

UVIC
UNIVERSITAT
DE VIC

FACULTAT DE CIÈNCIES DE LA SALUT I EL BENESTAR

MÀSTER UNIVERSITARI

ENVELLIMENT ACTIU. Prevenció i bases per una atenció integrada

TREBALL FINAL DE MÀSTER

Grau de satisfacció d'un col·lectiu de persones grans en relació a l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria durant la seva hospitalització.

Autora: Elisenda Jaumira i Areñas

Diplomada en infermeria

Tutora: Dra. María Esperanza Dudet Calvo

Universitat de Vic, setembre 2013

ÍNDIX

	Pàgina
1. Resum	4
2. Introducció	6
3. Marc teòric	9
3.1. Envel·liment demogràfic i morbiditat	9
3.2. Els professionals d'infermeria i l'atenció als usuaris	12
3.3. Qualitat de les cures	17
3.3.1. Concepte de qualitat	17
3.3.2. Determinants de la qualitat de les cures	19
3.3.3. L'usuari, eix de la qualitat de les cures	21
3.4. La satisfacció de l'usuari amb la qualitat de les cures	23
3.4.1. Concepte de satisfacció	23
3.4.2. La satisfacció de l'usuari, un indicador de qualitat assistencial	24
3.4.3. Avaluació de la satisfacció	27
4. Objectius	36
4.1. General	36
4.2. Específics	36
5. Metodologia	37
5.1. Disseny de l'estudi	37
5.2. Població i mostra d'estudi	37
5.3. Criteris d'inclusió	38
5.4. Criteris d'exclusió	38
5.5. Variables d'estudi	38
5.5.1. Dades sociosanitàries	39
5.5.2. Dades de satisfacció	41
5.5.2.1. Grau de satisfacció amb les cures d'infermeria	41
5.5.2.2. Personalització de les cures	42
5.5.2.3. Grau de satisfacció global	42
5.5.2.4. Reclamacions	42
5.6. Anàlisi de dades	42
5.7. Aspectes ètics	43

6. Resultats	44
6.1. Perfil sociodemogràfic i sanitari	44
6.2. Dades de satisfacció	46
7. Discussió	53
7.1. Perfil sociodemogràfic i sanitari	53
7.2. Satisfacció dels usuaris amb l'atenció d'infermeria	54
7.3. Fortaleses de l'estudi	59
7.4. Limitacions de l'estudi	60
8. Conclusions	61
9. Agraïments	63
10. Bibliografia	64
11. Annexes	73
Annex 1: Qüestionari	73
Annex 2: Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer (versió espanyola)	75
Annex 3: Full d'informació per a l'usuari	76
Annex 4: Sol·licitud de consentiment informat	77

1. RESUM

Introducció: La preocupació per la qualitat assistencial, i concretament per la qualitat de les cures infermeres, la satisfacció percebuda pel pacient com element fonamental com a indicador de la qualitat dels serveis sanitaris i clau en la millora de la qualitat assistencial, i el fet que a l'estat espanyol hi ha pocs estudis de satisfacció específics de la població anciana hospitalitzada, ens va portar a plantejar un estudi amb l'objectiu de valorar el grau de satisfacció de les persones grans hospitalitzades en relació a l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria.

Metodologia: S'ha realitzat un estudi descriptiu i transversal en un col·lectiu de 42 persones hospitalitzades d'edat ≥ 60 anys. El grau de satisfacció es va determinar amb "La Monica Oberst Patient Satisfaction Scale 12" (LOPSS 12), versió reduïda en castellà. La personalització de les cures es va valorar amb un qüestionari que valora la relació infermera-usuari extret de l'Índex de Personalització de les Cures. L'anàlisi estadística es va dur a terme amb el programa informàtic SPSS® vs 21.0.

Resultats: Es va evidenciar un elevat grau de satisfacció global amb les cures d'infermeria ($8,8 \pm 1,5 / 10$), però el nivell global de personalització d'aquestes cures no va ser molt satisfactori ($3,4 \pm 2,1 / 7$). Els homes van valorar millor a les infermeres respecte a que consideraven les seves opinions i preferències ($p=0,03$) i contestaven amb rapidesa les seves trucades ($p=0,009$). La personalització de les cures millorava conforme incrementava el grau de satisfacció global ($r = 0,582$; $p = 0,000$) i amb el temps d'hospitalització ($r = 0,344$; $p = 0,026$).

Conclusions: El grau de satisfacció global respecte la satisfacció en l'atenció rebuda per part d'infermeria, va ser elevat però amb baix grau de personalització, mostrant major satisfacció els homes respecte les dones. Conèixer l'opinió dels usuaris representa una oportunitat pels professionals de reflexionar sobre la pràctica clínica i ser crítics per avançar en el desenvolupament de la professió, identificant aspectes susceptibles de millora

amb la finalitat d'augmentar la qualitat de les cures que es presten, així com la qualitat de vida de les persones.

ABSTRACT

Introduction: *Quality of care is becoming an increasingly important topic, specifically the quality of nursing care, patient satisfaction as perceived by fundamental element as an indicator of the quality of health services and key in improving the quality of care, and the fact that in Spain there are few specific studies of satisfaction among the elderly hospitalized, led us to propose a study to assess the degree of satisfaction of the elderly, who have been hospitalized, in relation of the care provided by nursing professionals.*

Methods: *We performed a descriptive and transverse study in a group of 42 hospitalized people aged ≥ 60 years. "La Monica Oberst Patient Satisfaction Scale 12" (LOPSS 12), abridged version in Spanish, allowed to define the level of satisfaction of the nursing care. The personalization of care was assessed with a questionnaire that assesses the relationship between nurse-user, which was found in the index of customization of nursing care. Statistical analysis were conducted with the computer program SPSS® v. 21.0.*

Results: *We demonstrate a high degree of overall satisfaction with nursing care ($8,8 \pm 1,5 / 10$), but the overall level of customization of these treatments was not very satisfying ($3,4 \pm 2,1 / 7$). Men were better assess the nurses about who considered their opinions and preferences ($p = 0,03$) and answering their calls quickly ($p = 0,009$). The personalization of care improved under the increased overall satisfaction ($r = 0,582$; $p = 0,000$) and with time of hospitalization ($r = 0,344$; $p = 0,026$).*

Conclusions: *The degree of satisfaction on overall satisfaction regarding the care provided by nurses was high but low degree of customization, men show greater satisfaction than women. Getting feedback from users is an opportunity for professionals to reflect on clinical practice and be critical to advance the development of the profession, identifying areas for improvement in order to increase the quality of care that provide, and the quality of life of people.*

2. INTRODUCCIÓ

En la nostra societat ha anat augmentant la proporció de persones grans i es preveu que el pes d'aquest col·lectiu, respecte el conjunt de la població, superarà el 20% en els propers anys. Estem davant d'un procés d'envelliment demogràfic el qual s'ha accelerat a finals del segle XX. Aquesta situació comporta un augment dels problemes de salut, ja que aquests tenen una estreta relació amb l'edat, el que fa que es requereixi una atenció per part d'altres. Els professionals de la salut són responsables de les tasques d'atenció i cura a les persones en col·laboració amb els familiars, i els professionals d'infermeria tenen un paper cabdal (*Pérez, 2010*).

La preocupació per la qualitat del serveis ha estat un aspecte important en el món empresarial, i n'és també una preocupació a nivell hospitalari. La qualitat d'un servei no és tan sols definida per qui l'oferta sinó també pel consumidor, en el cas de la salut anomenat client, usuari, pacient. El procés d'avaluació de la qualitat dels serveis sanitaris s'aborda des de múltiples perspectives. A la clàssica visió clínica d'eficàcia i seguretat s'han afegit altres punts de vista, com l'efectivitat, la qualitat de vida i la satisfacció dels pacients (*Duarte i Aguirre, 2003*). La satisfacció percebuda pel pacient és un dels resultats que se'n deriven de l'atenció sanitària; és un element fonamental com a indicador de la qualitat dels serveis sanitaris (*González, Padín i de Ramón, 2005; Hanzeliková, 2011*), i és clau en la millora de la qualitat assistencial (*Duarte i Aguirre, 2003*).

L'opinió de les persones grans, en relació a l'atenció rebuda per part dels professionals d'infermeria, té gran valor per al desenvolupament de la professió infermera, doncs pot ser considerada com una oportunitat important per planificar i posar en pràctica estratègies adequades per millorar la qualitat de les cures (*Abdel, Oweis i Hasna, 2012*).

Encara no fa 20 anys, els estudis de satisfacció dels pacients en l'àmbit internacional eren molt escassos, però ja al 2003 es situava el punt de vista de l'usuari en l'eix central de tots els processos assistencials, i com un dels patrons inexcusables d'avaluació a l'hora d'examinar qualsevol tecnologia, intervenció o actuació mèdica. A l'Estat Espanyol, els estudis de recerca sobre

la satisfacció dels usuaris en relació amb els serveis de salut han augmentat durant les dues últimes dècades (*Barrasa i Aibar, 2003*).

Sovint es valora la satisfacció en general, identificada per diferents aspectes com són el centre, l'organització, l'accessibilitat, els serveis disponibles i els professionals (*Álvarez, Olivares, Cadena i Olvera, 2012; Mira et al., 2002; Pujiula et al., 2006*). Trobem estudis relacionats amb serveis específics com l'atenció primària, medicina interna o urgències hospitalàries entre d'altres (*Ariza, 2004; García et al., 2007; Kuosmanen, Hätönen, Jyrkinen, Katajisto i Välimäki, 2006; Romero et al., 2012*). Al centrar-se amb la satisfacció dels proveïdors es refereixen moltes vegades a l'atenció mèdica. Tanmateix, en els últims anys han augmentat els estudis que consideren de forma específica la satisfacció de l'usuari amb l'atenció rebuda per infermeria (*Barragán i Moreno, 2013; García et al., 2011; Pujiula et al., 2006*), doncs s'ha demostrat que la satisfacció de l'usuari amb l'atenció infermera en particular, és el predictor més important de la satisfacció general dels pacients amb l'atenció hospitalària (*Hanzelíková, 2011*).

Els estudis de satisfacció dels pacients geriàtrics amb l'atenció infermera són escassos en la literatura científica. A l'estat espanyol hi ha pocs estudis de satisfacció sobre la població anciana hospitalitzada (*Andersson i Hansebo, 2009; Fernández, Gandoy, Fernández, M. i Mayán, 2005; Gómez, del Río, Manrique, Rodríguez i Fernández, 2012*). En la cerca bibliogràfica duta a terme per aquest projecte no s'han trobat estudis realitzats a la Comarca d'Osona.

Si ens atenem als resultats dels estudis que valoren el grau de satisfacció dels usuaris respecte l'atenció rebuda per part dels infermers/es dels centres sanitaris, queda palès que l'assistència que es presta és ben valorada (*Gómez et al., 2012; Pujiula et al., 2006*). Però també és cert que, cada vegada més, els usuaris expressen les seves queixes, ja sigui de forma verbal, en converses socials o per escrit, a través de diferents mitjans com poden ser els fulls de reclamacions; tot i que no tots els usuaris que estan insatisfets manifesten queixes per escrit (*Fernández i Granero, 2004*). En aquests fulls de reclamació, s'observen queixes relacionades amb la informació rebuda i també amb el tracte amb el personal d'infermeria (*Cabezalí, 2000; Nebot, 2000*). Per tant, ens

adonem que els usuaris no sempre es mostren tant satisfets com s'observa en els resultats de les enquestes de satisfacció.

En base al que s'ha exposat, es va considerar d'interès realitzar el present estudi per valorar el grau de satisfacció de persones grans, que han estat hospitalitzades, en relació a l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria.

3. MARC TEÒRIC

3.1. ENVELLIMENT DEMOGRÀFIC I MORBIDITAT

Una de les característiques més destacades de l'estructura demogràfica dels països anomenats desenvolupats és el fort envelliment de la població. L'augment de l'esperança de vida, i la disminució de la taxa de fecunditat, comporten un augment de la proporció de persones majors de 60 anys de forma més ràpida que qualsevol altre grup d'edat en gairebé tots els països (*Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013*) (Figura 1).



Figura 1. Població de 65 i més anys en la Unió Europea (%), 2011

Font: Instituto Nacional de Estadística (INE)

A l'Estat espanyol la longevitat s'ha incrementat de forma espectacular durant tot el segle XX, i segueix en augment (*Jiménez, Pulido, Villanueva, Villar i Calero, 2011*), de fet, presenta un dels majors índex d'envelliment (*Domínguez i García, 2011*). A l'any 1900 l'esperança de vida era de 34,8 anys i actualment és de 82,0 anys (Figura 2). Es situa entre les més altes de la Unió Europea Les dones espanyoles, a l'any 2012, tenen una esperança de vida al néixer de 84,9 anys, i els homes de 78,9 anys (*Abellán i Ayala, 2012*).

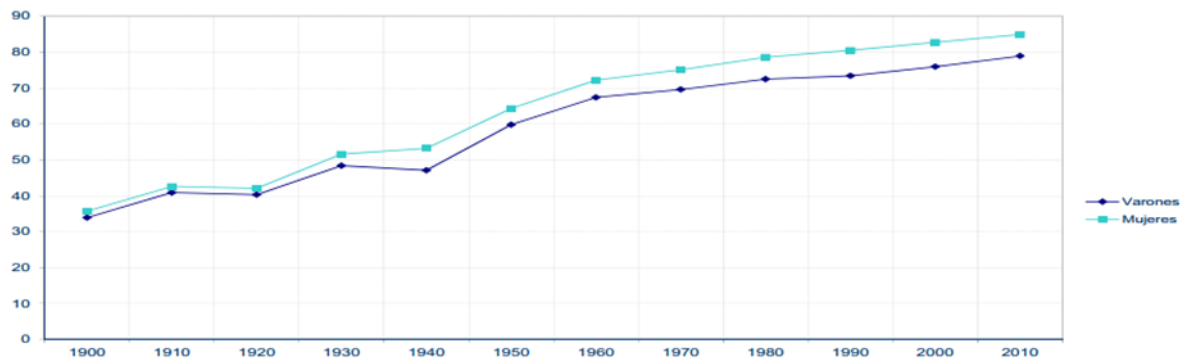


Figura 2. Esperança de vida al néixer per sexe, 1900-2010

Font: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Catalunya, Andalusia i Madrid són les comunitats autònomes que tenen un major nombre de persones grans. Majoritàriament segueix creixent la proporció de persones octogenàries (Abellán i Ayala, 2012). Així doncs, la població major i molt major està guanyat cada vegada més pes específic (Domínguez i García, 2011) (Figura 3).

