

ESCOLA UNIVERSITÀRIA D'INFERMERIA SANTA MADRONA
de la Fundació "la Caixa"

**QUALITAT DE VIDA PERCEBUDA PELS MALALTS
SOTMESOS A UN PROCÉS QUIRÚRGIC**



Laura GAVASO I NAVARRO
M^a Cinta REDÓ I VALLS
Rosa SOLDEVILA I CASES

Treball presentat al curs d'Administració i Gest  en Infermeria
per l'obtenció del grau MÀSTER

R. 9528

QUALITAT DE VIDA PERCEBUDA
PELS MALALTS SOTMESOS
A UN PROCES QUIRURGIC

Laura Gavaso i Navarro
M^a Cinta Redó i Valls
Rosa Soldevila i Cases

"... i el que compta és l'esforç de cada dia compartit tenaçment
amb els qui creuen que cada gest eixampla l'esperança,
que cap dia no es perd per als qui lluiten."
"Tot està permanentment per fer".

MIQUEL MARTI I POL

Agraïm la col.laboració de: Totes les persones que han participat en les enquestes; la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge; Montserrat Teixidó, directora de l'Escola de Santa Madrona; al quadre de professors, d'una manera especial el senyor José Tejada; Montserrat Ferré Masferrer i Sílvia Redó; sense els quals l'elaboració d'aquest treball no hagués estat possible.

INDEX

	Pàgina
JUSTIFICACIO	1
OBJECTIUS	4
MARC TEORIC	5
Definició de salut	6
Definició de qualitat	7
Qualitat de vida	8
Qualitat total	11
Impacte de la malaltia en la qualitat de vida	13
Perfils de salut	14
HIPOTESI	23
MATERIAL I METODES	24
ANALISI DELS RESULTATS	39
CONCLUSIONS	60
LINIES D'INVESTIGACIO	62
BIBLIOGRAFIA	63
ANNEXOS	69

JUSTIFICACIO

La Infermeria té com objectiu assumir el seu paper de "tenir cura" de l'ésser humà d'una manera integral quan les circumstàncies no li permetin fer-ho per ell mateix.

La persona malalta s'ha tractat durant molts anys com un objectiu que al necessitar unes atencions i mancar-li autonomia física perdia moltes de les llibertats i drets que com persona tenia. Tots els professionals de la salut hem exercit sobre l'home malalt un paternalisme excessiu i no sempre justificat.

La infermera treballa en la promoció, el manteniment i la recuperació de la salut, en la prevenció de la malaltia, alleugerir el patiment i la preparació d'una mort serena i digna, quan ja no queda esperança de vida.

Les "cures" de l'ésser humà han de basar-se en considerar-lo com un ésser bio-psico-social amb la capacitat de marcar-se objectius, prendre decisions i amb el deure d'escollir, d'acord amb les seves idees i de la seva escala de valors.

S'ha de considerar la Infermeria com una professió de suport a l'ésser humà, per a que es pugui valdre per ell mateix, aconseguir autosuficiència, malgrat dels possibles problemes físics o psicològics. La infermera ha d'ensenyar i ajudar a l'ésser humà a tenir cura d'ell mateix, a ser independent.

Es fonamental assegurar als malalts una qualitat de vida d'alt nivell durant la seva hospitalització o malaltia i també ensenyar-los, informar-los amb la finalitat que ells tornin a trobar el nivell més alt de salut.

Com educadores de la salut, fa temps que han vist que la informació que es dona als nostres "clients" es converteix en una peça clau dins de l'equip de salut.

La Infermeria és conscient del canvi que s'està produint i entén que és fonamental dedicar una part important del treball a prevenir i a participar en programes i campanyes de promoció de la salut. Joga un paper rellevant a l'hora de gestionar la sanitat, utilitza els recursos humans i materials, coneix la relació costos/qualitat, els factors que la condicionen i treballa per aprofitar al màxim els recursos esmentats. En aquest sentit, es preocupa no solament per augmentar la qualitat d'atenció d'infermeria al malalt, sinó per ser capaç de demostrar-ho i mesurar-ho.

La infermeria investiga, encara que sap que ha d'aprofundir més i ha de provar les seves pròpies hipòtesis. A través de la investigació es poden conèixer els grups de risc, els problemes que es deriven de les malalties cròniques, les manques que a nivell de coneixements de salut plantegen alguns grups comunitaris, a més d'altres aspectes que permetin conèixer els problemes de la comunitat i arribar a planificar de la manera més adequada les activitats necessàries per a cada grup de la comunitat esmentada.

La Infermeria és una professió fonamental en el sistema sanitari que ha de conèixer les expectatives de salut de la població en la que desenvolupa la seva activitat professional. La qualitat de l'assistència és bàsica i l'opinió de l'usuari és rellevant.

OBJECTIUS

- 1 - Comparar el grau de qualitat de vida percebuda pels malalts en llista d'espera abans i després de la intervenció quirúrgica.
- 2 - Comparar el grau de qualitat de vida percebuda depenent de les diferents patologies.
- 3 - Contrastar els resultats obtinguts anteriorment amb un grup control.

MARC TEORIC

L'ésser humà és un tot integrat, biològic, psicosocial i intel·lectual. És un ser dinàmic que interactua dins del context total del seu medi ambient, lluitant per entendre'l i dominar-lo. Com a ésser humà requereix una interacció significativa encaminada a la realització del seu potencial, i és capaç d'assumir responsabilitats per a la seva realització.

Les tendències actuals d'Infermeria es dirigeixen cap una concepció global o holística de l'ésser humà.

El concepte holístic considera a l'ésser humà com una unitat biofisiològica i energètica, psicològica, psicosocial i espiritual que es troba en constant interacció amb si mateix i a la vegada amb un medi ambient sempre canviant.

La interacció que manté l'home amb el seu medi ambient, amb altres éssers humans i amb ell mateix, com ésser únic i al mateix temps semblant als demés, és fonamental, ja que seran la magnitud dels canvis als què ha d'enfrontar-se la seva interacció i als comportaments que utilitzarà per adaptar-se, els factors determinants per assolir l'estat de creixement i benestar o, pel contrari, de desequilibri i/o malaltia.

En aquesta concepció s'assumeix que cadascuna de les estructures que integren l'ésser humà té les seves pròpies necessitats i el seu propi desenvolupament. Qualsevol deficiència o anomalia en alguna de les estructures repercutirà, directament o indirectament, sobre les altres, alterant el seu funcionament.

És a partir d'aquesta concepció de l'ésser humà des d'on anem a analitzar el concepte de salut.

Buscar una definició de Salut que representi les inquietuds, les realitats i la filosofia de la societat europea durant el segle XX, ha estat una preocupació constant de les autoritats sanitàries. En la primera meitat de segle, caracteritzat sobre tot per problemes polítics, guerres i recuperació social i econòmica, "l'absència de malaltia" era un signe quasi suficient de "tenir salut". Segons l'Organització Mundial de la Salut (OMS), "la salut és l'estat de complet benestar físic, mental i social i no solament l'absència d'afeccions o malalties " (1948). En la segona meitat, pels anys 70, era necessària una revisió en profunditat del concepte i de les bases que el mantenien.

Al 1977 l'objectiu de l'OMS era "Salut per a tots en l'any 2000". Al 1978 la declaració d'Alma-Ata, postula que l'atenció primària de salut és la clau per aconseguir la salut per a tots i l'any 1984 l'OMS llançava 38 objectius per ajudar als països a aconseguir-los.

La salut en termes col·lectius pot abordar-se com un servei social més que com un problema científic o tècnic (El valor de la salut, Jesús Vicens. Ed. Siglo XXI).

Podem afirmar que viure en salut, en aquests moments, és un concepte lligat a l'experiència personal, a l'expectativa d'allò que una persona té i confia tenir, a aspectes econòmics, polítics i socials, que requereixen un aprenentatge i educació sanitària (El valor de la salut, Jesús Vicens. Ed. Siglo XXI).

Segons el diccionari de la llengua catalana de l'Enciclopèdia Catalana, la definició de qualitat és : "Manera d'ésser bona o dolenta d'una persona o cosa".

Així, el terme qualitat es pot aplicar a un determinat producte que reuneix qualitats suficients per anomenar-lo adequat, útil, o pel contrari nociu, inútil i inclús podem acabar dient que és dolent. És un concepte sempre dinàmic.

Quan ens referim a les persones és més difícil definir-la, ja que inclou diferents atributs o dimensions que varien segons qui les defineix, a través del temps i a mesura que canvien els conceptes i les necessitats de la població.

La teoria de la qualitat ha recorregut un llarg camí fins arribar als nostres dies, iniciant-se segons els entusiastes en el Gènesi, que explica la creació del món en sis dies, i passa per les diferents civilitzacions de fenicis i romans. En el segle XV, a França, es troben documents que esmenten la qualitat tal i com la coneixem.

Amb el segle XX arriba l'era de la revolució industrial que és quan evolucionen els criteris i influeix d'una manera notòria el factor humà.

La qualitat té per objectiu investigar, desenvolupar, dissenyar, produir i vendre béns i serveis el més econòmics, útils i adaptats als requeriments del consumidor com sigui possible, així com proporcionar bons serveis (Ishikawa 1983).

D'aquesta definició se'n desprèn que la qualitat és:

- Màxima utilització de la capacitat productiva existent.
- Satisfacció de les necessitats del consumidor.

La vida és un estat dinàmic de la matèria organitzada caracteritzat per la seva capacitat d'adaptació i evolució en front dels diferents canvis del medi i pel fet de poder reproduir-se.

El voler afegir-li al terme vida el concepte de "qualitat" resulta perillós o confús perquè, amb aquesta expressió, determina que poden haver-hi vides de major o menor qualitat. Si es demostrés que una vida no té "qualitat", s'acabaria per demostrar que no val la pena de ser viscuda.

Si és difícil acotar i definir el terme salut, més ho és encara l'expressió "Qualitat de vida" i ho és perquè està lligat a opcions personals, coneixements propis, a la capacitat d'autogestió en matèria de salut, a patrons culturals, a les relacions familiars i socials establertes. Els medis econòmics, a l'estabilitat personal, familiar i social i a la capacitat de valorar i gaudir d'allò que una persona és, del que una persona té i del què vol ser i del que els demás li atribueixen.

"La capacitat que té l'ésser humà de créixer, madurar, buscar noves alternatives o formes de vida i que es pot concretar com un estat de plenitud i integritat juntament amb una

sensació generalitzada d'estar gaudint de la vida i que el nostre ser experimenta en forma de força, de delit físic, satisfacció psicològica i plenitud espiritual" (T. Piulachs. III Congrés d'Infermeria Catalana. Tarragona, 1989).

Realment és un esforç de l'individu i de tota la societat que té obligacions en qualsevol matèria que dongui seguretat i millori alguns dels paràmetres esmentats.

En el context sanitari l'establiment de la qualitat giraria al voltant de dos aspectes molt concrets: d'una banda, de la definició de les necessitats dels usuaris dels serveis i, per l'altra, de l'establiment dels medis adequats per donar resposta a aquestes necessitats.

L'equilibri entre aquests dos factors és el que ens podria donar un índex exacte del què es pot entendre com qualitat assistencial.

- Per al primer aspecte es fa necessari comptar amb l'opinió dels usuaris i no solament considerar els aspectes tècnics i científics dels què disposem per a la seva atenció.

- Per al segon aspecte, els medis que determinen el nivell de qualitat vénen donats per la que s'ha considerat com regla de les 5 M.

MEN: les persones

MATERIALS: els materials i els productes emprats

METHODS: els mètodes de treball

MACHINES: les maquinàries, les instal·lacions, els edificis, etc

MANAGEMENT: la direcció i l'organització del sistema

La qualitat ha de ser integral o sigui la suma de la intrínseca, lligada a l'acte assistencial (en quina mesura hem tornar a integrar la salut al ciutadà malalt atenent-lo en la mesura del possible) i l'aparent, lligada a la relació del ciutadà malalt amb la institució sanitària.

