



REYKJALUNDUR
endurhæfing

7. Vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 19. nóvember 2010 kl.13-16

Dagskrá

Ágrip

Vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 19. nóvember 2010 kl. 13-16
Samkomusal Reykjalundar



13.00 Setning vísindadags á Reykjalundi.

Formaður vísindaráðs Rúnar Helgi Andrason sálfræðingur.

13.10 **Vísindi á Reykjalundi í dag, horft til framtíðar.** Hjördís Jónsdóttir faglegur framkvæmdastjóri

13:25 – 14:10 Erindi um rannsóknir

13.25 Þolþjálfun sjúklinga með langvinna lungnateppu á þrekhlóli. Tvær aðferðir skoðaðar með pilot rannsókn. Margrét Garðarsdóttir sjúkraþjálfari.

13:40 Þættir sem hafa áhrif á mæði hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. Elfa Dröfn Ingólfssdóttir hjúkrunarfræðingur.

13:55 Áhrif þjálfunar á starfsemi hjarta, blóðrásar- og öndunarkerfis hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun. Marta Guðjónsdóttir lífeðlisfræðingur

14:10-15:45 Veggspjöld á Brú (við þjálfunarhús) og kaffiveitingar

1. Áhrif mikillar gönguþjálfunar með sjónrænum bendingum á göngu parkinsonssjúklinga. Slembuð meðferðarprófun. **Andri P. Sigurgeirsson**, María H. Þorsteinsdóttir, Páll E. Ingvarsson, Ólöf H. Bjarnadóttir
2. Endurhæfing ungrar stúlku með heilalömun (CP) og þroskaskerðingu. **Maggý Magnúsdóttir**, Margrét Theodórsdóttir, Þórunn Hanna Halldórsdóttir, Anna Sólveig Smáradóttir, Hafdís Gunnbjörnsdóttir og Ólöf H. Bjarnadóttir
3. Non-motor einkenni hjá fólki með Parkinsonsveiki (PD). Notkun NMS-Quest á Reykjalundi. **Svava Guðmundsdóttir** og Marianne Klinke
4. Lærdómsáhrif í sex mínútna gönguprófi hjá sjúklingum með langvinna hjartabilun eða langvinna lungnateppu. **Arna E. Karlsdóttir**, Marta Guðjónsdóttir, Ásdís Kristjánsdóttir, Magdalena Ásgeirsdóttir og Magnús R. Jónasson
5. Heilsufarslegar breytingar sjúklinga í offitumeðferð á Reykjalundi. **Steinunn H. Hannesdóttir**, Erlingur Jóhannsson og Ludvig Á. Guðmundsson
6. Mæði og líkamsrækt eftir sex vikna alhliða endurhæfingu hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. **Elfa Dröfn Ingólfssdóttir**, Guðbjörg Petursdóttir og Marta Guðjónsdóttir

15.45 **Slit vísindadags**

Fundarstjóri: Dr. Marta Guðjónsdóttir, rannsóknastjóri

Þolþjálfun sjúklinga með langvinna lungnateppu á þrekhjólí

Tvær aðferðir skoðaðar í pilot rannsókn

Margrét Garðarsdóttir; Dröfn Birgisdóttir; Hans J Beck; Ásdís Kristjánsdóttir
Lungnasvið Reykjalundar

Inngangur. Þolþjálfun er einn af hornsteinum lungnaendurhæfingar og bætir bæði æfinga- getu og heilsutengd lífsgæði hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). Þolþjálfun með mikilli ákefð hefur meiri áhrif á að bæta æfingagetu hjá sjúklingum með LLT en þjálfun með lítilli ákefð² Erfitt getur verið að leggja upp æfingaprógrömm með stöðugu álagi fyrir sjúklinga með LLT sem felur í sér mikla ákefð, sökum mikillar mæði³ Því hefur þolþjálfun með hléum (intermittent) komið fram á sjónarsviðið sem vænlegur þjálfunarkostur fyrir sjúklinga með LLT (GOLD 3 og 4)⁴ Reynsla sjúkraþjálfara á lungnasviði af þjálfun með hléum gaf vísbendingu um að þessi þjálfunaraðferð hentaði vel sjúklingum með LLT (GOLD 3 og 4)

Markmið. Að kanna hvort þolþjálfun með hléum væri jafngóð eða betri en stöðug þjálfun á sjúklingum með LLT, með tilliti til göngugetu, úthalds og hámarksafkasta á þrekhjólí.