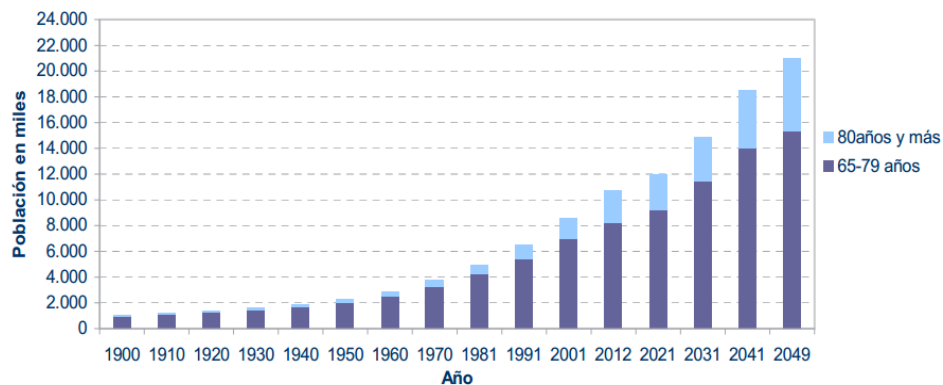


Figura 3. Evolució de la població major, 1900-2049

Font: Instituto Nacional de Estadística (INE)

Aquest envelliment de les persones majors de 80 anys fa augmentar les taxes de dependència. L'edat avançada i la situació de dependència es configuren com a factors de risc en la salut (Domínguez i García, 2011).

L'enquesta de morbiditat hospitalària de l'any 2011, realitzada per l'Instituto Nacional de Estadística, reflecteix que la taxa de morbiditat va disminuir en tots els grups d'edat menys en els menors d'un any i els majors de 84 anys, fet que es relaciona amb una major dependència de les prestacions sanitàries,

augmentant el nombre de les hospitalitzacions (*Domínguez i García 2011; Instituto Nacional de Estadística [INE], 2012*). El 2012 Abellán i Ayala ens informaven que els últims cinc anys la morbiditat entre les persones grans havia augmentat. Segons el seu informe, els majors suposen una elevada taxa de totes les altes hospitalàries i presenten estades més llargues que la resta de la població. Més de la meitat de totes les estades causades en hospitals es deu a la població major.

Les malalties circulatòries amb un 22,6%, les respiratòries amb un 14,6% i les digestives i el càncer amb un 12,5% cadascuna d'elles, seguides pels traumatismes, són les causes més freqüents d'assistència hospitalària entre les persones de 65 o més anys (*Abellán i Ayala, 2012*).

És sabut que les malalties que pateixen les persones majors són una de les raons que condicionen la valoració del propi estat de salut, i les percepcions negatives d'aquest estat de salut augmenten amb l'edat. En el grup de 85 i més anys, tan sols el 32,1% dels homes i el 29,0% de les dones perceben el seu estat de salut com a positiu (*Instituto Nacional de Estadística [INE], 2013*) (Figura 4).

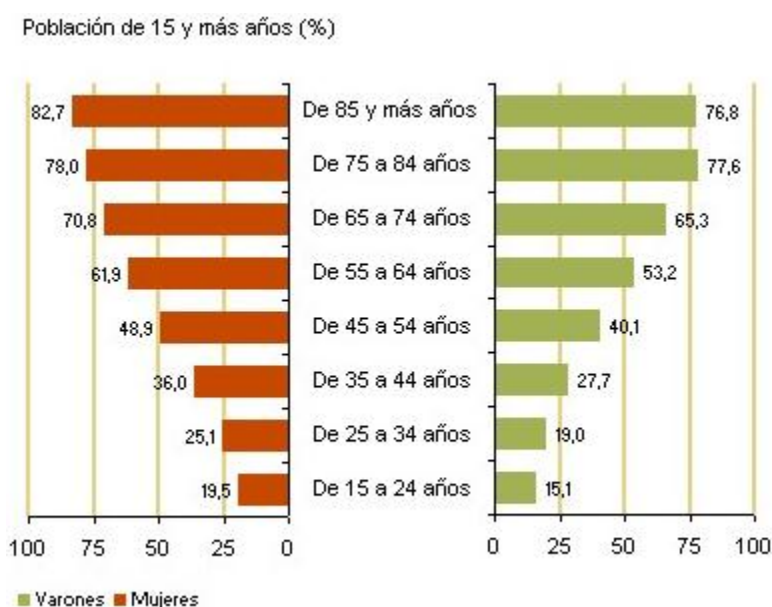


Figura 4. Població amb alguna malaltia o problema de salut crònics percebut segons grups d'edat.

Font: Encuesta Nacional de Salud 2011-2012 (INE)

Així doncs, aquest progressiu increment de la població major, la disminució de la mortalitat i l'augment de la prevalença de malalties cròniques i morbiditat pròpia de les últimes etapes de la vida (*Domínguez i García, 2011; Van der Elst, de Casterlé i Gastmans, 2012*), es tradueix en una major demanda d'atenció sanitària per part de la població geriàtrica. Com a conseqüència a aquesta nova situació, i des del punt de vista de l'atenció sanitària, es considera important adaptar-se tenint com a base coneixements sobre el grup poblacional que es pretén atendre (*Hanzelíková, 2011*).

3.2. ELS PROFESSIONALS D'INFERMERIA I L'ATENCIÓ ALS USUARIS

El paper d'infermeria, a nivell professional i tècnic, és rellevant en els serveis que es presten en les institucions sanitàries. Els professionals d'infermeria constitueixen un gran percentatge del recurs humà disponible per oferir serveis de salut i són els que tenen més contacte amb els pacients hospitalitzats, des del seu ingrés fins a la seva sortida. Fins i tot, després de l'alta hospitalària de l'usuari, en l'atenció domiciliària, l'atenció que ofereixen les infermeres segueix essent primordial (*Van der Elst et al., 2012*). La relació permanent d'aquests professionals amb els usuaris és un punt important per a l'avaluació assistencial, un element important que indica la qualitat de l'atenció del servei que es presta (*Barragan i Moreno, 2013; Rodríguez, Arredondo i Pulgarín, 2012*).

Per a la infermeria, a l'igual que per les altres professions sanitàries, és el ciutadà/usuari/pacient l'objectiu de referència de la seva raó de ser professional, fent-se necessària la col·laboració efectiva de l'equip assistencial en donar resposta a les seves necessitats. Aquesta col·laboració efectiva entre els professionals de la salut passa pel reconeixement recíproc de les aportacions imprescindibles i pròpies, que en el procés d'atenció al ciutadà fa cada professional i amb les que cadascun contribueix a l'esforç comú, entenent que són ells, els ciutadans, i no els professionals ni les estructures sanitàries, el centre de totes les actuacions sanitàries (*Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona [COIB], 2013*).

L'enfoc professional orientat cap a la persona situa a aquesta en el centre del procés d'intervenció o atenció. Situació central que implica no tan sols les

seves necessitats d'atenció integral derivades de la seva situació funcional i personal, sinó també respecte a les seves preferències i desitjos, defensant que cada persona pot gestionar, en la mesura de les seves competències, el seu dia a dia i seguir desenvolupant el seu projecte de vida (*Martínez, 2010*).

Si bé és cert que les infermeres tenen autonomia i responsabilitat professional pròpia, treballen en cooperació i interdependència amb altres professionals (*Monpart i Duran, 2008*). És innegable que les cures mèdiques i d'infermeria es complementen entre sí. Les activitats que formen part de la dimensió de "tractament mèdic" sempre han estat una prioritat per infermeria, no atendre les cures mèdiques que necessita el pacient i que, precisament, són la causa de l'hospitalització, seria negligència. Infermeria ha de complir les ordres mèdiques i donar suport al pacient en el compliment de les mateixes, sense oblidar els altres components de cures infermeres que ha d'oferir (*Rodríguez et al., 2012*).

Escuredo (2006) fa referència a la declaració de posició que va realitzar el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) respecte a l'atenció d'infermeria a les persones grans, defensant que les infermeres, junt a altres professionals de la salut i en col·laboració amb les famílies, tenen una funció clau en la cura de les persones grans dependents.

L'essència de la professió infermera és el "tenir cura de les persones", activitat específica i pròpia de la infermera, tant quan treballa de forma individual o formant part dels equips de salut (*COIB, 2013*).

Segons Romero et al. (2012), la vivència de les persones que han estat cuidades s'aproxima al pensament de Watson, que refereix que el tenir cura per les infermeres no és un procediment o una acció sinó la seva raó moral, un procés interconnectat, intersubjectiu, de sensacions compartides entre la infermera i el pacient. Descriu el tenir cura com el "caring", terme anglès que connota actitud i sentiment, més que habilitat i destresa. Aquest tenir cura és una resposta emocional que comporta una preocupació per l'altre, i dóna importància a la relació, a l'afecte, a la franquesa i a l'atenció de les necessitats de la persona que es cuida. Això té a veure amb l'actitud de les infermeres enfront a l'altra persona i amb el seu compromís amb aquesta altra persona, la que rep les seves cures (*Davis, 2005*).

Així doncs, el tenir cura es caracteritza per la relació d'ajuda a la persona, família i grups comunitaris amb la finalitat de promoure la salut, prevenir la malaltia, intervenir amb la rehabilitació i alleugerar el dolor. La interacció, la participació, l'afecte i l'ètica són dimensions essencials en l'acte de cuidar (*Daza, Torres i Prieto, 2005*).

Ainara López (2005), basant-se en la Teoria General del Dèficit d'Autocura, entén les cures infermeres com “el conjunt d'accions basades en un judici professional que realitza la infermera després d'establir amb la persona, família o comunitat, una relació contractual en la que es comparteixen responsabilitats”. Aquestes accions han d'anar encaminades a ensenyar, guiar i ajudar a les persones a desenvolupar unes capacitats que els permetin realitzar les autocures necessàries per mantenir la salut i benestar al llarg de la seva vida. Per la seva part, Claudia Ariza (2004) defensa la definició de les cures d'infermeria com “un conjunt d'accions fonamentades en la relació interpersonal i en el domini científic-tècnic, orientades a comprendre i a ajudar a l'altre en l'entorn en el que es troba”.

Els professionals d'infermeria veiem la necessitat d'adoptar un model infermer que permeti definir les bases de la pràctica professional i ajudi a delimitar l'àrea de competència. Considerant la persona com el centre de les atencions infermeres hem escollit el model conceptual de Virginia Henderson, un model orientat a les necessitats humanes, tanmateix és un model àmpliament adoptat entre els professionals d'infermeria i en el nostre entorn. D'acord amb aquest model, la persona, sana o malalta, és un tot complet, que presenta catorze necessitats fonamentals. Cada necessitat es compon pels aspectes biològics, fisiològics, psicològics, socioculturals i espirituals de la persona, i entre elles s'interrelacionen entre si de tal manera que configuren una unitat, pel que considerar qualsevol d'elles fent abstracció de les altres constitueix la negació de la totalitat de la persona. L'objectiu de les cures és ajudar a la persona a augmentar, mantenir o recuperar el màxim nivell de desenvolupament del seu potencial per aconseguir la seva independència, o a morir de forma digne. El rol professional s'orienta en suplir l'autonomia de l'usuari o a completar el que li falta (força, coneixements o voluntat) a fi que aconsegueixi la seva independència (*Luis, Fernández i Navarro, 1998*).

El nivell de competència i desenvolupament dels treballadors en el compliment de les seves funcions laborals i socials defineix la qualitat d'un servei (*Jiménez et al., 2011*). Es defineix competència d'infermeria al conjunt d'habilitats, actituds i coneixements, i els processos complexos per a la presa de decisions que permet que l'actuació professional estigui en el nivell exigible en cada moment. Aquesta definició implica la capacitat per dur a la pràctica els coneixements, les habilitats i les actituds pròpies de la professió infermera, al servei de la resolució i prevenció d'un problema de salut, i fa referència a un "saber fer", el qual es pot estructurar en tres dimensions (*COIB, 2013*):

- Conceptual o pensament crític (coneixements, presa de decisions, anàlisi i formulació de problemes, etc.)
- Interpersonal (valors, actituds, etc.)
- Tècniques (destreses, habilitats tècniques, etc.)

Tenint en compte que els determinants més importants de la satisfacció del pacient són els aspectes tècnics i interpersonals (*Literas, Navarro i Fontanals, 2010*), les competències infermeres definides pel COIB (2013) que tenen una associació directa amb les dimensions que comprèn el concepte de satisfacció del pacient són les següents:

1. Competències relacionades amb la prioritització i actuació:

- Formular objectius amb l'usuari i/o persones significatives recollint les seves expectatives segons el problema definit prèviament.
- Dissenyar i adaptar el pla de cures i el pla terapèutic a les necessitats del pacient/usuari de forma individualitzada.

2. Competències relacionades amb procediments i protocols:

- Informar i preparar l'usuari.
- Explicar a l'usuari les etapes que se seguiran en la realització dels procediments i les actuacions que caldrà seguir amb posteritat.
- Valorar i vigilar les respostes de l'usuari durant la realització del procediment.
- Acomodar al pacient/usuari/client en condicions de seguretat física i psicològica.

3. Competències relacionades amb la comunicació/relació amb l'usuari i/o persones significatives:

- Portar a terme les activitats, protocols i procediments amb empatia i respecte.
- Promoure un entorn favorable a la comunicació.
- Portar a terme l'entrevista clínica amb empatia i respecte.
- Facilitar la comunicació.
- Ser capaç de comunicar-se efectivament amb els usuaris i/o persones significatives.
- Tenir especial cura de la comunicació amb usuaris amb dificultats de comunicació i/o comprensió.
- Comunicar a l'usuari els problemes que gestionarà la infermera o infermer.
- Explicar i comentar, fins acordar conjuntament amb l'usuari, les actuacions a seguir així com les seves recomanacions.
- Integrar l'usuari en els plans de cures.
- Verificar que els usuaris entenen la informació donada per tal de poder acceptar i/o realitzar els plans de cures acordats.
- Iniciar, fomentar i mantenir una relació terapèutica amb l'usuari.
- Fomentar, a través de la relació interpersonal i del respecte a l'usuari la confiança i seguretat en relació al seu procés.

4. Competència relacionada amb principis ètics:

- Desenvolupar una praxis professional fonamentada en el respecte dels drets del pacient/usuari/client guiada pel Codi Ètic d'infermeria.