Amb les millores de les tècniques mèdiques, la major disponibilitat a les cures, la demanda ha augmentat, el cost del tractament mèdic ha pujat i els pressupostos del serveis de salut han arribat a ser insuficients, produint una demanda que els tractaments haurien de tenir una sortida demostrable i que tingués benefici per al pacient.

En els últims anys, la investigació en sociologia mèdica ha demostrat que pel que fa al resultat del tractament mèdic, hi ha molt sovint un desacord entre metges i pacients (Orth. Gomer et al. 1979; Thomas an Lyttle, 1980). El metge pot estar satisfet de la milloria del pacient, però el pacient pot sentir-se pitjor que abans. A més a més se sap que la utilització de les cures ha de veure més en com es troba la gent que amb la seva veritable condició mèdica.

La conformitat amb els tractaments està estretament relacionada amb l'impacte del tractament sobre les sensacions del benestar del pacient (Coronay Drng Project Research 1980); en aquestes situacions, la percepció del pacient de la seva condició, assoleix més importància pel que fa a la valoració de les cures.

Aquesta combinació de les forces demogràfiques, mèdiques, econòmiques i polítiques juntament amb la investigació sociològica ha conduït a enfocar la qualitat de vida com un component vital en la pràctica dels serveis de salut.

En les nostres empreses sanitàries, això es tradueix en la necessitat d'una política institucional, que es basa en la noció de qualitat total, que consideri el conjunt de l'activitat hospitalària i els seus resultats.

La qualitat total es pot considerar a través de dos nivells, a nivell de les prestacions realitzades (cures mèdiques, infermers, informació, acollida i estança dels usuaris).

A nivell del funcionament de la institució; és a dir, la qualitat del producte de cada servei.

En conjunt això seria la qualitat de la gestió. Gestió estratègica, basada en un conjunt de principis i mètodes, els fonaments essencials dels quals són:

- La conformitat del servei a les especificacions de les necessitats del client.
- L'excel·lència o progressió continua cap el "zero defecte" a través de la voluntat de buscar les causes dels errors i el seu tractament.
- La prevenció, fer bé les coses des del principi, com estratègia que condueix a posar els medis per evitar les possibles errades.
- La mesura quantitativa i qualitativa que ens permet identificar el progrés, definir els llocs on les correccions són més útils i profitoses, el càlcul de costos d'obtenció de la qualitat i la posada en marxa dels indicadors.
- La responsabilitat de tots els col·laboradors.

Això implica un model de gestió participativa de forma que les millores es realitzen amb la implicació de les persones directament concernents.

L'infermeria és conscient que els recursos són escassos, per la qual cosa tractem d'incidir d'alguna manera en tot el sistema sanitari, també és conegut que els problemes de salut no s'inicien en l'hospital sinó que ho fan en l'habitat de l'individu. És per això que la infermeria és el sector professional que a l'incidir en tot el sistema sanitari (des dels hospitals més especialitzats fins a l'habitat de l'individu) pot jugar un paper molt important; de la qual cosa no n'era conscient. Els rols de la infermeria estan canviant: haurien de ser de consellers de salut i educadors sanitaris entre d'altres i l'administració i les institucions socials recolzar-ho, creant un entorn apropiat (El valor de la salut, Jesús Vicens. Ed. Siglo XXI).

La informació que podem donar-los-hi es converteix en peça clau dins de l'equip de salut.

Actualment hi ha un consens general que tendeix a considerar la qualitat de vida del malalt com un element clau en la millora de la qualitat assistencial, des de l'aplicació de la terapèutica més eficaç, més eficient i menys agressiva fins a l'avaluació posterior i efectiva dels resultats de l'actuació sanitària (C. Claramunt, R. Gil, G. Aguirre, 1993).

Per tot això, la infermeria és un dels pocs sectors professionals de la salut capaços d'intentar modificar els patrons culturals, els coneixements dels individus, cap a un augment considerable de la seva percepció sobre la qualitat de vida.

Segons l'Organització Mundial de la Salut "la salut és l'estat de complet benestar físic, mental i social i no solament l'absència d'afeccions o malalties" (OMS 1948).

En els darrers anys l'augment de l'esperança de vida ha obligat a plantejar la necessitat de valorar, no només la quantitat, sinó la qualitat amb la qual és viscuda. La majoria de les persones vol sobreviure, però també s'interessa per la qualitat d'aquesta supervivència; inclús estan disposades a sacrificar anys de vida per guanyar qualitat de vida.

"La qualitat de vida i la perspectiva de supervivència humana en un medi limitat, i moltes vegades hostil, són temes de considerable interès per a tots aquells que tracten de determinar l'equilibri òptim entre població i millora de vida" (OMS 1984).

En els darrers 30 anys poques vegades s'han efectuat intents de mesurar l'impacte de la malaltia en la qualitat de vida.

La qualitat de vida s'identifica bàsicament com un concepte que representa les respostes individuals als efectes físics, mentals i socials que la malaltia produeix sobre la vida diària. Aquest concepte és més ampli que el de l'estat de salut personal, ja que té en compte el benestar social.

Qui ha de valorar la qualitat de vida ? Sobre aquest tema hi ha discrepàncies entre l'opinió dels malalts i del personal sanitari. Després de nombrosos estudis, els investigadors van arribar a la conclusió que el personal sanitari no podia mesurar adequadament la qualitat de vida dels malalts. En realitat el que importa és com se sent el malalt en lloc de com creuen els metges que s'hauria de sentir.

MESURA DE L'ESTAT DE SALUT RELACIONADA AMB LA QUALITAT DE VIDA

Hi ha una gran varietat d'eines quantitatives que intenten mesurar aspectes de la qualitat de vida, que estan incloses en l'estat de salut, com la satisfacció de vida, el benestar, la capacitat funcional, la interacció social, l'estrés i els trastorns psiquiàtrics; intentar combinar-los en una eina no ha estat possible de moment.

A l'hora de mesurar la qualitat de vida, ens trobem que hi ha una confusió de conceptes entre el de qualitat de vida i el de salut.

Els investigadors tendeixen cada cop més cap a les autoavaluacions de la salut actual: "Avaluació personal de la condició física, sentiments d'ansietat, nervis, depressió: sentiment d'afecte general positiu i expectatives futures de salut" (Bowling, A. La medida de la salud. 1994).

No hi ha un únic instrument estàndard que pugui ser aplicat a totes les àrees d'estudi amb l'objecte de mesurar la salut de la manera més objectiva possible. S'han desenvolupat els instruments aplicables a la pràctica clínica; uns, genèrics (i per tant utilitzables en qualsevol tipus de malalts i processos patològics) i, altres, específics (idonis per a grups de pacients molt concrets com crítics, oncològics, mentals, etc).

Els instruments genèrics són aplicables a un ampli ventall de poblacions i cobreixen un ampli espectre. Aquí s'inclouen els perfils de salut i les mesures d'utilitat.

La majoria de les avaluacions s'havien fet des de la perspectiva dels professionals sanitaris, més que des de la dels propis pacients. L'aplicació d'aquests indicadors ens permeten conèixer l'efecte del tractament o de les intervencions sanitàries en el benestar dels pacients, és a dir, com millorar o empitjorar la seva qualitat de vida.

Hí ha diverses raons per estudiar els nivells de salut (segons Ware 1981), que podria concretar-se en cinc punts:

- 1) Mesurar l'eficàcia i l'efectivitat de les intervencions mèdiques.
- 2) Millorar les decisions clíniques.
- 3) Valorar la qualitat de l'assistència sanitària.
- 4) Tenir en compte les necessitats de la població.
- 5) Conèixer les causes i les conseqüències de les diferències de salut.

Els mètodes més rigorosos per a l'anàlisi de dades necessiten dades quantitatives. Sempre que sigui possible, s'han d'utilitzar les mesures que produeixen escales d'interval o de raó, encara que això en les ciències socials és una mica difícil.

Les mesures de la capacitat funcional i de l'estat de salut mai aconsegueixen escales de mesura de raó o interval. Quan es tracta de mesurar el resultat de la salut, els problemes augmenten, havent de seleccionar indicadors que funcionin bé, valorats prèviament per proves de validesa i fiabilitat.

Als Estats Units s'han proposat dimensions de la qualitat que no només poden veure's afectades per l'estat de salut (Bergner, 1989), sinó per totes aquelles variables que influeixin d'una manera o d'una altra en la vida de l'individu, com la salut física, la mental, el funcionament

psicològic, el social, el paper que representa cada individu i les percepcions generals de salut que tenen. Dins d'aquestes variables, els individus assignen valors ja siguin positius o negatius. Són aquests valors i les preferències de la població el que serveix de fonament al concepte de qualitat de vida relacionada amb la salut.

MESURES DE LA CAPACITAT FUNCIONAL

El terme estat funcional inclouria la capacitat de realitzar tasques que la majoria de la gent fa d'una manera quotidiana; com, per exemple, tenir cura d'un mateix, la mobilitat i les activitats físiques, ... Totes elles formen part d'un concepte més ampli que el de qualitat de vida que també incorpora factors com la vida familiar, el treball, les relacions socials, l'economia o la vivenda.

La majoria d'aquestes escales no són prou sensibles, ja que pregunten si tenen o no dificultat en realitzar una activitat o una tasca o bé si són capaços de fer-la, i en ocasions les perspectives dels metges i les dels malats són ben diferents.

Entre elles s'hi troben:

- Cuestionario Multidimensional OARS de evaluación funcional.
- Cuestionario de evaluación de la salud del Centro de Artritis de Stanford HAG.
- Daily Living Scale: Aquesta escala d'activitats fou publicada per Katz l'any 1963. És un qüestionari senzill que se centra en el grau de limitació o d'assistència que necessita una persona per dur a terme les activitats

bàsiques de la vida quotidiana. S'exploren sis funcions. No té en compte els problemes psicològics ni els socials.

- **Quality of Well-Being Scale**. És l'escala de qualitat del benestar. Quantifica la salut en una escala que va de 0 -mort- a 1 -estat de salut òptim-. Mesura el benestar com una composició d'estat funcional i de severitat dels símptomes. Inclou tres àrees. La seva utilització clínica és recent (Bowling, A. La medidía de la salud. 1994).

MESURES GENERALS DE L'ESTAT DE SALUT

Es concentren en les percepcions subjectives. La salut percebuda o subjectiva pot ser definida (segons Hunt, 1988) com l'experiència d'un individu de com els esdeveniments mentals, físics i socials incideixen sobre els sentiments del benestar.

Les autoavaluacions de la salut han estat molt criticades per la seva subjectivitat, però és aquí on radica la seva força ja que, la majoria tenen el seu origen en les expressions que fa servir la gent quan està o creu que està malalta i són fruit de la investigació de molts anys. Proporcionen el perfil de l'individu o d'una població segons les diferents dimensions de qualitat de vida incloses. Poden influir una única puntuació global o bé oferir una puntuació disgregada per dimensions.

Tot seguit descrivim les mesures de l'estat de salut general:

- Index de Salut McMaster, (Mcmaster Health Index Questionnaire. MHIQ) desenvolupat a Canadà, inclou 3 dimensions (funció física, social i mental) amb 59 ítems, és flexible, simple i barat d'administrar amb un nivell acceptable de fiabilitat. Es qüestiona la seva aplicació a persones molt grans. No hi ha adaptació espanyola.
- Sickness Impact Profile, desenvolupat als EEUU. Es compon de 12 categories i 136 ítems sobre l'impacte de la malaltia en la conducta normal de l'individu i les activitats diàries. Proporciona puntuació global per dimensió física (desplaçament, mobilitat, cura i moviment corporal), dimensió psico-social (relacions socials, activitat intel·lectual, emocional, comunicació) i individualment per categories (totes les esmentades més el son, el descans, el treball, la nutrició, les tasques domèstiques, l'esbarjo i passatemps).

