



REYKJALUNDUR
endurhæfing

13. vísindadagur á Reykjalundi

Föstudaginn 18. nóvember 2016 kl.12:30-15:30

Ágrip

13. vísindadagur Reykjalundar

Föstudaginn 18. nóvember 2016 kl. 12:30-15:30

Samkomusal Reykjalundar

- 12.30 Setning 13. vísindadags á Reykjalundi.
Formaður vísindaráðs Helma Rut Einarsdóttir sálfræðingur
- 12.40 Styrkjum úr vísindasjóði Reykjalundar úthlutað. Magnús Ólason, framkvæmdastjóri lækninga

Erindi

- 12.45 Rannsókn á getu spurningalista til að spá fyrir um kæfisvefn meðal einstaklinga með offitu. Hildur Thors, Magdalena Ásgeirsdóttir og Eypór Björnsson.
- 13.00 Hvaða þættir aðgreina brottfallshóp frá þeim hópi sem lýkur offitumeðferð á Reykjalundi? Kristín Hulda Guðmundsdóttir, Erlingur Jóhannsson og Ludvig Guðmundsson.
- 13.15 Árangur hugrænnar atferlismeðferðar sem byggð er á núvitund samanborið við líkamlega þjálfun sem eftirfylgdarúrræði til að koma í veg fyrir bakslög í þunglyndi. Sif Jónsdóttir, Katrín Sara Hinriksdóttir, Sigríður Finnbogadóttir, Anna Kristín Þorsteinsdóttir, Arnbjörg Guðmundsdóttir, Ágúst Már Jónsson, Jóhanna Kristín Steingrímsdóttir, Kamilla Rún Jóhannsdóttir, Margrét Lilja Guðmundsdóttir og Inga Hrefna Jónsdóttir.
- 13.30 Forspárgildi hvíldarmælinga fyrir þol sjúklinga með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun. Marta Guðjónsdóttir, Egill Thoroddsen, Arna E. Karlsdóttir, Ásdís Kristjánsdóttir, Magnús R. Jónasson, Magdalena Ásgeirsdóttir og Karl Kristjánsson.

Kaffihlé á Brú (við þjálfunarhús) 13.45-14.15

Veggspjöld. Gengið verður á milli veggspjalda og höfundar kynna efni þeirra 14.15-15.30.

1. Árangur eftirfylgdar hugrænnar atferlismeðferðar sem byggð er á núvitund (NÚ-HAM) samanborið við hreyfingu. Katrín Sara Hinriksdóttir, Sif Jónsdóttir, Sigríður Finnbogadóttir, Anna Kristín Þorsteinsdóttir, Arnbjörg Guðmundsdóttir, Ágúst Már Jónsson, Jóhanna Kristín Steingrímsdóttir, Kamilla Rún Jóhannsdóttir og Inga Hrefna Jónsdóttir
2. Áhrif hreyfingar á einkenni þunglyndis og kvíða; samanburðarrannsókn á árangri tveggja mismunandi eftirmeðferðarúrræða. Sigríður Finnbogadóttir, Inga Hrefna Jónsdóttir, Arnbjörg Guðmundsdóttir, Ágúst Már Jónsson, Anna Kristín Þorsteinsdóttir, Jóhanna Kr.

Steingrímsdóttir, Sif Jónsdóttir, Katrín Sara Hinriksdóttir, Kamilla Rún Jóhannsdóttir og Margrét Lilja Guðmundsdóttir.

3. Hvernig tengjast andleg líðan, líkamlegt þrek, lífsgæði og mæði hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu? Elfa Dröfn Ingólfssdóttir, Guðbjörg Pétursdóttir, Árni Johnsen og Marta Guðjónsdóttir.
4. Þýðing, staðfærsla og forprófun á The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39g. Sigfús Helgi Kristinsson og Þórunn Hanna Halldórsdóttir.
5. Hreyfing fyrir og eftir hjartaendurhæfingu á Reykjalundi. Sólrún Jónsdóttir, Ragnheiður Lýðsdóttir og Marta Guðjónsdóttir.
6. Effect of six weeks rehabilitation on health status, stress, anxiety and depression in women with Fibromyalgia. Ingólfur Kristjánsson, Gunnhildur L. Marteinsdóttir, Nína Kolbrún Guðmundsdóttir, Hlín Bjarnadóttir, Björg Þorleifsdóttir and Marta Guðjónsdóttir.
7. Effect of rehabilitation on health status and sleep in women with Fibromyalgia. Gunnhildur L. Marteinsdóttir, Nína K. Guðmundsdóttir, Ingólfur Kristjánsson, Hlín Bjarnadóttir, Björg Þorleifsdóttir and Marta Guðjónsdóttir.
8. Svefn og heilsufar meðal kvenna með vefjagigt - áhrif 6 vikna endurhæfingar. Marta Guðjónsdóttir, Gunnhildur L. Marteinsdóttir, Nína K Guðmundsdóttir, Ingólfur Kristjánsson, Hlín Bjarnadóttir og Björg Þorleifsdóttir.

