákefð þjálfunar í lokin / hámarksafkastageta útskrift (%)	53±14	55±9	NS
Breyting á orkunotkun í ytri vinnu pr. álagskafla (kcal)	5±4	7±3	0,0059

## Umræða

Ákefð þjálfunar og orkunotkun pr. hjólatíma eykst marktækt í endurhæfingu á Reykjalundi. Ekki er munur á ákefð þjálfunar karla og kvenna. Hjartasjúklingar eru marktækt léttari (kg) eftir endurhæfingu á hjartasviði Reykjalundar.

## Heimildir:

- 1.Kavanagh T, Mertens, DJ, Hamm LF et.al.: Prediction of Long-Term Prognosis in 12169 Men Referred for Cardiac Rehabilitation. Circulation 2002;106:666-671.
2. Kavanagh T, Merten DJ, Hamm LF et.al.: Peak Oxygen Intake and Cardiac Mortality in Women Referred for Cardiac Rehabilitation. J Am Coll Cardiol 2003; 42:2139-43.
3. ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription. American College of Sports Medicine. Senior Editor: Mitchell H. Whaley. 7<sup>th</sup> ed. 2006. Lippincott Williams & Wilkins.

# Samanburður á tíðni offitu í símakönnun Manneldisráðs og við skoðun í hóprannsókn Landsspítala.

**Karl Kristjánsson**<sup>1</sup>, Hólmfríður Þorgeirsdóttir<sup>2</sup>, Sigríður Lára Guðmundsdóttir<sup>3,4</sup> Stefán Hrafn Jónsson<sup>2</sup>,  
Ludvig Guðmundsson<sup>1</sup>.

Reykjalundur Endurhæfing<sup>1</sup>, Lýðheilsustöð<sup>2</sup>, Innkirtla og efnaskiptadeild Landspítala<sup>3</sup>, Human Movement Science Programme, Norwegian University of Science and Technology<sup>4</sup>.

## Tilgangur

Algengi offitu á Íslandi er frekar illa þekkt og ekki er einfalt að fá haldgóðar upplýsingar um raunverulega stærð þessa vandamáls eða hver þróunin hefur verið á síðustu árum. Símakannanir hafa þann augljósa kost umfram hópskoðanir að þær eru einfaldari í framkvæmd og ódýrari og þess vegna er mögulegt að framkvæma þær oft og fylgja eftir hugsanlegum breytingum. Veikleiki þeirra liggur í hugsanlegri vanskráningu þar sem líkamsþyngd er gjarnan vanmetin, en þetta frávik hefur þó ekki hingað til verið kannað í rannsóknum á Íslandi.

Tvær vandaðar faraldsfræðilegar rannsóknir, sem báðar innihéldu upplýsingar um hæð og þyngd voru framkvæmdar á Reykjavíkursvæðinu á árunum 2001-2003. Annars vegar er um að ræða símakönnun Manneldisráðs 2002 „Hvað borða Íslendingar“ og hins vegar hóprannsókn á „Samband líkamlegrar þjálfunar við þyngdarstuðul, fitumassa og gripstyrk“, birt í Læknablaðinu 2004;90:479-86.

## Efniviður

Símakönnun Manneldisráðs var framkvæmd árið 2002. Fengið var 2000 manna úrtak úr þjóðskrá. Upplýsingar voru fengnar með símakönnun og þátttakan var 70,6%. Hóprannsókn Landspítala var gerð í Reykjavík 2001-2003. Af 2310 sem var boðin þátttaka tóku 1630 þátt, einnig 70,6%. Við bárum saman tíðni offitu (BMI>30) hjá mismunandi aldurshópum karla og kvenna í þessum tveimur rannsóknum.

## Niðurstöður

Tíðni offitu hjá körlum var 11% í símakönnunni en 17,1 % í Landspítalakönnunni. Algengi offitu meðal kvenna var á sama hátt 10,8% á móti 22,7%,  $p < 0,0001$  fyrir bæði kyn. Munurinn virðist mestur hjá yngri konum.