Aðferðir. 10 sjúklingar með LLT (GOLD 3 og 4), meðalaldur 65 ár, 5 karlar og 5 konur, sem lögðust inn á RL 2009-2010 voru slembi raðaðir í stöðugan þjálfunarhóp á þrekhjólí (H1) og þjálfunarhóp með hléum á þrekhjólí (H2). Að öðru leyti þjálfuðu þeir eins. Jafnmargir voru í hvorum hóp fyrir sig. Enginn marktækur munur var á hópunum við komu með tilliti til aldurs, kyns, BMI, öndunarmælinga, göngugetu á 6 mín gönguprófi, úthaldsprófs, sit to stand test (STST) og þolprófs. Báðir hóparnir þjálfuðu í 6 vikur í hefðbundnu lungnaendurhæfingarprógrammi. Við útskrift voru tekin sömu próf og við komu.

Niðurstöður. Báðir hóparnir bættu sig marktækt á þolprófi og í STST við útskrift, en H1 bætti sig marktækt betur en H2. Í töflu 1 má sjá mun á milli hópanna (Δ) hvað varðar helstu árangursmælingar. Samanburður var gerður með ópöruðu t-prófi.

Tafla 1. Munur á árangri milli hópanna eftir 6 vikna þolþjálfun

	H1 (stöðugt álag)	H2 (álag með hléum)	P gildi
Δ 6 mín g-próf (mín)	40 ± 39,6	20 ± 56,5	NS
Δ Úthaldspróf (mín)	2,7 ± 2,3	2,9 ± 2,6	NS
Δ STST 30 sek	4,2 ± 1,9	4,4 ± 2,7	NS
Δ Max wött á þolprófi	21,4 ± 11,3	9 ± 3,6	0,0480
Δ w/kg á þolprófi	0,28 ± 0,14	0,1 ± 0,1	0,0371

Túlkun. Niðurstöðurnar koma heim og saman við það sem þekktist í erlendum rannsóknum. Að okkar mati er þörf á stærri rannsókn, spurningunum er enn ásvað sem við lögðum upp með, hvert á þjálfunarformið, ákefðin og tímalengdin að vera til að ná að stilla saman auknu þoli og ánægju með þolþjálfun hjá sjúklingum með LLT

1. Lacasse Y, Brousseau L, Milne S, Martin S, Wong E, Guyatt GH, et al. Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease. Cochrane Database Syst Rev 2003(3);CD003793
2. Casaburi R, Patessio A, Ioli F, Zanaboni S, Donner CF, Wasserman K. Reductions in exercise lactic acidosis and ventilation as a disease. Am Rev Respir Dis 1991; 143(1): 9-18.
3. Kortianou E, Nasis I, Spedioti S, Daskalakis A, Vogiatzis I. Effectiveness of interval exercise training in patients with COPD. Cardiopulm Phys Ther J 2010 september; 21(3):12-19
4. Puhan MA, et al. The minimal important difference of exercise tests in severe COPD. ERJ Express Aug 6.2010. Doi: 10.1183/09031936.00063810

Þættir sem hafa áhrif á mæði hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu

Elfa Dröfn Ingólfssdóttir^{1,2}, Guðbjörg Pétursdóttir¹ og Marta Guðjónsdóttir¹⁻³. ¹Reykjalundi, Endurhæfingarmiðstöð SÍBS, ²Læknadeild HÍ, ³Lífeðlisfræðistofnun HÍ elfa.ingolfs@gmail.com

Inngangur

Óeðlilega mikil mæði er algengt og flókið einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). Mikilvægt er að skilgreina og afmarka betur hvaða þættir það eru sem skýra helst upplifun sjúklinga á mæðinni.