Tenint en compte que l'objecte del nostre estudi són les persones grans, creiem necessari assenyalar la competència "Tenir cura de les persones grans". L'objectiu de les cures d'infermeria cap a elles, és aconseguir o mantenir una salut, benestar i qualitat de vida òptimes, tenint en compte els valors i desitjos d'aquestes persones grans, així com la seva participació en les decisions (*Escuredo, 2006*).

La participació de l'usuari amb les seves cures fa molt més humana la pràctica de la infermeria, doncs permet reconèixer a l'altre com a persona amb el dret i l'obligació de ser actor de la seva salut, i no simplement el receptor d'activitats planejades pel professional que l'atén. Aquesta participació pot fer-se evident a diferents nivells, que van des de la informació i la realització d'activitats bàsiques fins la presa de decisions, permetent el dret d'estar informat, d'opinar i de proposar o rebutjar determinades activitats, procediments i tractaments (*Daza et al., 2005*).

3.3. QUALITAT DE LES CURES

3.3.1. CONCEPTE DE QUALITAT

Fent un repàs a la història s'observa que la trajectòria de la qualitat en els serveis de salut ha tingut diferents etapes. Al 1854, Florence Nightingale, preocupada per les mesures eficaces en l'atenció sanitària, va realitzar diversos estudis relacionats amb la utilització de tècniques de control de les activitats i dels resultats. Posteriorment, amb el treball de l'Associació Americana de Metges i Cirurgians al 1917, es van adoptar mesures sobre criteris de valoració de l'activitat mèdica i de les institucions sanitàries, i es va fer oficial la legislació relativa a les condicions de funcionalment dels hospitals dels Estats Units; va significar una primer etapa del que avui es coneix com acreditació (*Monpart i Duran, 2008*).

Amb l'increment dels costos sanitaris i la necessitat del seu control, l'interès per la qualitat segueix augmentant. Així que, a partir dels anys 60 es van desenvolupar diversos mètodes i organismes de control de qualitat, fonamentats en el treball de Donabedian, a qui se'l pot considerar el "pare" de l'estudi de la qualitat de l'atenció sanitària. En aquest sentit, destaquen el sistema de control de l'exercici mèdic anomenat Peer Review o la Comissió per a l'Acreditació d'Organitzacions Sanitàries "Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations" (JCAHCO) (*Monpart i Duran, 2008; Monteagudo et al., 2003*).

En infermeria, investigadores d'Estats Units i Canadà van iniciar els estudis sobre qualitat de les cures, destacant a l'inici els treballs de Phaneuf el 1972, que va desenvolupar un mètode d'auditoria d'infermeria; l'Associació

Americana d'Infermeres que el 1973 va publicar les seves "Normes de garantia de la qualitat de les cures d'infermeria", i l'Ordre d'Infermeres de Quebec que va elaborar el "Mètode de valoració de la qualitat de les cures infermeres" l'any 1989 (*Monpart i Duran, 2008*).

A l'Estat Espanyol, els inicis del control de qualitat es van produir als anys 80 a Catalunya, seguida molt aviat per Andalusia. A partir del 1986, amb l'aprovació de Ley General de Sanidad, per primera vegada s'estableix l'obligatorietat que les institucions treballin sota referents de qualitat assistencial. En l'actualitat hi ha constituïdes variades comissions amb el fi de valorar la qualitat, on en algunes d'elles s'hi integra infermeria o bé, com passa sovint, funciona com una comissió específica de qualitat d'infermeria (*Monpart i Duran, 2008*).

El concepte de qualitat de l'assistència sanitària ha anat evolucionant al llarg de la història. En un principi es mesurava a través de les tasses de mortalitat i morbiditat, el tipus d'educació dels professionals sanitaris i el càlcul dels costos. Cap al 1970 es garantia la qualitat més alta possible establint un procés en el que s'identificaven les deficiències sanitàries susceptibles de millora i s'establiren les mesures que les corregien. Cap a finals dels anys 80 i principis dels 90 van aparèixer els programes de Millora Contínua de la Qualitat que van incorporar la filosofia i la metodologia de la gestió de qualitat total, pel que es feia necessari conèixer la realitat per a dissenyar intervencions factibles i realistes que permetessin elevar el nivell de qualitat dels serveis, optimitzant els recursos disponibles (*López, 2005*). En els últims anys, el terme "qualitat" s'ha convertit en una constant al parlar de salut i assistència sanitària, i actualment el seu interès es troba en una situació creixent (*López, 2005; Monpart i Duran, 2008*). El pla de salut de Catalunya, en el seu tercer eix d'acció, expressa que l'atenció sanitària ha d'estar orientada a les necessitats de salut, i engloba bona part de les propostes destinades a oferir serveis de salut de qualitat (*Romero et al., 2012*).

L'Organització Mundial de la Salut (OMS) va assenyalar la qualitat de l'atenció com un objectiu des del seu macroprograma "Salut per a tots en el segle XXI" (SPT XXI), el qual ha orientat les accions sanitàries a nivell mundial en els

últims vint anys, i el manté pel programa d'acció pels primers anys d'aquest segle (*Monpart i Duran, 2008*).

La definició que l'OMS dona de qualitat és “alt nivell d'excel·lència professional utilitzant eficientment el recursos amb un mínim de riscos pel pacient, per aconseguir un alt grau de satisfacció de les necessitats d'aquest i produint un impacte final positiu en salut” (*Andía, Pineda, Martínez i Saco, 2001*). Martínez (2010) afirma que un servei és de qualitat quan a més de complir els objectius pel que es va pensar, ho fa eficientment i satisfà al client.

En la literatura trobem definida la qualitat de l'assistència sanitària com “la satisfacció de les necessitats i aspiracions dels pacients/clientes, ja siguin reals o percebudes, amb un consum de recursos socialment sostenible” (*Prat, 2006*).

Però també hi ha qui defensa que definir qualitat des d'una òptica d'atenció sanitària es fa difícil, ja que l'apreciació d'allò bo o dolent, i fins i tot de la forma de mesurar-ho, difereix segons el punt de vista del sector que emet l'opinió (*Monpart i Duran, 2008*).

Segons els canvis que produeix la qualitat de l'assistència en els estats de salut dels individus es defineixen quatre àrees de qualitat assistencial (*Monpart i Duran, 2008*):

1. La qualitat directa, que s'estableix amb la mesura dels canvis objectius en l'estat de la salut dels pacients o clients, demostrats amb la curació o milloria de la situació i mitjançant comprovació clínica.
2. La qualitat indirecta, que aborda aquelles qüestions significatives que influeixen o condicionen la possibilitat d'obtenir un major i millor estat de salut, entre les quals hi ha la dotació de serveis, els tractaments, la disminució dels costos, etc.
3. La qualitat percebuda principalment per l'usuari dels serveis de salut, en la valoració que aquest o la seva família fan de l'atenció i les seves circumstàncies. Andía et al. (2001) defineixen la qualitat percebuda com la impressió que els usuaris tenen sobre la idoneïtat d'un producte per satisfer les seves expectatives.

4. La qualitat demostrada, és a dir, la que es mesura i es compara d'acord a paràmetres prèviament establerts.

3.3.2. DETERMINANTS DE LA QUALITAT DE LES CURES

Al igual que la JCAHCO ha plantejat una sèrie de factors que considera determinants en la qualitat de les cures de salut, també Donabedian enuncia els components ideals d'un sistema de qualitat, els que denomina els set pilars de la qualitat de salut: eficàcia, efectivitat, eficiència, optimització, acceptabilitat, legitimitat i equitat (*Monpart i Duran, 2008*).

La qualitat és una propietat i un judici sobre alguna unitat definible, en aquest cas, de l'atenció d'infermeria, la qual es pot dividir en dues parts: tècnica i interpersonal (*Pérez i García, 2005*).

L'excessiu èmfasi en l'atenció tècnica i el descuit o la falta de formació en la relació infermera-pacient afecta la qualitat de l'atenció (*Pérez i García, 2005*).

García et al. (2007) citen a Donabedian, qui va descriure la qualitat de l'atenció mèdica en tres dimensions: la tècnica, entesa com l'aplicació de la ciència i la tecnologia per resoldre els problemes de salut del pacient; la interpersonal, que fa referència a la interacció que es dona entre el professional de la salut i el pacient en el moment de proporcionar l'atenció; i la de les comoditats, que són tots els elements de l'ambient físic que envolten el procés d'atenció. Totes les dimensions són inseparables i ocorren de manera simultània cada vegada que una persona entra en contacte amb els serveis de salut.

Diversos autors (*Álvarez, Olivares, Cadena i Olvera, 2012; Prat, 2006; Pujiula et al., 2006*) coincideixen en distingir dos components de la qualitat assistencial: la qualitat científico-tècnica o intrínseca, que mesura la resolució del problema de salut que ha motivat l'atenció sanitària, i la qualitat percebuda o extrínseca, que mesura la satisfacció de l'usuari respecte a la percepció del servei rebut, tenint en compte les seves expectatives prèvies. Així doncs, una bona qualitat assistencial integral es caracteritzaria per una actuació dels professionals conforme als més precisos i actuals coneixements científics, per la seva correcta aplicació pràctica, i per un tracte personal considerat i desenvolupat en un entorn adequat i digne.

Per una altra banda, López (2005), refereix a Vuori al parlar de qualitat assistencial, qui la desglossa en vuit dimensions que defineix de la següent manera:

1. Efectivitat: relació entre l'impacte real d'un servei dins d'un sistema operatiu i el seu impacte potencial en una situació ideal.
2. Eficiència: relació entre l'impacte real d'un servei o programa i el seu cost de producció.
3. Adequació: relació entre la disponibilitat dels serveis i les necessitats de la població.
4. Qualitat científico-tècnica: el nivell d'aplicació dels coneixements i tecnologia disponibles actualment.
5. Satisfacció del consumidor: es refereix a la satisfacció del consumidor amb els serveis rebuts, amb els professionals i amb els resultats de l'assistència sanitària.
6. Satisfacció del professional: es refereix a les condicions de treball.
7. Accessibilitat: és la possibilitat que un consumidor obtingui els serveis que necessita en el lloc i moment on els necessita, en suficient quantitat i a un cost raonable.
8. Continuitat: es refereix al tractament del pacient com un tot en un sistema d'assistència integrat.

Així doncs, observem que l'avaluació de la qualitat en infermeria té multiplicitat d'enfocs, i cal considerar les accions d'infermeria i les seves conseqüències com un aspecte en estreta relació amb la qualitat assistencial, doncs són importants en l'estat de salut dels usuaris (*Monpart i Duran, 2008*).

3.3.3. L'USUARI, EIX DE LA QUALITAT DE LES CURES

En les últimes dècades s'ha imposat en les organitzacions sanitàries el model de gestió de qualitat total orientada a l'usuari (*Cárcamo, 2011; Palacio et al., 2003*) de forma que l'usuari s'ha convertit en un subjecte actiu de l'atenció sanitària. El protagonisme del malalt com autèntic epicentre del model, i el seu cada cop més evident nivell de participació activa en tots aquells aspectes que afecten a la seva salut, recolzen la necessitat de tenir en compte la seva valoració de la qualitat atribuïble al procés d'atenció sanitària (*Prat, 2006*). En aquesta tendència actual de col·locar al pacient en el centre de l'atenció, la

qualitat és vista com el resultat de la relació exitosa entre els serveis hospitalaris que s'ofereixen i les necessitats dels pacients (*Cárcamo, 2011*).

Les diferents perspectives de la qualitat es complementen, però va ser important la introducció d'un nou concepte: l'usuari, el més important i fonamental ja que és el receptor d'aquest servei, al que se li intenta avaluar, garantir o millorar la qualitat. De fet, l'objectiu de la qualitat total és satisfer les necessitats dels usuaris. Un professional o una institució sanitària competent podrà satisfer a l'usuari perquè satisfarà adequadament les seves necessitats. Si un client no està conforme amb el servei prestat, la continuïtat de la relació client-proveedor pot perillar (*López, 2005*). El coneixement de l'opinió del client sobre els serveis rebuts és una via per millorar la qualitat de les prestacions (*Andía et al., 2001*).

La qualitat de l'atenció sanitària està en relació amb el concepte de "qualitat de vida" (QV), el benestar individual i col·lectiu (*Monpart i Duran, 2008*). El concepte de QV ha passat d'un enfocament unidimensional, en el que es mesurava el benestar d'un grup fent referència a condicions estrictament objectives, a un enfocament multidimensional, que inclou el punt de vista subjectiu. Aquest canvi conceptual, on es poden observar les condicions objectives i subjectives que determinen la QV d'una persona o grup, juga un paper important en la satisfacció personal com a dimensió, obrint un nou camp en l'avaluació i millora de serveis socials i sanitaris (*Literas et al., 2010*). En el terreny de l'atenció personal cal apostar per un model orientat cap a les persones i al seu benestar quotidià, no tan sols a les seves necessitats i característiques sinó als seus drets, preferències i desitjos (*Martínez, 2010*).

Les cures de qualitat impliquen el desenvolupament de destreses, habilitats i actituds interpersonals, la interrelació amb el pacient, la família i els professionals, des d'un paradigma més empàtic que condueix a tractar al cos com a subjecte, és a dir, com una persona amb tota la seva subjectivitat (*Romero et al., 2012*). A fi que el servei d'infermeria sigui de qualitat, la infermera ha de tenir en compte la seva preparació, els seus coneixements, no tan sols des del punt de vista científic sinó també des de les dimensions de

l'home, les seves costums, cultura i creences religioses, les quals en un moment determinat emmarcaran la cura que aquest requereixi (*Ariza, 2004*).

Les intervencions tècniques es basen i es desenvolupen des de la interacció social. Per això, la qualitat d'aquesta interacció és imprescindible per la qualitat de l'atenció. La bona praxis en la interacció dels professionals amb les persones usuàries ha d'afavorir la independència, l'autonomia personal i el benestar emocional, així com respectar la dignitat, i possibilitar i fomentar la participació de les persones que s'atenen (*Martínez, 2010*).

Tots els professionals que desenvolupen la seva activitat professional amb persones grans han de tenir coneixements en gerontologia i geriatria que els permetin obtenir, en cada moment, els millors resultats possibles (*Jiménez et al., 2011*). Els pacients geriàtrics esperen que les infermeres que tenen cura d'ells siguin especialitzades en competències tècniques i psicosocials. La formació de les infermeres geriàtriques ha d'estar d'acord a les necessitats específiques d'aquests usuaris i és molt important saber com aquests usuaris perceben a la "bona infermera" (*Van der Elst et al., 2012*).