Aquest qüestionari pot ser emplenat pel pacient o administrat per un enquestador. Ha estat adaptat i tornat a escalar per a la població espanyola. Les seves limitacions són que és molt llarg de complimentar i que va dirigit, d'una manera exclusiva, a la població malalta.

- Bateries de l'estudi de les assegurances sanitàries de Rand (Rand Health Insurance Study, HIS)
 - Bateria de salut física
 - Bateria de salut mental
 - Bateria de salut social

- Bateria de percepció de la salut general

Van ser desenvolupades com mesura de resultat per detectar canvis en l'estat de salut que s'esperava passés com resultat de ser usuari del servei sanitari, dintre d'un període de temps relativament curt.

- Index de Qualitat de vida de Spitzer (Spitzer quality of life Index, OL)

Desenvolupat per a malalts amb càncer, malalts crònics. Els metges especialistes en càncer l'utilitzen per conèixer l'estat de salut i la qualitat de vida dels seus malalts abans i després de la teràpia.

- Autoavaluació Analògica Linial (Linear analogue Self Assessment, ASA)

Escala desenvolupada per malalts amb càncer.

- Qüestionari de Dolor McGill (McGill Pain Questionnaire, MPO)

Llistat de termes que descriuen la qualitat i la intensitat del dolor. Mesura actual per quantificar el dolor (Bowling, A. La medida de la salut. 1994).

- Nottingham Health Profile (NHP), desenvolupat a Gran Bretanya. Es compon de dues parts basades en percepcions de persones desconexades de l'entorn sanitari. No és un índex de malaltia, patiment o discapacitat, sinó que relaciona els sentiments de la gent quan experimenta diferents estats de mala salut.

És l'única mesura de salut percebuda que ha estat provada i desenvolupada per ser utilitzada a Europa.

La primera part, mesura l'estat de salut percebuda, té 38 expressions dintre de sis dimensions: mobilitat, dolor, energia, son, reaccions emocionals i aïllament social. Cada dimensió té una possible puntuació que va de 0 a 100.

La segona part pregunta qualsevol efecte de la salut sobre àrees de la vida diària: activitat laboral, vida social, treballs de la llar, vida sexual, afeccions, vacances i vida familiar.

Aquesta segona part no és sempre útil per a segons quins col·lectius (gent gran, persones en atur, incapacitats o persones amb baixos ingressos), ja que no són aplicables.

El contingut lèxic d'aquest qüestionari té una dificultat similar a la capacitat de lectura d'un infant de 8 a 10 anys. És per això que pot ser autoadministrat o administrat per l'entrevistador. S'ha utilitzat per avaluar el resultat de moltes teràpies des del punt de vista del malalt. Pot ser aplicat ja sigui en estudis comunitaris com clínics.

Les aplicacions principals són les avaluacions de tractaments mèdics (comparant els resultats del perfil abans i després del tractament), com mesura de comparació entre grups (malalts crònics i estat de salut de la població en general), com informació complementària en avaluacions mèdiques i com instrument d'ajut en la presa de decisions en assistència sanitària.

Puntuació

L'NHP es puntua amb valors que van del 0 (sense problemes) al 100 (tots els problemes).

La seva fiabilitat i validesa han estat provades i els resultats han estat bons.

Fiabilitat

Ha estat comprovada en la tècnica del test-retest.

Ofereix els següents avantatges: brevetat, senzillesa i baix cost a l'hora d'administrar-ho.

Validesa

És una mesura satisfactòria de l'estat de salut segons les percepcions de la població en l'aspecte físic, social i emocional. És sensible als canvis produïts en l'estat de salut.

Els instruments de mesura de la qualitat de vida han de ser vàlids, és a dir, mesurar allò que volem mesurar; fiables, estables i reproduïbles en el temps, i que disposin de reactivitat; és a dir, que l'instrument valori la capacitat per detectar qualsevol canvi en l'estat de salut (millora o empitjorament) que afectin la qualitat de vida encara que sigui mínim (X. Badia, 1992).

Donada la nostra hipòtesi, hem cregut que tots els perfils de salut que coneixem, el Nottingham Health Profile (NHP), és l'idoni per mesurar la percepció de la qualitat de vida ja que s'adapta perfectament a les característiques de l'estudi i la seva validesa i fiabilitat estan reconegudes.

HIPOTESI

La qualitat de vida percebuda, segons l'escala del PSN, després d'una intervenció quirúrgica, és superior a la que percep amb anterioritat depenent de les patologies i comparant-la amb una població sana.

MATERIAL I METODES

Aquest estudi s'ha fet amb malalts que estan pendents d'intervenció quirúrgica a la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge (CSUB). La seva àrea d'influència és l'Àrea de Costa de Ponent i avarca una població d'1.144.000 habitants, situada a l'Hospitalet de Llobregat (Baix Llobregat).

Per dur a terme l'esmentat estudi, es va obtenir el permís del Departament de Docència i Investigació de la Direcció d'Infermeria de l'hospital.

A l'octubre de 1995 s'inicia l'estudi. La selecció de la mostra va ser aleatòria amb els criteris següents:

- Estar citats pel servei d'admissió per realitzar-se les proves diagnòstiques prèvies a l'ingrés a l'hospital.
- Estar inclòs a la llista d'espera i estar inclòs al grup de serveis a estudiar.

Un cop fets els qüestionaris pre-operatori del grup experimental, es va seleccionar un grup control de 32 persones, escollides a l'atzar, dintre del mateix entorn geogràfic i amb els criteris següents:

- No estar pendent de cap intervenció quirúrgica.
- Edat: S'escollí el rang de major freqüència en el grup experimental (que oscil·lava entre els 51 i 80 anys).

- Nivell d'estudis: Primaris, semblant al grup experimental.
- Situació laboral: majoritàriament jubilats.
- Tipus d'habitatge: Pis.

Els serveis inclosos en aquest estudi són: Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Ortopèdica Traumatologia, Urologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia General Digestiva, Ginecologia i Hemodinàmica Cardíaca; tots ells escollits també a l'atzar, així com les patologies incloses.

Serveis que engloba aquest estudi	%
Oftalmologia	7
Otorrinolaringologia (ORL)	6,3
Cirurgia Ortopèdica Traumatologia (COT)	33
Urologia	17,3
Cirurgia cardíaca	15,2
Cirurgia general digestiva	9,4
Ginecologia	9,4
Hemodinàmica cardíaca (HCA)	2,3

PATOLOGIES DINTRE D'AQUESTS SERVEIS

Oftalmologia	9 casos
Cataracta	3 casos
Glaucoma	1 cas
Enucleació globus ocular	1 cas
Altres transtorns d'ull	4 casos

Otorrinolaringologia (ORL)	8 casos
Desviació septe nasal	3 casos
Malaltia d'orella mitjana	3 casos
Malalties vies respiratòries superiors	2 casos

Cirurgia Ortopèdica Traumatologia (COT)	42 casos
Artropaties i trastorns relacionats	17 casos
Osteoporosis i deformacions musculoesquelètiques	7 casos
Assistència ortopèdica	3 casos
Reumatisme/Afectació de l'esquena	3 casos
Dorsopaties	3 casos
Transtorns del sistema nerviós perifèric	3 casos
Complicacions de protesi i trasplantaments	5 casos
Altres	2 casos

Urologia	22 casos
Malalties òrgans genitals masculins	7 casos
Neoplàsia maligna òrgans urinaris	6 casos
Infecció vies urinàries baixes	7 casos
Pielonefritis i càlculs	2 casos

Cirurgia cardíaca	12 casos
Febre reumàtica i malaltia reumàtica cardíaca	5 casos
Malaltia cardíaca isquèmica	4 casos
Complicacions de pròtesi i trasplantament	2 casos
Altres	1 cas

Cirurgia General Digestiva (CGD)	12 casos
Colelitiasis	3 casos
Hèrnies abdominals	5 casos
Malalties intestinals	4 casos

Ginecologia	12 casos
Endometries, prolapse, fístules i altres	4 casos
Neoplàsia maligna mamella	4 casos
Reconeixement i cribatge especial	2 casos
Malalties d'òrgans pelvians femenins	2 casos

Hemodinàmica cardíaca (HCA)	3 casos
Reconeixement i cribatge especial	3 casos

L'estudi es va efectuar mitjançant:

- qüestionaris personalitzats fets a una mostra significativa de malalts que estaven pendents d'intervenció quirúrgica (126 casos),
- qüestionaris fets als malalts esmentats després de tres mesos de la intervenció quirúrgica i alta hospitalària (97 casos),
- qüestionaris fets a un grup de persones que reuneixen les característiques socio-demogràfiques del grup a estudiar (32 casos).

Com instrument de recollida de dades s'han utilitzat dos qüestionaris:

- El primer, inspirat en l'enquesta de salut de Barcelona per conèixer el perfil socio-demogràfic de la població enquestada. Aquest qüestionari consta de 15 preguntes: 13 de tancades i 2 d'obertes; els seus ítems són els següents:

DADES DEMOGRAFQUES

Sexe

Home

Dona

Edat

On va néixer ?

Catalunya

Altres

Quin és el seu estat civil ?

Solter/a

Casat/da

Vidu/a

Separat/da

Divorciat/da

no contesta

Amb qui viu actualment ?

Sol/a

Sol amb la seva parella

Amb la parella i fills

Amb els fills

Sol amb els seus pares

Amb un sol dels seus pares

Amb els pares i germans

Altres (especificar)

Quantes persones conviuen amb vostè a la llar ?

Quin és el nivell màxim d'estudis que ha assolit ?

No sap llegir ni escriure

Sense estudis, però sap llegir i escriure

Primària incompleta

EGB o similar

Formació Professional o similar

Batxillerat/BUP o similar

COU o similar

Estudis universitaris de grau mig

Estudis universitaris superiors

Educació Especial

DADES SOCIO-PROFESSIONALS

Professió

Quina és la seva situació laboral ?

Treball actiu

Aturat

Estudiant

Mestressa de casa

Jubilat

Incapacitat

Servei militar

no contesta

Quina mena de contracte té ?

Fix/indefinit a temps complet

Fix/indefinit a temps parcial

Contracte temporal

Contracte en pràctiques

Contracte per obra o servei

Sense contracte

Un altre tipus de contracte (especificar)

Ingressos mensuals procedents de ?

Nòmina

Pensió jubilació

Autònom

Viudetat

Invalidesa

Altres (especificar)

Té algun altre tipus d'ingrés mensual ?

Nòmina

Pensió jubilació

Autònom

Viudetat

Invalidesa

Altres (especificar)

CARACTERISTIQUES DE L'HABITATGE DE L'ENTREVISTAT

Habitatge

Un pis

Altre tipus d'edificació

Residència assistida

Pis de l'habitatge

1r

2n

3r

4t

5è

6è o més

Ascensor ?

No n'hi ha

N'hi ha

- El segon és el Nottingham Health Perfil (NHP). És un instrument que mesura la qualitat de vida percebuda per la població. Consta de 45 preguntes. Validat al castellà i al català: Perfil de Salut de Nottingham (PSN) per J. Alonso.

Aquest perfil s'obté a partir d'un qüestionari doble i, per utilitzar-lo, respecta les indicacions descrites pels autors de la validació.