Efniviður og aðferðir

Markmið rannsóknarinnar var að skoða hvaða þættir það eru sem spá best fyrir um upplifun á mæði hjá sjúklingum með LLT.

Þátttakendur voru 140 sjúklingar með LLT sem voru að hefja sex vikna endurhæfingu á Reykjalundi. Þeir fóru í öndunarmælingu og sex mínútna göngupróf. Mæði var metin með Shortness of breath questionnaire (SOBQ) sem metur upplifun á mæði við athafnir daglegs lífs hjá einstaklingum með langvinna lungnasjúkdóma. Andleg líðan var metinn með Hospital anxiety depression (HAD) spurningarlistanum sem flokkar líðan í kvíða og þunglyndi. Viðmiðunargildi sem gefur til kynna merki um þunglyndi eða kvíða er ≥ 8 stig í hvorum flokki.

Niðurstöður

Meðalaldur var $67,3 \pm 8,8$ ár, FEV_1 var $62,6 \pm 25,1\%$ af áætluðu gildi. Líkamsþyngdarstuðull (BMI) var $29,1 \pm 6,2$ kg/m², 63% (N = 88) þátttakenda voru konur, vegalengd sem genginn var á sex mínútna gönguprófi voru 441 ± 106 metrar eða $75,3 \pm 17,9\%$ af áætlaðri vegalengd. Mæðistig á SOBQ voru $54,8 \pm 20,4$. 26% þátttakenda höfðu merki um kvíða og 29% merki um þunglyndi. Af þeim þáttum sem skoðaðar voru (aldur, kyn, BMI, kvíði, þunglyndi, $FEV_1\%$, % af áætlaðir göngugetu), sýndi fjölbreytuaðhvarfsgreining (Multiple regression analysis) að kvíði ($r^2 = 0,159$) og göngugeta ($r^2 = 0,214$) spáðu best fyrir um upplifun á mæði eða 35%, aðrar breytur bættu þar engu við.

Ályktanir

Göngugeta á sex mínútna gönguprófi (% af áætluðu gildi) og kvíðastig á HAD lista spá fyrir um 35% af upplifun á mæði við upphaf endurhæfingar, hjá sjúklingum með LLT.

Áhrif þjálfunar á starfsemi hjarta, blóðrásar- og öndunarkerfis hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun.

Marta Guðjónsdóttir^{1,2}, Arna E. Karlsdóttir¹, Ásdís Kristjánsdóttir¹, Egill Thoroddsen², Magdalena Ásgeirsdóttir¹ og Magnús R. Jónasson¹.

Hjarta- og lungnarannsókn¹, Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð SÍBS, Mosfellsbær;
Lífeðlisfræðistofnun², Háskóla Íslands

Sjúklingar (sjk) með langvinna hjartabilun (LHB) eða langvinna lungnateppu (LLT) þjást af úthaldsleysi vegna óeðlilegrar mæði eða þreytu eða hvorutveggja. Markmið rannsóknarinnar var að kanna áhrif þjálfunar á úthald og mæði sjk með LHB eða LLT.

Aðferðir

23 sjk með LHB (21 karl, 55±10 ára, NYHA II-III, með ≤ 35% útstreymisbrot vinstri slegils) og 24 sjk með LLT (10 karlar, 64±9 ára, GOLD 3 & 4) fóru í hámarksþolpróf fyrir og eftir endurhæfingu þar sem mæld var súrefnisupptaka ($V'O_2$), öndun ($V'E$) og púls auk þess sem sjk mátu mæði sína með Borg mæðiskala (0-10 stig) við hámarksáreynslu. Þjálfunin í endurhæfingunni byggði á þol- og styrkþjálfun, þjálfað var alla virka daga að meðaltali í 5,8 ±1.1 vikur.