3.4. LA SATISFACCIÓ DE L'USUARI AMB LA QUALITAT DE LES CURES

3.4.1. CONCEPTE DE SATISFACCIÓ

El concepte de la satisfacció amb els serveis sanitaris és complex, multidimensional, difícil de mesurar i canviant segons les diferents persones i per una mateixa persona en diferents circumstàncies, ja que està relacionat amb la necessitat que determina la demanda assistencial, i per factors que condicionen la percepció del que el pacient espera i rep durant la prestació del servei: l'estil de vida, les experiències anteriors, les expectatives prèvies, informació recollida d'altres usuaris i de la pròpia organització sanitària, i els valors de l'individu i la societat (*Andía et al., 2001; Barrasa i Aibar, 2003; Gómez et al., 2012*).

La satisfacció del pacient s'explica amb la teoria del denominat paradigma de la "desconfirmació d'expectatives", segons el qual la satisfacció és el resultat de la diferència entre el que l'usuari esperava que ocorregués i el que diu haver obtingut (la seva percepció de l'experiència), és a dir, la diferència entre les expectatives del pacient i les percepcions respecte el servei prestat

(Andía et al., 2001; Díaz, 2002; Mira et al., 1998; Palacio et al., 2003; Rodríguez et al., 2012). Així doncs, el nivell de satisfacció s'estableix en base a la combinació dels dos factors: la percepció d'una experiència concreta i les expectatives prèvies elaborades sobre el servei a rebre (Prat, 2006).

Sembla clar que les expectatives dels usuaris varien en funció del procés assistencial que es tracti (Barrasa i Aibar, 2003), i es construeixen a partir de vivències personals i de l'entorn, que habitualment estan associades amb el nivell de desenvolupament econòmic, social i cultural. Atencions considerades acceptables en un determinat context, no ho són al cap d'uns anys o en un context social diferent (Prat, 2006).

Pel fet que la satisfacció del pacient és un concepte que no està ben desenvolupat, Turrís (2005) comenta que no podem estar segurs que estiguem mesurant els millors indicadors de la mateixa. Defensa que sense un refinament més teòric, els resultats de la investigació sobre satisfacció del pacient són d'ús limitat, i que una manera d'avançar en el desenvolupament teòric d'aquest concepte és l'aplicació d'una varietat de lents teòriques en la investigació de la satisfacció. Segons Turrís, el feminisme, en particular, ofereix una perspectiva de major perfeccionament i més útil pel concepte de satisfacció del pacient amb la infermeria. L'ús d'un enfocament feminista demanaria als investigadors tenir en compte el context de la vida de les persones, doncs l'anàlisi feminista assenyala que la salut i el benestar de les persones està íntimament connectat a les famílies i la societat. No obstant això, quan investiguem la satisfacció del pacient, busquem individus com a unitat d'anàlisi. L'ús d'un enfocament feminista promouria un marc global (en oposició a reduccionista) per la comprensió i la investigació de la satisfacció del pacient. Una lent feminista que examínés el concepte de satisfacció del pacient es veuria obligada a explorar el context de la vida de les persones i els valors socials vinculats amb les expectatives d'atenció de la salut.

3.4.2. LA SATISFACCIÓ DE L'USUARI, UN INDICADOR DE QUALITAT ASSISTENCIAL

L'atenció sanitària, la cura mèdica, la cura d'infermeria, l'accessibilitat dels serveis i la seva disponibilitat, són alguns dels aspectes que poden avaluar-se

per determinar el nivell de satisfacció que produeixen els serveis de salut en l'usuari. Els diferents professionals de la salut exerceixen diferents influències sobre la percepció del pacient, tot i que els estudis posen de manifest que la satisfacció dels usuaris amb les cures d'infermeria es considera el millor predictor de la satisfacció general amb els serveis de salut (*Abdel, 2012; Cabrero et al., 1993, 1999; Johanson et al., 2002; Rodríguez et al., 2012; Wagner i Bear, 2009*). L'impacte que produeixen les accions d'infermeria en el benestar i la salut dels usuaris fa patent la necessitat de controlar-les i valorar-les en sí mateixes, garantint la seva qualitat (*Monpart i Duran, 2008*). Així doncs, la satisfacció de l'usuari amb les cures d'infermeria s'ha convertit en el determinant clau de la qualitat de l'atenció hospitalària (*Romero et al., 2012*). Per tant, es requereix una distinció entre la satisfacció del pacient amb l'atenció d'infermeria i els altres dominis (*Johansson et al., 2002; Wagner i Bear, 2009*).

El procés d'avaluació del sistema d'organització dels serveis sanitaris s'aborda des de múltiples perspectives. A la clàssica visió clínica d'eficàcia i seguretat s'han afegit altres punts de vista, com l'efectivitat, la qualitat de vida, i la satisfacció o les preferències dels usuaris (*Duarte i Aguirre, 2003*).

La satisfacció és en sí un bé de l'atenció i figura en el balanç de beneficis i danys, que és el nucli fonamental de l'atenció de qualitat (*Pérez i García, 2005*).

La satisfacció de l'usuari en relació a l'atenció rebuda ha estat contextualitzada de diferents formes que han anat evolucionant al llarg del temps. Als anys 70 i 80, el concepte de satisfacció de l'usuari era considerat des del punt de vista dels professionals sanitaris, essent aquests els que decidien sobre els elements que en major mesura satisfieien als usuaris. Els professionals sanitaris assumien que sabien el què els satisfieia als usuaris, podent o no coincidir amb les prioritats d'aquests. L'opinió de l'usuari sobre el que realment li satisfieia es desconeixia. Els proveïdors sanitaris, amb la seva experiència i coneixements, eren capaços de delimitar les necessitats dels pacients. Va ser en la dècada dels anys noranta quan la manera d'entendre i mesurar la satisfacció va canviar radicalment, centrant-se amb l'usuari i les seves

expectatives. Es va desenvolupar una nova visió de l'assistència sanitària denominada "cures centrades en els pacients", en el que el paper de l'usuari adquireix major protagonisme (*Díaz, 2002; Romero et al., 2012*).

En l'actualitat, l'element principal de valoració de la qualitat dels serveis sanitaris és l'usuari, com a consumidor d'aquests serveis, essent el seu grau de satisfacció l'indicador fonamental de qualitat assistencial (*Abdel et al., 2012; Barragan i Moreno, 2013; Feldman et al., 2007; Gómez et al., 2012; Johanson et al., 2002; Pérez i García, 2005; Romero et al., 2012; Turrís, 2005*). Diversos autors (*Alvarez et al., 2012; Cabrero et al., 1993*) fan referència a Donabedian, qui manifesta que el valor últim de la qualitat de les cures és l'efectivitat de la cura en aconseguir i produir salut i satisfacció, considerant que si els pacients se senten insatisfets, les cures estan lluny de ser ideals, tot i que sigui alta la qualitat segons criteri clínic o altre criteri aliè al propi consumidor. Per tant, la satisfacció del pacient és un indicador final de l'èxit de la prestació del servei (*Cabrero et al., 1993*).

El desenvolupament del model d'atenció orientada al pacient significa que s'han de tenir en consideració les seves percepcions, il·lustra la importància de saber com perceben els pacients a la infermera; com hem observat, sovint és ella la que en molts casos està en contacte estret i intens amb els pacients (*Van der Elst et al., 2012*). Si entenem que l'objectiu principal de la prestació d'un servei sanitari és l'usuari, es fa imprescindible conèixer la seva opinió i el seu nivell de satisfacció al respecte, per ajustar en tot el possible el servei que s'ofereix a les seves necessitats, expectatives i prioritats (*Díaz, 2002*).

L'OMS reconeix que l'opinió de l'usuari està relacionada amb el principi de participació del consumidor (*Romero et al., 2012*). Ningú comprèn més i millor el punt de vista de l'usuari que el propi usuari (*López, 2005; Romero et al., 2012*). Les seves percepcions subjectives permeten conèixer una realitat objectiva, el pacient es converteix en el motor i centre del sistema sanitari, les seves necessitats són l'eix sobre el que cal articular les prestacions assistencials i construir la base de l'organització del serveis hospitalaris (*Álvarez et al., 2012*).

La satisfacció dels usuaris es considera un dels indicadors importants de resultat del procés assistencial per diverses raons. És un bon predictor del compliment terapèutic per part dels usuaris, doncs com més satisfets estan els usuaris amb l'atenció d'infermeria més probabilitats hi ha a l'adhesió al tractament, que probablement condueix a millors resultats de la salut (*Duarte i Aguirre, 2003; Feldman et al., 2007; López, 2005; Wagner i Bear, 2009*). També propicia l'adhesió dels pacients al proveïdor de serveis i, a més, serveix d'instrument per orientar les millores de les organitzacions sanitàries (*Barrasa i Aibar, 2003*).

L'objectiu de valorar la satisfacció és analitzar les àrees de les que el pacient diu estar satisfet i també de les que no ho està, les àrees d'insatisfacció, ja que aquestes últimes són les que ens brinden oportunitats de millora (*Monteagudo et al., 2003*). La insatisfacció pot provocar malestar i inseguretat en les persones, el que pot repercutir en el seu estat anímic i afectiu, influenciant sobre el seu estat de salut i la seva qualitat de vida (*Pérez i García, 2005*). La insatisfacció també comporta una menor confiança en el centre assistencial i una pèrdua de reputació de l'hospital, amb el consegüent increment del cost econòmic i el deteriorament de la imatge, que perjudica a tota l'organització sanitària (*Monteagudo et al., 2003*).

La percepció que l'usuari té sobre les cures d'infermeria que rep és important per retroalimentar no solament la professió sinó també el servei que cada una de les institucions de salut ofereix a les persones (*Ariza, 2004*).

Com a exigència ètica per a qualsevol disciplina sanitària, el benestar del pacient ha de ser l'eix de totes les seves activitats, i això s'aconsegueix si es satisfan tant les necessitats com les expectatives que tenen els usuaris (*Monteagudo et al., 2003*).

3.4.3. AVALUACIÓ DE LA SATISFACCIÓ

Avaluar la qualitat de l'atenció des de la perspectiva de l'usuari és una de les mesures més clàssiques i cada vegada més comú (*Barrasa i Aibar, 2003; Bautista, 2008*). Tanmateix, Cárcamo (2011), en el seu estudi sobre qualitat percebuda, ens diu que la satisfacció expressada pels pacients pot reflectir més

aviat el seu coneixement com a usuaris i les seves expectatives, que no pas la qualitat dels serveis i l'atenció que es presta.

El que és realment important per al consumidor és el seu grau de satisfacció, que, com hem vist, és el resultat de contraposar el que inicialment esperava (expectatives) al que finalment percep (qualitat percebuda), que no exactament la que rep (qualitat assistencial). La qualitat global que la prestació d'un servei pot oferir i que l'usuari rep, no té perquè coincidir amb la que aquest percep, tot i que, lògicament, estan directa i íntimament relacionades (*Díaz, 2002*).

Hem de tenir present que el concepte de qualitat va indissolublement unit al de mesura, ja que tan sols pot tenir significat si va unit a un adjectiu que li atorga valor segons l'escala en que es mesuri (*Monpart i Duran, 2008*).

La mesura de la satisfacció és un valuós instrument per a la investigació en matèria de salut, per a la seva gerència i planificació, ja que ofereix informació dels èxits i fracassos de tot el sistema de salut o d'institucions o d'individus en particular (*Pérez i García, 2005*). Monitoritzar-la es considera necessari considerant que l'usuari depèn de l'eficàcia del sistema i a més, els nivells de satisfacció estan lligats en l'ús del servei sanitari, el que el converteix en un indicador de qualitat i, per tant, comporta una competitivitat en el mercat, tenint implicacions en costos i imatge institucional (*Feldman et al., 2007*). La gestió de la qualitat es centra en l'usuari, amb estratègies que analitzen i milloren els resultats que inclouen el seu punt de vista (*Literas et al., 2010*).

La monitorització periòdica de l'opinió del malalt i/o el seu entorn immediat del servei assistencial rebut, mitjançant enquestes, permet determinar el seu nivell de satisfacció, identificar elements o variables d'insatisfacció (*Prat, 2006*). Aquesta informació pot convertir-se en un procediment de gestió interna, identificant problemes i punts dèbils susceptibles de ser resolts amb l'adopció de mesures apropiades. Tanmateix hem de reconèixer que el valor de la satisfacció és subestimat en la nostra tasca diària (*García et al., 2007*).

Malgrat que s'han incorporat estratègies per a mantenir i millorar la qualitat de l'assistència sanitària de manera contínua a través de la monitorització d'indicadors de qualitat, s'ha observat que existeixen queixes i reclamacions

dels pacients relacionades amb l'atenció que ofereix el personal assistencial (*Alvarez et al., 2012*). Fimat et al. (2013) manifesten que l'estudi exhaustiu i rigorós de les queixes dels usuaris pot conduir-nos a determinar aspectes de la seva insatisfacció amb els serveis. Conèixer la insatisfacció del usuaris pot ser un punt de partida a la introducció de les mesures de millora de la qualitat. Així doncs, les reclamacions, i concretament el seu percentatge, també es consideren una mesura de la qualitat assistencial percebuda pels pacients. Prat (2006) ens indica que en la seva experiència la taxa de reclamacions va ser de una per cada mil actes assistencials desenvolupats (ingressos, consultes ambulatories i visites d'urgència).

Parés et al. (2012) defineixen reclamació com "l'expressió de l'opinió de l'usuari en relació amb un acte o procés assistencial, amb relacions interpersonals, amb la comunicació, amb l'organització, amb les condicions d'habitabilitat, amb l'allotjament i el confort, entre altres aspectes, com a conseqüència de l'atenció sanitària rebuda en un centre, servei o establiment sanitari que no l'ha satisfet i de la qual l'usuari espera una actuació al respecte". Segons Prat (2006), una reclamació és l'expressió formal i activa de l'opinió de l'usuari en relació a una contingència derivada de l'atenció rebuda en un centre assistencial que no l'ha satisfet, i de la qual n'espera una resposta i/o actuació explicativa.

El pacient participa i sol aportar informació a través de bústies de suggeriments, queixes o fulls de reclamacions. Tanmateix, aquesta informació no és suficient. Les tècniques d'investigació són especialment útils a l'hora d'analitzar la perspectiva de l'usuari i valorar adequadament la qualitat assistencial (*Díaz, 2002*).

La satisfacció de l'usuari és important tant pels professionals com pels gestors i contractadors dels serveis. Per tant, és necessari comptar amb instruments que siguin vàlids i fiables per mesurar aquesta satisfacció (*Díaz, 2002*).