Els ítems del PSN són els següents:

Energia

Sempre estic cansat
Tot em costa un esforç
De seguida em quedo sense forces

Dolor

Tinc dolor a les nits
Tinc un dolor insuportable
Tinc dolor al canviar de postura
Tinc dolor quan camino
Tinc dolor quan estic dret
Tinc dolor constantment
Tinc dolor al pujar i baixar escales
Tinc dolor quan estic assegut/da

Reaccions emocionals

Les coses em deprimeixen
He oblidat què és passar-ho bé
Tinc els nervis de punta
Els dies se'm fan inacabables
Ultimament m'enfado amb facilitat
Sento que estic perdent el control de mi mateix/a
Les preocupacions em desvetllen per la nit
Crec que no val la pena viure
Em desperto desanimat/da

Son

Prenc pastilles per dormir
Em desperto abans d'hora
Em passo la major part de la nit despert/a
Em costa adormir-me
Dormo malament a les nits

Aïllament social

Em trobo sol/a
Ultimament em costa contactar amb la gent
Crec que no tinc ningú en qui confiar
Crec que sóc una càrrega per als demés
Em costa entendre'm amb la gent

Mobilitat física

Només puc caminar per dins de casa
Em costa ajupir-me
Sóc totalment incapaç de caminar
Em costa pujar i baixar escales
Em costa agafar les coses
Em costa vestir-me
Em costa estar dret/a molta estona
Necessito ajuda per caminar fora de casa

Els valors màxims i mínims d'afectació de cada dimensió són:

Dimensions	mínim	màxim
Energia	0	3
Dolor	0	8
Emocional	0	9
Son	0	5
Aïllament social	0	5
Mobilitat	0	8

La no afectació en cadascuna de les dimensions és el valor mínim = 0.

Les Variables implicades són les següents:

Sexe.

Edat.

Estat civil.

Amb qui viu.

Amb quantes persones viu.

Nivell d'estudis.

Professió.

Situació laboral.

Tipus de contracte.

Procedència dels ingressos.

Altres ingressos.

Tipus d'habitatge.

Alçada del pis.

Ascensor.

Risc de la intervenció.
Dimensió son.
Dimensió mobilitat física.
Dimensió energia.
Dimensió dolor.
Dimensió reaccions emocionals.
Dimensió aïllament social.
Afectació en el lloc de treball.
Afectació en els treballs domèstics.
Afectació en la vida social.
Afectació en la vida familiar.
Afectació en la vida sexual.
Afectació en les activitats recreatives (hobbies).
Afectació en el lleure (vacances, festes, etc).
Valor total del PSN.

La recollida de dades, la van fer les persones autores d'aquest estudi.

Es va optar per fer els qüestionaris personalitzats amb la finalitat d'explicar a les persones enquestades el motiu i el l'objectiu de l'estudi, d'evitar la difusió de dades personals i assegurar la confidencialitat i, al mateix temps, volíem garantir que tots els qüestionaris s'emplenaven seguint les mateixes pautes. També ens va permetre demanar-los-hi la seva col·laboració en la propera enquesta post-intervenció i agrair-los-hi la seva bona disposició.

Els qüestionaris de post-intervenció es van fer, de manera majoritària, per telèfon, ja que programar una cita amb cadascun dels malalts era una tasca difícil.

S'ha d'esmentar que tots els malalts als quals se'ls hi va demanar d'omplir el qüestionari, hi van col·laborar de bon grat.

Pèrdua de casos

Del total de malalts pendents d'intervenció quirúrgica, el percentatge de resposta després de la intervenció és del 77 %.

No s'ha pogut localitzar el 15,8 % de malats donat que no contestaven al telèfon , no contactaven amb nosaltres, no tenien telèfon, havien canviat de domicili, etc.

El percentatge de malalts que no han estat intervinguts és de 2,38.

Hi ha un tant per cent, 3,17, de malalts que en el moment de fer el qüestionari postintervenció, estaven ingressat de nou per altres patologies associades.

El nombre d'èxits ha estat 3, corresponent a un 2,38 %.

ANALISI DE RESULTATS

ANALISI DESCRIPTIVA:

Un cop intervinguts, els malalts es van classificar segons el grau de severitat , els procediments i les tècniques quirúrgiques en dos grups:

- Alt risc: en aquest grup englobem les patologies etiquetades greus, així com les tècniques quirúrgiques complexes.
- Baix risc: englobem les patologies etiquetades com lleus i on la tècnica quirúrgica no representa un risc afegit.

El 23,8 % de les intervencions fetes han estat considerades d'alt risc; això ha estat valorat un cop feta la intervenció, segons el diagnòstic, el procediment i la tècnica quirúrgica utilitzada.

Els qüestionaris han estat fets després de 3 mesos de la intervenció quirúrgica del pacient. El 13,34 % que no ha fet l'enquesta post-intervenció no ha estat per èxitus.

Segons les dades demogràfiques de la mostra estudiada, s'han obtingut els resultats següents:

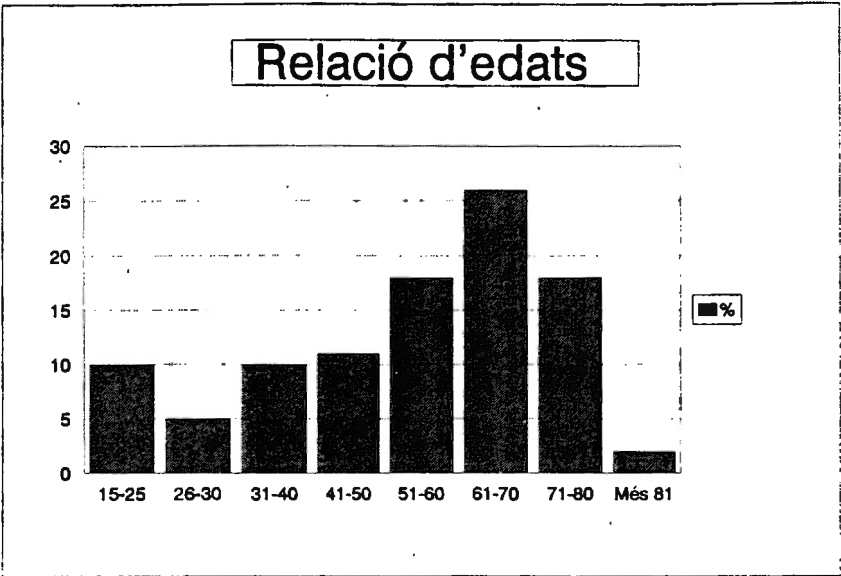


Figura 1: Edat
Per poder seleccionar el grup control s'han recollit les edats més freqüents que han estat les compreses entre els 51 i els 80 anys.

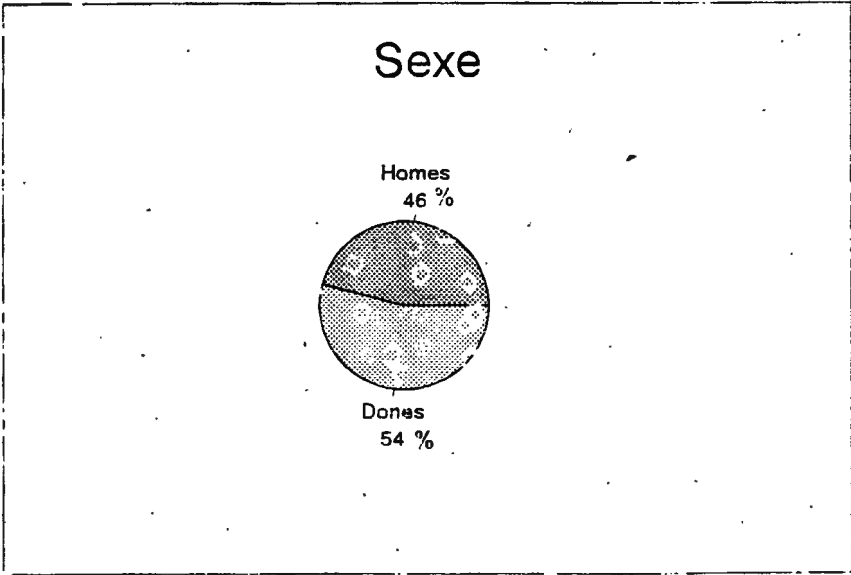


Figura 2: Sexe

Lloc de naixement

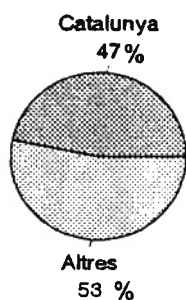


Figura 3: Lloc de naixement

Estat civil

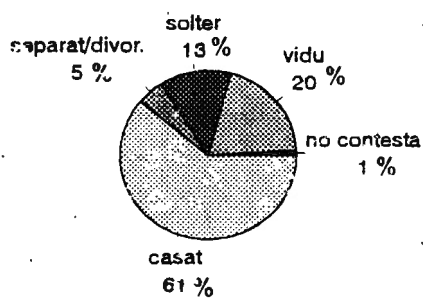


Figura 4: Estat civil

La majoria dels malalts són casats.

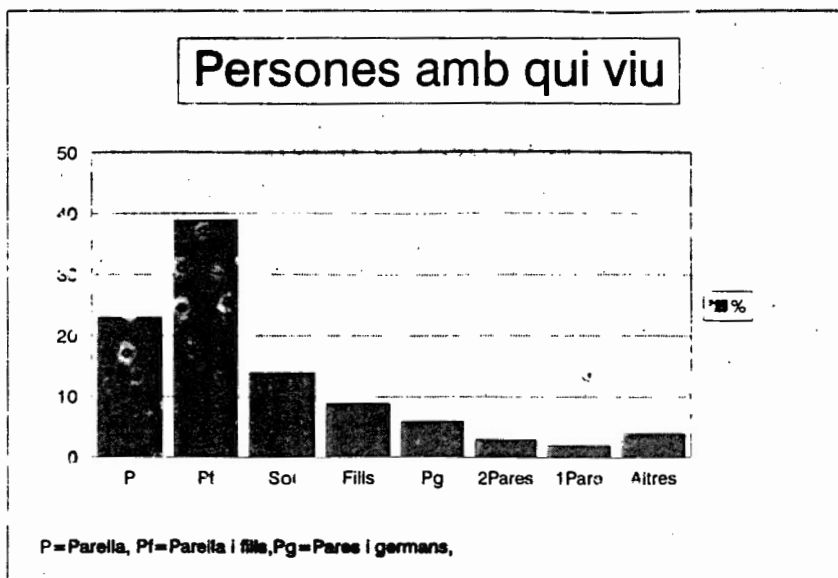


Figura 5: Amb qui viu
D'una manera majoritària, els malalts viuen acompanyats.

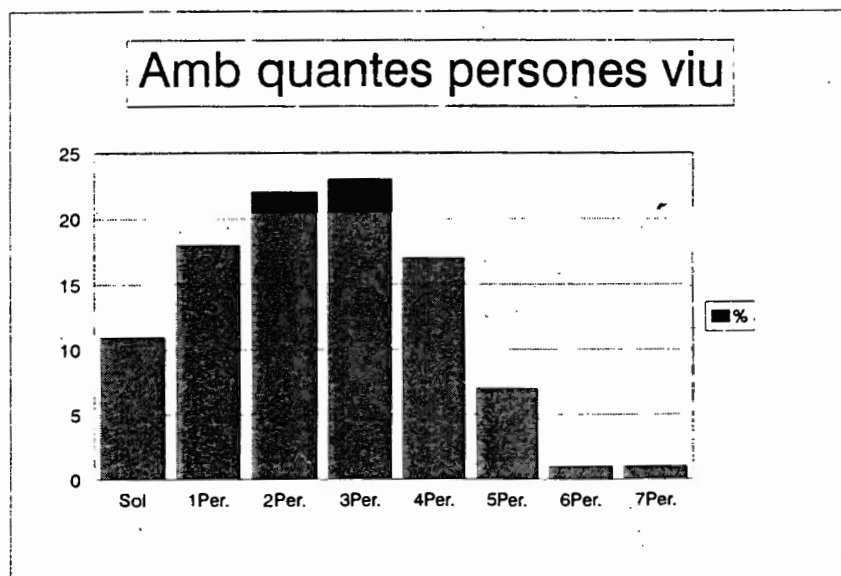


Figura 6: Amb quantes persones viu
Com a fet curiós, només l'1 % viu amb número de persones superior a 7.