Niðurstöður

Polið var mjög skert hjá báðum hópum í upphafi endurhæfingar þar sem þoltala LHB sjk var 11,9±4,1 og LLT sjk 10,7±3,2 ml/kg/mín en báðir hópar juku þol sitt við endurhæfinguna ($p<0,05$). Hjá LHB sjk hækkaði súrefnispúlsinn úr 10,4±3,8 í 11,9±3,7 ml/slag en úr 5,9±2,2 í 6,7±2,8 ml/slag hjá LLT sjk. Púlsleifin var 32±21% hjá LHB sjk en lægri hjá LLT sjk eða 21±9% fyrir þjálfun og breyttist hjá hvorugum hópnum. Mat LLT og LHB sjk á mæði var sambærileg fyrir og eftir þjálfun; fór 4,8 í 5,2 stig hjá LHB sjk en úr 5,7 í 5,5 stig hjá LLT sjk. Mæðistuðull ($V'E_{max}/V'E_{max}$ áætlað) var hins vegar marktækt hærri hjá LLT sjk (0,82 fyrir og 0,93 eftir) en hjá LHB sjkl (0,44 fyrir og 0,51 eftir) fyrir þjálfun og hækkaði hjá báðum hópum við þjálfun.

Ályktanir

Báðir sjúklingahópar bættu þol sitt við þjálfunina þar sem bæði þoltala og súrefnispúls hækkuðu án breytinga á púlsleif. Hvorugur sjúklingahópurinn skynjaði frekari mæði (á Borg skala) þrátt fyrir að mæðistuðullinn hafi hækkað hjá báðum hópum, sem bendir til aðlögunar á mæðitilfinningu við þjálfun.

Áhrif mikillar gönguþjálfunar með sjónrænum bendingum á göngu parkinsonssjúklinga. Slembuð meðferðarprófun.

Andri Þ. Sigurgeirsson, María H. Þorsteinsdóttir, Páll E. Ingvarsson, Ólöf H. Bjarnadóttir
Taugasvið Reykjalundar; Námsbraut í sjúkraþjálfun, Læknadeild Háskóla Íslands

Inngangur: Ganga parkinsonssjúklinga einkennist af stuttum skrefum, hæging á göngu og auknum breytileika skref tíma auk minnkaðri sjálfvirkni.

Markmið: Að athuga hvort mikil gönguþjálfun með sjónrænum bendingum (SB) myndi (1) lengja skref, auka gönguhraða og minnka breytileika skref tíma, (2) auka sjálfvirkni í göngu og (3) bæta almenna færni og auka lífsgæði parkinsonssjúklinga til skamms og langs (3 mán) tíma meira en mikil gönguþjálfun án SB, en með stökum fyrirætlum um að taka lengri skref.

Aðferðir: Tuttugu og sex parkinsonssjúklingum (HY 2-3) var skipt af handahófi í tilraunahóp (TH) og viðmiðunarhóp (VH). Báðir hópar þjálfuðu göngu í fjórar vikur, fjórum sinnum í viku 30 mín í senn. TH fékk SB, en VH fékk stök fyrirætlun um að taka lengri skref. Skreflengd, gönguhraði og breytileiki skref tíma voru mæld fyrir, eftir og þremur mánuðum eftir á þægilegum og mestum hraða með GAITRite® Portable Walkway System, Cir Inc. með og án tvískiptrar þrautar (TP). Almenn færni var mæld með Timed Up & Go (TUG) og þátttakendur fylltu út spurningalista um lífsgæði (Parkinson's Disease Questionnaire-39, PDQ-39). Árangursmælingar voru gerðar af óháðum mælendum (blindun).

Niðurstöður: Skreflengd og gönguhraði á þægilegum og mestum hraða urðu marktækt betri fyrir TH og VH við þjálfun, en ekki var munur á bætingu milli hópa. Bæting skreflengdar og gönguhraða entist í þrjá mánuði. Sjálfvirknishlutföll (Shf) skref tíma og gönguhraða höfðu tilhneigingu til að verða betri hjá báðum hópum, en ekki var marktækur munur milli hópa á bætingu með þjálfun. Í heildinni var lítil áhrif þjálfunar á breytileikastuðul skref tíma. Marktæk bæting varð á TUG með tímanum, en ekki var munur á bætingu hópanna. Ekki varð breyting á PDQ-39 af völdum þjálfunar.

