

Áhrif meðferðarinnar „Njóttu þess að borða“ á heilsu og líðan kvenna sem flokkast með offitu

Helga Lárusdóttir³ hjúkrunarfræðingur, Helga Sævarsdóttir³ hjúkrunarfræðingur, Laufey Steingrimsdóttir^{1,2,4} næringarfræðingur, Ludvig Á. Guðmundsson⁵ læknir, Eiríkur Örn Arnarson^{1,2} sálfræðingur

ÁGRIP

Inngangur: Offita er eitt stærsta lýðheilsuvandamál heimsins og tíðnin hefur aukist síðustu 20-30 árin. Offita hefur áhrif á líkamlega og andlega heilsu og eykur dánartíðni. Fá gagnreynd meðferðarúrræði fyrir of feita einstaklinga bjóðast hérlendis.

Efniviður og aðferðir: Rannsakendur skipulögðu 15 vikna hópmeðferð, „Njóttu þess að borða“, og var tilgangur rannsóknarinnar að forprófa það fyrir konur sem flokkast með offitu. Meðferðin byggir á hugrænni atferlismeðferð og beinir sjónum sérstaklega að þjálfun svengdarvitundar. Þægindaúrtaki 20 kvenna á aldrinum 19-44 ára með líkamsþyngdarstuðul 30-39,9 kg/m², var skipt af handahófi í hóp A og B. Hópur A hlaut meðferð meðan hópur B var til samanburðar. Víxlrannsóknarsníði var beitt og hópur B varð íhlutunarhópur. Áhrif meðferðar á heilsu þátttakenda voru metin fyrir, á meðan og eftir meðferð og í 6 og 12 mánaða eftirfylgd. Mæld var þyngd, líkamsþyngdarstuðull, fituhlutfall og fitumagn, blóðþrýstingur,

serum kólesteról, þriglýseríð, háþétni fituprótein og serum 25-hydroxy D-vítamín (25(OH)D). Einnig voru lagðir fyrir kvarðar sem meta lífsgæði (SF-36 og OP), þunglyndi (BDI-II) og kvíða (BAI) auk spurningalista um bakgrunn þátttakenda og mat á meðferðinni.

Niðurstöður: Marktæk lækun varð hjá hópnum á þyngd ($p=0,001$), líkamsþyngdarstuðli ($p=0,001$), fituhlutfalli ($p=0,010$), fitumagni ($p=0,002$), neðri mörkum blóðþrýstings ($p=0,005$) og hækkun á gildi 25-OHD-vítamíns í sermi ($p=0,008$) eftir meðferð. Einkenni þunglyndis og kvíða lækkuðu ($p<0,001$ og $p<0,004$). Lífsgæði jukust samkvæmt OP-kvarða ($p=0,006$) og andleg heilsa batnaði (MCS) ($p=0,012$) á SF-36. Meðalþyngdartap var 3,7 kg eftir meðferð og hélt árangur við eftirfylgd.

Ályktun: Meðferðin „Njóttu þess að borða“ lofar góðu sem valkostur innan grunnheilbrigðisþjónustu, til að bæta andlega heilsu og lífsgæði kvenna sem eru of feitar, auk þess að hjálpa þeim að greinast.

Inngangur

¹Háskóli Íslands, ²Landspítali, ³Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, ⁴Rannsóknastofa í næringarfræði, ⁵Reykjalundur endurhæfing,

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur skilgreint offitu sem heimsfaraldur og einn mesta lýðheilsuvanda 21. aldar, vegna algengis hennar, heilsufarsáhrifa og kostnaðar.¹ Algengi offitu fullorðinna í heiminum hefur nær tvöfaldast frá árinu 1980. Þá voru 4,8% karla og 7,9% kvenna talin hafa líkamsþyngdarstuðul hærri en 30 kg/m² en árið 2008 voru 9,8% karla og 13,8% kvenna yfir þeim mörkum. Meðal hátekjubjóða er líkamsþyngdarstuðull hæstur í Bandaríkjunum, á Nýja-Sjálandi og í Ástralíu.²

Á Íslandi hefur svipuð þróun átt sér stað. Í könnun Lýðheilsustöðvar árið 2007 á heilsu og líðan Íslendinga á aldrinum 18-79 ára, reyndist hlutfall kvenna yfir kjörþyngd (>25 kg/m²) vera 53,5% en karla 66,6%. Niðurstöður benda til að meira en helmingur íslensku þjóðarinnar sé yfir kjörþyngd og um 21% of feitir (>30 kg/m²).^{3,4}

Orsakir offitu eru margslungnar en oftast er um samspil atferlis, umhverfis, félagslegra, efnahagslegra og erfðabátta að ræða.^{1,5} Daglegt líf hefur breyst mikið síðustu áratugi og munar talsvert um tækniframfarir í hvers kyns störfum, svo sem í heimilishaldi, ferðamáta og athöfnum daglegs lífs sem krefjast minni orku en áður.⁶ Umhverfisþættir hafa áhrif á matarvenjur og hreyfingu fólks, svo sem aðgengi og framboð fæðu og

tækifæri til hreyfingar svo og félagslega þátttöku og virkni.⁷

Streita og kvíði eru talin geta haft áhrif á matarvenjur og holdafar. Þeir sem borða þegar þeim líður illa eru oft yfir kjörþyngd.⁸

Offita hefur áhrif á flest líffærakerfi og lífsgæði. Hún er talin einn aðaláhættuþáttur hjarta- og æðasjúkdóma og áunninnar sykursýki.¹ Einnig er hún talin áhættuþáttur vissra krabbameina, slitgigtar, kæfisvefns, verkja í stoðkerfi og margvíslegra andlegra, félagslegra og tilfinningalegra vandamála.^{1,9}

Rannsóknir hafa leitt í ljós marktækt lægri styrk 25-hydroxy D-vítamíns 25(OH)D í sermi þeirra sem eru yfir kjörþyngd.¹⁰

Á Íslandi hafa ekki verið gefnar út klínískar leiðbeiningar fyrir fullorðna með offitu en ýmis úrræði eru í boði. Á Reykjalundi er boðið upp á meðferð fyrir fólk með annars stigs offitu (>35 kg/m²) með eftirtektarverðum árangri.¹¹ Heilsustofnun NLF í Hveragerði, Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað og endurhæfingardeildin í Kristnesi bjóða einnig upp á meðferð við offitu. Einnig má nefna ráðgjöf hjúkrunarfræðinga og lækna á heilsugæslustöðvum, Heilsuborg, sjálfstætt starfandi sálfræðinga, íslensku vígtarráðgjafana, OA-samtökin og margskonar átaksnámskeið líkamsræktarstöðva.

Fyrirspurnir:
Eiríkur Örn Arnarson
eirikur@lsh.is

Greinin barst
22. júní 2013,
samþykkt til birtingar
28. nóvember 2013.
Engin hagsmunatengsl
gefin upp.

Hópur	Ágúst-Desember 2010	Janúar-Apríl 2011	Júní 2011	Október 2011	Desember 2011	Apríl 2012
A	Meðferð ↔		Eftirfylgd (6 mánuðir)		Eftirfylgd (12 mánuðir)	
B	Bíður/samanburður ↔	Meðferð ↔		Eftirfylgd (6 mánuðir)		Eftirfylgd (12 mánuðir) Lok rannsóknar

Mynd 1. Tímabil meðferðar (15 vikur) og eftirfylgdar (12 mánuðir).