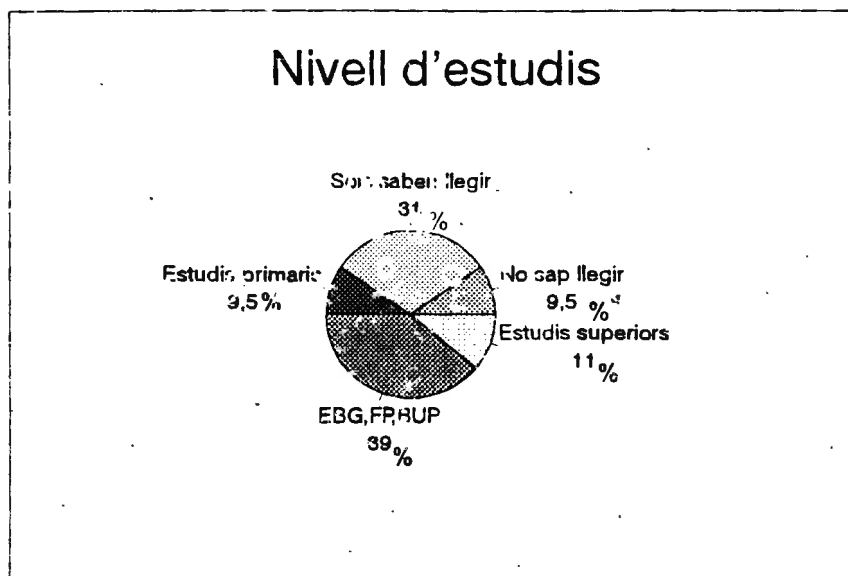


Figura 7: Nivell d'estudis realitzat
 Només l'11 % dels malalts tenen estudis superiors.

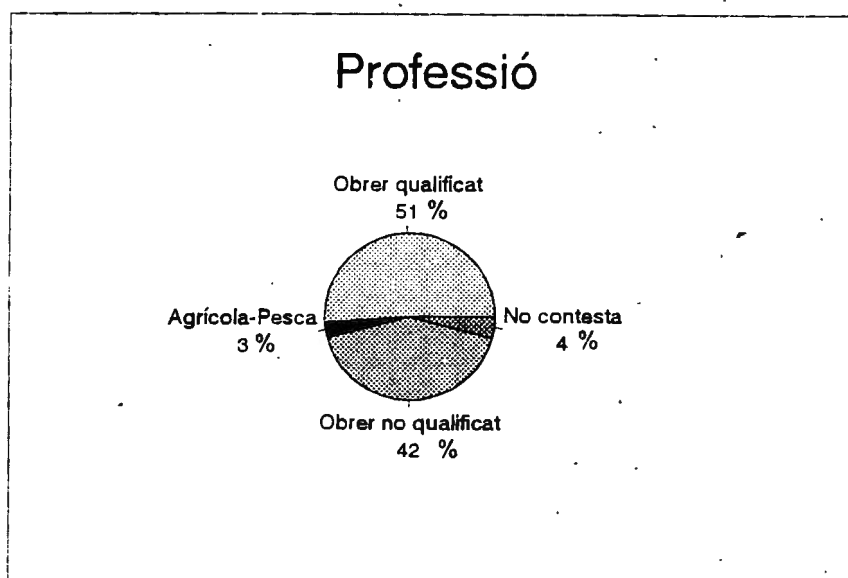


Figura 8: Professió
 Pel que fa a aquest apartat, la professió majoritària és la d'obrer qualificat.

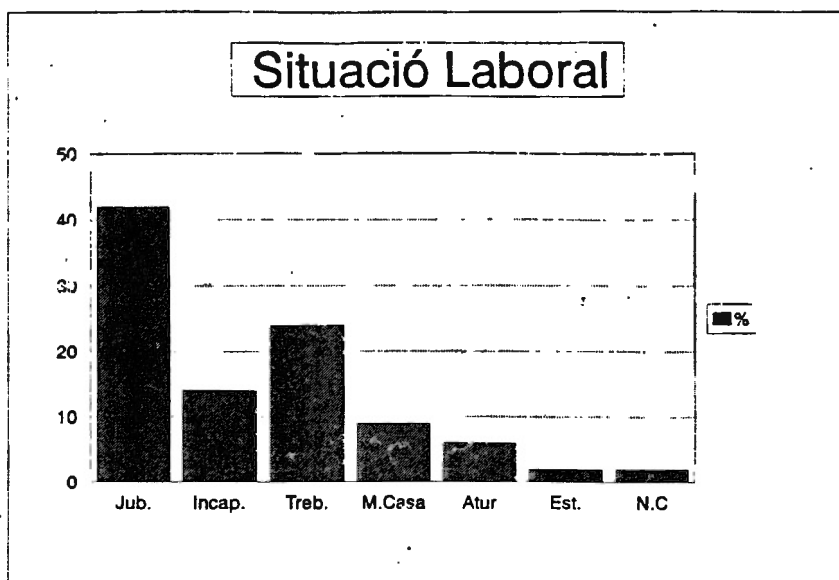


Figura 9: Situació laboral
 La majoria dels malalts són jubilats.

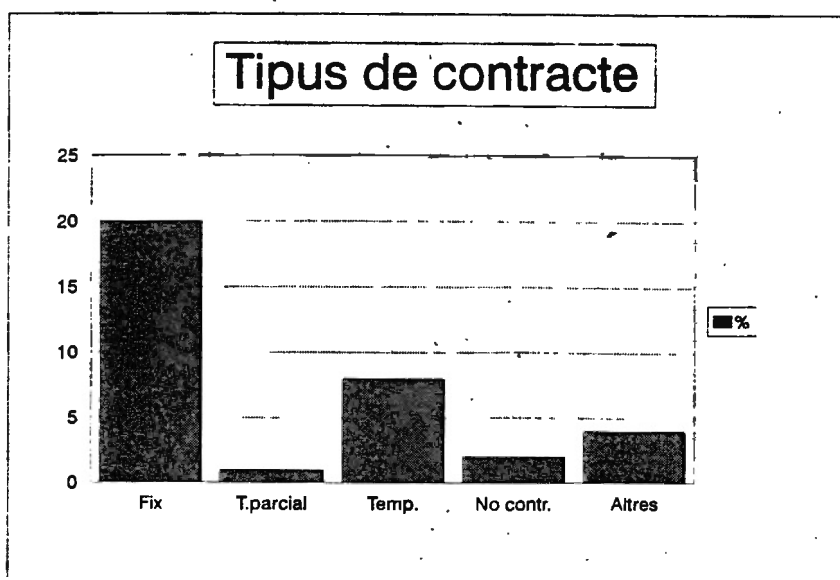


Figura 10: Tipus de contracte
 Queden exclosos la majoria, ja que són jubilats i mestresses de casa.

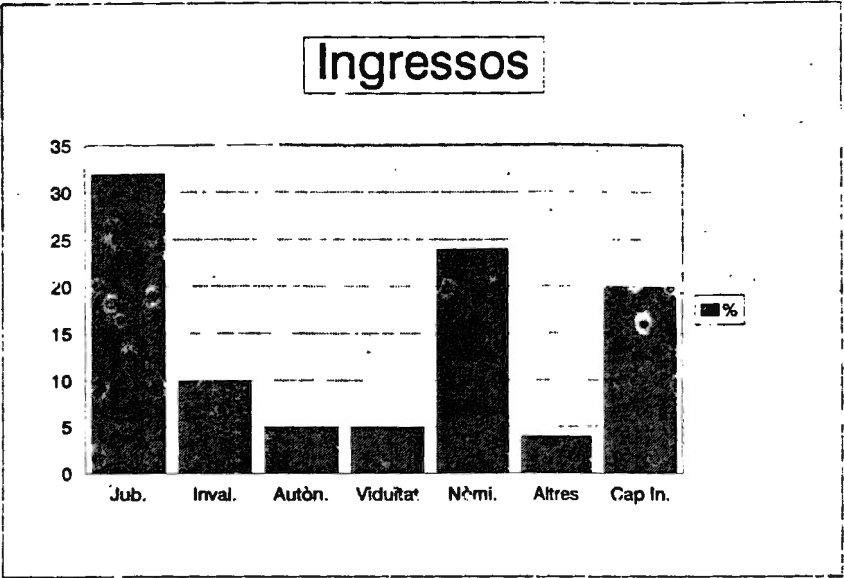


Figura 11: Procedència dels ingressos

La gran majoria percep un sol ingrés, essent aquest la pensió de jubilació.

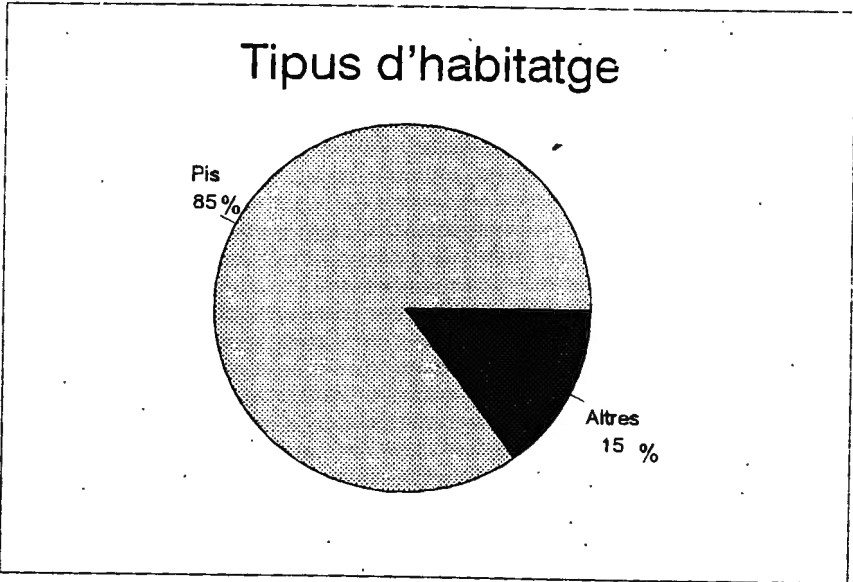


Figura 12: Tipus d'habitatge

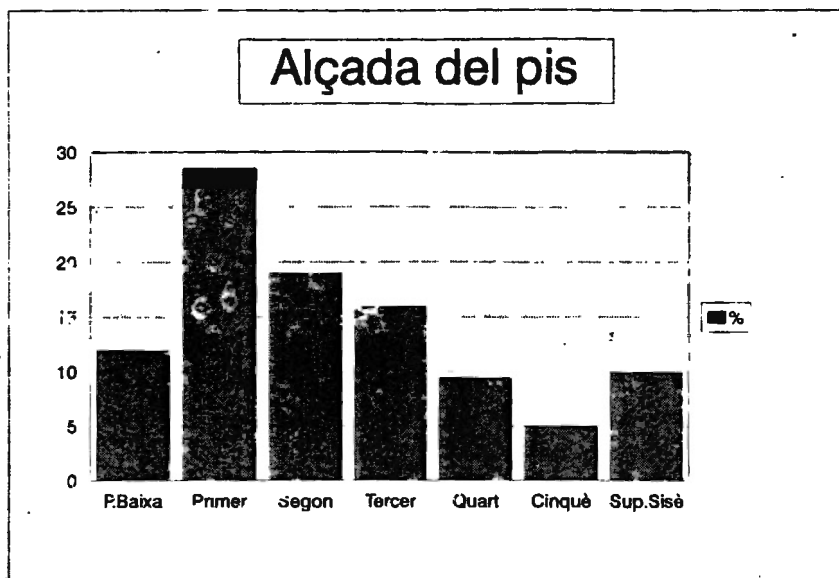


Figura 13: Alçada del pis

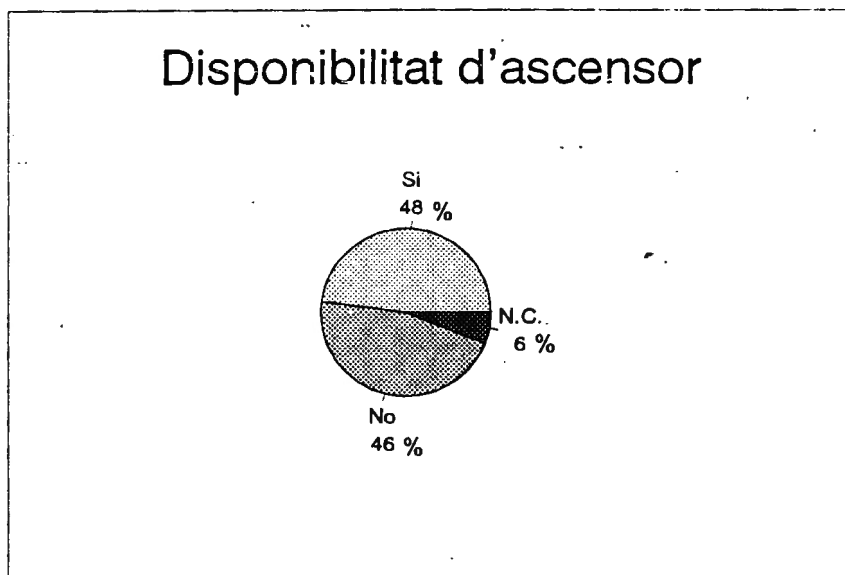


Figura 14: Disponibilitat d'ascensor

La majoria dels malalts viu en pisos d'alçada no superior a dues plantes i disposen d'ascensor.