Ályktun: Mikil gönguþjálfun eykur skreflengd og gönguhraða jafnt, hvort sem gengið er með SB eða fyrirætlun eru gefin um lengri skref. Sjálfvirkni hefur tilhneigingu til að aukast með gönguþjálfun almennt, sérstaklega fyrir skreflengd og gönguhraða. Bæting á göngubreytum skilar sér í aukinni almennri færni, skv. TUG, þó án mismunar á milli hópa, á meðan engin áhrif þjálfunar á lífsgæði, skv. PDQ-39, greindust hjá þessum hópi.

Endurhæfing ungrar stúlku með heilalömun (CP) og þroskaskerðingu

Maggý Magnúsdóttir, félagsráðgjafi; Margrét Theodórsdóttir iðjuþjálfari, Þórunn Hanna Halldórsdóttir talmeinafræðingur, Anna Sólveig Smáradóttir sjúkraþjálfari, Hafdís Gunnbjörnsdóttir hjúkrunarfræðingur og Ólöf H. Bjarnadóttir, tauga- og endurhæfingarlæknir.

Inngangur: Markhópur hæfingar eru einstaklingar með meðfædda eða snemma áunna fötlun, t.d. vegna heilalömunar (CP), vöðvarýrnunarsjúkdóma eða annarra sjúkdóma í taugakerfi. Samkvæmt þjónustusamningi á Tauga- og hæfingarsvið Reykjalundar að sinna 45- 50 einstaklingum á ári. Undanfarin ár hefur markvisst verið unnið að því að og þróa endurhæfingu á Hæfingarsviði til að mæta betur þörfum markhópsins. Þarfir ungs fólks með fötlun fyrir endurhæfingu er mjög misjöfn og er mikilvægt að hægt sé að bjóða uppá endurhæfingarúrræði sem mæta þörfum einstaklingsins, hvort sem það fer fram á göngudeild eða í formi innlagnar. Árið 2009 fór af stað tilraunaverkefni þar sem hæfingarteymið á Reykjalundi var í samskiptum við lækna sem sinna langveikum-og fötluðum börnum á Greiningastöð ríkisins, Barnadeild LSH og Grensás. Í þessu ferli var vinnulag endurskipulagt út frá hugmyndafræði ICF.

Endurhæfing ungrar stúlku með heilalömun (CP) og þroskaskerðingu. (case study)

Markmið: Í Hæfingarteymi er hópur fólks með mismunandi fagþekkingu sem vinnur út frá þjálfun og markmiðum hvers einstaklings. Markmið veggspjaldsins er að lýsa endurhæfingarferli ungra stúlku með langvinnan taugasjúkdóm og þroskaskerðingu sem var á tímamótum í þjónustukerfinu frá barnakerfi yfir í fullorðinskerfi. Í upphafi var áhersla lögð á að greina vandann með upplýsingasöfnun/ ICF gátlista. Í framhaldi var stúlkunni boðið meðferðainnlögn og markmið sett út frá styrkleikum og veikleikum hennar. Unnið var út frá markmiðum sem lutu að eigin umsjá, heilsu og uppbyggingu þjónustu í nærumhverfi. Greint er frá vinnuferli sem hafði það að markmiði að efla þátttöku í gegnum samvinnu við forráðamenn og þjónustukerfi í nær- og fjærumhverfi.

Umræður og lokaorð:

Við teljum að samvinna sé nauðsynleg til að ná og viðhalda árangri. Okkar þverfaglega samvinna gaf stúlkunni fleiri tækifæri til að vaxa og uppgötva eigin styrkleika og færni. Það leiddi til þess að hægt var að setja fram skýrari framtíðarsýn sem auðveldað teyminu að leita eftir samvinnu við nærumhverfi og veita ráðgjöf og fræðslu.