El fet que manqui una definició generalment acceptada i una teoria que defineixi la mesura de la satisfacció amb les cures d'infermeria, fa que hi hagi diferents estudis que pretenen avaluar-la amb variabilitat de dimensions i variables mesurades, i es mostra la dificultat de comparar diferents estudis (*Mira et al., 1998; Romero et al., 2012*). Això pot ser explicat pel fet que el

concepte de satisfacció té un significat per a cadascú de forma individual, és per això que qualsevol avaluació serà completament subjectiva (*Romero et al., 2012*).

Els determinants més importants per avaluar la satisfacció del pacient són els aspectes tècnics i interpersonals de les cures que presten els professionals de la salut (*Ariza, 2004; Cabrero et al., 1999; Monteagudo et. al., 2003*). Claudia Ariza (2004) en el seu estudi s'acull al concepte de Plazas, que també estableix el grau de satisfacció com "el grau de conformitat del pacient amb els aspectes tècnics i interpersonals de les cures professionals que li presta Infermeria", essent aquesta cura categoritzada de forma objectiva en els següents termes: és accessible, explica i facilita, conforta, s'anticipa, manté relació de confiança, i monitoritza i fa seguiment. Altres autors (*Álvarez et al., 2012; Prat, 2006; Turris, 2005*) afegeixen també com a aspectes rellevants la competència professional, el tracte personal i la humanització de l'assistència, el temps dedicat a l'usuari, l'eficàcia, la continuïtat assistencial, l'entorn físic i la informació administrada.

L'interès dels professionals d'infermeria per conèixer el nivell de satisfacció dels usuaris amb les cures es veu reflectit en la proliferació de diferents instruments de mesura, tant en l'àmbit internacional com nacional. A nivell mundial hi ha varis instruments d'avaluació, però sovint no s'avalua tan sols la satisfacció amb les cures infermeres, sinó que també s'avalua la satisfacció amb altres professionals i altres aspectes de l'assistència sanitària. Molts d'ells han estat validats i adaptats en diferents països.

A continuació vegem diferents escales de mesura de la satisfacció de l'usuari relacionada amb l'hospitalització:

- El Caring Assessment Questionare (Care-Q), dissenyat per Patricia Larson el 1981. Té com a finalitat l'avaluació de l'atenció infermera. És un instrument integrat per 50 preguntes agrupades en sis categories de comportaments de la infermera (*Bautista, 2008*):
 1. És accessible: comprèn els comportaments relacionats amb acostar-se, respondre a les trucades i realitzar cures específicament d'habilitat de manera oportuna.

2. Explicar i facilitar: fa referència a la informació i educació que necessita el pacient per entendre la situació actual de malaltia i tractament.
 3. Conforta: planteja comportaments que permeten donar ànim, involucrar a familiars i oferir les millors condicions perquè el pacient se senti bé.
 4. Anticipar-se: fa referència als comportaments que cal realitzar per preveure necessitats i complicacions.
 5. Manté la relació de confiança: comprèn comportaments que afavoreixen la relació terapèutica i demostren l'interès i la preocupació pel pacient.
 6. Monitorea i fa seguiment: està relacionada amb els comportaments que demostren la capacitat científica, humana i tècnica del professional.
- La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale (LOPSS). La Monica i col·laboradors, del 1986. Dissenyada per a la investigació sobre la satisfacció del pacient amb les cures dels professionals d'infermeria. Es tracta d'un qüestionari compost de 41 ítems que descriuen conductes d'infermeria, uns estan redactats en forma negativa i altres en forma positiva. Cada un dels enunciats és seguit per una escala de set punts, des de "totalment d'acord" (1) fins a "totalment en desacord" (7) (*Cabrero et al., 1993*).
 - Qüestionari d'expectatives dels pacients (CEP). Va ser elaborat a partir dels treballs d'Abramowitz el 1987. És un breu qüestionari de 5 ítems, amb formulació neutra o positiva que recull informació sobre les expectatives dels pacients en 5 dimensions de l'hospitalització: l'hospitalització global, l'atenció mèdica, l'atenció d'infermeria, la informació rebuda i la dimensió ambiental de l'hospitalització (*Pujjula et al., 2006*).
 - La Monica-Oberst Patient Satisfaction Scale 12 en la seva versió espanyola reduïda (LOPSS 12), de Cabrero i Richart, 1990. Per a l'estudi de la satisfacció de l'usuari amb les cures infermeres. Es tracta

d'una escala composta de 12 ítems, uns amb formulació negativa i altres positiva, que descriuen les conductes d'infermeria. Cada enunciat és seguit per una escala de 7 punts, des de "totalment d'acord" (1) fins a "totalment en desacord" (7) (*García et al., 2011; Pujiula et al., 2006*).

- Escala general de satisfacció amb l'hospitalització (SGEM). De Cabrero, Richart i Reig, 1995. Instrument que consta de 7 ítems amb formulació neutra o positiva i valora els continguts de satisfacció general, satisfacció amb la informació, satisfacció amb l'atenció mèdica, satisfacció amb les cures d'infermeria i satisfacció amb la dimensió ambiental de l'hospitalització (*Pujiula et al., 2006*).
- La Service Quality (SERVQUAL). Parasuraman, 1998. És un dels instruments més utilitzats en el sector serveis per avaluar el nivell de qualitat percebuda pels clients. El qüestionari, utilitzat en diferents disciplines, està dividit en dues escales de 22 ítems cada una d'elles, que avaluen per una banda, les expectatives sobre el servei ideal i, per l'altra, les percepcions dels clients sobre el servei que han rebut. SERVQUAL es basa en la idea de que la qualitat vista pel client és el resultat de la diferència entre expectatives i percepcions, el denominat "paradigma de la desconfirmació" (*Mira et al., 1998*).

Aquest model SERVQUAL de Parasuraman contempla 9 dimensions sobre qualitat percebuda:

1. Accessibilitat: facilitat de contacte, facilitat d'accés físic i telefònic, temps d'espera, horari adequat.
2. Capacitat de resposta: fer les coses al seu temps, agilitat de tràmits, diligència.
3. Fiabilitat: realitzar les coses bé a la primera, exactitud.
4. Comunicació: comprensió del llenguatge, escolta, demanar opinió a l'usuari.
5. Cortesia: amabilitat del personal, consideració cap a l'usuari.
6. Competència: coneixements i habilitats del personal per realitzar el servei, coordinació interna de l'organització.

7. Seguretat: seguretat física, increment o disminució a l'estar en contacte amb el servei, intimitat.
8. Credibilitat: nom i reputació de l'empresa, ser de confiança.
9. Tangibilitat: evidència física del servei, instal·lacions materials, decoració, equip.

El qüestionari SERVQUAL adaptat a l'atenció d'infermeria es basa en les expectatives i les percepcions del pacient respecte a les cures desitjades i percebudes. En la versió original es contemplen 5 dimensions: tangibilitat, fiabilitat, capacitat de resposta, seguretat i empatia (*González et al., 2005*).

- SERVQHOS. Elaborat per Mira i col·laboradors el 1998. Qüestionari basat en SERVQUAL i dissenyat per l'àmbit hospitalari públic d'Espanya. Amb un nombre reduït d'ítems i més senzill i comprensible pel pacient, comprèn els elements bàsics de l'avaluació de la qualitat percebuda i combina expectatives i percepcions, de tal manera que, respectant el paradigma de la desconfirmació, s'obté una puntuació que és l'estimació de la diferència entre expectatives i percepcions. Les dimensions que apunta SERVQHOS són dues: La Qualitat Subjectiva amb ítems que es basen en l'opinió del pacient, el tracte rebut, l'amabilitat, l'interès del personal, capacitat de resposta i seguretat; i la Qualitat Objectiva (relacionat amb tangibilitat i fiabilitat) que conté ítems que fan referència a aspectes que poden ser susceptibles de comprovació, com és l'estat de conservació o neteja de les habitacions, l'accessibilitat, la uniformitat del personal, la puntualitat en les consultes o la informació que es facilita a l'usuari o als seus familiars (*Mira et al., 1998; Monteagudo et al., 2003*).
- Night Nursing Care Instrument (NNCI), de Johansson i col·laboradors, 2005. Avalua la satisfacció en les cures nocturnes d'infermeria, comparant les visions dels usuaris i dels infermers. L'instrument inclou dos qüestionaris, un pels usuaris i un pels infermers, amb 11 ítems en cadascun i dividits en tres dominis: intervencions d'infermeria, tractament mèdic i avaluació. Van ser desenvolupats des del model teòric de

Virginia Henderson sobre les cures d'infermeria centrat en les necessitats fonamentals de l'ésser humà. En aquest instrument es dóna especial atenció a la necessitat de dormir i descansar, s'avalua la cura nocturna, que correspon a la meitat del temps que el pacient passa durant la seva hospitalització i del qual infermeria n'és responsable directa (*Rodríguez et al., 2012*).

- Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionare (PSNCQQ) creat per Laschinger i Hall el 2005. Consta de 16 ítems i tres preguntes addicionals relacionades amb la satisfacció general amb l'estada hospitalària. Les puntuacions altes indiquen un alt nivell de satisfacció del pacient amb l'atenció d'infermeria (*Abdel et al., 2012*).
- Qüestionari Cuidado de su Salud durante la Hospitalización (CSH) desenvolupat per Feldman et al. (2007). Format per 50 ítems organitzats en cinc grups que avaluen: les característiques de l'ingrés, valoració del treball de metges i infermeres (major percentatge d'ítems respecte els altres grups), valoració del treball d'altre personal, valoració de l'entorn físic i resultats de l'hospitalització. A més, s'hi va afegir un ítem que mesura la satisfacció general de l'usuari amb l'atenció rebuda.
- Escala de Satisfacción y Calidad de Vida (SyCV-FSAR) percebuda d'usuaris de centres residencials i sociosanitaris (*Literas et al., 2010*). Qüestionari que es compon de 23 ítems, recull informació sobre les relacions interpersonals en el centre, l'organització, el confort, la intimitat, l'alimentació, les activitats i el temps dedicat pels professionals a l'atenció personal.
- L'Índex de Personalització de les Cures (IPC) de García et al. (2011). Es tracta d'un qüestionari amb resposta dicotòmica (si o no) estructurat en tres blocs de preguntes, set dirigides al pacient o cuidador familiar, dues dirigides al metge responsable del pacient i tres a contestar per l'investigador col·laborador.

- Instrumento de Satisfacción con el Cuidado Enfermero Nocturno (ISCEN) de Rodríguez et al. (2012). Versió de l'anterior instrument NNCI, adaptat i validat per ser utilitzat a Colòmbia, i així avaluar la satisfacció d'infermers i pacients amb les cures nocturnes d'infermeria.

4. OBJECTIUS

4.1. GENERAL

Identificar el grau de satisfacció de les persones grans, que han estat ingressades en centres hospitalaris, en relació a l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria.

4.2. ESPECÍFICS

1. Definir el perfil sociodemogràfic i sanitari de les persones grans que han participat en l'estudi.
2. Identificar els indicadors de satisfacció de qualitat assistencial que generen major grau de satisfacció.
3. Identificar els indicadors de satisfacció de qualitat assistencial que produeixen major grau d'insatisfacció.
4. Determinar les diferències segons gènere pel que fa a la satisfacció de les persones grans en relació a l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria.
5. Determinar la relació entre l'edat i la satisfacció de les persones grans en relació a l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria.
6. Determinar la relació entre el temps d'hospitalització i la satisfacció de les persones grans en relació a l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria.
7. Determinar la relació entre el nivell global de personalització de les cures i el grau de satisfacció global en relació a l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria.

5. METODOLOGIA

5.1. DISSENY DE L'ESTUDI

Es va realitzar un estudi descriptiu i de tall transversal.

5.2. POBLACIÓ I MOSTRA D'ESTUDI

La població d'estudi va ser persones de 60 anys o més, que havien estat ingressades en un centre hospitalari, tenint en compte els criteris d'inclusió i d'exclusió que es detallen més endavant.

La mostra va ser seleccionada a partir de les persones que participaven en les activitats que s'organitzen en diversos centres de la Comarca d'Osona. Concretament, es va comptar amb el Casal de Gent Gran de Vic i el Casal de Gent Gran Frederica Montseny de Manlleu, que pertanyen al Departament de Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya, i els Centres de Serveis per a la Gent Gran de Calldetenes i Sant Vicens de Torelló. Després d'obtenir el consentiment dels responsables d'aquests Centres, es va comunicar de forma verbal als usuaris dels esmentats centres, mentre estaven reunits en grup, sobre la realització d'aquest estudi, i es va determinar els possibles candidats: persones grans que van estar ingressades en un centre hospitalari durant un període superior a 24 hores durant els últims sis mesos. Als potencials candidats també se'ls va informar per escrit. Posteriorment, amb l'obtenció del consentiment informat, es van realitzar algunes entrevistes en el mateix Centre. Amb altres persones es va concertar dia i hora per realitzar l'entrevista en el domicili particular.

També es va comptar amb les professionals d'infermeria de l'Equip d'Assistència Primària (EAP) del Centre d'Atenció Primària Vic Sud per a reclutar persones grans ateses en aquest Centre que complissin els criteris necessaris per a la participació. Les infermeres van establir un primer contacte amb els possibles candidats, quan aquests anaven a la consulta o bé a través de trucada telefònica, per informar-los de l'estudi i registrar el nom i el telèfon de les persones que acceptaven participar voluntàriament, amb l'objectiu que la investigadora contactés amb elles per confirmar la voluntat de participar en

l'estudi, i demanar el consentiment de poder-los entrevistar en el seu domicili. Es va acordar dia i hora telefònicament. Una vegada al domicili particular, es va explicar amb més detall l'estudi i la seva finalitat, es va lliurar el full d'informació a l'usuari i, un cop signat el full de consentiment informat, es va realitzar l'entrevista.

Inicialment s'havien reclutat 32 persones. Dues d'elles van ser excloses pel fet d'haver passat un temps superior a sis mesos del seu ingrés. Al final, van participar 30 persones, de les quals 12 havien estat ingressades en dos centres hospitalaris consecutius, pel que es van avaluar ambdues experiències, resultant un total de 42 enquestes realitzades.

La recollida de dades es va realitzar durant dos mesos, del 26 de març al 23 de maig de l'any 2013.

5.3. CRITERIS D'INCLUSIÓ

Persones d'edat igual o superior als 60 anys, residents a la Comarca d'Osona, que van estar ingressades en un centre hospitalari durant un període major a les 24 hores durant els últims sis mesos, i que haguessin signat i lliurat el consentiment informat.

5.4. CRITERIS D'EXCLUSIÓ

Es van excloure de l'estudi les persones que presentaven demència, o un deteriorament cognitiu moderat o important (puntuació igual o superior a 5 del test cognitiu de Pfeiffer).