Undanfarin ár hefur færst í vöxt að beita hugrænni atferlismeðferð samhliða annarri meðferð við þyngdarstjórnun og sýna rannsóknir að árangursríkt sé að bæta henni við meðferð til að breyta lífsstíl sem beinist að mataræði og hreyfingu.¹² Hugræn atferlismeðferð er sú sálfræðimeðferð sem er í hvað örustum vexti og mest rannsökuð í dag.¹³ Hún var upphaflega þróuð sem þunglyndismeðferð en komið hefur í ljós að hún er einnig árangursrík til að takast á við kvíða, átröskun og fleira.¹⁴ Helsti kostur hennar er talinn felast í langtímaárangri og fallvörn.¹³ Vísbendingar eru um að samtvinnun meðferðarforma skili góðum árangri.⁵

Þjálfun svengdarvitundar (*Appetite Awareness Training*) er þróuð af Lindu W. Craighead og samstarfsaðilum sem gáfu út meðferðarhandbók árið 2006, sem var íslenskuð árið 2012.¹⁵ Þjálfun svengdarvitundar byggir á hugrænni atferlismeðferð og leggur áherslu á að fylgja merkjum líkamans um svengd og seddu. Meðferðin var upphaflega þróuð til að takast á við lotuát og hefur sýnt góðan árangur við því¹⁶ en einnig reynst gagnleg sem forvörn gegn þróun átraskana hjá háskólanemum.^{15,17} Rannsakendum þótti áhugavert að rannsaka hve vel þjálfun svengdarvitundar nýttist hópi of feitra kvenna án tillits til lotuáts. Í þjálfun svengdarvitundar er lögð áhersla á að gera greinarmun á svengd og löngun í mat og á hvern hátt tilfinningar og umhverfisáhrif hafa áhrif á matarlöngun. Lögð er áhersla á mikilvægi þess að sættast við líkamann og reynt að rjúfa tengsl sjálfsmyndar og líkamsþyngdar.¹⁵ Konur sem eru of feitir eru líklegri til að bæta heilsutengda áhættuþætti þegar þær sættast við þyngd og læra að þekkja magamál sitt.¹⁸

Slökun hefur verið beitt samhliða hugrænni atferlismeðferð með góðum árangri.¹⁴ Reglubundin slökun lækkar blóðþrýsting, dregur úr súrefnisþörf líkamans, vöðvaspennu og kvíða og hægir á öndun og hjartslætti.¹⁹ Bandarísk rannsókn leiddi í ljós að í 5 vikna meðferð of feitra kvenna dró þriggja vikna þjálfun í reglubundinni slökun marktækt úr áti af tilfinningalegum toga í samanburði við hóp sem ekki lærði slökun.²⁰ Hreyfing hefur löngum verið notuð til að hafa stjórn á þyngd vegna þess hve mikilvæg hún er talin til að viðhalda árangri. Hreyfing er ekki síður mikilvæg vegna jákvæðra áhrifa á andlega og líkamlega heilsu.²¹

Að framansögðu má vera ljóst að offita er flókinn vandi sem ógnar lýðheilsu Íslendinga. Rannsakendur telja fá úrræði bjóðast í grunnheilbrigðisþjónustu og því var meðferðin „Njóttu þess að borða“ þróuð. Ákveðið var að hún yrði hópmeðferð þar sem hún er talin hagkvæmari og álitin skila jafnvel betri árangri en einstaklingsmeðferð, og hópur veitir aðhald og stuðning.²² Við skipulagningu meðferðar var haft í huga hve erfitt reynist að viðhalda þyngdartapi eftir meðferð²³ og að léttast er ekki eina forsenda jákvæðra áhrifa á heilsu.^{15,24} Meðferðin er 15 vikna hópmeðferð fyrir konur með líkamsþyngdarstuðul 30-39,9 kg/m². Í meðferðinni er fléttað saman hugrænni atferlismeðferð, þjálfun svengdarvitundar, hreyfingu, slökun og ráðleggingum um mataræði. Tilgangur rannsóknar var að rannsaka áhrif framangreindrar meðferðar hjá konum með líkamsþyngdarstuðul á bilinu 30-39,9 kg/m² og var tilgáta rannsakenda að meðferðin hefði jákvæð mælanleg áhrif á andlega og líkamlega heilsu þeirra.

Efniviður og aðferðir

Þægingdaúrtaki 20 kvenna var skipt af handahófi í tvo hópa, A (n=10) og B (n=10). Starfsmenn heilsugæslu í Árbæ, Mjódd og Mosfellsumdæmi öfluðu þátttakenda sem voru konur á aldrinum 19-44 ára, með líkamsþyngdarstuðul á bilinu 30-39,9 kg/m². Frábendingar voru þungun, brjóstagjöf, þátttaka í öðrum úrræðum til að stjórna þyngd, nýgreind sykursýki og alvarleg líkamleg fötlun.

Áhrif meðferðar á hóp A voru rannsökuð (ágúst-desember 2010) en hópur B var til samanburðar, síðan var víxlrannsóknarsniði beitt og hópur B fékk meðferð (janúar-apríl 2011). Eftirfylgd var 6 og 12 mánuðum eftir meðferð hjá hvorum hópi fyrir sig (mynd 1).

Markmið meðferðar þar sem hugrænni atferlismeðferð, þjálfun svengdarvitundar, hreyfingu, slökun og ráðleggingum um mataræði er fléttað saman var að þátttakendur breyttu lífsstíl varanlega til að draga úr afleiðingum offitu. Þátttakendum var kennt að skynja betur tilfinningu um svengd og seddu, takast á við niðurrifshugsanir, setja sér markmið, takast á við ytra áreiti og tilfinningalegt át. Einnig að bæta stjórn á mataræði, auka þekkingu á áhrifum næringar, hreyfingar og slökunar auk þess að stuðla að

120 mínútur	Hópefli/spjall	Pema/fræðsla	Heimavinna	Hreyfing
Hóptími Laugardaga 9:30-11:30	15 mínútur Spurningar Hópefli Spjall	40 mínútur Fræðsla um ákveðið viðfangsefni	10 mínútur Kynning á næsta heimaverkefni	45 mínútur Gönguferð 25 mínútur Teygjur 10 mínútur Slökun 10 mínútur

Mynd 2. Skipulag hóptíma í meðferðinni „Njóttu þess að borða“.

breyttum lífsstíl til frambúðar. Þyngdartap var kynnt sem árangur af að breyta lífsstíl og borða eftir „venjulegu leiðinni“ sem þjálfun svengdarvitundar leggur áherslu á. Hvorki voru þátttakendur beðnir að telja hitaæiningar né settar strangar reglur um mat heldur var áhersla á að skrá svengd og seddu.

Meðferðin fór fram í 14 hóptímum og þremur einstaklingstímum. Hverjum hóptíma var skipt upp í hópefli/spjall, fræðslu, fyrir-lögn heimavinnu og hreyfingu (mynd 2) en í einstaklingstímum voru framkvæmdar mælingar og markmið sett.