Mikilvægt er að fólk með fötlun hafi tækifæri til að endurmeta stöðu sína þegar það er að skipta yfir í fullorðinskerfið. Að það fái viðeigandi greiningu og faglegan stuðning til að finna lífi sínu nýjan farveg þar sem einstaklingurinn tekur aukna ábyrgð á eigin lífi og nýtir hæfileika sína til fulls. Til að fylgja eftir árangri endurhæfingar er nauðsynlegt að geta fylgt einstaklingum og aðstandendum þeirra eftir á göngudeild.

Non-motor einkenni hjá parkinson sjúklingum: Notkun NMS-spurningalista á Reykjalundi, tauga-og hæfingasviði.

Svava Guðmundsdóttir og Marianne Klinke
Tauga- og hæfingasvið Reykjalundar

Bakgrunnur: Almennt hefur verið litið á parkinsonveikina (PD) út frá hreyfieinkennum sjúkdómsins. Einkenni sem einkennast af skjálfta í hvíld (shaking), stírðleika (rigidity), hægum hreyfingum (bradykinesia) og skertu jafnvægi (postural instability). Önnur einkenni geta fylgt sjúkdóminum eins og þunglyndi, kvíði, truflun á kynlífi, orkuskerðing, svefntruflanir, hægðatregða og einkenni frá sjálfráða taugakerfinu (autonome symptom). Þessi „ekki hreyfieinkenni“ (NMS einkenni) leiða oft til skerðingar á lífsgæðum þeirra sem fyrir þeim verða. Á taugasviði Reykjalundar hefur verið horft til þessara einkenna þar sem aukin vitund er fyrir algengi þeirra.

Aðferð: Frá árinu 2008 hafa allir PD sjúklingar sem hafa komið í endurhæfingu á Reykjalund verið skimaðir fyrir NMS-einkennum með því að leggja fyrir þá spurningalista - Non-motor-symptom Quest eða NMS-Quest. Listinn inniheldur 30 spurningar um ýmis NMS-einkenni.

Árangur: Frá því skimun hófst hafa yfir 80 einstaklingar svarað listanum en hér er samantekt eftir fyrstu 55 einstaklingana. Þessi skimun hefur vakið athygli á nokkrum einkennum sem áður voru ekki alltaf greind. Tilvik NMS- einkenna hjá PD einstaklingum sem komu á Reykjalund eru mörg og að meðaltali eru 10,3 NMS-einkenni hjá hverjum einstaklingi fyrir sig. Þessar niðurstöður hafa beint athyglinni að áhrifum þessara einkenna á líf PD einstaklinganna og þverfaglegt teymi hefur leitast við að finna gagnreyndar leiðir til að létta þessi einkenni og bæta þannig lífsgæði PD einstaklinganna.

Niðurstöður: Venjubundin notkun á NMS-Quest hefur reynst vera ómetanlegt tæki í klínískri vinnu með PD einstaklinga á Reykjalundi. Notkun þess eykur líkindi á því að samþætta teymisvinnu á viðeigandi meðferð, bætir markmiðssetningu og er mikilvægur grunnur að því að einstaklingar fái hnitmiðaðri meðferð sem þeim hentar best.

Lærdómsáhrif í sex mínútna gönguprófi hjá sjúklingum með langvinna hjartabilun eða langvinna lungnateppu.

Arna E. Karlsdóttir¹, Marta Guðjónsdóttir^{1,2}, Ásdís Kristjánsdóttir¹, Magdalena Ásgeirsdóttir¹ og Magnús R. Jónasson¹.