## Ályktanir

Það virðist sem búast megi við verulegu vanmati á tíðni offitu ef aðeins er treyst á upplýsingar um holdafar sem fást í gegnum síma. Þar sem síma- og póstrannsóknir eru tiltölulega auðveldar í framkvæmd og munu þess vegna verða notaðar til að fylgjast með tíðni offitu, er mikilvægt að þekkja til þessarar skekkju og geta þá hugsanlega leiðrétt fyrir hana að einhverju leiti.

# Lífeðlisfræðileg áhrif líkamlegrar þjálfunar á sjúklinga með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun

**Egill Thoroddsen**<sup>2</sup>, Arna Elísabet Karlsdóttir<sup>1</sup>, Ásdís Kristjánsdóttir<sup>1</sup>, Magdalena Ásgeirsdóttir<sup>1</sup>, Magnús R. Jónasson<sup>1</sup>, Stefán B. Sigurðsson<sup>2</sup>, Marta Guðjónsdóttir<sup>1,2</sup>  
Reykjalundur, Endurhæfingarmiðstöð SÍBS, Mosfellsbæ<sup>1</sup>. Lífeðlisfræðistofnun H.Í.<sup>2</sup>.

## Inngangur

Sjúklingar með langvinna lungnateppu (LLT) og langvinna hjartabilun (LHB) þjást af mæði og þreytu sem takmarkar getu þeirra í daglegu lífi. Á Reykjalundi er boðið upp á endurhæfingu fyrir hjarta- og lungnasjúklinga þar sem lögð er áhersla á þol- og styrkþjálfun auk fræðslu. Markmið rannsóknarinnar var að meta lífeðlisfræðileg áhrif 6 vikna innliggjandi endurhæfingar á Reykjalundi.

## Efniviður og aðferðir

15 sjúklingar með LLT (9kk/6kvk, 61±9 ára, FEV<sub>1</sub><50%) og 15 sjúklingar með LHB, (15kk/1kvk, 56±8 ára, útfallsbrot úr vinstri slegli ≤ 35%) gengust undir hámarks þolpróf á þrek hjóli fyrir og eftir endurhæfingu á Reykjalundi. Súrefnisupptaka (V'O<sub>2</sub>), koldíoxíðútskilnaður (V'CO<sub>2</sub>), loftun (V'E), andrýmd (V<sub>T</sub>) voru mæld. Einnig var Borg mæðiskalinn notaður til að sjúklingar gætu metið mæði við hámarksálag.

## Niðurstöður

Marktækar breytingar með pöruðu t-prófi (p<0,05) komu fram í eftirfarandi mælingum við hámarksáreynslu: V'O<sub>2 max</sub> jókst úr 1,05±0,50L/mín í 1,20±0,56L/mín, V'O<sub>2 max</sub> sem hlutfall af áætluðu gildi jókst úr 50,3±14,2% í 57,1±17,0%, þoltala sjúklinganna jókst úr 12,74±4,15mL O<sub>2</sub>\*kg<sup>-1</sup>\*mín<sup>-1</sup> í 14,49±4,92 mL O<sub>2</sub>\*kg<sup>-1</sup>\*mín<sup>-1</sup>. V'E max jókst úr 40,8±17,6L/mín í 47,2±20,1L/mín og V<sub>T</sub> max jókst úr 1,42±0,61L í 1,58±0,66L, hámarksvinnugeta á þrek hjóli jókst úr 84,5±48,6W í 92,7±58,3W. Öndunartíðni við hámarksálag (ÖT<sub>max</sub>) og Borg mæðiskalinn breyttust ekki

## Ályktanir

Bæði sjúklingarnir með LLT og LHB juku þol sitt við endurhæfinguna þar sem V'O<sub>2 max</sub> jókst ásamt þoltölunni. V<sub>T</sub> max jókst og þar með V'E max en ÖT<sub>max</sub> stóð í stað. Sjúklingarnir eru því með betra öndunarmynstur eftir endurhæfinguna.

Þrátt fyrir hærra V'E max fundu sjúklingarnir ekki fyrir meiri mæði á Borg skalanum.