Fundarstjóri: Dr. Marta Guðjónsdóttir, rannsóknastjóri

Rannsókn á getu spurningalista til að spá fyrir um kæfisvefn meðal einstaklinga með offitu.

Hildur Thors¹, Magdalena Ásgeirsdóttir², Eypór Björnsson².
Reykjalundur, ¹ offitusvið og ²lungnasvið/HL rannsókn

Inngangur

Þekkt er að kæfisvefn er algengari hjá þeim sem eru með offitu. Á Reykjalundi fer fram þverfagleg meðferð sjúklinga með offitu. Hluti af þeirri meðferð hefur verið að skima sjúklinga fyrir kæfisvefni. Sjúklingar hafa verið valdir til skimunar samkvæmt niðurstöðum spurningalista sem skimar fyrir dagsyfju (Epworth Sleepiness Scale, ESS). Efasemdir vöknúðu um gagnsemi spurningalistans og var ákveðið að kanna hversu góð fylgni væri milli hans og niðurstaðna kæfisvefnrannsókna og hvort aðrir áhættuþættir hefðu betra forspárgildi.

Markmið

Að kanna fylgni milli niðurstöðu ESS spurningalistans og niðurstöðu kæfisvefnrannsóknar hjá sjúklingum í meðferð hjá offituteymi Reykjalundar.

Aðferðir

Við upphaf ársmeðferðar vegna offitu á Reykjalundi voru allir sjúklingar sem ekki höfðu gengist undir kæfisvefnrannsókn fyrir komu skimaðir. Rannsóknin hefur staðið frá febrúar 2015 og stendur enn. Allir svöruðu ESS spurningalistanum og gengust undir kæfisvefnrannsókn þar sem fjöldi öndunarhléa (AHI) var talinn. Reiknaður var fylgnistuðull, Spearman's rho (r) í SPSS forritinu.

Niðurstöður

Greint er frá niðurstöðum gagna sem hafa safnast frá upphafi rannsóknar til október 2016. Alls hafði 89 skjólstæðingar offituteymis RL tekið þátt, 71 kona og 18 karlar.

Meðallíkamsþyngdarstuðull (BMI) kvenna var 43,0 kg/m² og karla 45,3 kg/m². Meðalskor á ESS var 7 stig. Rúmur þriðjungur sjúklinga var með AHI < 5 en fimmtungur með AHI ≥ 15. Fylgni, reiknað fyrir bæði kyn saman, milli niðurstöðu ESS og AHI var -0,079 (p=0,457).

Umræður

Epworth spurningalisti um dagsyfju hefur ekki forspárgildi fyrir marktækan kæfisvefn hjá sjúklingum með offitu. Ýmsir aðrir þættir voru einnig skoðaðir til að meta hvernig best væri að velja sjúklinga til skimunnar og verða frekari niðurstöður kynntar á Vísindadegi Reykjalundar.

Hvaða þættir aðgreina brottfallshóp frá þeim hópi sem lýkur offitumeðferð á Reykjalundi?

Kristín Hulda Guðmundsdóttir¹, Erlingur Jóhannsson¹, Ludvig Guðmundsson^{2,3}

Menntavísindasvið Háskóla Íslands¹, Reykjalundur endurhæfingarmiðstöð² – offitusvið,
Landspítali³ – endurhæfingardeild.

Inngangur

Offita er eitt helsta heilsufarvandamál samtímans. Margir sem eru of feitir leita sér aðstoðar og sækjast eftir að komast í svokallaðar offitumeðferðir með breyttan lífstíl að leiðarljósi. Mikið brottfall er úr slíkum meðferðum.

Markmið

Markmið þessarar rannsóknar var að skoða hvort einhverjir þættir aðgreindu brottfallshópinn frá þeim sem klárar slíka meðferð á endurhæfingarstöðinni Reykjalundi. Skoðaðir voru líkamlegir- félagslegir- og andlegir þættir.

Aðferðir

Einstaklingum í offitumeðferð Reykjalundar á árunum 2010-2011, alls 249, var boðin þátttaka en einungis 69 samþykki bárust. Þátttakendur sem ekki skiluðu sér til seinni hluta dagdeildarmeðferðar voru skilgreindir sem brottfall.

Skoðaðar voru upplýsingar sem fengust í ítarlegu viðtali og heilsufarsmælingu við forskoðun s.s. aldur, þyngd, blóðþrýsting, menntun og niðurstöður þunglyndis, kvíða og OP-kvarða. Þá var sendur út spurningalisti á bæði brottfallshóp og þann sem kláraði meðferð.

Niðurstöður

Niðurstöður sýndu að konum sem kláruðu meðferðina leið verr við ýmsar félagslegar aðstæður (skv. OP-kvarða) en þeim konum sem ekki kláruðu ($p=0,025$). Lítil munur var meðal karla. Þá var fylgni á milli þunglyndis og brottfalls meðal kvennanna. Þær konur sem hættu fengu fleiri stig á þunglyndisprófi en hinar sem kláruðu meðferð ($p=0,078$). Þá var hópurinn sem kláraði meðferð líklegri til að vera með meiri menntun en brottfallshópurinn. Þar var munurinn þó ekki marktækur en áhugaverður að skoða í stærra samhengi ($p=0,098$). Áhugavert var að sjá hversu kynin virðast ólík. Karlar skila sér síður inn í meðferð og munurinn á milli karla hópanna var einkum líkamlegur s.s. þyngd og aldur.