Eftirfarandi mælingar voru framkvæmdar fyrir, eftir meðferð og við eftirfylgd: hæð, þyngd, blóðþrýstingur, fituhlutfall og fitumagn. Einnig voru tekin blóðsýni og kólesteról, þriglýseríð, HDL og 25(OH)D mælt í sermi. Einkenni kvíða, þunglyndis og lífsgæði voru mæld og tvær síðarnefndu mælingarnar ásamt þyngd mældar reglulega á meðferðartímanum.

Rannsakendur bjuggu til spurningalista með lýðfræðilegum upplýsingum sem þátttakendur svöruðu í upphafi og í lok rannsóknar voru þeir beðnir að meta meðferðina „Njóttu þess að borða“ með 9 atriða kvarða.

Líkamlegar mælingar

Við hæðarmælingu var notuð veggföst mælistika (Ka-We) með stöðluðum kvarða. Þátttakendur sneru baki í vegg, hælur, sitjandi og herðar snertu vegg og handleggir hafðir slakir. Hæð var skráð með 0,1 sm nákvæmni. Þátttakendur voru vigtaðir í léttum fatnaði á tölvuvog (Seca). Líkamsþyngdarstuðull (kg/m²) var reiknaður út frá hæð og þyngd.

Við blóðþrýstingsmælingu var notaður kvikasílfursblóðþrýstingsmælir (Standby®). Notuð var viðeigandi armbandsstærð eftir mælingu á upphandlegg þátttakenda. Lesið var af mælinum með 5 mm nákvæmni en mældur var þrýstingur á báðum handleggjum og herra gildi skráð.

Fituhlutfall og fitumagn voru mæld með rafleiðnitæki (*Biodynamics*) en tækið mælir viðnám gegn leiðni rafstraums í líkama og út frá því er reiknað vatns- og fitumagn líkamans. Lífeindafræðingar frá rannsóknastofu Landspítala tóku og mældu blóðsýni.

Sálfræðilegar mælingar

Þunglyndis- og kvíðaeinkenni voru metin með þunglyndis- og kvíðakvörðum Becks (BDI-II, BAI). Báðir eru 21 atriða sjálfsmatskvarðar og heildarstig hvors geta verið á bilinu 0-63, þeir hafa verið þýddir og staðlaðir hér á landi og teljast áreiðanlegir og réttmætir.^{25,26}

Almenn lífsgæði voru metin með margreyndum stöðluðum sjálfsmatskvarða fyrir almenna heilsu og byrði langvinnra sjúkdóma og nefnist „Könnun á heilsufari“ SF-36v1®. Reiknuð eru meðalstig fyrir andlega (*mental component summary*; MCS) og líkamlega (*physical component summary*; PCS) heilsu²⁸ á bilinu 0-100 þar sem 50 stig eru talin endurspegla eðlilegt ástand, en fleiri stig vísbending um meiri lífsgæði. Innri áreiðanleiki spurningalista mældist góður í samanburðarrannsókn í 11 löndum.²⁷ Upplýsingar um lífsgæði tengd offituvanda fengust með OP-kvarða, sem er sænskur sjálfsmatskvarði með 8 spurningum um daglegar athafnir metnar á fjögurra punkta kvarða.²⁸ Stig eru á bilinu 0-100

og há einkunn bendir til minni lífsgæða. OP er stuttur og áreiðanlegur kvarði og talinn gagnlegur í klínískri vinnu til að skima fyrir sálfélagslegu ójafnvægi.²⁸

Leyfi

Vísindasiðanefnd veitti leyfi (VSN 10-019-S1) fyrir rannsókninni og Persónuvernd var tilkynnt um hana. Leyfi fékkst hjá framkvæmdastjóra lækninga Heilsugæslu höfuðborgarsvæðis og yfirlæknum heilsugæslustöðvanna þriggja.

Tölfræði

Gögn voru greind með tölfræðiforritunum Excel 2010 og SPSS 19.0 (SPSS, Chicago, IL, USA). Lýsandi tölfræði var beitt og meðaltöl og staðalfrávik fundin. Dreifing var skoðuð með Kolmogorov-Smirnov prófi. Þar sem úrtak var ekki normaldreift var notast við stikalaust próf (*non-parametric*) (Wilcoxon) til að meta árangur námskeiðs. Til að bera saman íhlutunarhóp og samanburðarhóp voru hópmeðaltöl borin saman með stikalausú prófi (Mann-Whitney). Miðað var við 5% marktæktarkröfu ($p \leq 0,05$).

Niðurstöður

Greint er frá niðurstöðum fyrir og eftir meðferð hjá hópnum A ($n=9$) og B ($n=9$), þeir eru síðan sameinaðir (A+B) og breytingar skoðaðar hjá öllum þátttakendum ($N=18$). Breytingar hjá hópnum bentu í sömu átt en með sameiningu þeirra náðist meiri styrkur við tölfræðilega úrvinnslu. Átján af 20 konum luku námskeiðinu og komu í 6 mánaða eftirfylgd. Sautján mættu í 12 mánaða eftirfylgd. Að lokinni eftirfylgd þurfti að útiloka barnshafandi konu og aðra sem fór í magaminnkun. Eftir stóðu 15 í lokaútreikningum og mættu 11 í loka blóðsýnatöku en 9 í blóðsýnatöku í fyrri eftirfylgd.

Hóparnir voru svipaðir með tilliti til bakgrunnsbreyta (tafla I). Í hópi B voru fleiri með háskólamenntun (78%) samanborið við hóp A (33%) og færri með læknisfræðilega greiningu eða tóku lyf (37%) miðað við hóp A (67%). Ekki reyndist marktækur munur á neinum breytum hópanna í upphafi, fyrir utan einkenni þunglyndis sem voru marktækt fleiri ($p=0,04$) í hópi A.

Líkamlegar mælingar

Meðalþyngdartap þátttakenda ($N=18$) var 3,7 kg ($p=0,001$) (tafla II) og spönn -10,4 til +2 kg. Hópur A ($n=9$) léttist að meðaltali um 3,0 kg við meðferð ($p=0,03$) en samanburðarhópur um 0,5 kg ($p=0,42$). Hópur B (áður samanburðarhópur) léttist að meðaltali um 4,4 kg ($p=0,01$) við meðferð.

Við eftirfylgd breyttist meðalþyngd þátttakenda ($N=15$) lítið (tafla III), sjö héldu áfram að léttast, tveir stóðu í stað og sex þyngdust.

Fituhlutfall þátttakenda ($N=18$) lækkaði að meðaltali um 1,2% ($p=0,01$) og meira hjá hópi A, 1,6% ($p=0,04$), en hjá hópi B 0,7% ($p=0,37$). Fitumagnið minnkaði að meðaltali um 2,6 kg ($p=0,002$) (tafla II). Árangur hélst við eftirfylgd (tafla III). Að meðaltali lækkuðu efri mörk blóðþrýstings um 2mmHg ($p=0,37$) og neðri mörk um 3mmHg ($p=0,01$) hjá báðum hópum. Eftir námskeið varð

Tafla I. Bakgrunnur þátttakenda.