## **Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Personality Assessment Inventory (PAI)**

Rúnar Helgi Andrason<sup>1</sup>, Snædís Eva Sigurðardóttir<sup>1,2</sup>, Daníel Þór Ólason<sup>2</sup> og Jakob Smári<sup>2</sup>.  
Reykjalundur, endurhæfingarmiðstöð SÍBS<sup>1</sup>, Félagsvísindadeild Háskóla Íslands<sup>2</sup>.

Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Personality Assessment Inventory (PAI) voru athugaðir. PAI er 344 atriða sjálfsmatslisti sem metur einkenni geðraskana, samskiptastíl, meðferðarheldni svarenda og réttmæti svara. Áreiðanleiki, réttmæti og þáttabygging prófsins var athugað. Til að kanna samleitni- og aðgreiniréttmæti undirskarvarða PAI sem meta þunglyndi, kvíða og áfengisvanda svöruðu þátttakendur Becks Depression Inventory-II, Becks Anxiety Inventory og Short Michigan Alcoholism Screening Test auk PAI prófsins. Úrtakið samanstóð af 243 háskólanemum, 79 áfengissjúklingum, auk 66 sjúklinga af verkjasviði og 44 sjúklinga af geðsviði Reykjalundar. Áreiðanleikastuðlar voru víðast afar háir og allir ásættanlegir. Niðurstöður þáttagreiningar voru svipaðar þeim sem aðrir rannsakendur hafa komist að, þó þáttabyggingin væri ekki eins skýr í þessari rannsókn. Samleitni- og aðgreiniréttmæti þunglyndiskvarða og áfengisvandakvarða PAI var stutt í rannsókninni. Samleitniréttmæti kvíðakvarða PAI (ANX) reyndist gott en aðgreinandi réttmæti var ekki eins afgerandi. Meðaltöl og staðalfrávik meðal Íslendinga voru auk þess í flestum tilvikum sambærileg tölum frá Bandaríkjunum.

# Áhrif 6 vikna alhliða endurhæfingar á andnað og andlega líðan sjúklinga með langvinna lungnateppur

**Elfa Dröfn Ingólfssdóttir**<sup>1,2</sup> Marta Guðjónsdóttir<sup>1-3</sup>

Reykjalundur, Endurhæfingarmiðstöð SÍBS, Mosfellsbæ<sup>1</sup>. Læknadeild H.Í. <sup>2</sup> Lífeðlisfræðistofnun H.Í.<sup>3</sup>.

## Inngangur

Andnað er eitt helsta einkenni sjúklinga með langvinna lungnateppu (LLT) og rannsóknir sýna að stórt hlutfall þeirra þjáist af ýmsum andlegum sjúkdómum. Talið er að 20-40 % þeirra sem fara í lungnaendurhæfingu þjáist af kvíða og þunglyndi.

## Efniviður og aðferðir

Þátttakendur voru 133 sjúklingar með LLT á biðlista Reykjalundar sem svöruðu SOBQ (Shortness of Breath Questionnaire) fyrir innskrift. Þeir svöruðu síðan SOBQ og HAD (Hospital anxiety and depression scale) við innskrift, við útskrift og einu ári eftir útskrift.

SOBQ er mælitæki sem metur andnað við athafnir daglegs lífs hjá einstaklingum með langvinnan lungnasjúkdóm.

HAD er mælitæki sem metur andlega líðan og flokkar í kvíða og þunglyndi.

## Niðurstöður

Meðalaldur $\pm$ SD var 67,5 $\pm$ 8,6 ár. Öndunarmæling við komu sýndi FEV<sub>1</sub> 1,47 $\pm$ 0,61 L (62,2 $\pm$ 24,6% af áætluðu) og FEV<sub>1</sub>/FVC 0,59 $\pm$ 0,14. Líkamsþyngdarstuðull (BMI) var 29,2 $\pm$ 6,3 kg/m<sup>2</sup>.

ANOVA sýndi marktæka ( $p < 0,05$ ) lækkun á andnað úr 55,7 $\pm$ 20,2 stigum við innlögn í 47,6 $\pm$ 21,2 stig við útskrift, og aftur hækkun í 52,8 $\pm$ 25,0 stig einu ári eftir útskrift, sem þó er marktækt lægra en fyrir innskrift (57,4 $\pm$ 20,3 stig).