Umræður

Fyrir þann hóp sem hefur misst tókin á heilsu sinni og er of feitur, er nauðsynlegt að skoða hvern einstakling fyrir sig og benda honum á lausn eða leið sem hentar honum best í átt að heilbrigðari lífnaðarháttum. Mikilvægt er að aðgreina hópinn eftir menntun, kyni, aldri og andlegri líðan áður en viðkomandi er bent á lausnir við sitt hæfi.

Árangur hugrænnar atferlismeðferðar sem byggð er á núvitund samanbórið við líkamlega þjálfun sem eftirfylgdarúrræði til að koma í veg fyrir bakslög í þunglyndi

Sif Jónsdóttir¹, Katrín Sara Hinriksdóttir¹, Sigríður Finnbogadóttir¹, Anna Kristín Þorsteinsdóttir², Arnbjörg Guðmundsdóttir², Ágúst Már Jónsson², Jóhanna Kristín Steingrímsdóttir², Kamilla Rún Jóhannsdóttir¹, Margrét Lilja Guðmundsdóttir¹, Inga Hrefna Jónsdóttir². Viðskiptadeild Háskóla Reykjavíkur¹, Geðheilsusvið Reykjalundar².

Inngangur

Í langvinnu þunglyndi koma þunglyndislotur endurtekið þrátt fyrir árangursríka meðferð og aukin hættu er á bakslögum því oftast sem það á sér stað. Því eru öflugar bakslagsvarnir mikilvægar til að viðhalda bata út lífið. Hugræn atferlismeðferð byggð á núvitund (NÚ-HAM) og líkamleg þjálfun (LP) eru ólík en áhrifarík eftirfylgdarúrræði sem draga úr líkum á þunglyndi. Skortur er á vísbendingum um hvort NÚ-HAM sé árangursríkari kostur en LP til að viðhalda bata og koma í veg fyrir bakslög.

Markmið

Meginmarkið rannsóknarinnar var að meta árangur eftirfylgdar í formi NÚ-HAM samanbórið við LP sem úrræði til að koma í veg fyrir bakslög í þunglyndi og að viðhalda bata.

Aðferð

Þátttakendur voru einstaklingar sem áður höfðu farið í gegnum HAM á Reykjalundi. Skipt var tilviljunarkennt í tvo eftirfylgdarhópa, annarsvegar NÚ-HAM og hinsvegar LP. Námskeiðin voru 1x í viku, 2 klst. í senn í 8 vikur og skiptust í fræðslu, umræður og kerfisbundnar æfingar. Lagðir voru fyrir spurningalistar sem meta bakgrunn, þunglyndi, kvíða og athygli. Fyrir og eftir greining var gerð á 26 einstaklingum sem luku meðferð, þar af voru 16 í NÚ-HAM og 10 í LP, en brottfall var 53%.

Niðurstöður

Niðurstöður sýndu engar breytingar að meðaltali á þunglyndisskorum í kjölfar meðferðar, hvorki fyrir NÚ-HAM né LP. Hinsvegar dró úr þunglyndiseinkennum sjúklinga með miðlungs/alvarlegt þunglyndi í kjölfar eftirfylgdarmeðferðar, sérstaklega þeirra sem fengu NÚ-HAM. Að lokum, þeir einstaklingar sem fengu NÚ-HAM bættu sig ekki meira í athyglisstjórn miðað við þá sem fengu LP.

Umræður

Í samantekt, leiddi þessi samanburðarrannsókn í ljós að NÚ-HAM og LP eru jafn áhrifaríkar eftirfylgdarmeðferðir til að viðhalda bata og koma í veg fyrir bakslög. Þessar vísbendingar styðja við mögulega kosti þess að rannsaka hugsanlegan einstaklingsmun á áhrifaríki meðferðanna tveggja.

Forspárgildi hvíldarmælinga fyrir þol sjúklinga með langvinna lungnateppu eða langvinna hjartabilun.

Marta Guðjónsdóttir^{1,2}, Egill Thoroddsen¹, Arna E. Karlsdóttir², Ásdís Kristjánsdóttir², Magnús R. Jónasson², Magdalena Ásgeirsdóttir², Karl Kristjánsson².

Lífeðlisfræðistofnun¹, Læknadeild Háskóla Íslands, Hjarta- og lungnasvið², Reykjalundi, endurhæfingarmiðstöð SÍBS.

Inngangur

Sjúklingar með langvinna lungnateppu (LLT) eða langvinna hjartabilun (LHB) hafa skert þol og þjást af mæði og þreytu. Skert fráblástursgeta (FEV_1) hjá LLT og skert útstreymisbrot hjá LHB er talið skýra þetta að hluta en þó er fylgni þessara þátta við þol ekki sterk (Chest 2003;123:1416). Markmið rannsóknarinnar var að meta hvaða hvíldarmælingar gætu best spáð fyrir um þol þessara sjúklinga.