	Hópur A (n=9)		Hópur B (n=9)		Hópar A og B (N=18)	
	meðaltal (stfr)	spönn	meðaltal (stfr)	spönn	meðaltal (stfr)	spönn
Aldur	35,2 ± 8,3	21-42	37,0 ± 5,1	29-40	36,2 ± 6,7	21-42
Barnafjöldi	2,2 ± 1,5	0-5	1,8 ± 0,9	0-3	2,0 ± 1,3	0-5
	n	%	n	%	n	%
Reykja	2	22	0	0*	2	11
Í vinnu	8	89	9	100	17	94
Taka lyf	6	67	4	50*	10	59**
Læknisfr. greining	6	67	3	37*	9	53**
Menntun						
Skuldunám	3	33	0	0	3	17
Framhaldskólastig	3	33	2	22	5	28
Háskólastig	3	33	7	78	10	55

*n=8 **N=17

marktæk hækkun á meðalgildi 25(OH)D um 7,4 nmól/L (p=0,01). Í 6 mánaða eftirfylgd hafði gildi 25(OH)D hækkað marktækt um 18,9 nmól/L (p=0,01) (tafla III). Engar marktækar breytingar urðu á gildum kólesteróls, þríglyseríðs eða HDL (tafla II).

Sálfræðilegar mælingar

Marktækt dró úr einkennum þunglyndis hjá hópunum meðan á námskeiðunum stóð (mynd 3 og 4) og í hópi A+B minnkuðu þau um 13,1 stig að meðaltali (p≤0,001) en jukust um 2,5 stig í 12 mánaða eftirfylgd (tafla II og III). Einkenni þunglyndis minnkuðu marktækt um 14,1 stig (p=0,01) í hópi A en breyting hjá samanburðarhópi nam einu stigi (p=0,57). Við samanburð á íhlotunar- og samanburðarhópi dró marktækt úr einkennum þunglyndis (p=0,004) hjá íhlotunarhópi.

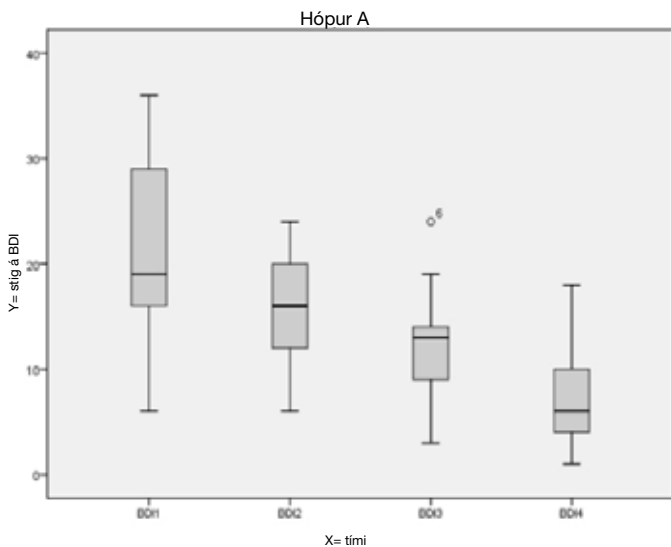
Kvíðaeinkennum fækkaði hjá báðum hópum á námskeiðum og tölfræðilega marktækt í hópi B og hópi A+B. Árangur hélst við eftirfylgd (tafla III). Á OP-lífsgæðakvarða fækkaði stigum beggja hópa eftir námskeiðið, en lækkunin reyndist einungis tölfræðilega marktæk hjá hópi B og A+B. Við eftirfylgd varð ekki marktæk breyting.

Á SF-36v1® varð hækkun á meðalgildi fyrir andlega (MCS) og líkamlega heilsu (PCS) hjá báðum hópum og var hækkunin marktæk á MCS í hópi A+B (p= 0,01) (tafla II).

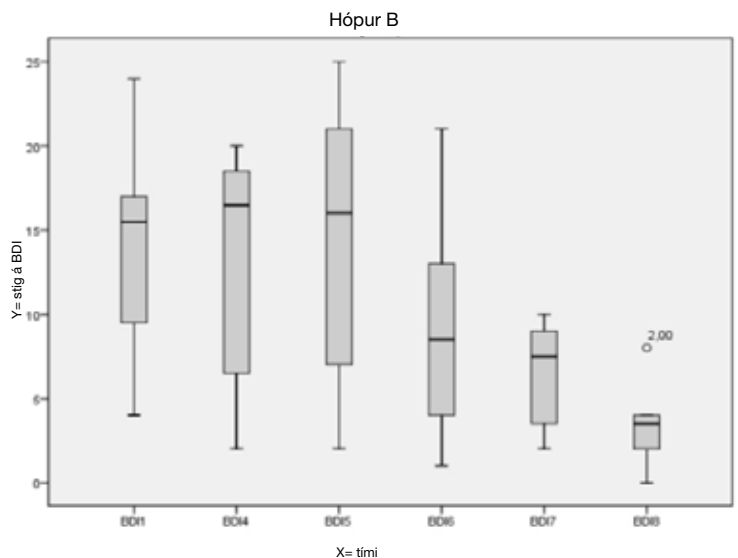
Þátttakendur gáfu námskeiðinu meðaltalseinkunnina 9,3 á kvarðanum 1-10. Öllum þátttakendum bar saman um að skipulag námskeiðs hefði verið mjög gott eða gott og hefði uppfyllt væntingar að miklu eða öllu leyti.

Umræður

Markmið rannsóknar var að rannsaka áhrif námskeiðsins „Njóttu þess að borða“ á heilsu kvenna sem eru of feitar. Tölfræðilega marktækur bati náðist hjá meðferðarhópunum á holdafarsmælingum, neðri mörkum blóðþrýstings, sermisgildi 25(OH)D, þunglyndis- og kvíðaeinkennum, lífsgæðum á OP- kvarða og MCS (SF36). Þegar hópur A (n=9) var borinn saman við samanburðarhóp (n=10) kom í ljós marktæk fækkun einkenna þunglyndis og hélst árangur í 6 og 12 mánaða eftirfylgd. Niðurstöður styðja tilgátu rannsakenda um að meðferðin hafi jákvæð mælanleg áhrif á andlega og líkamlega heilsu þátttakenda.



Mynd 3. Þróun þunglyndiseinkenna (á BDI-II) hjá hópi A, mælt með mánaðar millibili frá upphafi meðferðar til loka.



Mynd 4. Þróun þunglyndiseinkenna (á BDI-II) hjá hópi B. Fyrstu tveir kassarnir (box plot) sýna þróun einkenna meðan hópurnir var samanburðarhópur og hinir seinni fjórir þróun meðan á meðferð stóð.

Tafla II. Niðurstöður mælinga fyrir og eftir meðferð og P-gildi hjá hópi A+B, hópi A og hópi B.