Við innskrift voru 37% kvíðnir og/eða þunglyndir en 29% við útskrift.

Þeir sem voru með eðlilegt HAD (< 8 stig) reyndust vera með marktækt minni andnað en hinir, á öllum tímápunktum og engin munur var á FEV<sub>1</sub>% á milli hópana.

## Ályktanir

**Andnað minnkar við 6 vikna endurhæfingu og sá árangur helst í 1 ár á eftir. Sjúklingar með LLT sem finna fyrir kvíða og/eða þunglyndi upplifa meiri andnað en þeir sem ekki hafa kvíða og/eða þunglyndi, þrátt fyrir að vera með sambærilega teppu.**

**Þjónusta iðjubjálfa, viðhorf og reynsla skjólstæðinga**  
**Margrét Sigurðardóttir**, Lilja Ingvarsson og Hlín Guðjónsdóttir,  
Reykjalundur, endurhæfingarmiðstöð SÍBS.

### Inngangur

Iðjubjálfar stuðla að aukinni færni og virkri þátttöku fólks í iðju, með það að markmiði að fólk öðlist sjálfstæði og lífsfyllingu. Þverfagleg endurhæfing fer fram í náinni samvinnu fagfólks við skjólstæðinga sína, þar sem allir stefna að sama marki. Margt er talið hafa áhrif á upplifun skjólstæðinga af árangri endurhæfingar. Þar má nefna að þörfum skjólstæðings sé mætt, að hann upplifi stuðning og umhyggju, hafi val um þjónustuna og sé hvattur til að setja sér markmið og taka virkan þátt í endurhæfingarferlinu (Cott, 2004; Guðrún Pálmadóttir, 2006; Helga K. Gestsdóttir o.fl. 2006; og Jónína Sigurgeirsdóttir o.fl., 2007). Erlendar rannsóknir í iðjubjálfun hafa líka bent til þess að skjólstæðingsmiðuð nálgun stuðli að betri árangri þjónustunnar (Sumsion, 2005). Í endurhæfingar-þjónustu eru rannsóknir og gæðaþróunarvinna mikilvæg og eru þjónustukannanir einn liður í því. Markmið rannsóknarinnar var að kanna viðhorf og reynslu skjólstæðinga á Reykjalundi af þjónustu iðjubjálfa. Niðurstöðurnar munu nýtast til að leiða í ljós styrkleika og veikleika í þjónustunni svo megi efla þá iðjubjálfun sem veitt verður í framtíðinni.

### Aðferð

Upplýsinga var aflað með spurningalista, sem saminn var af rannsakendum og forprófaður. Að fengnu leyfi frá Vísindasiðanefnd var leitað eftir þátttöku allra, sem komu í iðjubjálfun á Reykjalundi á tímabilinu 1. mars til 30. júní 2008. Könnunin fór þannig fram að skjólstæðingum var afhent kynningarbréf og spurningalisti sjö dögum fyrir áætlaða útskrift. Með því að svara listanum og setja hann í þar til gerðan svarkassa var litið svo á að svarendur hefðu gefið samþykki sitt fyrir þátttöku. Tölfræðiforritið Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) var notað við úrvinnslu gagna.

### Niðurstöður

Af 214 skjólstæðingum sem fengu spurningarlista svöruðu 158 eða 74%, 105 konur og 51 karl. Fram kom mikil ánægja með þjónustu iðjubjálfa og yfirgnæfandi meirihluti þátttakenda taldi að iðjubjálfinn hefði komið fram við sig af virðingu og skilningi, sýnt áhuga og stuðning. Markmið voru sett með meirihluta þátttakenda og flestir voru virkir þátttakendur í markmiðssetningunni. Meirihluti þeirra sem svöruðu að markmið hefðu ekki verið sett, óskaði eftir að það hefði verið gert. Misjafnt var hversu oft þátttakendur fengu þjónustu iðjubjálfa en rúmlega helmingur taldi magn þjónustu hæfilegt. Um 66% þátttakenda lét í ljós að andleg, líkamleg og/eða félagsleg færni hefði aukist við að fá iðjubjálfun og 76,6% töldu að meðferðin og fræðslan í iðjubjálfun hefði búið þá mjög vel eða frekar vel undir að takast á við daglegt líf eftir útskrift. Margir sögðust einnig hafa fengið leiðbeiningar um hvað þeir gætu gert til að viðhalda árangrinum að lokinni dvöl á Reykjalundi.