* CARACTERISTIQUES DE LA MOSTRA ESTUDIADA

- . La mostra estudiada està formada per persones, les edats de les quals comprenen entre 51 i 80 anys. La majoria són jubilats (80 %), cosa que implica que no tinguin problemes en el seu lloc de treball.
- . El 59 % pensa que no té problemes en la realització dels treballs domèstics, la qual cosa coincideix en que el 54 % són dones (normalment acostumades a aquestes tasques).
- . Tant en la vida social com en la familiar, la majoria pensa que no té problemes per sortir, veure els amics, relacionar-se amb els de casa; la qual cosa ens fa pensar que pot ser conseqüència que la majoria viu acompanyat.
- . Una altra conseqüència que la mostra estudiada correspon a gent gran, s'aprecia que un 84 % dels enquestats no té problemes en la seva vida sexual; degut a que no li donen una importància rellevant.
- . Pel que fa a l'oci i temps lliure, l'estat de salut de la majoria dels enquestats no entorpeix que en puguin gaudir.

*** ANALISI DE LA MOSTRA**

Amb els resultats obtinguts del valor total del PSN i tenint en compte l'estat de salut, la mostra estudiada s'ha classificat en les següents categories; cal esmentar, però, que el nivell òptim seria de 0 i el nefast de 100.

Puntuació NHP	Estat de salut	Percentatge mostra
0	òptim	7 %
0 - 25	bo	41 %
26 - 50	regular	29 %
51 - 70	dolent	18 %
71 - > 71	pèssim	5 %

Podem comentar que el 70 % de la mostra considera que té un estat de salut que es troba entre bo i regular.

*** SINTESI DE LA MOSTRA**

- . Edat: 54 anys**
- . Sexe: dones (54 %) i homes (46 %)**
- . Estat civil: casat**
- . Amb qui viu: acompanyat**
- . Nivell d'estudis: primaris**
- . Situació laboral: jubilats**
- . Tipus d'habitatge: pis**

ANALISI INFERENCIAL:

Per fer l'anàlisi i la interpretació es va crear una base de dades en DBase III Plus, on s'hi van introduir els resultats de les enquestes; i s'han aplicat proves de contrast paramètriques i no paramètriques i, a causa del caràcter de les dades quantitatives, les proves, concretament, han estat les següents:

- T. Student
- Anàlisi de varianza (T. Test Group i Onwond)
- N. Par Test/ Wilcoxon
- N. Par Test/Mann-Whitney

Després d'aquest procés, els resultats obtinguts són:

DIMENSIONS	GRUP CONTROL	GRUP EXPERIMENTAL					
		PRE	POST	ALT RISC		BAIX RISC	
				PRE	POST	PRE	POST
Energia	31,25	35,03	29,25	55,13	34,62	27,78	27,31
Dolor	25,78	36,86	26,15	49,52	33,65	32,29	23,44
Reaccions emocionals	33,33	29,59	20,86	34,19	21,79	27,93	20,82
Son	30,63	41,43	28,78	53,08	33,85	37,22	26,49
Aïllament social	15,00	12,04	9,80	11,84	10,77	12,22	9,44
Mobilitat física	26,95	28,06	26,53	37,50	39,42	24,65	21,87
Valor total NHP	27,16	30,50	23,56	40,16	29,02	27,02	21,59

Taula 1: Valor mitjà de les dimensions i de l'NHP

GRUP CONTROL

Hem observat que es produeixen unes diferències en les dimensions entre el grup control i el grup experimental pre-intervenció.

Una de les dimensions amb més diferència és la relativa al SON (grup control 30,63 i el grup experimental pre-intervenció 41,43), creiem que això pot ser degut a la situació d'angoixa que produeix el fet d'estar pendent d'una intervenció quirúrgica.

L'altra és el DOLOR (grup control 25,78 i grup experimental pre-intervenció 36,86), ja que és un dels símptomes que quasi sempre va acompanyant a patologies de resolució quirúrgica.

L'ENERGIA en el grup control és de 31,25 i en l'experimental pre-intervenció de 35,03.

Les REACCIONS EMOCIONALS en el grup control és de 33,33 i en l'experimental pre-intervenció de 29,59.

L'AILLAMENT SOCIAL en el grup control és de 15,00 i en l'experimental pre-intervenció de 12,04.

La MOBILITAT FISICA en el grup control és de 26,95 i en l'experimental pre-intervenció de 28,06.

Tot i aquestes diferències, el valor total de l'NHP no varia de manera notable, si comparem el grup control (valor total de l'NHP 27,16) amb el grup experimental pre-intervenció (valor total de l'NHP 30,50).

Tot això queda reflectit a la taula número 1.



GRUP EXPERIMENTAL

Dintre del grup experimental, en comparar el pre i post-intervenció, cal remarcar una millora notable en les següents dimensions:

El SON, en el pre-intervenció el seu valor és de 41,43 i en el post-intervenció de 28,78. Cal destacar que és la més rellevant degut a que l'angoixa provocada per l'espera de la intervenció quirúrgica desapareix un cop ha estat feta.

La millora en la patologia afavoreix un bon descans i, per tant, fa que variï d'una manera positiva la dimensió del DOLOR, el valor del qual en la pre-intervenció és de 35,86 i en la post-intervenció de 26,15.

Les REACCIONS EMOCIONALS milloren també en el post-intervenció, ja que d'un valor en la pre-intervenció de 29,59, passa a 20,86, fet lligat a la millora dels anteriors i a l'estat d'ànim en què es troba el malalt.

Creim que la millora de la dimensió ENERGIA (que en el grup pre-intervenció és de 35,03 i en el post-intervenció és de 29,25) és com a conseqüència que la mostra estudiada englobava majoritàriament patologies cardíaques i traumatològiques.

El valor total de l'NHP en el grup pre-intervenció és de 30,50 i en el de post-intervenció de 23,56. Cal remarcar aquesta millora degut a l'èxit de la intervenció quirúrgica.

GRUP EXPERIMENTAL: ALT I BAIX RISC

Degut a la gran varietat de serveis inclosos a l'estudi com per exemple: Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Ortopèdica Traumatologia, Urologia, Cirurgia Cardíaca, Cirurgia General Digestiva, Ginecologia i Hemodinàmica Cardíaca.

Hi ha patologies tan diverses com: cataractes, enucleació del globus ocular, artropaties, neoplasia maligna d'òrgans urinaris, de mama, complicacions de pròtesi cardíaca, etc. Com a conseqüència de totes aquestes variables, vam valorar que l'evolució del període post-intervenció no seria similar (de la mateixa manera que l'estat general dels malalts a l'hora d'anar al quiròfan) i, per tant, vam decidir dividir el grup experimental en dos subgrups: Un subgrup de baix risc i un altre d'alt risc, considerant en aquest últim aquelles intervencions on la vida del malalt està en perill.

Dintre de les patologies anomenades d'alt risc, les dimensions que varien i que a la vegada produeixen una millora són:

L'ENERGIA, que en el grup pre-intervenció és de 55,13 i en el post-intervenció de 34,62.

El SON, que en el grup pre-intervenció és de 53,08 i en el post-intervenció de 33,85.

El DOLOR, que en el grup pre-intervenció és de 49,52 i en el post-intervenció de 33,65.

Les REACCIONS EMOCIONALS, que en el grup pre-intervenció és de 34,19 i en el grup post-intervenció de 21,79.

L'AILLAMENT SOCIAL es manté estable, amb uns valors en el grup pre-intervenció d'11,54 i en el grup post-intervenció de 10,77.

La MOBILITAT FISICA empitjora lleugerament, d'un valor de 37,50 en el pre-intervenció passa a 39,42 en el post-intervenció. Creiem que pot ser conseqüència de les patologies incloses en aquest grup; és a dir, totes les relacionades amb les artropaties.

La millora del valor total de l'NHP, a la qual ja hem fet referència quan hem tractat del grup general pre-intervenció i post-intervenció, queda palesa i s'accentua de manera notable en aquest subgrup; el valor total de l'NHP en el grup pre-intervenció és de 40,16 i en el grup post-intervenció de 29,02, cosa que no passa en el de baix risc.

Dintre de les patologies classificades de baix risc coincideixen les millores en les mateixes dimensions que el subbgrup anterior, però d'una manera menys notable; és a dir:

El DOLOR, que en el grup pre-intervenció és de 32,29 i en el de post-intervenció de 23,44

Les REACCIONS EMOCIONALS, que en el grup pre-intervenció és de 27,93 i en el de post-intervenció de 20,52.

El SON, que en el grup pre-intervenció és de 37,22 i en el de post-intervenció de 26,49.

L'AILLAMENT SOCIAL, que en el grup pre-intervenció és de 12,22 i en el de post-intervenció de 9,44.

La MOBILITAT FISICA, que en el grup pre-intervenció és de 24,65 i en el de post-intervenció de 21,87.

L'ENERGIA es manté amb unes xifres de 27,78 per a la pre-intervenció i 27,31 per a la post-intervenció.

De la mateixa manera que en els grups anteriors, queda corroborada la millora del valor total de l'NHP. En aquest subgrup passa de 27,02 en el pre-intervenció a 21,59 en el post-intervenció.

D'altra banda, hem de ressaltar la millora de l'estat de salut dels malalts que han estat intervinguts de patologies de baix risc. Inesperadament, aquesta millora supera el valor del grup control. Creiem que pot ser conseqüència que les persones incloses en aquest grup tenen patologies cròniques, en part degut a l'interval d'edat escollit.

Com ja es preveia, l'estat de salut més deficient correspon als malalts que estan pendants d'una intervenció d'alt risc. Tot això queda corroborat en els resultats dels valors totals de l'NHP.

DIMENSIONS	PRE/CON	GRUP EXPERIMENTAL				
		PRE/POST	PREA/POSTA	PREB/POSTB	PREA/PREB	POSTA/POSTB
Energia	-	-	H ₁	-	H ₁	-
Dolor	-	H ₁	H ₁	H ₁	H ₁	-
Reaccions emocionals	-	H ₁	H ₁	H ₁	-	-
Son	-	H ₁	H ₁	H ₁	H ₁	-
Aïllament social	-	-	-	-	-	-
Mobilitat física	-	-	-	-	H ₁	H ₁
Valor total NHP	-	H ₁	H ₁	H ₁	H ₁	-

Taula 2: Taula de variables de l'NHP

PUNTUACIO MITJANA VALOR DEL TOTAL DE L'NHP

- * En l'anàlisi de dades que s'ha fet, comparant el grup pre-intervenció experimental (PRE) amb el grup control (CON), no hi ha diferències significatives, degut a la homogeneïtat del grup control i experimental pel que fa a l'edat.
- * En la comparació feta entre el grup experimental pre-intervenció (PRE) i post-intervenció (POST) hi ha diferències significatives en les dimensions del dolor, de les reaccions emocionals i del son; així com el valor total de l'NHP; fet esperat després d'una intervenció quirúrgica.