	Hópur A+B (N=18)			Íhlutunarhópur A ágúst - desember 2010 (n=9)			Íhlutunarhópur B janúar - apríl 2011 (n=9)		
	Fyrir námsk. meðaltal (stfr)	Eftir námsk. meðaltal (stfr)	p-gildi	Fyrir námsk. meðaltal (stfr)	Eftir námsk. meðaltal (stfr)	p-gildi	Fyrir námsk. meðaltal (stfr)	Eftir námsk. meðaltal (stfr)	p-gildi
Þyngd (kg)	104,0 ± 9,4	100,3 ± 11,1	0,001*	105,7 ± 11,0	102,7 ± 12,3	0,03*	102,3 ± 7,8	97,8 ± 9,8	0,01
LPS (kg/m ²)	37,1 ± 2,8	35,6 ± 3,4	0,001*	37,2 ± 2,7	36,0 ± 3,6	0,03*	37 ± 3,0	35,2 ± 3,2	0,01
Fituhlutfall (%)	41,7 ± 2,2	40,5 ± 2,9	0,01*	42,1 ± 1,7	40,5 ± 3,1	0,04	41,2 ± 2,6	40,5 ± 3,0	0,37
Fitumagn (kg)	43,4 ± 5,4	40,8 ± 6,8	0,002*	44,6 ± 5,6	41,7 ± 7,3	0,04	42,3 ± 5,3	39,9 ± 6,5	0,02
Punglyndi (BDI-II)	18,6 ± 9,4	5,5 ± 4,6	0,00*	21,7 ± 9,4	7,6 ± 5,5	0,01	15,4 ± 8,8	3,3 ± 2,2	0,01
Kvíði (BAI)	8,3 ± 7,1	4,3 ± 4,9	0,004*	9,4 ± 7,6	5,9 ± 7,7	0,07	7,1 ± 6,7	2,8 ± 3,3	0,02
Lífsgæði (OP)	51,3 ± 24,3	32,7 ± 18,9	0,01*	55,2 ± 22,2	35,2 ± 22,2	0,09	47,4 ± 27,0	30,3 ± 15,8	0,03
Lífsgæði (SF36,PCS)	49,2 ± 9,1	49,8 ± 6,6	0,88	44,2 ± 8,6	46,5 ± 5,5	0,31	52,8 ± 7,7	53,1 ± 6,3	0,21
Lífsgæði (SF36,MCS)	38,8 ± 10,5	48,3 ± 10,5	0,01*	39,3 ± 8,1	43,2 ± 11,9	0,11	39,2 ± 12,4	53,4 ± 5,8	0,05
BP-efri mörk (mmHg)	118 ± 6,8 ¹	116 ± 6,2 ¹	0,37	119 ± 5,1	120 ± 4,4	0,68	117 ± 8,1	113 ± 6,1	0,07
BP-neðri mörk (mmHg)	80 ± 6,6 ¹	77 ± 6,2 ¹	0,01*	82 ± 7,2	79 ± 6,9	0,04*	79 ± 6,3	76 ± 5,5	0,06
Kólesteról (mmól/L)	4,9 ± 0,7 ¹	4,9 ± 0,6 ¹	0,98	4,7 ± 0,7 ²	4,9 ± 0,5 ²	0,20	5,1 ± 0,6	4,9 ± 0,8	0,29
Príglýseríð (mmól/L)	1,3 ± 0,7	1,3 ± 0,8	0,59	1,4 ± 0,8	1,3 ± 0,7	0,87	1,3 ± 0,7	1,3 ± 0,9	0,59
HDL (mmól/L)	1,3 ± 0,4	1,3 ± 0,4	0,54	1,4 ± 0,4	1,4 ± 0,4	0,91	1,2 ± 0,3	1,2 ± 0,4	0,41
25 (OH)D (nmol/L)	30,2 ± 9,6	37,6 ± 12,4	0,01*	31 ± 10,8	34,3 ± 13	0,44	29 ± 8,7	40,8 ± 12	0,01*

*munur telst marktækur ef p<0,05, ¹N=17, ²n=8, A+B = meðferðarhópar sameinaðir, A = meðferðarhópur 1, B= samanburðarhópur sem síðar varð meðferðarhópur 2, LPS=líkamsþyngdarstuðull, BP=blóðþrýstingur.

Um 83% þátttakenda léttust á meðferðartíma, að meðaltali um 4,7 kg, spönn þyngdarbreytinga var -10,4 til +2 kg og allt að 12% af upphafsþyngd. Samanborið við aðrar rannsóknir^{12,18,29} telst árangur ásættanlegur og áhugaverður því ekki var lögð áhersla á þyngdartap heldur breyttan lífsstíl og bætt heilsu. Það er talið bæta heilsu of feitra kvenna að hvetja þær til að breyta matarvenjum, hlusta á líkamann og sættast við sjálfar sig hvort sem þær léttast eða ekki.^{15,18,24} Við mat þátttakenda á meðferðinni voru þeir sem ekki léttust ánægðir með námskeiðið vegna jákvæðra breytinga á lífsstíl og töldu að meðferðin hefði hjálpað þeim að hætta að þyngjast. Tengsl líkamsþyngdar og sjúkdóma eru ekki aðeins tilkomin vegna beinna áhrifa aukinnar líkamsfitu á þróun ákveðinna sjúkdóma heldur eru lítil hreyfing og lélegt mataræði talin hafa áhrif á holdafar og sjúkdóma.³ Neðri mörk blóðþrýstings lækkuðu marktækt, að meðaltali um 3mmHg, að lokinni meðferð sem er jákvætt þar sem hár blóðþrýstingur eykur líkur á dauðsföllum vegna hjarta- og æðasjúkdóma.¹ Lækkunin var þó mun minni en hjá Rapoport og félögum en þeir sáu 8mmHg lækkun á neðri mörkum blóðþrýstings eftir 12 vikna meðferð.²⁹

Í upphafi rannsóknar voru 89% þátttakenda með gildi 25(OH)D í sermi undir viðmiðunarmörkum (>45 nmól/L) en talið er að offita auki líkur á lágu gildi 25(OH)D.³⁰ Þátttakendur með lægsta gildi 25(OH)D í þessari rannsókn reyndust vera með hæsta líkamsþyngdarstuðul. Rannsóknir hafa sýnt að það að léttast tengist hækkuðu gildi 25(OH)D³¹ en einnig var þátttakendum ráðlagt að taka D-vítamín. Við árs eftirfylgd voru meðalgildi 25(OH)D innan eðlilegra marka hjá öllum þátttakendum nema þremur. Það sáust ekki marktækar breytingar á blóðfitugildum eftir meðferð enda voru þau gildi innan eðlilegra marka í upphafi rannsóknar (tafla I). Athygli vekur hve háa einkunn þátttakendur fengu á þunglyndiskvarða við upphaf rannsóknar og eftirtektarverð lækkun á meðferðartíma sem hélst við árs eftirfylgd (tafla III). Stigaföldi í upphafi var hærri að meðaltali en hjá Rapoport³⁰ þar sem þátttakendur voru eingöngu konur. Þunglyndi er talið algengara meðal kvenna en karla með offitu, óháð aldri, kynþætti, hjúskaparstöðu, menntun, tóbaksnotkun og notkun þunglyndislyfja.³² Í upphafi voru 78% þátttakenda með einkenni þunglyndis (BDI-II ≥14) en í lokin voru allir þátttakendur að einum undanskildum með „væg

Tafla III. Hópur A+B. Niðurstöður mælinga fyrir og eftir meðferð, 6 og 12 mánaða eftirfylgd. Hópur A+B, N=15.