Hjarta- og lungnarannsókn¹, Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð SÍBS, Mosfellsbær; Lífeðlisfræðistofnun², Háskóla Íslands

Sex mínútna göngupróf (6MG) er víða notað til að meta árangur endurhæfingar hjá hjarta- og lungnasjúklingum. Það er ódýrt og auðvelt í framkvæmd, tekur stuttan tíma og hentar því vel í klínískri vinnu. Sterk lærdómsáhrif eru þekkt í þessu prófi. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hversu mörg próf þarf til að yfirvinna lærdómsáhrif hjá sjúklingum (sjk) með langvinna hjartabilun (LHB) eða langvinna lungnateppu (LLT) og hvaða áhrif þau hefðu á mat árangurs.

Aðferðir

Rannsakadir voru 25 sjk með LHB (23kk/2kvk, $55 \pm 9,5$ ára, NYHA II-III, útstreymisbrot vinstri slegils $\leq 35\%$) og 25 sjk með LLT (11kk/14kvk, $64,2 \pm 8,8$ ára, með FEV1 $< 50\%$ af áætluðu). Allir sjk kláruðu fjögur 6MG fyrir og eftir endurhæfingu. Öll prófin voru framkvæmd á 3ja daga tímabili með minnst 1 klst hvíld milli prófa. Sjúklingar dvöldu að meðaltali í $5,8 \pm 0,8$ vikur í endurhæfingu þar sem áhersla var lögð á þol- og styrktarþjálfun.

Niðurstöður

Gönguvegalengdin sem sjk gengu jókst með hverju prófi hjá báðum hópum fyrir endurhæfingu. LHB sjk gengu 485 ± 102 m í fyrsta prófi (P1) og 521 ± 113 m í fjórða prófi (P4), LLT sjk gengu 445 ± 101 m í P1 og 492 ± 104 m í P4. Mesta breytingin varð á milli P1 og P2 í báðum hópum eða um 4% hjá LHB sjk og 6,3% hjá LLT. Eftir endurhæfinguna var sama tilhneigingin. Sjk í báðum hópum bættu göngugetu sína með hverju prófi en þó minna en í prófunum fyrir endurhæfinguna, sérstaklega sjk með LHB. Þeir gengu að meðaltali 542 ± 105 m í P1 og 560 ± 109 m í P4 en sjk með LLT gengu að meðaltali 514 ± 94 m í P1 og 546 ± 94 m í P4.

Ályktun

Samkvæmt þessum niðurstöðum þarf að lágmarki fjögur 6MG bæði fyrir og eftir endurhæfingu til að yfirvinna lærdómsáhrif prófsins hjá þessum hópi sjúklinga. Mesta aukning milli prófa er milli P1 og P2 fyrir endurhæfingu, sem undirstrikar mikilvægi þess að framkvæma að minnsta kosti tvö próf í upphafi íhlutunar.

Heilsufarslegar breytingar sjúklinga í offitumeðferð á Reykjalundi

Steinunn H. Hannesdóttir^{1,2}, Erlingur Jóhannsson¹, Ludvig Á. Guðmundsson²

¹Rannsóknarstofa í íþróttá- og heilsufræðum, Menntavísindasvið Háskóla Íslands

²Reykjalundur, endurhæfingarmiðstöð SÍBS

Inngangur: Á Íslandi hafa verið gerðar rannsóknir sem sýna svipaða þróun hér á landi á holdafari og annars staðar. Markmið þessarar rannsóknar var að skoða árangur offitumeðferðar á Reykjalundi á þrek, púls- og blóðþrýstingssvörum á þolprófi í offitumeðferð. Auk þess var mat sjúklinganna á eigin líðan kannað með spurningalistum og borið saman við árangur. Í þessari rannsókn voru einnig skoðaðar breytingar á lífsgæðum einstaklinganna.

Efniviður og aðferðir: Þátttakendur voru 47 konur (n=47) á aldrinum 20–60 ára. Notaðar voru eftirfarandi mælingar og breytur: hæð, þyngd, líkamsþyngdarstuðull (LPS), mittismál, BIA (bioelectrical impedance method) rafleiðnimæling, 6 mín göngupróf, þolpróf á hjóli, ásamt púls- og blóðþrýstingssvörum, þrektala (v/kg) og hámarkssúrefnisnotkun (ml/kg/mín). Auk þess voru lagðir fyrir spurningalistarnir SF-36v2 um heilsutengd lífsgæði (Short form 36 health survey version 2.0), OP kvarði um sálfélagslega líðan tengdri offitu (Obesity-related Problems scale), BAI kvíðakvarði (Beck's anxiety inventory scale) og BDI-II þunglyndiskvarði (Beck's depression inventory scale).