- * Entre els grups experimentals pre-intervenció d'alt risc (PREA) i post-intervenció d'alt risc (POSTA), s'han trobat diferències significatives en totes les dimensions, llevat de l'aïllament social i la mobilitat física.

- * Pel que fa als grups pre-intervenció de baix risc (PREB) i post-intervenció de baix risc (POSTB), cal esmentar que s'han trobat les mateixes diferències significatives en les dimensions del grup anterior, excepte l'energia; creiem que això és degut al baix risc de la intervenció.

CORRELACIO DE LES VARIABLES

Correlació de les variables en el

grup experimental pre-intervenció

TEN							
TP	.623						
TEM	.662	.506					
TSL	.547	.590	.571				
TSO	.414	.278	.518	.291			
TPM	.746	.728	.558	.490	.360		
TOTAL	.872	.820	.801	.766	.552	.836	
	TEN	TP	TEM	TSL	TSO	TPM	TOT

Figura 3: Gràfic pre-intervenció

Correlació de les variables en el

grup experimental post-intervenció

PTEN							
PTP	.599						
PTM	.610	.588					
PTSL	.535	.486	.707				
PTSO	.482	.368	.697	.516			
PTPM	.645	.695	.535	.431	.346		
PTOTAL	.830	.795	.861	.791	.682	.768	
	PTEN	PTP	PTM	PTSL	PTSO	PTPM	PTOT

Figura 4: Gràfic post-intervenció

CORRELACIO DE LES VARIABLES

Per saber si hi ha problemes entre la relació entre dues variables aleatòries s'ha calculat l'índex "r", que és una estimació de l'anomenat coeficient de correlació entre les dues variables.

Aquest coeficient mesura la independència entre les variables i la intensitat de l'esmentada relació.

La intensitat del coeficient de relació (r^2) indica la proporció de variació total d'una variable que és explicada per l'altra variable, mitjançant la recta de regressió.

Així, doncs, una correlació de 0,3 entre dues variables és debil perquè només té en comú un 9 % ($0,03^2 = 0,09$) de la variabilitat total. En canvi, una correlació de 0,7 entre dues variables és més intensa, ja que tenen en comú pràcticament el 50 % de la variabilitat total.

Per tot això, podem dir que en les variables estudiades en ambdós grups experimentals pre i postintervenció hi ha una bona correlació (.278 a . 872).

CONCLUSIONS

En el transcurs de l'estudi, hem observat que els malalts han tingut una reacció positiva davant de l'interès del personal d'infermeria; no només per la seva malaltia, sinó també pels efectes que se'n puguin derivar.

L'afectació en les seves activitats i relacions socials és percebuda pels malalts com una pèrdua important de la seva configuració com ésser humà.

La infermeria al plantejar la qualitat de vida del malalt, cal que el valori com un ésser humà en totes les seves dimensions bio-psico-socio-cultural.

En l'actualitat, la preocupació de les autoritats sembla ser que va encaminada cap a la millora de les infraestructures i la resolució dels problemes de salut greus; en detriment de la qualitat de vida dels ciutadans.

Dia a dia, les persones es preocupen més de la qualitat de vida que dels anys que els hi quedin; malgrat això, ens ha sorprès que l'estat de salut de les persones a partir de 50 anys s'equipara al de les que per qualsevol patologia s'han de sotmetre a una intervenció quirúrgica.

Creiem que això és degut a les característiques de la mostra i, d'una manera especial, al paràmetre edat (51-80 anys); ja que és aquí quan apareixen la majoria de malalties, entre elles les cròniques. Aquestes influeixen de manera negativa

en l'estat de salut, ja que és en aquesta edat quan l'ésser humà valora més les pèrdues que es puguin produir en les seves activitats i relacions socials.

En realitzar l'estudi, hem comparat el grau de qualitat de vida percebuda pels malalts abans i després de la intervenció quirúrgica, i també l'hem comparat segons les diferents patologies, constrastant els resultats obtinguts amb un grup control.

Donat que no totes les intervencions tenen el mateix grau de severitat, hem desglossat el grup experimental pre-intervenció en alt i baix risc. Hem observant diferències significatives i s'ha demostrat que els malalts sotmesos a una intervenció quirúrgica d'alt risc tenien un nivell de salut més baix que la resta.

Pel que fa al grup experimental post-intervenció, remarcuem que no hi va haver diferències significatives entre els malalts sotmesos a intervencions d'alt i baix risc.

En relació a la hipòtesi plantejada, afirmem que:

- la qualitat de vida percebuda segons l'escala del PSN, després d'una intervenció quirúrgica, és superior a la percebuda amb anterioritat; degut a que les intervencions quirúrgiques realitzades han fet millorar la percepció de qualitat de vida dels malalts,
- els malalts sotmesos a intervencions quirúrgiques d'alt risc tenen una major percepció de qualitat de vida que els de baix risc.

LINIES D'INVESTIGACIO

A l'hora de fer el nostre estudi, i donada la poca bibliografia que sobre el tema havíem trobat, ha estat de molta ajuda el treball d'investigació La llarga espera de la llista d'espera (veure bibliografia) i també la tesi doctoral que, sobre l'NHP, feta per J. Alonso.

La nostra primera línia d'investigació seria seleccionar un altre grup control amb les mateixes característiques socio-demogràfiques a l'estudi fet, però amb un interval d'edat més ampli; ja que creiem que el resultat de l'NHP podria variar d'una manera notable.

La segona línia, podria ser fer el qüestionari de l'NHP post-intervenció, un cop hagin passat sis mesos; ja que considerem que el temps establert (de tres mesos), és poc després de la intervenció quirúrgica. Probablement, tot això dongui uns resultats diferents.

Augmentar la informació i el recolzament que rep el malalt abans de qualsevol intervenció quirúrgica, seria la tercera línia d'investigació.

BIBLIOGRAFIA

ALMA-ATA, "Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud" a Salud para todos, Ginebra, 1978, OMS, nº 1.

ALONSO, J. - ANTO, J.M., "A health profile for use in Spain" a Am I Public Health, 1986, nº 6, p. 711.

ALONSO CABALLERO, J., Adaptació de una mesura de la salut percebuda: la versió espanyola del perfil de salut de Nottingham, Universitat de Barcelona, 1990. Tesi doctoral.

ALONSO, J. - ANTO, J.M., "La versió espanyola del perfil de salut de Nottingham: una escala de mesura de la salut percebuda", a Salut Catalunya, 1990, Vol. 4, nº 3, p. 105-110.

ALONSO, J. - ANTO, J.M., "Spanish version of the Nottingham Health Profile: Translation and preliminary validity" a Am I Public Health, 1990, nº 80, p. 704-708.

ALONSO, J., "Desarrollo y aplicación de instrumentos de medida de la salud y la calidad de vida" a Quadern Caps, 1991, nº 16, p. 61-68.

ALONSO, J. - ANTO, J.M., "Instrumentos de medida de la calidad de vida relacionada con la salud: características generales y proceso de adaptación transcultural". Monográfico 91. Barcelona Biseden, 1991, p. 5-14.

ARISA, J.R - LAFARGA, J.L. - POCH, M., "Valors, instruments i tècniques organitzatives en la gestió de la qualitat a les organitzacions que presten serveis públics. Elements per al disseny dels plans de formació" a Salut Catalunya, Volum 9, nº 3, juliol-setembre 1995.

BADIA, LLACH, Xavier, "La mesura de la qualitat de vida en la recerca clínica" a Salut Catalunya, 1990. Vol. 4, nº 3, p. 92-96.

BADIA LLACH, XAVIER, "La medida de la calidad de vida relacionada con la salud y su potencial utilización en la evaluación de fármacos en España" a XI Reunión de la Sociedad Española de Farmacia, Soikos, SL

BERGNER, M. - BOBBIT, R.A. - CARTER, W.B. - GILSON, B.S., The sickness Impact Profile: Development and final version of a health status measure, Med Care, 1987, nº 19, p. 787-805.

BERGNER, M., Quality of life, health status and clinical research, Med Care, 1987, nº 27, p. 148-156.

BLANCO, Amalio - CHACON, Fernando, La evaluación de la calidad de vida, 1985.

BLANEY, C.L., "Pasos para mejorar la calidad, medirla, vigilarla" a Network en español, octubre 1993, nº 8, p. 10-13.

BOHIGAS, L., "Acreditación hospitalaria" a Salut Catalunya, 1991, nº 5, p. 138-141.

BOHIGAS, L., "Les estratègies de l'hospital públic" a Salut Catalunya, 1993, Vol. 7, nº 4.

BOWLING, Ann, La medida de la salud. Revisión de la escalas de medidas de la calidad de vida. Ed. Masson, 1994.

CASTELLSAGUE, R. - PEREZ, P., "Política de calidad. Una estrategia de enfermería". Comunicación en las II Jornadas de Control de Calidad en Enfermería, Salamanca, 1988.

CASTELLSAGUE, R. - ELORZA, C. - PEREZ, P. - ABELLO, C., "Calidad de la atención de enfermería: experiencias en dos hospitales catalanes" a Control de calidad asistencial, Vol. 1, 1989.

CLARAMUNT, C. - GIL, R.M. - AGUIRRE, G., La llarga espera de la llista d'espera. Màster d'Administració i Gestió, 1992-1994. EUSM.

COTTLE, D., El servicio centrado en el cliente, Ed. Diaz de Santos, 1991.

DELGADO, R., "El control de calidad de la asistencia: un reto de los profesionales sanitarios", Congreso Nacional de Salud Pública y Administración Sanitaria, a CIDS. Informativo de control de calidad, Madrid, nº 2, abril 1988.

DONABEDIAN, A., La calidad de atención médica, México: La prensa médica mexicana, 1984.

ELIAS, A. - CASTILLEJO, J., "Evaluación cualitativa de los servicios de atención primaria" a ROL. Revista de Enfermería, nº 205, septiembre 95, p. 15-17.

Pla de salut de Catalunya. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Sanitat i Seguretat Social, 1993-1995. 365 p.

Gran Enciclopèdia Catalana

JURAN, J.M., Juran y la planificación para la calidad, Madrid: Ed. Diaz de Santos, 1990.

LARREA IZNEA, A., "Promoció de la salut i la qualitat de vida: Aportació de la infermeria". Ponència exposada al 3r Congrés d'Infermeria Catalana, novembre 89, Tarragona.

LOCK, P. - CLERIES, M., "La calidad de vida" a Butlletí de l'associació d'ex-alumnes de l'Escola d'Infermeria de Santa Madrona, 1989, nº 63, p. 42-46.

LOHR, K.N. - HARRIS-WELLING, J., "Progressos en qualitat de vida i avaluació de l'estat de salut" a Salut Catalunya. Volum 4, nº 3, p. 83-88.

MARAÑON, E. - ELEXPE, X., "Análisis de la calidad percibida por los usuarios del centro de salud de Arrasate acerca de los servicios médicos y de enfermería" a Osasuncaria, septiembre-diciembre 1993, nº 6, p- 11-18.

MARIN, J. - ADSUARA, M.J. - BERNAT, A., "Pacientes y calidad de vida" a ROL. Revista de enfermería, junio 95, nº 202, p. 23-26.

MC EWEN, J., "Nottingham Health Profile. A mesure of perceived health" a Measuring. The social benefits of medicine. Teeling Smith G. Londres Office of Health. Economics, 1983.