	Fyrir námskeið meðaltal (stfr)	Eftir 15 vikur meðaltal (stfr)	Eftir 6 mánuði meðaltal (stfr)	Eftir 12 mánuði meðaltal (stfr)
Þyngd (kg)	103,5 ± 10,06	99,32 ± 11,59*	99,66 ± 13,07	99,34 ± 11,45
LPS (kg/m ²)	36,43 ± 2,63	34,94 ± 3,24*	35,07 ± 3,95	34,93 ± 3,06
Fituhlutfall %	41,94 ± 1,90	40,25 ± 3,06*	40,38 ± 3,71 ²	40,85 ± 2,72 ¹
Fitumagn (kg)	43,45 ± 5,63	40,12 ± 7,43*	40,08 ± 8,50 ²	40,62 ± 7,07 ¹
Þunglyndi (BDI-II)	18,47 ± 8,58	4,47 ± 3,44*	6,6 ± 9,37	6,93 ± 6,96
Kvíði (BAI)	8,06 ± 6,10	3,20 ± 3,21*	3,26 ± 3,58	3,73 ± 3,53
Lífsgæði (OP)	51,47 ± 23,43	31,47 ± 18,4*	30,29 ± 22,01	29,47 ± 21,57
25 (OH)D (nmol/L)	30,31 ± 8,15	39,24 ± 13,54*	58,15 ± 20,57 ^{3*}	50,73 ± 19,39 ²

*munur telst marktækur ef p<0,05, ¹N=12, ²N=11, ³N=9, A+B=meðferðarhópar sameinaðir, LPS=líkamsþyngdarstuðull.

eða engin einkenni“ þunglyndis (BDI-II ≤ 13). Lækkun á BDI-II kvarða er í samræmi við niðurstöður hliðstæðra rannsókna.^{5,11,29}

Niðurstöður OP-kvarða benda til að meðferðin hafi dregið úr sálfélagslegu álagi, aukið lífsgæði og styrkt sjálfmynd og eru niðurstöðurnar í samræmi við aðrar rannsóknarniðurstöður.¹¹ Niðurstöðurnar benda til að fleiri þættir en þyngd hafi áhrif á sálfélagslegt álag og lífsgæði hinna of feitu, en rannsóknir hafa sýnt að aukin lífsgæði haldist eftir meðferð þó þátttakendur þyngist.³³

Niðurstöður á SF-36 benda til bættra almennra lífsgæða. MCS batnaði marktækt hjá hópi A+B. Þessar niðurstöður eru ekki að öllu leyti í samræmi við fyrri rannsóknir. Áhrif offitu hafa verið talin meiri á líkamlega heilsu³⁴ og tengd undirþáttum PCS.³⁵ Bætt lífsgæði mæld með MCS eftir meðferð gætu skýrst að hluta af slakari andlegri heilsu þátttakenda í upphafi sem batnaði á meðferðartímanum. Við eftirfylgd 6 og 12 mánuðum eftir að meðferð lauk hélst árangur sem náðst hafði á meðferðartímanum en talið er mikilvægt að meta langtímaáhrif til að meta hvort meðferð skili raunverulegum árangri.²⁴ Rannsóknir sýna að hætt er við að meirihluti þátttakenda þyngist á ný eftir að meðferð lýkur²⁴ og því er helsta áskorun þeirra sem skipuleggja meðferð fyrir fólk sem flokkast með offitu að árangur meðferðar haldist. Niðurstöður rannsókna eru jákvæð vísbending um árangur meðferðar og í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna.^{11, 12, 29}

Það styrkir rannsóknina að nota samanburðarhóp, beita víxl-rannsóknarsniði og að hafa árs eftirfylgd.

Helsti veikleiki rannsóknarinnar er lítið úrtak og því erfitt að sýna fram á tölfræðilega marktækni eða yfirfæra niðurstöður á stærra þýði. Meðferðaraðilar voru þeir sömu og lögðu fyrir kvarða og því ekki hægt að útiloka þóknunaráhrif. Meðferðartíminn var einnig stuttur og erfitt að meta áhrif annarra þátta í umhverfi þátttakenda sem hugsanlega geta haft áhrif á árangur þeirra.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin telur ákjósanlegt og hagkvæmt að bjóða meðferð við offitu í heilsugæslu.¹ Rannsóknir benda til þess að of þungar konur hafi áhuga á að mæta í lífsstílsmeðferð á heilsugæslustöð³⁶ og að heilsugæslan sé góður vettvangur fyrir meðferð við offitu og ofþyngd.¹² Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja það. Hér er í fyrsta sinn lögð áhersla á þjálfun svengdarvitundar í offitumeðferð hér á landi. Það er ýmislegt fleira en þyngdartap sem hefur áhrif á bætt heilsu og líðan þátttakenda í offitumeðferð. Það að bæði þyngdartap og bætt andleg líðan héldust í 12 mánaða eftirfylgd er sérstaklega þýðingarmikið.

Með því að bjóða meðferðina „Njóttu þess að borða“ í heilsugæslunni má leggja lóð á vogaskálarnar til að draga úr offitu og afleiðingum hennar. Meðferðin leiddi til marktækra breytinga á þyngd, líkamsþyngdarstuðli, fituhlutfalli, fitumagni, neðri mörkum blóðþrýstings, gildi D-vítamíns, þunglyndis- og kvíða-einkennum, lífsgæðum mældum með OP og einstökum þáttum lífsgæða mældum með SF-36. Árangur hélst við 6 og 12 mánaða eftirfylgd. Meðferðin lofar góðu sem úrræði fyrir konur sem flokkast með offitu og hún virðist vera þátttakendum að skapi og það dregur úr líkum á brottfalli. Mikilvægt er að fylgja rannsókninni eftir með fleiri rannsóknum á árangri meðferðar fyrir stærra og fjölbreyttara þýði.

Þakkir

Við þökkum Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins sem lánaði okkur húsnæði og tækjabúnað og greiddi kostnað við greiningu blóðsýna. Einnig þökkum við Reykjalundi sem lánaði okkur rafleiðnitæki til fitumælinga. B-hluti Vísindasjóðs íslenskra hjúkrunarfræðinga og Forvarnarsjóður Lýðheilsustöðvar styrktu rannsóknina.