Aðferðir

25 sjúklingar með LLT ($FEV_1 < 50\%$ af áætluðu) og 25 sjúklingar með LHB (útstreymisbrot $\leq 35\%$) tóku þátt í rannsókninni. Mæld var hæð, þyngd, fitufrír massi (FFM) og reiknaðir út líkamsþyngdarstuðull (BMI; kg/m^2) og fitufrír massastuðull (FFMI; kg/m^2). FEV_1 , FVC, heildarrúmmál lungna (TLC) og innöndunarrýmd (IC) var mælt. FEV_1 og FVC sem hlutfall af áætluðu gildi, FEV_1/FVC og IC/TLC hlutfall var reiknað. Einföld aðhvarfsgreining var gerð milli ofangreindra breyta við þol sem mælt var sem hámarkssúrefnisupptaka í þolprófi og reiknað sem hlutfall af áætluðu gildi.

Niðurstöður

Hjá LLT sjúklingunum hafði IC/TLC hlutfallið sterkasta fylgni við þol ($r^2=0,49$; $p<0,005$), FEV_1 af áætluðu gildi og FEV_1/FVC hlutfallið hafði ekki marktæka fylgni ($r^2=0,05$ og $0,12$). FFMI hafði marktæka fylgni ($r^2=0,255$; $p<0,05$) en BMI ekki ($r^2=0,05$). Enginn öndunarmælinganiðurstaða hafði marktæka fylgni við þol LHB sjúklinganna en það hafði hins vegar bæði BMI ($r^2=0,20$; $p<0,05$) og FFMI ($r^2=0,23$; $p<0,05$).

Ályktanir

Af þeim hvíldarmælingum sem gerðar voru í þessari rannsókn gefur ofurþan lungna metið með IC/TLC besta vísbendingu um þol sjúklinga með LLT en vöðvamassi metinn með FFMI besta vísbendingu um þol sjúklinga með LHB.

Árangur eftirfylgdar hugrænnar atferlismeðferðar sem byggð er á núvitund (NÚ-HAM) samanbórið við hreyfingu

Katrín Sara Hinriksdóttir¹, Sif Jónsdóttir¹, Sigríður Finnbogadóttir¹, Anna Kristín Þorsteinsdóttir², Arnbjörg Guðmundsdóttir², Ágúst Már Jónsson², Jóhanna Kristín Steingrímsdóttir², Kamilla Rún Jóhannsdóttir¹, Margrét Lilja Guðmundsdóttir¹ og Inga Hrefna Jónsdóttir²
Viðskiptadeild Háskóla Reykjavíkur¹, Geðheilsusvið Reykjalundar².

Inngangur

Í langvinnu þunglyndi upplifa flestir einstaklingar fleiri en eina þunglyndislotu og eru 40% líkur á bakslagi innan árs. Hugræn atferlismeðferð og lyfjameðferðir hafa dregið úr þunglyndislotum en samt sem áður eru um 40% sem svara illa slíkum meðferðum. Því er mikilvægt að finna fjölbreyttari úrræði sem koma í veg fyrir endurtekið þunglyndi og hafa bæði NÚ-HAM og hreyfing sýnt þar fram á góðan árangur.

Markmið

Markmið rannsóknarinnar var að bera saman og meta áhrif eftirfylgdar hugrænnar atferlismeðferðar byggða á núvitund (NÚ-HAM), samanbórið við hreyfingu. Einnig hvort NÚ-HAM þátttakendur sem voru líkamlega virkir lækkuðu meira á þunglyndi heldur en þeir sem voru líkamlega óvirkir. Að lokum hvort þátttakendur sem eru með meiri vakandi athygli mælist með færri þunglyndiseinkennum burtséð frá tegund íhlutunar.

Aðferð

Þátttakendur voru einstaklingar sem allir höfðu lokið HAM á Reykjalundi (n=26). Skipt var tilviljunarkennt í tvo hópa, annarsvegar NÚ-HAM og hinsvegar hreyfingu. Íhlutunarhóparnir hittust einu sinni í viku, tvo tíma í senn í átta vikur og skiptust tímarnir í fræðslu, æfingar og umræður. Þátttakendur voru mældir með sömu mælingum fyrir og eftir íhlutun (BDI-II, MAAS og Líkamleg virkni).

Niðurstöður

Niðurstöður sýndu engan mun á íhlutunarhópunum hvorki varðandi lækkun þunglyndiseinkenna né í að viðhalda bata. NÚ-HAM þátttakendur sem voru líkamlega virkir lækkuðu ekki meira á þunglyndi samanbórið við líkamlega óvirka þátttakendur. NÚ-HAM þátttakendur sem í upphafi rannsóknar voru með meiri vakandi athygli (VA) högnuðust meira af íhlutun sinni heldur en þátttakendur sem voru með minni VA. Hinsvegar átti það sama ekki við um þátttakendur hreyfingarhópsins því þeir sem voru með minni VA högnuðust meira af íhlutuninni heldur en þeir sem voru með meiri VA.