MC EWEN, J., "El perfil de salut de Nottingham: una medida de salud válida" a Jano, 1986, nº 712, p. 43.52.

Memòria 1992.1993 de la Ciutat Sanitària i Universitària de Bellvitge, p. 198-208.

MESTRE, A., "Indicadores de calidad de vida" a Puntex sanidad, 1991, nº 3, p. 3.

MOREU, F., "Principis bàsics per a una política de qualitat" a Documents de l'Hospital de Bellvitge, 1987.

PELAEZ, F. - RIERA, J., Calidad de vida en la tercera edad. Màster d'Administració i Gestió, 1991-1993. EUSM.

PEREZ, P. - DELGADO, R. - MOREU, F. - AGUADO, H. - PORTA, M., "La política de qualitat de la ciutat sanitària de Bellvitge" a Salut Catalunya, 1991, Vol. 5, nº 3, p. 129-134.

PEYA, M., "Investigación clínica e investigación de evaluación de la calidad" a Enfermería Clínica, 1994, Vol. 2, nº 2, p. 41-42.

PONT, A. - GRANOLLERS, S., "Calidad de vida en los ancianos" a ROL. Revista de Enfermería, nº 165.

SONJA, M.H., "Objectiu de la medició de la qualitat de vida". Ponència exposada al 3r Congrés d'Infermeria Catalana, novembre 89, Tarragona.

SUÑOL, R. - PACHECO, M.V. - DELGADO, R. - CORBELLÀ, A. - BARNES, M., "El estudio de la opinión del usuario y su aplicación en los programas de control de calidad" a Control de calidad asistencial, 1987, nº 2, p. 15-22.

SUÑOL, R. - DELGADO, R., "El control de qualitat a Europa" a Salut Catalunya, 1991, Vol. 5, nº 3.

VARO, Jaime, Gestión estratégica de la calidad en los servicios sanitarios: un modelo de gestión hospitalaria

VICENS, Jesús, El valor de la salud. Ed. Siglo XXI

VISAUTA VINACUA, Bienvenido, "Modelos relativos a la calidad de vida" a Actas del 1er congreso Nacional de Psicología social. Universitat de Granada. Granada: 1988.

VUORI, H.V., "Introducción al control de calidad. Un ejercicio de audacia" a Control de calidad asistencial, Vol. 2, nº 1, marzo 1987, p. 1-4.

ANNEXOS

--	--	--

DADES DEMOGRÀFIQUES

SEXE

HOME

DONA

1 EDAT

--

2 ON VA NÉIXER?

CATALUNYA

ALTRES

3 QUIN ÉS EL SEU ESTAT CIVIL?

SOLTER/A

CASAT/DA

VIDU/A

SEPARAT/DA

DIVORCIAT/DA

N.C.

4 AMB QUI VIU ACTUALMENT?

SOL/A

SOL AMB LA SEVA PARELLA

AMB LA PARELLA I FILLS

AMB ELS FILLS

SOL AMB ELS SEUS PARES

AMB UN SOL DELS SEUS PARES

AMB ELS PARES I GERMANS

ALTRES

(ESPECIFICAR)

--

5 QUANTES PERSONES CONVIUEN AMB VOSTÈ A LA LLAR?

--

6 QUIN ÉS EL NIVELL MÀXIM D'ESTUDIS QUE HA ASSOLIT?

NO SAP LLEGIR NI ESCRIURE

SENSE ESTUDIS, PERO SAP LLEGIR I ESCRIURE

PRIMARIA INCOMPLETA

EGB O SIMILAR

FORMACIÓ PROFESSIONAL O SIMILAR

BATXILLERAT/BUP O SIMILAR

COU O SIMILAR

ESTUDIS UNIVERSITARTIS DE GRAU MIG

ESTUDIS UNIVERSITARIS SUPERIORS

EDUCACIÓ ESPECIAL

DADES SOCIO-PROFESSIONALS

7 PROFESSION _____ ☐

8 QUINA ÉS LA SEVA SITUACIÓ LABORAL?

TREBALL ACTIU _____ ☐
ATURAT _____ ☐
ESTUDIANT _____ ☐
MESTRESSA DE CASA _____ ☐
JUBILAT _____ ☐
INCAPACITAT _____ ☐
SERVEI MILITAR _____ ☐
N.C. _____ ☐

9 QUINA MENA DE CONTRACTE TÉ?

FIX / INDEFINIT A TEMPS COMPLET _____ ☐
FIX / INDEFINIT A TEMPS PARCIAL _____ ☐
CONTRACTE TEMPORAL _____ ☐
CONTRACTE EN PRÀCTIQUES _____ ☐
CONTRACTE PER OBRA O SERVEI _____ ☐
SENSE CONTRACTE _____ ☐
UN ALTRE TIPUS DE CONTRACTE _____ ☐

(ESPECIFICAR) _____

10 INGRESSOS MENSUALS PROCEDENTS DE?

NÒMINA _____ ☐
PENSIÓ JUBILACIÓ _____ ☐
AUTÒNOM _____ ☐
VIUDETAT _____ ☐
INVALIDESA _____ ☐
ALTRES _____ ☐

(ESPECIFICAR) _____

11 TÉ ALGUN ALTRE TIPUS D'INGRÉS MENSUAL?

NÒMINA _____ ☐
PENSIÓ JUBILACIÓ _____ ☐
AUTÒNOM _____ ☐
VIUDETAT _____ ☐
INVALIDESA _____ ☐
ALTRES _____ ☐

(ESPECIFICAR) _____

--	--	--

CARACTERÍSTIQUES DE L'HABITATGE DE L'ENTREVISTAT

12 HABITATGE

UN PIS ☐
ALTRE TIPUS D'EDIFICACIÓ ☐
RESIDÈNCIA ASSISTIDA ☐

13 PIS DE L'HABITATGE

1er ☐
2n ☐
3er ☐
4rt ☐
5è ☐
6è O MÉS ☐

14 ASCENSOR?

NO N'HI HA ☐
N'HI HA ☐



-CONFIDENCIAL-

Nº Identificació

--	--	--	--	--

Persona

--	--

Administració

--

- A CONTINUACIÓ VEURÀ ALGUNS DELS PROBLEMES QUE LA GENT POT TENIR A LA SEVA VIDA DIÀRIA.
- LLEGEIXI ATENTAMENT LA LLISTA DE PROBLEMES.
- A CADA PROBLEMA, SI VOSTÉ EL TÉ, MARQUI UNA CREU A LA CASELLA DEL "SÍ".
- SI VOSTÉ NO TE AQUEST PROBLEMA, MARQUI UNA CREU A LA CASELLA DEL "NO".
- SI US PLAU, CONTESTI TOTES LES PREGUNTES. SI NO ESTÀ MOLT SEGUR/A DE CONTESTAR "SÍ" o "NO", ASSENYALI LA RESPOSTA QUE VOSTE CREGUI QUE ÉS "LA MÉS CERTA" ACTUALMENT.

Nº Identificació

--	--	--	--	--

Persones

--	--

Administració

--

SI US PLAU
NO ESCRIGUI EN
AQUEST MARGE

	SÍ	NO	
Sempre estic cansat/da	☐	☐	☐ 1
Tinc dolor a les nits	☐	☐	☐ 2
Les coses em deprimeixen	☐	☐	☐ 3
	SÍ	NO	
Tinc un dolor insuportable	☐	☐	☐ 4
Prenc pastilles per dormir	☐	☐	☐ 5
He oblidat què és passar-ho bé	☐	☐	☐ 6
	SÍ	NO	
Tinc els nervis de punta	☐	☐	☐ 7
Tinc dolor al canviar de posició	☐	☐	☐ 8
Em trobo sol/a	☐	☐	☐ 9
	SÍ	NO	
Només puc caminar a dins de casa	☐	☐	☐ 10
Em costa ajupir-me	☐	☐	☐ 11
Tot em costa un esforç	☐	☐	☐ 12

SI US PLAU
NO ESCRIGUI EN
AQUEST MARGE

	SÍ	NO	
Em desperto abans d'hora	☐	☐	☐ 13
Sóc totalment incapaç de caminar	☐	☐	☐ 14
Ultimament em resulta difícil relacionar-me amb la gent	☐	☐	☐ 15

	SÍ	NO	
Els dies s'em fan inacabables	☐	☐	☐ 16
Em costa pujar i baixar escales	☐	☐	☐ 17
Em costa agafar les coses	☐	☐	☐ 18

RECORDI QUE SI VOSTÉ NO ESTÀ SEGUR/A DE CONTESTAR "SÍ" o "NO" A UN PROBLEMA ASSENYALI LA RESPOSTA QUE VOSTÉ CREGUI QUE ÉS "LA MÉS CERTA" ACTUALMENT.

	SÍ	NO	
Tinc dolor al caminar	☐	☐	☐ 19
Ultimament m'enfado amb facilitat	☐	☐	☐ 20
Crec que sóc una càrrega per als demés	☐	☐	☐ 21

	SÍ	NO	
Em passo la major part de la nit despert/a	☐	☐	☐ 22
Sento que estic perdent el control de mí mateix/a	☐	☐	☐ 23
Tinc dolor quan estic dret/a	☐	☐	☐ 24

SI US PLAU
NO ESCRIGUI EN
AQUEST MARGE

SÍ

NO

Em costa vestir-me

☐
☐
☐ 25

De seguida em quedo sense forces

☐
☐
☐ 26

Em costa estar dret/a molta estona
(per exemple, fent cúa)

☐
☐
☐ 27

SÍ

NO

Tinc dolor constantment

☐
☐
☐ 28

Em costa molt adormir-me

☐
☐
☐ 29

Crec que no tinc ningú en quí confiar

☐
☐
☐ 30

SÍ

NO

Les preocupacions em desvetllen a la nit

☐
☐
☐ 31

Crec que no val la pena viure

☐
☐
☐ 32

Dormo malament a les nits

☐
☐
☐ 33

SÍ

NO

Em costa molt entendre'm amb la gent

☐
☐
☐ 34

Necessito ajuda per caminar fóra de casa
(per exemple, bastó, crosses, o algú que m'ajudi).

☐
☐
☐ 35

Tinc dolor al pujar i baixar escales

☐
☐
☐ 36

SÍ

NO

Em desperto desanimat/da

☐
☐
☐ 37

Tinc dolor quan estic assentat/da

☐
☐
☐ 38

SÍUS PLAU
NO ESCRIGUI EN
AQUEST MARGE

A LA LLISTA SEGUENT ASSENYALI "SÍ" A CADA UN DELS ASPECTES
DE LA SEVA VIDA QUE S'HAGI VIST AFECTAT PER LA SEVA SALUT.
CONTESTI "NO" A AQUELLS ASPECTES QUE NO ESTIGUIN AFECTATS.

ACTUALMENT, EL SEU ESTAT DE SALUT,
LI CAUSA PROBLEMES AMB ...

	SÍ	NO	
... EL SEU LLOC DE TREBALL ?	☐	☐	☐ 39
... ELS TREBALLS DOMÈSTICS ?	☐	☐	☐ 40
<i>(com per exemple, netejar, cuinar, pintar, fer reparacions)</i>			
... LA SEVA VIDA SOCIAL ?	☐	☐	☐ 41
<i>(com per exemple, sortir, veure els amics, anar al bar)</i>			
	SÍ	NO	
... LA SEVA VIDA FAMILIAR ?	☐	☐	☐ 42
<i>(es a dir, les relacions amb els de casa)</i>			
... LA SEVA VIDA SEXUAL ?	☐	☐	☐ 43
... ELS SEUS ENTRETENIMENTS I AFICIONS ?	☐	☐	☐ 44
<i>(com per exemple, fer esport, veure la TV, fer mitja, etc...)</i>			
... ELS DIES DE FESTA ?	☐	☐	☐ 45
<i>(vacances, nadal, caps de setmana)</i>			

MOLTES GRÀCIES PER LA SEVA COL·LABORACIÓ