Heimildir

- Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases 2010. World Health Organization. Italy 2011.
- Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ, Danaei G, Lin JK, Paciorek CJ, et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011; 377: 557-67.
- Valdimarsdóttir M, Jónsson SH, Þorgeirsdóttir H, Gísladóttir E, Guðlaugsson JÓ, Þórlindsson Þ. Líkamsþyngd og holdafar fullorðinna Íslendinga 1990-2007. *Lýðheilsustöð, Reykjavík* 2009.
- Þorgeirsdóttir H, Valgeirsdóttir H, Gunnarsdóttir I, Gísladóttir E, Gunnarsdóttir BE, Þórsdóttir I, et al. Hvað borða Íslendingar? Könnun á mataræði Íslendinga 2010-2011. Helstu niðurstöður. Embætti landlæknis, Matvælastofnun og Rannsóknastofa í næringarfræði 2011.
- Lang A, Froelicher ES. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. *Eur J Cardiovasc Nurs* 2006; 5: 102-14.
- Lanningham-Foster L, Nysse LJ, Levine JA. Labor saved, calories lost: The energetic impact of domestic labor-saving devices. *Obes Res* 2003; 11: 1178-81.
- Gibney MJ. Public health nutrition. Blackwell Science, Oxford 2004.
- Ozier AD, Kendrick OW, Leeper JD, Knol LL, Perko M, Burnham J. Overweight and obesity are associated with emotion- and stress-related eating as measured by the eating and appraisal due to emotions and stress questionnaire. *J Am Diet Assoc* 2008; 108: 49-56.
- Birgisson G, Guðmundsson L. Offitumeðferð á Reykjaví. *Sjúkraþjálfarinn* 2005; 32: 22-4.
- Wortman J, Matsuoka LY, Chen TC, Lu ZR, Holick MF. Decreased bioavailability of vitamin D in obesity. *Am J Clin Nutr* 2000; 72: 690-93.
- Hannessdóttir S, Guðmundsson L, Jóhannsson E. Heilsufarslegar breytingar sjúklinga í atferlismíðaðri offitumeðferð. *Læknablaðið* 2011; 97: 597-602.
- Eichler K, Zoller M, Steurer J, Bachmann LM. Cognitive-behavioural treatment for weight loss in primary care: a prospective study. *Swiss Med Wkly* 2007; 137: 489-95.
- Beck AT, Dozois DJ. Cognitive therapy: current status and future directions. *Ann Rev Med* 2011; 62: 397-409.
- Westbrook D, Kennerley H, Kirk J. An Introduction to Cognitive Behaviour Therapy. Skills and Applications (Vol. 3): SAGE Publications Ltd, London 2008.
- Craighead LW. The Appetite awareness workbook, how to listen to your body & overcome bingeing, overeating & obsession with food. New Harbinger Publication Inc, Oakland 2006. [Einarsdóttir HR, Björgvinsdóttir L. Þýddu. Þekktu þitt magamál. Skrudda ehf, Reykjavík 2012.]
- Allen HN, Craighead LW. Appetite monitoring in the treatment of Binge Eating Disorder. *Behav Therapy* 1999; 30: 253-72.
- Brown AJ, Smith LT, Craighead LW. Appetite Awareness as a mediator in eating disorders prevention program. *Eat Disord* 2010; 18: 286-301.
- Bacon L, Stern JS, Van Loan MD, Keim NL. Size acceptance and intuitive eating improve health for obese, female chronic dieters. *J Am Diet Assoc* 2005; 105: 929-36.
- Arnason EO. Slökun - til að vinna gegn spennu. *Heilbrigðismál* 2007; 1: 25-27.
- Manzoni GM, Pagnini F, Gorini A, Preziosa A, Castelnovo G, Molinari E, et al. Can relaxation training reduce emotional eating in women with obesity? An exploratory study with 3 months of follow-up. *J Am Diet Assoc* 2009; 109: 1427-32.
- Christiansen T, Bruun JM, Madsen EL, Richelsen B. Weight loss maintenance in severely obese adults after an intensive lifestyle intervention: 2- to 4-year follow-up. *Obesity* 2007; 15: 413-20.
- Paul-Ebhohimhen V, Avenell A. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Individual Treatments for Adult Obesity. *Obes Facts* 2009; 2: 17-24.
- Cooper Z, Doll HA, Hawker DM, Byrne S, Bonner G, Eeley E, et al. Testing a new cognitive behavioural treatment for obesity: A randomized controlled trial with three-year follow-up. *Behav Res Ther* 2010; 48: 706-13.
- Crerand CE, Wadden TA, Foster GD, Sarwer DB, Paster LM, Berkowitz RI. Changes in obesity-related attitudes in women seeking weight reduction. *Obesity (Silver Spring)* 2007; 15: 740-7.
- Sæmundsson BR. Próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar Becks Anxiety Inventory 2009. (MS-ritgerð, Háskóla Íslands); Reykjavík 2009.
- Arnason TO, Olafsson DT, Smari J, Sigurdsson JF. The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): psychometric properties in Icelandic student and patient populations. *Nord J Psychiatry* 2008; 62: 360-5.
- Ware JE, Jr. SF-36 health survey update. *Spine* 2000; 25: 3130-9.
- Karlsson J, Taft C, Sjöström L, Torgerson JS, Sullivan M. Psychosocial functioning in the obese before and after weight reduction: construct validity and responsiveness of the Obesity-related Problems scale. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 617-30.
- Rapoport L, Clark M, Wardle J. Evaluation of a modified cognitive-behavioural programme for weight management. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2000; 24: 1726-37.
- Lagunova Z, Porojnicu AC, Lindberg F, Hexeberg S, Moan J. The Dependency of Vitamin D Status on Body Mass Index, Gender, Age and Season. *Anticancer Res* 2009; 29: 3713-20.
- Mason C, Xiao LR, Imayama I, Duggan CR, Bain C, Foster-Schubert KE, et al. Effects of weight loss on serum vitamin D in postmenopausal women. *Am J Clin Nutr* 2011; 94: 95-103.
- de Wit L, Luppino F, van Straten A, Penninx B, Zitman F, Cuijpers P. Depression and obesity: A meta-analysis of community-based studies. *Psychiatry Res* 2010; 178: 230-5.
- Kaukua J, Pekkarinen T, Sane T, Mustajoki P. Health-related quality of life in obese outpatients losing weight with very-low-energy diet and behaviour modification: a 2-y follow-up study. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2003; 27: 1072-80.
- Huang IC, Frangakis C, Wu AW. The relationship of excess body weight and health-related quality of life: evidence from a population study in Taiwan. *Int J Obesity* 2006; 30: 1250-9.
- Fabricatore AN, Wadden TA, Sarwer DB, Faith MS. Health-related quality of life and symptoms of depression in extremely obese persons seeking bariatric surgery. *Obes Surg* 2005; 15: 304-9.
- Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Castle R. A randomised controlled trial on the effectiveness of a primary health care based counselling intervention on physical activity, diet and CHD risk factors. *Patient Educ Couns* 2008; 70: 31-9.

ENGLISH SUMMARY

The effectiveness of the treatment program „Enjoy eating“ on health and mood in obese women

Larusdóttir H, Saevarsdóttir H, Steingrimsdóttir L, Guðmundsson L, Arnason EO

Introduction: Obesity is one of the greatest public health challenges world wide and its prevalence has increased during the past 20-30 years. Obesity is related to physical and mental health and increased mortality. There are few evidence-based treatment options for the obese available in Iceland.

Material and methods: The purpose of this pilot study was to develop a 15 week group program based on Cognitive Behavior Therapy and Appetite Awareness Training for young obese women. The participants were randomly allocated to two groups, A and B, in a convenience sample of 20 women, aged 19-44 with a BMI 30-39.9 kg/m². Group A attended the program while group B served as a control in a crossover design where group B subsequently participated in the program. The effectiveness of the program was evaluated before, during and at the end of the program and at six and twelve month follow-up. Information was collected on body weight, BMI, body fat and body fat mass, blood

pressure, cholesterol, triglyceride, high density lipoprotein and 25(OH) D, quality of life (SF-36 and OP scale), symptoms of depression (BDI-II) and anxiety (BAI). Additionally participants completed a questionnaire on demographics and their view on participating in the program was assessed.

Results: Participants reduced their weight (P=0.001), BMI (P=0.001), body fat (P=0.010), body fat mass (P=0.002), diastolic blood pressure (P=0.005) and vitamin D status improved (P=0.008). Symptoms of depression and anxiety decreased (P<0.001 and P<0.004). Quality of life measured with OP scale improved (P=0.006) and the mental component summary (MCS) (P=0.012) of the SF-36 scale. The mean weight loss was 3.7 kg following intervention which was maintained at follow up.