Umræður

Niðurstöður gáfu til kynna að NÚ-HAM og hreyfing eru jafn áhrifaríkar meðferðir til að viðhalda bata eftir HAM meðferð. Hinsvegar högnuðust NÚ-HAM þátttakendur ekki meira af líkamlegri virkni. Að lokum, það virðist vera einstaklingsmunur út frá VA hvaða íhlutun hentar hverjum best.

Áhrif hreyfingar á einkenni þunglyndis og kvíða; samanburðarrannsókn á árangri tveggja mismunandi eftirmeðferðarúrræða

Sigríður Finnbogadóttir¹, Inga Hrefna Jónsdóttir², Arnbjörg Guðmundsdóttir², Ágúst Már Jónsson², Anna Kristín Þorsteinsdóttir², Jóhanna Kr. Steingrímsdóttir², Sif Jónsdóttir³, Katrín Sara Hinriksdóttir³, Kamilla Rún Jóhannsdóttir³, Margrét Lilja Guðmundsdóttir¹

Háskólinn í Reykjavík, Íþróttافرæðisvið¹, Reykjalundur, endurhæfingarmiðstöð SÍBS², Háskólinn í Reykjavík, Sálfræðisvið³

Inngangur: Þunglyndi er mjög algengur sjúkdómur sem kostar samfélagið mikið á hverju ári, auk þess að hafa gífurleg áhrif á líf og líðan sjúklingsins og hans nánustu. Algengi þunglyndis er í kringum 15% hjá íslensku þjóðinni og neyta Íslendingar mests magns þunglyndislyfja í Evrópu.

Markmið: Tilgangur rannsóknarinnar var að bera saman árangur tveggja eftirmeðferða við þunglyndi og kvíða, Nú-HAM annars vegar og hreyfingar hinsvegar. Einnig var skoðað hvaða áhrif átta vikna íhlutun í formi hreyfingar hafði á andlega og líkamlega heilsu þátttakenda. Mikill ávinningur fylgir því að geta boðið upp á árangursríkt eftirfylgdarúrræði sem dregur úr endurteknum bakslögum hjá einstaklingum sem glíma við þunglyndi og kvíða.

Aðferðir: Þáttakendur í rannsókninni voru 26 einstaklingar sem lokið höfðu hugrænni atferlismeðferð á Reykjalundi á tímabilinu 2014-2015. Þátttakendum var skipt tilviljanakennt í tvo hópa og fengu hóparnir sitt hvort eftirmeðferðarúrræðið í átta vikur, hreyfingu eða Nú-HAM. Í upphafi og lok íhlutunar svöruðu þátttakendur spurningalistum (MAAS, SF-36v2, BAI, BDI II, BHS, DASS) sem mátu andlega og líkamlega heilsu þeirra auk þess sem framkvæmd voru göngupróf (6MWD) til að meta þol þátttakenda.

Niðurstöður: Ekki tókst að sýna fram á marktækan mun. Hreyfingarhópurinn bætti sig örlítið í gönguprófi í lok íhlutunar en núvítundarhópurinn stóð í stað. Báðir hópar sýndu sambærilega lækkun í einkennum þunglyndis samkvæmt BDI II skalanum. Báðir hópar stóðu í stað á BAI skalanum sem metur einkenni kvíða. Líkamleg heilsa hreyfingarhóps stóð í stað en andleg heilsa batnaði um eitt stig (SF-36v2). Líkamleg heilsa þátttakenda var betri eftir því sem þeir voru virkari.

Umráður: Þó að ekki hafi komið fram marktækur munur gefa niðurstöður vísbendingar um að bæði eftirmeðferðarúrræðin geti hentað til að viðhalda bata. Mikið brottfall var úr rannsókninni og var úrtakið því mjög lítið.

Hvernig tengjast andleg líðan, líkamlegt þrek, lífsgæði og mæði hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu?

Elfa Dröfn Ingólfssdóttir¹, Guðbjörg Pétursdóttir¹, Árni Johnsen² og Marta Guðjónsdóttir^{1, 2}.
Lungnasvið Reykjalundar, Endurhæfingarmiðstöðvar SÍBS¹ Læknadeild Háskóla Íslands²

Inngangur

Mæði er eitt helsta einkenni sjúklinga með langvinna lungnateppu (LLT) og hefur mikil áhrif á lífsgæði þeirra (Ries et al, COPD 2005). Markmið rannsóknarinnar var að meta: a) tengsl lífsgæða og mæði, b) hvaða þættir tengjast helst mæði LLT sjúklinga við upphaf endurhæfingar og c) hvort breyting á þeim þáttum tengist breytingum á mæði.

Aðferðir

Sjúklingar með sjúkdómsgreininguna LLT á beiðni fyrir endurhæfingu á Reykjalundi tóku þátt í rannsókninni. Við upphaf endurhæfingar var gerð spirometria (FEV₁) og heilsutengd lífsgæði metin með St. George's Respiratory Questionnaire (SGRQ). Við upphaf og lok endurhæfingar var líkamsþyngdarstuðull (BMI) mældur, andleg líðan metin með Hospital Anxiety Depression scale (HAD), upplifun á mæði metin með Shortness of Breath questionnaire (SOBQ) og líkamlegt þrek mælt með sex mínútna gönguprófi (6MGP).