Niðurstöður: LPS breyttist um 4 kg/m² (p<0,001), heildarhámarksálag í þolprófi á hjóli jókst um 12% (p<0,001), sem bætti þrekölu um 21% (p<0,001) og hámarkssúrefnisnotkun jókst um 18% (p<0,001). Marktæk lækkun varð á blóðþrýstingi og í hvíldarpúlsi (p<0,05). Niðurstöður allra spurningalista sýndu marktækan jákvæðan mun á heildarstigum (p<0,001).

Ályktanir: Niðurstöðurnar undirstrika þýðingu markvissrar offitumeðferðar með áherslu á varanlegar lífsstílsbreytingar. Gagnlegt og áhugavert væri að skoða langtímaárangur sömu offitumeðferðar til að meta heildarárangur. Ávinningurinn af breyttum lífsstíl er óumdeildur til aukins heilbrigðis fyrir einstaklinginn og þjóðfélagið í heild.

Mæði og líkamsrækt eftir sex vikna alhliða endurhæfingu hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu.

Elfa Dröfn Ingólfssdóttir^{1,2}, Guðbjörg Petursdóttir¹ og Marta Guðjónsdóttir¹⁻³. ¹Reykjalundi, Endurhæfingarmiðstöð SÍBS, ²Læknadeild HÍ, ³Lífeðlis-fræðistofnun HÍ

Inngangur

Óeðlilega mikil mæði er algengt einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT) en þekkt er að lungnaendurhæfing dregur úr mæði. Talið er að líkamspjálfun í kjölfar endurhæfingar sé nauðsynleg til að viðhalda þeim árangri sem næst (Hill, N.S. Proc.Am.Thorac.Soc. 2006; 3: 66-74).

Efniviður og aðferðir

Markmið rannsóknarinnar var að meta áhrif sex vikna alhliða lungnaendurhæfingar á þátttöku í reglubundinni líkamsrækt. Einnig hvort þeir sem stunduðu líkamsrækt í eitt ár eftir að endurhæfingunni lauk upplifðu minni mæði en þeir sem ekki stunduðu líkamsrækt.

Sjúklingar með LLT sem voru á biðlista eftir endurhæfingu á Reykjalundi, svöruðu fyrir innskrift (T1), við innskrift (T2), við útskrift (T3) og einu ári eftir útskrift (T4), Shortness of breath Questionnaire (SOBQ) sem er spurningarlisti sem metur upplifun á mæði.

Spurt var um þátttöku í líkamsrækt á tímamarkum T2 og T4. Á T4 var hópnum skipt í tvennt eftir því hvort stunduð var reglubundinn líkamsrækt eða ekki.

Niðurstöður

Enginn munur var á milli hópanna í aldri ($67,3 \pm 8,8$), FEV₁ ($62,6 \pm 25,1\%$), líkamspyngdarstuðli ($29,1 \pm 6,2$ kg/m²), kynjahlutfalli (konur 63%) eða mæði ($54,8 \pm 20,4$). Fyrir endurhæfinguna stunduðu 38% (52/138) þátttakenda reglubundna líkamsrækt, en 64% (65/102) gerðu það einu ári síðar. Eingöngu sást munur ($p < 0,05$) á upplifun á mæði milli hópanna einu ári eftir að endurhæfingunni lauk.

Ályktanir

Lungnaendurhæfing á Reykjalundi fjölgar þeim sjúklingum sem eru virkir í reglubundinni líkamsrækt, einu ári síðar. Þeir sjúklingar sem stunda líkamsrækt upplifa minni mæði að ári liðnu, en þeir sem ekki stunda líkamsrækt.