Conclusion: „The enjoy eating“ program is a promising health promotion approach in the health care sector for obese women to improve mental health, quality of life and loose weight.

Correspondence: Eiríkur Örn Arnason, eirikur@lsh.is

Key words: Obesity, cognitive behavior therapy, appetite awareness training, program, mood.

¹University of Iceland ²Landsþítali University Hospital ³Primary Health Care of the Capital Area ⁴Unit for Nutrition Research ⁵Reykjalundur Rehabilitation Centre



LÆKNABLAÐIÐ hefur komið út síðan 1915 og í þessum 100. árgangi blaðsins eru yfirlitsgreinar sem ritstjórnin hefur kallað eftir af því tilefni. Höfundar greinanna skrifa um ýmis málefni sem snerta lækna, félagsleg, söguleg og fræðileg.

Tilurð Læknadaga

Stefán B. Matthíasson

heimilislæknir

Mér er bæði ljúft og skylt vegna aðkomu minnar að fræðslumálum lækna á árunum 1985-2001 að skrifa nokkur orð um tilurð janúar-námskeiðs Námskeiðs- og fræðslunefndar LÍ (Læknafélags Íslands) og LR (Læknafélags Reykjavíkur) og framhaldsmenntunarráðs læknadeildar Háskóla Íslands, Læknadaga. Fyrsta námskeiðið var haldið 1995 og er það upphaf Læknadaga þó að námskeiðið bæri ekki það nafn fyrr en árið 2000. Bakhjarl þess var framlag Náms-sjóðs lækna til fræðslustarfsemi læknafélaganna. Saga námssjóðsins hefur ekki verið skrifuð svo mér sé kunnugt um og munu þessi skrif mín því miður ekki bæta neinu við það sem áður hefur verið birt. Það var okkur í fræðslunefndinni alveg ljóst að við vorum aðeins að taka við keflinu og bera það um tíma og njóta þess sem

áður hafði verið gert. Það kom oft upp í hugann hve mikið hafði gerst hjá læknafélögunum á 7. áratugnum sem hafði skilað góðu í viðhaldsmenntun lækna. Víst er að það var engin tilviljun heldur unnið að því hörðum höndum. Árið 1961 kom fé frá „heilbrigðisstjórninni“ og Tryggingastofnun ríkisins til LÍ, til þess að halda fyrsta haustnámskeið læknafélaganna „fyrir praktíserandi lækna og héraðslækna“

(*Læknablaðið* 1961; 45: 189) og fé var tryggt úr ríkissjóði til að standa straum af slíkum námskeiðum næstu árin. Árið 1962 var Náms-sjóður lækna stofnaður í samningum við Sjúkrasamlag Reykjavíkur. Náms-sjóður sjúkrahúslækna var stofnaður 1966, læknar semja um námsferðir til útlanda 1966. Árið 1960 var skipulagsskrá fyrir Domus Medica staðfest af forseta Íslands (*Læknablaðið*, *Handbók lækna* 1983; 2) og Domus Medica var tekið í notkun 1966.

Árið 1985 hafði Námskeiðs- og fræðslunefndin verulegar fjárhæðir frá Náms-sjóði lækna til ráðstöfunar í fræðslustarfsemi lækna og fundaraðstöðu í Domus Medica sem hún mátti ráðstafa að vild.

Reglugerð um Náms-sjóð lækna frá 1.1. 1975 var birt í *Lækna-bladini*, *Handbók lækna* 1981-82; 1. Þar kom fram að verið var að sam-

eina „Námssjóð lækna sem stofnaður var samkvæmt ákvæðum 16. greinar samnings Læknafélags Reykjavíkur og Sjúkrasamlags Reykjavíkur frá 18. apríl 1962 og Náms-sjóðs sjúkrahúslækna sem stofnaður var vegna þeirra lækna sem sögðu sig úr launakerfi opinberra starfsmanna í maí 1966 eins og segir í reglugerð þess sjóðs“. Í 5. grein, 2. málsgrein reglugerðarinnar stendur: „Stjórn sjóðsins er heimilt að veita námskeiðs- og fræðslunefndum LR og LÍ styrki til fræðslustarfsemi á vegum félaganna sem nemur allt að 10% af óskiptum höfuðstól næsta árs á undan.“

Höfuðstóll sjóðsins var myndaður af hluta framlags félagsmanna hans og ónýttum rétti þeirra til úttektar úr honum, auk ávöxtunar af inneignum hans. Þannig hafði árið 1985 safnast upp góður höfuðstóll sem Námskeiðs- og fræðslunefnd LR og LÍ mátti nýta til fræðslustarfsemi félaganna. Árlega sóttu mörg sérgreinafélög lækna og einstök svæðafélög um styrki til nefndarinnar. Kom ekki til þess á meðan ég sat í nefndinni að neita þyrfti slíkra umsókn.

Hætt var að greiða í sjóðinn 1995 og voru sjóðfélögum greiddar út inneignir í honum. Þá stóð eftir það fé sem sjóðurinn hafði eignast með starfsemi sinni. Á aðalfundi LÍ sama ár, sem haldinn var í Hlíðasmára í Kópavogi, var samþykkt ályktun til stjórna LÍ og LR um „að Náms-sjóður lækna verði áfram til. Stjórnir félaganna skipi starfshóp til að gera tillögur um breytingar á reglugerð og tilgangi sjóðsins til samræmis við breyttar aðstæður lækna, enda verði meginmarkmiðum sjóðsins haldið.“ Í framhaldi skipuðu stjórnirnar nefnd sem í voru Atli Dagbjartsson sem var formaður hennar, Árni Björnsson, Haukur Magnússon og Steinn Jónsson. Nefndin fylgdi ályktunartillögunni eftir og lagði til að sjóðurinn yrði lagður niður og eignir hans yrðu stofnfé nýrrar stofnunar, Fræðslustofnunar lækna. Samdi nefndin tillögu að reglugerð fyrir hana. Var fyrsta reglugerð Fræðslustofnunar lækna samþykkt á aðalfundi LÍ sem haldinn var í Borgarnesi 26. og 27. september 1997. Þar varðveittist vel tilgangur Náms-sjóðs lækna, að styrkja fræðslustarf læknafélaganna.

Árið 1985 var ég tilnefndur í Námskeiðs- og fræðslunefnd LÍ og LR á sameiginlegum fundi stjórna félaganna og 1988 skipaður formaður hennar. Hlutverki nefndarinnar lýsir Pétur Lúdvígsson, þáverandi formaður nefndarinnar, þannig í viðtali við *Læknablaðið* (Fréttabréf 1984; 2: 12. tbl.). „Fræðslunefndin gegnir í rauninni þrjú hlutverki. Í fyrsta lagi sér hún um að halda haustnám-

Stefán sat í aðalstjórn LR 1982-84, í Námskeiðs- og fræðslunefnd LÍ og LR 1985-98, formaður frá 1988, - í stjórn Fræðslustofnunar lækna 1997-2001, formaður. Í stjórn sjálfseignarstofnunar Domus Medica 1994-96. Fulltrúi LÍ í framhaldsmenntunarráði læknadeildar Háskóla Íslands 1991-98. Í síðanefnd LÍ, varamaður 2000-2001, og aðal-maður 2001-2012. Kjörinn heiðursfélagi Læknafélags Íslands á aðalfundi LÍ í september 2008.