Niðurstöður

138 sjúklingar, 67±9 ára, þar af 87 konur (63%) hófu endurhæfingu. 125 (91%) höfðu reykt í 45±26 pakkaár. FEV₁ var 62±25% af áætluðu, BMI var 29±6 kg/m², vegalengd á 6MGP var 75±18% af áætluðu, stig á SGRQ voru 50±15, á SOBQ 55±20, á HAD kvíða 5,1±4,2 og HAD þunglyndi 5,9±3,7. Fylgni milli mæði og heilsutengdra lífsgæða var sterk ($r=0,78$). Þeir þættir sem sýndu tengsl við mæði fyrir endurhæfingu voru kvíði ($p < 0,001$) og gönguvegalengd ($p < 0,002$). Mæði minnkaði um 7,9 stig ($p < 0,0001$) við endurhæfinguna og einungis breyting á kvíða sýndi tengsl við þá minnkun ($p < 0,05$).

Umræður

Heilsutengd lífsgæði sjúklinga með LLT ráðast mikið af mæði sem batnaði klínískt við endurhæfingu (≥ 5 stig) og einungis minnkun á kvíða tengdist þeim bata.

Þýðing, staðfærsla og forprófun á The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39g

Sigfús Helgi Kristinsson^{1,2}, Þórunn Hanna Halldórsdóttir^{1,2}
Háskóli Íslands¹ og Reykjalundur tauga- og hæfingarteymi²,

Inngangur

Málstolssjúklingar í kjölfar heilablóðfalls búa við slök heilsutengd lífsgæði samanborið við flesta sjúklingahópa. Þó eru lífsgæði víðast hvar ekki metin kerfisbundið með réttmætum og áreiðanlegum hætti, þrátt fyrir að grundvallarmarkmið með inngripi sé að auka lífsgæði sjúklinga. Ein af meginástæðum þess er skortur á mælitækjum.

Markmið

Annars vegar að þýða og staðfærða The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39g (SAQOL-39g) á íslensku, og hins vegar að forprófa þýðinguna til að kanna hvort mælitækið sé 1) aðgengilegt þátttakendum, 2) hvort innri áreiðanleiki þess sé fullnægjandi og 3) hvort endurtektarprófunaráreiðanleiki þess sé fullnægjandi. Að auki verða teknar saman niðurstöður þátttakenda úr forprófun.

Aðferðir

Þýðingin var útfærð samkvæmt viðurkenndri bakþýðingaraðferð. Mælitækið var forprófað á 20 þátttakendum; tíu með málstol og tíu án málstols í kjölfar heilablóðfalls. Aðgengileiki var metinn með hlutfalli ósvaraðra prófatriða (<10%) og gólf- og rjáfuráhrifum (<80%), innri áreiðanleiki var metinn með Cronbach's alpha fyrir heildarútkomu og undirpróf (>0,7) og fylgni prófatriða við heildarútkomu (>0,3), og endurtektarprófunaráreiðanleiki var metinn með Intraclass Correlation Coefficient (ICC) fyrir heildarútkomu og undirpróf (>0,75). Endurtektarprófun fór fram innan 14 daga frá upphaflegri prófun.

Niðurstöður

Átta prófatriði voru tekin til skoðunar eftir bakþýðingu. Engin prófatriði þurfti að staðfæra. Forprófun sýndi fram á fullnægjandi aðgengileika; hlutfall ósvaraðra prófatriða var 0% og gólf- og rjáfuráhrif voru innan viðmiðunarmarka fyrir stök prófatriði og undirpróf (<80%). Innri áreiðanleiki var fullnægjandi fyrir heildarútkomu ($\alpha=0,94$) og undirpróf (0,89-0,93). Fylgni prófatriða við heildarútkomu var á bilinu 0,30-0,82. Endurtektarprófunaráreiðanleiki var fullnægjandi fyrir heildarútkomu (0,95) og undirpróf (0,94-0,95). Meðalstigafjöldi þátttakenda var 3,96 stig ($sf=0,62$).

Umræður

Próffræðilegir eiginleikar þýðingarinnar eru fullnægjandi og standast samanburð við próffræðilega eiginleika frumútgáfu mælitækisins. Líklegt þykir að þýðingin búi yfir sambærilegu réttmæti og frumútgáfa. Niðurstöður úr forprófun benda til þess að heilsutengd lífsgæði einstaklinga með málstol séu marktækt lakari en einstaklinga án málstols í kjölfar heilablóðfalls.

Hreyfing fyrir og eftir hjartaendurhæfingu á Reykjalundi

Sólrun Jónsdóttir ¹, Ragnheiður Lýðsdóttir ¹, Marta Guðjónsdóttir ^{1, 2}.

Reykjalundur – Endurhæfingarmiðstöð, hjartasvið ¹, Lífeðlisfræðistofnun Háskóla Íslands ²

Inngangur

Mikilvægur þáttur í hjartaendurhæfingu er þol- og þrekbjálfun. Niðurstöður rannsókna sýna góðan árangur þeirra sem fara í gegnum hjartaendurhæfingu á hjartasviði Reykjalundar, meðal annars hvað varðar afköst á þolprófi og þrektölu. Mikilvægt er að sá árangur sem næst í endurhæfingunni haldist sem best.