5.5. VARIABLES D'ESTUDI

Per a la recollida de dades es va realitzar una entrevista individualitzada utilitzant un qüestionari estructurat en dos apartats (annex 1): dades sociosanitàries del pacient i dades de satisfacció. Amb la dificultat d'accedir a la història clínica, pel que fa als antecedents patològics, la causa d'ingrés i les dades relacionades amb l'hospitalització, es va haver de comptar amb la informació proporcionada pels usuaris.

5.5.1. DADES SOCIO SANITÀRIES

- Edat: Temps transcorregut des del seu naixement fins la data de realització de l'entrevista. Es va mesurar en anys.
- Gènere: Pertinença a un grup de persones segons sexe, i definit com a home o dona.
- Estat civil: Condició particular segons els vincles personals amb altres individus. Es va classificar segons els criteris:
 - Solter/a
 - Casat/da
 - Separat/divorciat
 - Vidu/a
- Nivell d'estudis: Estudis que va cursar des de la seva infantesa. Es va categoritzar segons els criteris:
 - Analfabet
 - Sense estudis, sabent llegir i escriure
 - Estudis primaris
 - Estudis secundaris
 - Estudis universitaris
- Centre hospitalari d'ingrés: Tipus d'hospital on l'usuari va estar ingressat. Es va categoritzar en:
 - Hospital Sociosanitari
 - Hospital d'Aguts de primer nivell
 - Hospital d'Aguts de segon nivell
 - Hospital d'Aguts de tercer nivell
- Unitat assistencial: Unitat en la que se li va donar assistència en el seu procés de malaltia, podent ser:
 - Unitat geriàtrica d'aguts (UGA)
 - Convalescència
 - Medicina interna
 - Traumatologia
 - Cirurgia
 - Altres

- Motiu d'ingrés: Situació de malaltia que va patir l'usuari i per la qual va haver d'ingressar a l'hospital. Els motius d'ingrés es van agrupar segons els criteris:
 - Patologia respiratòria
 - Patologia digestiva
 - Patologia cardiovascular
 - Patologia osteomuscular
 - Patologia renal i urinària
 - Diabetis
 - Malaltia oncològica
 - Patologia neuropsiquiàtrica
- Antecedents patològics: Problemes de salut que presentava o havia patit la persona. Les patologies es van agrupar segons el següents criteris:
 - Patologia respiratòria
 - Patologia digestiva
 - Patologia cardiovascular
 - Patologia osteomuscular
 - Patologia renal i urinària
 - Diabetis
 - Obesitat
 - Úlceres
 - Malaltia oncològica
 - Patologia neuropsiquiàtrica
- Estada a l'hospital: Temps que l'usuari va estar ingressat a l'hospital, segons va informar l'usuari. Es va mesurar en dies.
- Temps transcorregut des de l'alta: Temps que va passar des que l'usuari va ser donat d'alta hospitalària fins el dia que se li va realitzar l'entrevista, segons va verbalitzar l'usuari. Es va mesurar en dies.
- Ingressos anteriors: Ocasions en que l'usuari va estar ingressat prèviament en un centre sanitari restant hospitalitzat. Pel fet que algunes persones no recordaven el nombre exacte de vegades que havien ingressat anteriorment en un hospital, es va classificar en nombre inferior a tres i igual o superior a tres.

– Estat cognitiu: Absència o presència de deteriorament cognitiu de l'usuari. Es va utilitzar el Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer en la seva versió espanyola (annex 2) (*Martínez et al. 2001*). És un test de 10 ítems que avalua la memòria a curt i llarg termini, orientació, informació sobre fets quotidians i capacitat per realitzar un treball matemàtic seriat. La puntuació obtinguda es categoritza de la següent manera:

- 0 – 2 errors: normal.
- 3 – 4 errors: deteriorament cognitiu lleu.
- 5 – 7 errors: deteriorament cognitiu moderat.
- 8 – 10 errors: deteriorament cognitiu sever.

Si el nivell educatiu és baix (estudis elementals) s'admet un error més per a cada categoria.

Si el nivell educatiu és alt (universitari), s'admet un error menys.

5.5.2. DADES DE SATISFACCIÓ

5.5.2.1. GRAU DE SATISFACCIÓ AMB LES CURES D'INFERMERIA

Per valorar el nivell de satisfacció que van presentar els usuaris en relació a les cures infermeres rebudes es va utilitzar el qüestionari de satisfacció "La Monica Oberst Patient Satisfaction Scale 12" (LOPSS 12), versió reduïda en castellà (*Pujiula et al., 2006*).

El qüestionari consta de 12 ítems que descriuen les conductes d'infermeria. Cada enunciat és seguit de 5 respostes d'una escala Likert classificades segons els criteris:

- 1: Totalment d'acord
- 2: Bastant d'acord
- 3: Ni d'acord ni desacord
- 4: Bastant en desacord
- 5: Totalment en desacord

5.5.2.2. PERSONALITZACIÓ DE LES CURES

Es va utilitzar un qüestionari amb 7 preguntes corresponents a la relació infermera-usuari, extret de l'Índex de Personalització de les Cures (*García et al., 2011*). Les preguntes tenen resposta afirmativa, negativa i l'opció "no sap no contesta".

5.5.2.3. GRAU DE SATISFACCIÓ GLOBAL

Es va plantejar una pregunta en relació al sentiment de satisfacció global que tenia l'usuari amb l'atenció d'infermeria. Aquesta pregunta té una resposta numèrica de graduació de 0 a 10 d'una escala de Likert des de gens satisfet a la màxima satisfacció manifestada per l'usuari.

5.5.2.4. RECLAMACIONS

L'última pregunta fa referència a si l'usuari o el seu familiar/cuidador van fer alguna reclamació o queixa en relació a l'atenció rebuda per part dels professionals d'infermeria durant el seu ingrés. La resposta va ser afirmativa o negativa.

5.6. ANÀLISI DE DADES

En l'anàlisi descriptiva, els resultats obtinguts es van expressar en freqüència (n) i percentatge (%) per a les variables qualitatives, i en mitjana i desviació estàndard (DE) per a les variables quantitatives.

La comparació de mitjanes es va dur a terme mitjançant el test t-Student per les variables amb distribució normal, i amb el test U-Mann-Withney per les variables asimètriques. La comparació de variables qualitatives es va realitzar amb el test Chi-quadrat. Es va establir un valor de significació estadística amb $p < 0,05$.

L'estudi de correlació es va determinar a partir de la r de Pearson o la r de Spearman segons les variables tenien un comportament normal o asimètric, respectivament.

L'anàlisi estadística es va portar a terme amb el programa informàtic SPSS® vs 21.0.

5.7. ASPECTES ÈTICS

El projecte d'aquest estudi va ser aprovat pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica (CEIC) de la Fundació Osona per a la Recerca i l'Educació Sanitàries (FORES).

Es va sol·licitar l'aprovació de la direcció dels centres que van participar en l'estudi amb el compromís d'informar-los dels resultats obtinguts.

Les persones que van participar en l'estudi ho van fer de forma voluntària. Prèviament se'ls va explicar en què consistia l'estudi, els motius pels quals es realitzava i el valor de la seva participació. Se'ls va lliurar un full informatiu per escrit (annex 3), i també se'ls va presentar la sol·licitud de consentiment informat (annex 4) que, conforme hi estaven d'acord, el van signar i en van lliurar una còpia a la investigadora, la qual es va comprometre a informar-los dels resultats de l'estudi segons ells manifestaven voluntat de ser informats. Ambdós informes van ser redactats en llengua catalana i castellana per facilitar-ne la comprensió segons llengua habitual de les persones.

També es va respectar la decisió de no voler participar, havent-los indicat que aquesta decisió no afectaria a la seva atenció.

Tanmateix, segons estableix la Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal (BOE núm. 298), es va mantenir la confidencialitat de les dades personals amb la utilització de codis identificatius, del que també es va informar a les persones entrevistades. I les dades obtingudes es van tractar únicament per a l'estudi.

6. RESULTATS

6.1. PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC I SANITARI

Les persones grans que van participar en l'estudi eren majoritàriament dones d'edat superior als 75 anys (rang de 64 a 97 anys), casades o vídues, amb un nivell d'estudis baix, i no presentaven deteriorament cognitiu. No es van observar diferències significatives entre homes i dones (taula 1).

Taula 1. Perfil sociodemogràfic

Variables/Indicadors	Total (n=30)	Homes (n=10)	Dones (n=20)	P	Valors de referència
Edat (anys, mitjana i DE)	78,0 ± 7,4	79,1 ± 5,4	77,5 ± 8,3	NS	
Gènere (n, %)					
Home	10 (33,3)	10 (100,0)	-		
Dona	20 (66,7)	-	20 (100,0)		
Estat civil (n, %)				NS	
Solter/a	5 (16,7)	2 (20,0)	3 (15,0)		
Casat/da	14 (46,7)	6 (60,0)	8 (40,0)		
Separat/divorciat	0 (0)	0 (0,0)	0 (0,0)		
Vidu/a	11 (36,7)	2 (20,0)	9 (45,0)		
Nivell d'estudis (n, %)				NS	
Analfabet	3 (10,0)	1 (10,0)	2 (10,0)		
Sense estudis: llegir i escriure	7 (23,3)	1 (10,0)	6 (30,0)		
Primaris	10 (33,3)	5 (50,0)	5 (25,0)		
Secundaris	8 (26,7)	3 (30,0)	5 (25,0)		
Universitaris	2 (6,7)	0 (0,0)	2 (10,0)		
Test de Pfeiffer (mitjana i DE)	1,4 ± 1,4	1,6 ± 1,6	1,2 ± 1,3	NS	(1)
Test de Pfeiffer (n, %)				NS	
Normal	24 (80,0)	7 (70,0)	17 (85,0)		
Deteriorament cognitiu lleu	6 (20,0)	3 (30,0)	3 (15,0)		

(1) Cognició normal: 0-2 punts. Deteriorament cognitiu lleu: 3-4 punts.

Dos terços de la població estudiada havia ingressat en un hospital d'aguts de segon nivell, majoritàriament a les unitats de cirurgia i traumatologia. Les persones que van ingressar en un hospital sociosanitari van ser ateses a la unitat de convalsència. L'estada mitja a l'hospital va ser de 2,5 setmanes, i el temps transcorregut des de l'alta hospitalària fins la data de l'entrevista superava els dos mesos de mitjana. La gran majoria dels enquestats havien ingressat prèviament en un hospital, essent majoritàries les persones que havien ingressat 3 o més vegades anteriorment. No es van observar diferències estadísticament significatives respecte el gènere (taula 2).

Taula 2. Dades d'hospitalització

Variables/Indicadors	Total (n=42)	Homes (n=14)	Dones (n=28)	P
Centre hospitalari d'ingrés (n, %)				NS
Hospital sociosanitari	10 (23,8)	3 (21,4)	7 (25,0)	
Hospital d'aguts	32 (76,2)	11 (78,6)	21 (75,0)	
Primer nivell	3 (7,1)	1 (7,1)	2 (7,1)	
Segon nivell	27 (64,3)	9 (64,3)	18 (64,3)	
Tercer nivell	2 (4,8)	1 (7,1)	1 (3,6)	
Unitat assistencial (n, %)				NS
Convalescència	10 (23,8)	3 (21,4)	7 (25,0)	
Cirurgia	9 (21,4)	4 (28,6)	5 (17,9)	
Traumatologia	6 (14,3)	1 (7,1)	5 (17,9)	
Medecina interna	5 (11,9)	1 (7,1)	4 (14,3)	
Unitat geriàtrica d'aguts	4 (9,5)	2 (14,3)	2 (7,1)	
Altres (no especificat)	8 (19)	3 (21,4)	5 (17,9)	
Temps d'estada a l'hospital (dies)	16,9 ± 24,4	20,3 ± 32,4	15,2 ± 19,7	NS
Temps transcorregut des de l'alta (dies)	70,1 ± 48,2	74,6 ± 62,6	67,8 ± 40,3	NS
Ingressos anteriors (n, %)				NS
0	6 (14,3)	2 (14,3)	4 (14,3)	
< 3	14 (33,3)	3 (21,4)	11 (39,3)	
≥ 3	22 (52,4)	9 (64,3)	13 (46,4)	

A la taula 3 es detallen els motius pels quals les persones van haver d'ingressar en un hospital, essent les patologies osteomusculars les més freqüents. No es van observar diferències estadísticament significatives al comparar resultats entre homes i dones.

Taula 3. Motius d'ingrés

Variables/Indicadors	Total (n=30)	Homes (n=10)	Dones (n=20)	P
Motiu ingrés (n, %)				NS
Patologia osteomuscular	9 (30,0)	2 (20,0)	7 (35,0)	
Malaltia oncològica	5 (16,7)	2 (20,0)	3 (15,0)	
Patologia respiratòria	4 (13,3)	1 (10,0)	3 (15,0)	
Patologia digestiva	4 (13,3)	1 (10,0)	3 (15,0)	
Patologia cardiovascular	3 (10,0)	2 (20,0)	1 (5,0)	
Patologia renal i urinària	2 (6,7)	1 (10,0)	1 (5,0)	
Patologia neuropsiquiàtrica	2 (6,7)	1 (10,0)	1 (5,0)	
Diabetis	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (5,0)	

Les patologies cardiovasculars, osteomusculars i digestives, van ser els antecedents patològics que es van presentar amb major freqüència. Tampoc es va evidenciar significació estadística respecte al gènere (taula 4).

Taula 4. Antecedents patològics

Variables/Indicadors	Total (n=30)	Homes (n=10)	Dones (n=20)	P
Antecedents patològics (n, %)				NS
Patologia cardiovascular	20 (66,7)	6 (60,0)	14 (70,0)	
Patologia osteomuscular	12 (40,0)	3 (30,0)	9 (45,0)	
Patologia digestiva	9 (30,0)	4 (40,0)	5 (25,0)	
Patologia renal i urinària	8 (26,7)	3 (30,0)	5 (25,0)	
Diabetis	8 (26,7)	2 (20,0)	6 (30,0)	
Patologia respiratòria	5 (16,7)	2 (20,0)	3 (15,0)	
Malaltia oncològica	5 (16,7)	2 (20,0)	3 (15,0)	
Obesitat	3 (10,0)	1 (10,0)	2 (10,0)	
Patologia neuropsiquiàtrica	1 (3,3)	0 (0,0)	1 (5,0)	
Úlceres	1 (3,3)	1 (10,0)	0 (0,0)	

6.2. DADES DE SATISFACCIÓ

Les taules 5.1 i 5.2 mostren el grau de satisfacció amb les cures d'infermeria valorat amb l'escala LOPSS 12. Els resultats evidencien que es va obtenir un alt nivell de satisfacció dels usuaris respecte les cures d'infermeria. Els aspectes millor valorats van ser: les infermeres tenien paciència, donaven la impressió que ocupar-se dels usuaris era el primer, aquests tenien la impressió que els podien fer preguntes lliurement, i les infermeres eren àgils en contestar les seves trucades.