### Umræða

Niðurstöðurnar gefa til kynna að iðjubjálfar á Reykjalundi beri virðingu fyrir skjólstæðingum sínum og iðjubjálfunin taki mið af áhugasviði og venjum þeirra. Vísbendingar komu fram um að skjólstæðingar upplifi árangur af þátttöku sinni í iðjubjálfun og telji færni sína til að taka þátt í daglegu lífi hafa aukist í kjölfar þess. Þátttakendur benda einnig á ýmsa þætti er betur mættu fara. Til dæmis komu fram eindregnar óskir um að sett væru markmið í upphafi iðjubjálfunar og er það í samræmi við það sem komið hefur í ljós í innlendum og erlendum rannsóknum.

### Heimildir

1. Cott, C. (2004). Client-centred rehabilitation: Client perspectives. *Disability and Rehabilitation*, 26 (24), 1411-1422.
1. Guðrún Pálmadóttir (2006). Client-therapist relationships: Experiences of occupational therapy clients in rehabilitation. *British journal of occupational therapy*, 69(9), 394-401.
2. Helga K. Gestsdóttir, Jóhanna Hreinsdóttir, Sigrún Líndal Þrastardóttir (2005). Viðhorf skjólstæðinga til þjónustu iðjubjálfa. (óbirt nemendaverkefni).
3. Jónína Sigurgeirsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir (2007). Existential struggle and self-reported needs of patients in rehabilitation. *Journal of advanced nursing*, 61, 384-392.
4. Sumsion, T. (2005). Facilitation client-centred practice: Insights from clients. *Canadian journal of occupational therapy*, 72, 13-20.



**Áhrif sex vikna endurhæfingar á hreyfigetu verkjasjúklinga**  
**Lón Gunnar Þorsteinsson**, Ágúst Már Jónsson, Berghildur Ásdís Stefánsdóttir, Kristín  
B.Reynisdóttir, Áspór Sigurðsson, Unnur Hjaltadóttir, Magnús Ólason.  
Reykjalundur, Endurhæfingarmiðstöð SÍBS, Mosfellsbæ

### **Inngangur**

Hreyfigeta er oft skert hjá sjúklingum með stoðkerfisverki. Stundum eru vandamál í stoðkerfi hindrun í hreyfigetu en einnig skiptir áhugahvöt miklu máli. Göngugeta á sex mínútna gönguþrófi (6MGP) er talinn góður mælikvarði á þessa þætti og 6MGP því stundum notað til að meta árangur í endurhæfingu verkjasjúklinga. 1 mín Stand-up test er áreiðanlegt próf til að meta áhrif líkamspjálfunar á hreyfigetu verkjasjúklinga. Markmið rannsóknarinnar var tvíþætt, annarsvegar að kanna hvort verkjasjúklingar á Reykjalundi hafi skerta hreyfigetu og hinsvegar hvort þeir bættu gengna vegalengd á 6MGP og árangur sinn á 1 mín Stand-up prófi eftir sex vikna endurhæfingu á verkjasviði á Reykjalundi og hvort sá árangur helst til lengri tíma.

### **Efniviður og aðferðir**

Fimmti hver sjúklingur af biðlista inn á verkjasvið valdist í rannsóknina. Á tímabilinu frá janúar 2005 til apríl 2008 lögðust 101 sjúklingar til sex vikna endurhæfingar á verkjasviði Reykjalundar sem þátttakendur í rannsókninni. Við forskoðun 6 vikum fyrir innskrift var framkvæmt eitt 6 MGP og svo tvö próf við innskrift sitt hvorn daginn. Við útskrift var framkvæmt eitt 6 MGP. Við eins árs og endurkomu var svo framkvæmt eitt 6 MGP. 1 mín Stand-up test var framkvæmt tvisvar við forskoðun, innskrift, útskrift og eins árs og þriggja ára eftirfylgd.