Markmið

Markmið þessarar gæðarannsóknar var að fá vitneskju um hvernig sjúklingum gengur að halda áætlun varðandi hreyfingu eftir útskrift af hjartasviði Reykjalundar. Tilgangurinn var að vita hvort breyta þurfi verklagi gagnvart einhverjum tilteknum sjúklingahópi.

Aðferð

Rannsóknartímabilið var frá ágúst 2015 til júní 2016. Þátttakendur voru 159 sjúklingar (44 konur, 115 karlar) sem útskrifuðust af hjartasviði Reykjalundar að lokinni hjartaendurhæfingu á tímabilinu og gáfu sjúkrapjálfa leyfi til að hafa samband við sig eftir 3-5 mánuði. Við innskrift var skráð hvort sjúklingurinn hafði stundað reglubundna hreyfingu fyrir veikindin, aldur, búseta, sjúkdómsgreining, inngrip, atvinnupátttaka, þrektala (w/kg) og líkamsþyngdarstuðull (BMI). Að lágmarki þremur mánuðum eftir útskrift var spurt símleiðis um líðan og hvort áætlun varðandi hreyfingu hafi gengið eftir.

Niðurstöður

Algengasta sjúkdómsgreining þátttakenda var kransæðasjúkdómur (67%). Af 159 sjúklingum sem útskrifuðust á rannsóknartímabilinu höfðu 68 (43%) stundað reglubundna hreyfingu fyrir veikindin. Þrektala þeirra var hærri á innskriftarþolprófi en þeirra sem ekki höfðu stundað reglubundna hreyfingu (1,61 w/kg vs 1,47 w/kg., $p < 0,05$). Það náðist í 154 (97%) sjúklinga símleiðis eftir útskrift, og voru 135 (88%) þeirra að halda áfram reglubundinni hreyfingu. Af þeim 19 (12%) sem ekki voru að ná settum markmiðum varðandi hreyfinguna var helsta ástæðan önnur veikindi. Fundin voru frekari úrræði fyrir nokkra þeirra og síðan haft samband við þá aftur. Ekki reyndist vera munur eftir aldri, búsetu, atvinnupátttöku eða kynjahlutfalli varðandi það hvort þátttakendur væru að hreyfa sig eftir útskrift.

Umræður

Langflestir halda áfram reglubundinni hreyfingu eftir útskrift. Spurningin er hvernig best er að finna þá sem ekki halda áfram.

Effect of six weeks rehabilitation on health status, stress, anxiety and depression in women with Fibromyalgia

Ingólfur Kristjánsson¹, Gunnhildur L. Marteinsdóttir¹, Nína Kolbrún Guðmundsdóttir¹, Hlín Bjarnadóttir¹, Björg Þorleifsdóttir² and Marta Guðjónsdóttir^{1,2}

Department of Rheumatic Diseases¹, Reykjalundur Rehabilitation Centre, Iceland, Faculty of Medicine², University of Iceland.

Background

Fibromyalgia (FM) is a debilitating condition characterised by widespread chronic pain, fatigue, psychosocial stress and depleted exercise tolerance.

Objective

of this study was to explore the effect of a 6 week rehabilitation programme (6WR) on health status and psychological wellbeing among FM female patients and compare it to a group of healthy female controls.

Methods

33 women with FM entered the study but 8 were excluded due to sleep apnoea or periodic leg movements. 25 patients and 12 controls (age- and BMI-matched: 46.8 ± 8.7 vs 50.0 ± 8.4 years and 31.6 ± 5.3 vs 29.1 ± 4.2 kg/m² respectively) completed the Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ) and the Depression Anxiety and Stress Scale Questionnaire (DASS). Their functional exercise capacity was measured by the Six Minute Walk Test (6MWT).

Results

Before rehabilitation the patients scored higher than controls in FIQ (59.1 ± 12.3 vs 5.1 ± 5.8), DASS depression (10.3 ± 6.9 vs 1.0 ± 1.2), DASS anxiety (8.0 ± 6.3 vs 1.4 ± 2.6) and DASS stress (12.2 ± 5.9 vs 2.6 ± 3.2) and they walked shorter distance in 6MWT (564 ± 58 vs 659 ± 45 m; 86 ± 10 vs 103 ± 6 % predicted). Patients improved in FIQ, DASS depression and 6MWT during 6WR and were close to it in DASS anxiety and stress ($p=0.065$) whereas controls remain unchanged.

Conclusion

Health status, functional exercise capacity and psychological wellbeing is impaired among FM patients compared to controls. However, it improves significantly during the rehabilitation in our study.

Effect of rehabilitation on health status and sleep in women with Fibromyalgia.

Gunnhildur L. Marteinsdóttir¹, Nína K. Guðmundsdóttir¹, Ingólfur Kristjánsson¹ Hlín

Bjarnadóttir¹, Björg Þorleifsdóttir² and Marta Guðjónsdóttir^{1,2}

Department of Rheumatic Diseases¹, Reykjalundur Rehabilitation Centre, Iceland, Department of Physiology², University of Iceland.