No va destacar cap indicador valorat amb un nivell baix de satisfacció, però podem observar que, en general, el que va presentar major grau d'insatisfacció és el fet que les infermeres no consideraven les opinions i preferències dels usuaris respecte als plans de les seves cures.

Tanmateix, es va observar que els homes van valorar significativament millor a les infermeres respecte a que consideraven les seves opinions i preferències ($p=0,03$) i que contestaven amb rapidesa les seves trucades ($p=0,009$).

D'altra banda, tot i no haver-hi significació estadística entre dones i homes, es va observar una tendència a que els homes consideraven a les infermeres més amables ($p=0,077$), que realitzaven el seu treball a consciència ($p=0,064$), però no donaven la impressió que ocupar-se d'ells era el primer ($p=0,084$).

Taula 5.1 Satisfacció amb les cures d'infermeria. Escala LOPSS 12

Indicadors	Total (n=42)	Homes (n=14)	Dones N=28	P
1. Em van ajudar a comprendre la meua malaltia (n, %)				NS
Totalment d'acord	15 (35,7)	6 (42,9)	9 (32,1)	
Bastant d'acord	7 (16,7)	3 (21,4)	4 (14,3)	
Ni acord ni desacord	6 (14,3)	3 (21,4)	3 (10,7)	
Basant en desacord	5 (11,9)	0 (0,0)	5 (17,9)	
Totalment en desacord	9 (21,4)	2 (14,3)	7 (25,0)	
2. Semblaven més interessades en acabar les tasques que en escoltar les meves preocupacions (n, %)				NS
Totalment d'acord	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Bastant d'acord	7 (16,7)	4 (28,6)	3 (10,7)	
Ni acord ni desacord	6 (14,3)	3 (21,4)	3 (10,7)	
Basant en desacord	5 (11,9)	1 (7,1)	4 (14,3)	
Totalment en desacord	24 (57,1)	6 (42,9)	18 (64,3)	
3. Donaven la impressió que ocupar-se de mi era el primer (n, %)				NS
Totalment d'acord	24 (57,1)	9 (64,3)	15 (53,6)	
Bastant d'acord	10 (23,8)	1 (7,1)	9 (32,1)	
Ni acord ni desacord	6 (14,3)	2 (14,3)	4 (14,3)	
Basant en desacord	2 (4,8)	2 (14,3)	0 (0,0)	
Totalment en desacord	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
4. Haurien de ser més amables (n, %)				NS
Totalment d'acord	4 (9,5)	0 (0,0)	4 (14,3)	
Bastant d'acord	6 (14,3)	3 (21,4)	3 (10,7)	
Ni acord ni desacord	5 (11,9)	0 (0,0)	5 (17,9)	
Basant en desacord	3 (7,1)	0 (0,0)	3 (10,7)	
Totalment en desacord	24 (57,1)	11 (78,6)	13 (46,4)	
5. Van tenir poca paciència (n, %)				NS
Totalment d'acord	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (3,6)	
Bastant d'acord	1 (2,4)	0 (0,0)	1 (3,6)	
Ni acord ni desacord	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (7,1)	
Basant en desacord	5 (11,9)	1 (7,1)	4 (14,3)	
Totalment en desacord	33 (78,6)	13 (92,9)	20 (71,4)	
6. Poques vegades van considerar les meves opinions i preferències respecte als plans de les meves cures (n, %)				0,03
Totalment d'acord	14 (33,3)	2 (14,3)	12 (42,9)	
Bastant d'acord	2 (4,8)	2 (14,3)	0 (0,0)	
Ni acord ni desacord	8 (19,0)	4 (28,6)	4 (14,3)	
Basant en desacord	5 (11,9)	0 (0,0)	5 (17,9)	
Totalment en desacord	13 (31,0)	6 (42,9)	7 (25,0)	

Taula 5.2 Satisfacció amb les cures d'infermeria. Escala LOPSS 12 (continuació)

Indicadors	Total (n=42)	Homes (n=14)	Dones (n=28)	P
7. Donaven consells útils (n, %)				NS
Totalment d'acord	11 (26,2)	3 (21,4)	8 (28,6)	
Bastant d'acord	5 (11,9)	3 (21,4)	2 (7,1)	
Ni acord ni desacord	5 (11,9)	3 (21,4)	2 (7,1)	
Basant en desacord	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Totalment en desacord	21 (50,0)	5 (35,7)	16 (57,1)	
8. Podia compartir amb elles els meus sentiments (n, %)				NS
Totalment d'acord	17 (40,5)	7 (50,0)	10 (35,7)	
Bastant d'acord	4 (9,5)	0 (0,0)	4 (14,3)	
Ni acord ni desacord	14 (33,3)	5 (35,7)	9 (32,1)	
Basant en desacord	6 (14,3)	1 (7,1)	5 (17,9)	
Totalment en desacord	1 (2,4)	1 (7,1)	0 (0,0)	
9. Tenia la sensació que no els podia fer preguntes lliurement (n, %)				NS
Totalment d'acord	3 (7,1)	1 (7,1)	2 (7,1)	
Bastant d'acord	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (7,1)	
Ni acord ni desacord	5 (11,9)	1 (7,1)	4 (14,3)	
Basant en desacord	6 (14,3)	0 (0,0)	6 (21,4)	
Totalment en desacord	26 (61,9)	12 (85,7)	14 (50,0)	
10. Em comprenien quan els explicava els meus problemes (n, %)				NS
Totalment d'acord	17 (40,5)	5 (35,7)	12 (42,9)	
Bastant d'acord	5 (11,9)	2 (14,3)	3 (10,7)	
Ni acord ni desacord	15 (35,7)	3 (21,4)	12 (42,9)	
Basant en desacord	2 (4,8)	2 (14,3)	0 (0,0)	
Totalment en desacord	3 (7,1)	2 (14,3)	1 (3,6)	
11. Haurien de realitzar el seu treball més a consciència (n, %)				NS
Totalment d'acord	3 (7,1)	0 (0,0)	3 (10,7)	
Bastant d'acord	5 (11,9)	0 (0,0)	5 (17,9)	
Ni acord ni desacord	4 (9,5)	0 (0,0)	4 (14,3)	
Basant en desacord	5 (11,9)	3 (21,4)	2 (7,1)	
Totalment en desacord	25 (59,5)	11 (78,6)	14 (50,0)	
12. En ocasions eren una mica lentes en contestar les meves trucades (n, %)				0,009
Totalment d'acord	6 (14,3)	0 (0,0)	6 (21,4)	
Bastant d'acord	5 (11,9)	0 (0,0)	5 (17,9)	
Ni acord ni desacord	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
Basant en desacord	4 (9,5)	0 (0,0)	4 (14,3)	
Totalment en desacord	27 (64,3)	14 (100,0)	13 (46,4)	

Respecte la personalització de les cures (taula 6), l'ítem "Les infermeres de tots els torns el/la van cuidar de la mateixa manera" va ser el més ben valorat, però es va observar que les dones consideraven que l'atenció d'infermeria va ser

significativament diferent segons els torns ($p=0,026$). El segon ítem millor valorat va ser “La infermera es va presentar com a responsable de les seves cures”, seguit per “la infermera li va dir el seu nom”.

Taula 6. Personalització de les cures d’infermeria.

Indicadors	Total (n=42)	Homes (n=14)	Dones (n=28)	P
1.La infermera es va presentar com a responsable de les seves cures				NS
Si	28 (66,7)	11 (78,6)	17 (60,7)	
No	14 (33,3)	3 (21,4)	11 (39,3)	
No sap, no contesta	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
2.La infermera li va dir el seu nom				NS
Si	25 (59,5)	9 (64,3)	16 (57,1)	
No	14 (33,3)	4 (28,6)	10 (35,7)	
No sap, no contesta	3 (7,1)	1 (7,1)	2 (7,1)	
3.La infermera li va fer una entrevista per conèixer els aspectes relacionats amb la cura de la seva salut				NS
Si	7 (16,7)	2 (14,3)	5 (17,9)	
No	31 (73,8)	9 (64,3)	22 (78,6)	
No sap, no contesta	4 (9,5)	3 (21,4)	1 (3,6)	
4.La infermera li va preguntar pels seus dubtes i preocupacions				NS
Si	14 (33,3)	6 (42,9)	8 (28,6)	
No	26 (61,9)	8 (57,1)	18 (64,3)	
No sap, no contesta	2 (4,8)	0 (0,0)	2 (7,1)	
5.La infermera li va demanar la seva opinió sobre alguns aspectes de la seva cura				NS
Si	12 (28,6)	5 (35,7)	7 (25,0)	
No	30 (71,4)	9 (64,3)	21 (75,0)	
No sap, no contesta	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	
6.Abans de l’alta, la infermera li va oferir informació sobre les cures que havia de seguir a casa				NS
Si	21 (50,0)	10 (71,4)	11 (39,3)	
No	18 (42,9)	4 (28,6)	14 (50,0)	
No sap, no contesta	3 (7,1)	0 (0,0)	3 (10,7)	
7.Les infermeres de tots els torns el/la van cuidar de la mateixa manera				0,026
Si	34 (81,0)	14 (100,0)	20 (71,4)	
No	8 (19,0)	0 (0,0)	8 (28,6)	
No sap, no contesta	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	

És important senyalar que la majoria dels usuaris es van mostrar insatisfets respecte tres ítems de personalització de les cures, doncs van manifestar que la infermera no els va demanar la seva opinió sobre alguns aspectes de la seva

cura, no els va fer una entrevista per conèixer els aspectes relacionats amb la cura de la seva salut i no els va preguntar pels seus dubtes i preocupacions.

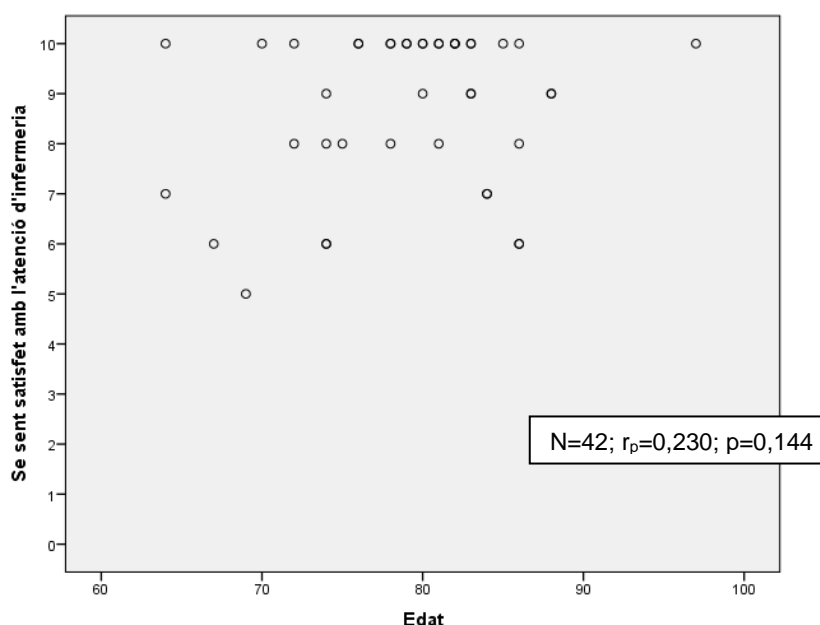
A la taula 7 s'observa que el valor de personalització de les cures d'infermeria a nivell global no va ser molt satisfactori. En canvi, cap de les persones va fer una reclamació o queixa per escrit en relació a l'atenció infermera durant el seu ingrés, i es va evidenciar un elevat grau de satisfacció global envers l'atenció d'infermeria. No es va observar diferències significatives entre gènere.

Taula 7. Altres indicadors sobre satisfacció en l'atenció infermera.

Indicadors	Total (n=42)	Homes (n=14)	Dones (n=28)	P	Valors de referència
Nivell global de personalització de les cures (mitjana i DE)	3,4 ± 2,1	4,1 ± 2,1	3 ± 2,1	NS	De 0 a 7
Grau de satisfacció global (mitjana i DE)	8,8 ± 1,5	9,4 ± 0,8	8,4 ± 1,7	NS	De 0 a 10
Reclamació o queixa per escrit (n, %)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	NS	

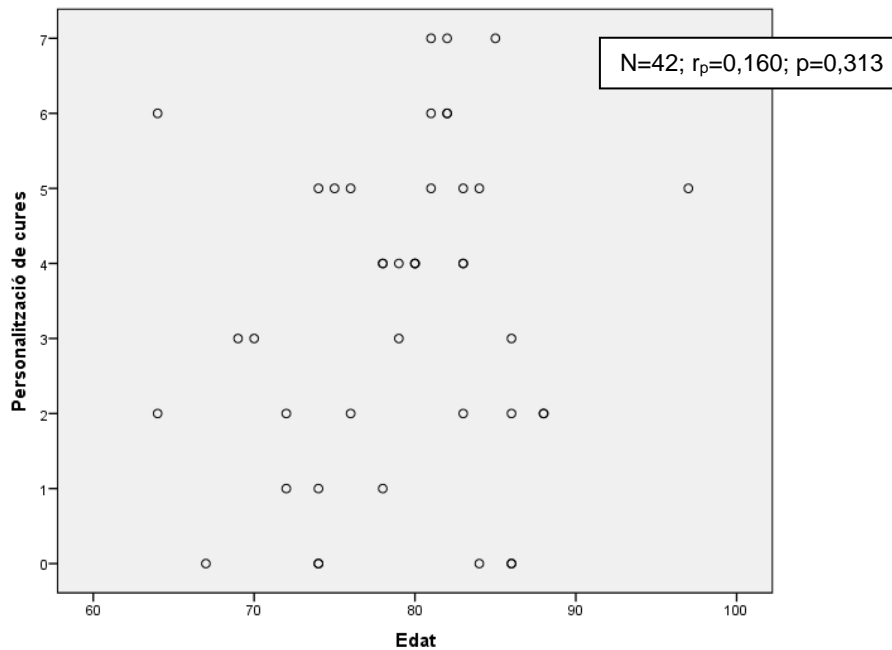
Al valorar el nivell de correlació entre el grau de satisfacció global de les persones grans en relació a les cures rebudes pels professionals d'infermeria i l'edat, es va observar que no hi va haver correlació significativa entre les dues variables; el grau de satisfacció global amb l'atenció d'infermeria no va augmentar a mesura que augmentava l'edat (figura 1).