90 innskrifaðir sjúklingar tóku 6MGP bæði við inn- og útskrift og eru þeir þýði rannsóknarinnar. Meðalaldur þeirra var 38 ár, 35 karlar/55 konur. Meðalþyngd við innskrift var 83,1 kg.

### **Niðurstöður**

Meðal vegalengd gengin við forskoðun var 568 eða 79,8 % af áætluðu meðaltali. Vegalengd gengin á betra 6MGP við innskrift var 591 m (84,9%± af áætluðu meðaltali) en við útskrift 656 m (92,3% áætluðu meðaltali) ( $p < 0,0001$ ). Við eins árs endurkomu var meðalvegalengd 636 m.

Meðalskor á 1 mín sit to stand við forskoðun var 23,5 skipti en meðalgildi fyrir verkjasjúklinga. Við innskrift var meðalskor 26,5 skipti, við útskrift 32,6 skipti, við eins árs endurkomu 32,1 skipti.

### **Ályktun**

Hreyfigeta verkjasjúklinga er töluvert skert miðað við heilbrigða við innskrift á Reykjalund, en eykst marktækt eftir sex vikna endurhæfingu og er ennþá marktækt betri ári eftir útskrift.

## Áhrif 6 vikna reykbindindis á blásturspróf og þyngd þátttakenda í lungaendurhæfingu

**Hans Jakob Beck**<sup>1</sup>, Guðrún Bjarnadóttir<sup>1</sup>, Marta Guðjónsdóttir<sup>1,2</sup>,  
Reykjalundur, endurhæfingarmiðstöð SÍBS<sup>1</sup>, Lífeðlisfræðistofnun H.Í.<sup>2</sup>

### Inngangur

Hjá sumum reykingamönnum með teppusjúkdóm kemur þegar fram aukning á sekúndufráblæstri, FEV<sub>1</sub>, eftir nokkra daga eða vikna reykbindindi. Slík áhrif eru hvetjandi fyrir reykleysi. Ótti við þyngdaraukningu er á hinn bóginn dæmi um letjandi þátt. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna áhrif reykbindindis í 6 vikna lungaendurhæfingu á öndunarmælingu og þyngd. Jafnframt var kannað hvort tengsl væru milli breytinga á sekúndufráblæstri og gönguþoli, mældu með 6 mínútna gönguprófi.

### Aðferðir

Allir virkir reykingamenn, sem lögðust inn á lungnadeild Reykjalundar á rúmlega 14 mánaða tímabili og hættu reykingum við innlögn, voru öndunarmældir við komu og fyrir brottför. Þyngd var mæld við sama tækifæri. Sex mínútna göngupróf voru gerð í fyrstu og síðustu viku endurhæfingar.

### Niðurstöður

Alls lögðust 367 sjúklingar inn til lungaendurhæfingar tímabilinu. Þar af voru 67 að hætta reykingum, en 46 (17 karlar 29 konur) luku fullri endurhæfingu reyklausir og voru öndunarmældir við sambærilegar aðstæður. Við komu var meðaltals FEV<sub>1</sub> 1,64 ± 0,79 L en við útskrift 1,79 ± 0,90 L. Mismunur er 0.15 L (p= 0,01). Við komu var FEV<sub>1</sub> að meðaltali 58 ± 25 % af áætluðu gildi, en við útskrift 65 ± 28%. Mismunur er 7% (p< 0,001). Þyngdarbreyting sést í töflu.

	BMI < 22	BMI 22-25	BMI 25-30	BMI >= 30
	n = 10	n = 6	n = 10	n = 18
<b>Δkg</b>	+ 1,8± 1,5	+ 0,8± 2,3	-0,8± 2,4	-2,9± 2,8

Ekki reyndist marktæk fylgni milli breytinga á 6 mínútna gönguprófi og FEV<sub>1</sub>.

### Ályktun

Marktækur bati er á FEV<sub>1</sub> við reykbindindi í 6 vikna lungaendurhæfingu. Engar óæskilegar þyngdarbreytingar verða, en hins vegar verður ekki sýnt fram á að breyting á gönguþoli haldist í hendur breytingu á FEV<sub>1</sub>.