Background

Fibromyalgia (FM) is a debilitating condition characterised by widespread chronic pain, fatigue, psychosocial stress and disturbed sleep.

Objective

Aim of this study was to explore the effect of a 6 week rehabilitation programme (6WR) on quality of sleep among FM patients and compare it to a group of healthy controls.

Methods

33 women with FM entered the study but 8 were excluded due to sleep apnoea. 25 patients (46.8±8.7 years, BMI: 31.6±5.3 kg/m²) and 12 matched controls for gender, age and BMI (50.0 ± 8.4 years, 29.1±4.2 kg/m²) completed Fibromyalgia Impact Questionnaire (FIQ), Insomnia Severity Index (ISI), Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep Questionnaire (DBAS) and answered two questions rating the quality of their sleep (0-10) pre and post 6WR or equal control period.

Results

	Fibromyalgia patients (n=25)		Control group (n=12)	
	Pre	Post	Pre	Post
BMI (kg/m ²)	31.6 ± 5.3	31.0 ± 4.8	29.1 ± 4.2	29.1 ± 4.3
FIQ (total score)	59.1 ± 12.3	42.5 ± 12.4*	5.1 ± 5.8 [‡]	
ISI (score)	16.0 ± 5.0	14.4 ± 4.3*	3.2 ± 3.7 [‡]	2.9 ± 2.8
DBAS	94.8 ± 26.1	84.6 ± 20.8	52.1 ± 17.8 [‡]	42.3 ± 20.8
Subjective sleep quality	5.5 ± 1.1	6.2 ± 1.4*	8.3 ± 0.8 [‡]	8.2 ± 0.8
Subjective sleep refreshment	4.8 ± 1.2	5.4 ± 1.5	8.6 ± 0.8 [‡]	8.3 ± 0.7

*p<0.05 post vs pre in the group; [‡]p<0.005 controls pre vs patients pre data.

Conclusion

Sleep apnoea is common among FM patients. Health status, beliefs, attitudes and quality of sleep is impaired compared to controls. However, it improves significantly during the rehabilitation in our study.

Svefn og heilsufar meðal kvenna með vefjagigt - áhrif 6 vikna endurhæfingar -

Marta Guðjónsdóttir^{1,2}, Gunnhildur L. Marteinsdóttir², Nína K Guðmundsdóttir²,

Ingólfur Kristjánsson², Hlín Bjarnadóttir², Björg Þorleifsdóttir²

¹Lifeðlisfræðistofnun, Læknadeild, Háskóli Íslands

²Gigtarsvið, Reykjalundur

Inngangur

Vefjagigt (fibromyalgia) er heilkenni sem einkennist af útbreiddum langvinnum verkjum, þreytu, andlegri streitu og minnkuðu úthaldi auk svefntruflana.

Markmið rannsóknarinnar var að kanna áhrif sex vikna endurhæfingar á heilsufar og svefn meðal kvenna með vefjagigt og bera saman við sambærilegan hóp kvenna m.t.t. aldurs og líkamsþyngdarstuðuls (BMI).

Efniviður og aðferðir

Þátttakendur í rannsókninni voru 25 konur með sjúkdómsgreininguna vefjagigt og uppfylltu skilyrði rannsóknarinnar og 12 heilbrigðar konur í samanburðarhópi (aldur: 46.8 ± 8.7 vs 50.0 ± 8.4 ár og BMI: 31.6 ± 5.3 vs 29.1 ± 4.2 kg/m²). Við upphaf og lok rannsóknartímabils svöruðu þær spurningalistum um heilsufar og líkamlega færni (Fibromyalgia Impact Questionnaire), svefnleysi (Insomnia Severity Index) og viðhorf þeirra til svefns (Dysfunctional Beliefs and Attitudes about Sleep). Nætursvefn var mældur með virknimæli (actigraph) vikulangt auk svefnskrár sem þátttakendur héldu, í annarri og fimmtu viku tímabilsins.

Niðurstöður

Vefjagigtarhópurinn mat heilsufar sitt marktækt verra, svefnleysið meira og þeir höfðu neikvæðara viðhorf til svefns miðað við samanburðarhóp. Nætursvefninn reyndist áþekkur meðal hópanna tveggja, s.s. svefnlengd (sleep duration), vökutími að nóttu (wake after sleep onset) og svefnnýtni (sleep efficiency). Eftir sex vikna tímabil hafði heilsufar og líkamleg færni vefjagigtarhópsins aukist marktækt, svefnleysið minnkað og svefnviðhorf var marktækt jákvæðara, en tveir síðarnefndu þættirnir breyttust ekki hjá samanburðarhópnum. Hjá hvorugum hópnum breyttist nætursvefn marktækt á tímabilinu.

Ályktanir

Heilsufar, svefnleysi og viðhorf til svefns var verra hjá vefjagigtarhópnum miðað við samanburðarhóp, en framför varð á þeim þáttum við endurhæfingu. Á milli hópanna var hins vegar enginn marktækur munur á svefnþáttum mældum með virknimælum og þeir breyttust ekki á tímabilinu.