Figura 1. Correlació entre el grau de satisfacció global amb l'atenció d'infermeria i l'edat



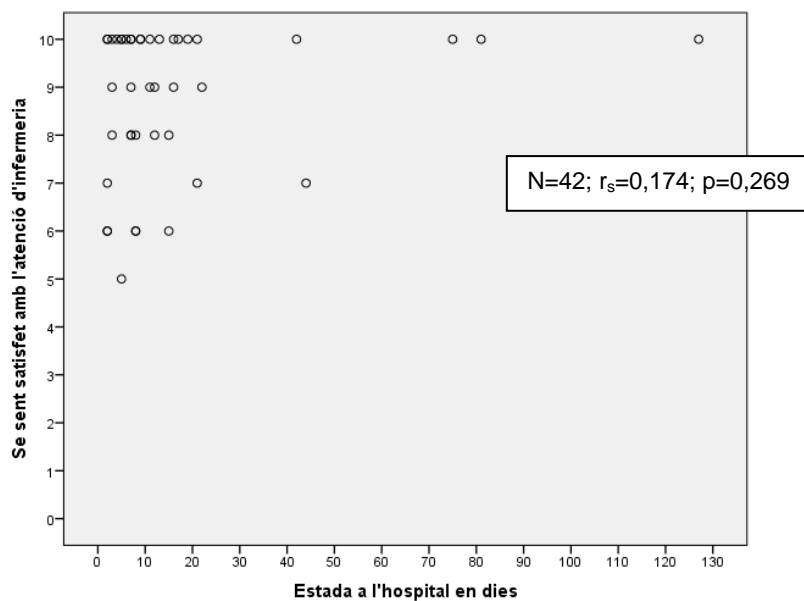
També es va observar que el nivell global de personalització de les cures d'infermeria no va ser major a mesura que augmentava l'edat. Així que tampoc es va evidenciar correlació significativa entre aquestes dues variables (figura 2).

Figura 2. Correlació entre el nivell global de personalització de les cures i l'edat



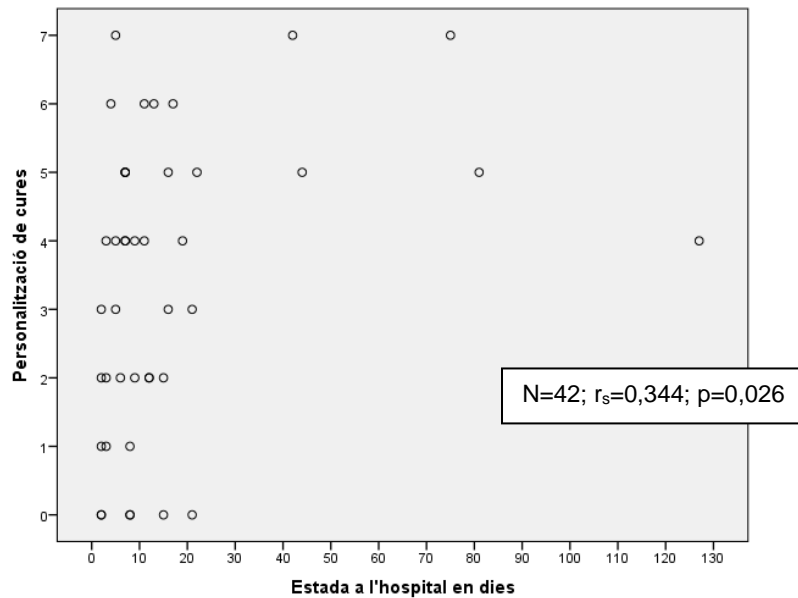
En el nostre estudi tampoc es va observar relació entre el temps d'hospitalització i el grau de satisfacció global de l'usuari (figura 3).

Figura 3. Correlació entre el grau de satisfacció global amb les cures d'infermeria i el temps d'hospitalització



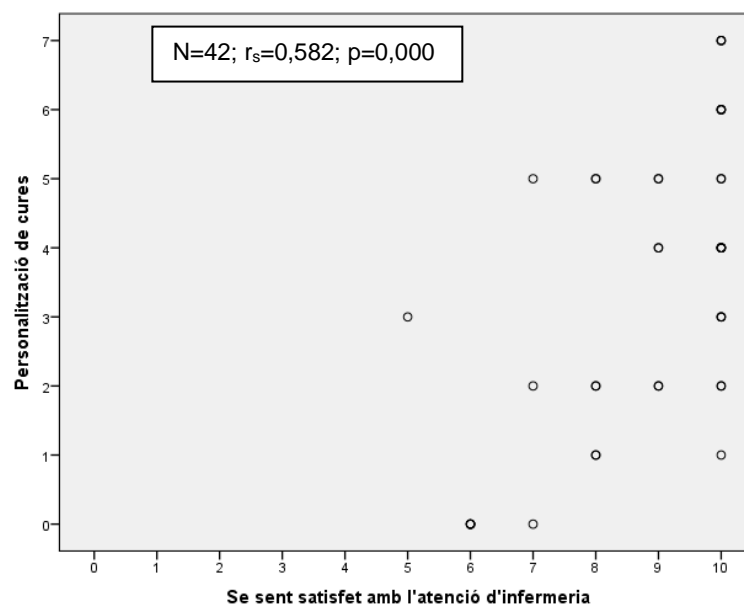
Pel contrari, és va evidenciar que a mesura que incrementava el temps d'hospitalització millorava la percepció dels usuaris respecte la personalització de les cures d'infermeria, però val a dir que la correlació va ser lleu (figura 4).

Figura 4. Correlació entre el nivell global de personalització de les cures d'infermeria i el temps d'ingrés.



Així mateix, també es va observar que el nivell de personalització de les cures augmentava conforme incrementava el grau de satisfacció global (figura 5).

Figura 5. Correlació entre el nivell global de personalització de les cures i el grau de satisfacció global amb les cures d'infermeria.



7. DISCUSSIÓ

7.1. PERFIL SOCIODEMOGRÀFIC I SANITARI

L'edat mitjana que es va observar en les persones que van participar en aquest estudi, va ser propera als 75 anys, resultat que coincideix amb estudis realitzats per altres autors (*Fernández et al., 2005; García, Almenara, González i Peralta, 2005; Gómez et al., 2012; Iglesias i Dosil, 2005*). Es va contemplar un predomini de dones respecte els homes, el que es corrobora en la majoria d'estudis (*Ariza, 2004; Fernández et al., 2005; Iglesias i Dosil, 2005; Vargas, Reyes, García, Martínez i Mendoza, 2000*). Les darreres dades de l'Institut d'Estadística de Catalunya (IDESCAT) indiquen que l'esperança de vida en néixer de la població de Catalunya s'estima en 82,3 anys de mitjana, 85,2 per a les dones i 79,3 per als homes. Les dones tenen en néixer gairebé 6 anys més d'esperança de vida que els homes. A Osona, també la població de dones és superior a la dels homes (*IDESCAT, 2012*). La major esperança de vida provoca la feminització del col·lectiu de les persones grans. La diferència de mortalitat entre homes i dones desequilibra la relació numèrica entre sexes, predominant les dones (*Abellán i Ayala, 2012; Pérez, 2010*). També val la pena senyalar que les dones grans, respecte els homes, tenen una pitjor percepció del seu estat de salut i qualitat de vida (*Gonzalo i Pasarín, 2004*), amb una major prevalença de trastorns crònics, mentals, discapacitat i major restricció de l'activitat habitual per problemes de salut (*Generalitat de Catalunya [GENCAT], 2013*).

En relació a l'estat civil, la predominança de persones casades i vídues també es va observar en els treballs de Vargas et al. (2000) i de Iglesias i Dosil, (2005), respectivament. Alguns autors han observat que les persones vídues són les que tenen taxes més altes d'ingrés, doncs l'efecte de la viudetat té com a conseqüència l'augment de recursos sanitaris i el temps de la utilització d'aquests (*Domínguez i García, 2011*). En el nostre estudi aquest estat civil es va presentar en segon lloc.

Diversos estudis (*Ariza, 2004; Fernández et al., 2005; Iglesias i Dosil, 2005; Vargas et al., 2000*) van observar que el col·lectiu de persones grans estudiades tenien un nivell d'estudis baix, resultat que també es va evidenciar

en aquest treball, i pot estar argumentat pel fet que aquestes persones, en la seva joventut, van viure un període de recessió econòmica a causa de la guerra civil, amb necessitat de treballar i escàs accés als estudis.

Respecte a l'estada mitja hospitalària, en el nostre estudi va ser de 2,5 setmanes, resultat que s'aproxima al d'altres recerques (*Domínguez i García, 2011; García et al., 2005*). En altres estudis es van observar estades inferiors (*Ariza, 2004; Pujiula et al., 2006*), possiblement podria ser degut a que en la mostra estudiada d'aquests últims hi havia persones joves i no únicament persones grans.

Les patologies que van identificar-se en major freqüència com a motiu d'ingrés i antecedents patològics van ser les osteomusculars, cardiovasculars, oncològiques, respiratòries i digestives, resultats que concorden amb altres estudis (*García et al., 2005; Gonzalo i Pasarín, 2004*). Aquest tipus de patologies es consideren malalties cròniques dels països desenvolupats, d'incidència creixent conforme avança l'edat (*GENCAT, 2013*).

7.2. SATISFACCIÓ DELS USUARIS AMB L'ATENCIÓ D'INFERMERIA

En aquest estudi es van evidenciar elevats nivells de satisfacció global dels usuaris amb la qualitat de l'atenció prestada pels professionals d'infermeria, resultat que va coincidir amb altres estudis (*Abdel et al., 2012; Barragán i Moreno, 2013; Cabrero et al., 1993; Gómez et al., 2012; González et al., 2005; Monteagudo et al., 2003; Pujiula et al., 2006*) que mostraren també un alt nivell de satisfacció. Tal com s'expressa en l'estudi d'Ainara López (2005), cal tenir en compte els possibles factors que poden influir en els resultats dels estudis de satisfacció. Ella manifesta que un dels principals inconvenients és la tendència dels usuaris a emetre respostes socialment acceptables a l'atorgar puntuacions positives i altes.

D'altra banda, els usuaris, al respondre a les preguntes sobre satisfacció global, sovint expressaven:

“Totes fan el que poden, a vegades més del que poden”, “Es nota la manca de personal per les retallades”, “Tenen molta feina”, “Hi ha

molta feina, hi posen voluntat”, “Eren totes molt atentes, pobretes, no paraven”.

Aquests comentaris estan relacionats amb la creença popular *“Els professionals estan fent el millor que poden”* (Turris, 2005) influint a l'informe de l'experiència com a bona o més satisfactòria.

La paciència que van mostrar les infermeres va ser un dels ítems millor valorats en el nostre treball, a l'igual que en estudis previs (García et al., 2011; Pujiula et al., 2006). Val a dir que, tot i que els usuaris reconeixien que les infermeres tenien paciència, ells també col·laboraven tal i com queda reflectit en algunes de les frases que vam dir:

“No en van haver de tenir gaire, moltes coses ja ho feia jo”, “Bien, tampoco era un enfermo problemático”, “Tampoc les vaig empipar gaire, tenia la família amb mi”, “Em sembla que en tenen però jo no les vaig amoïnar mai per res”.

També l'amabilitat va ser valorada positivament però no en un nivell elevat, en canvi, en altres recerques va ser molt ben valorada (Barragán i Moreno, 2013; Fernández et al., 2005; García et al., 2011; Mira et al., 2002; Monteagudo et al., 2003; Pujiula et al., 2006). En el nostre estudi alguns usuaris no es van mostrar molt satisfets pel fet d'observar diferències entre els professionals.

“N'hi ha que si, altres no”, “En general ho eren, alguna va fallar”, “Algunes ja ho són”, “Ja són amables, però es pot millorar”.

Els estudis realitzats per Mira et al. (2002), Romero et al. (2012) i Wagner i Bear (2009) han coincidit en considerar que el tracte rebut pels professionals és una de les primeres causes de satisfacció, identificant-se com a aspectes importants, el tracte humà i personalitzat, i l'empatia dels professionals. A l'igual que en el nostre estudi, diverses investigacions (García et al., 2011; Wagner i Bear, 2009) mostren una associació entre el grau de personalització i la satisfacció de l'usuari, on la percepció de la qualitat de les cures és major com més desenvolupi el model de personalització la infermera. Coincidint amb recerques anteriors (Monteagudo et al., 2003; Vargas et al, 2000), en el nostre treball la valoració de la personalització de les cures no va ser molt

satisfactòria. En canvi, en estudis previs (*González et al., 2005*) es va valorar positivament l'atenció personalitzada.

Tot i que, en aquest estudi, els participants van manifestar una òptima satisfacció respecte a que les infermeres s'havien presentat als usuaris com a responsables de les seves cures, en altres recerques no es va valorar tant positivament (*Daza et al., 2005*), essent els propis usuaris qui diferenciaven a les infermeres per la cinta que forma part de l'uniforme. Aquest aspecte també va ser expressat verbalment per algunes persones que van participar en el nostre estudi, dient que les infermeres no s'havien identificat com a infermeres i les identificaven pel color diferent del coll o per les tasques que realitzaven. Atès que els usuaris tenien varies infermeres que els cuidaven, van mostrar certs problemes en respondre a les preguntes per referir-se a totes elles. I en alguna ocasió van mostrar certes dificultats per aïllar l'atenció d'infermeria amb altres professionals en un context multidisciplinari (parlaven d'auxiliars i metges).

El fet que la infermera es presentés dient el seu nom es va reconèixer com a indicador de satisfacció, resultat que es va evidenciar en altres treballs (*Anderson i Hansebo, 2009; González et al., 2005; Romero et al., 2012*) on, tant els homes com les dones, van manifestar que el coneixement de les infermeres pel seu nom va ser la base per a una relació de confiança, i revelaven sentir-se satisfets quan la infermera es presentava o s'acomiadava. En l'estudi de *Daza et al. (2005)* alguns pacients opinaven que la relació amb la infermera és més propera quan es presenta, és més delicada i brinda més suport moral. Per contra, també trobem en la literatura (*Barragán i Moreno, 2013*) resultats de baixa satisfacció per haver-hi un percentatge elevat de persones que no coneixien el nom de la infermera.

D'altra banda, també es va considerar que les infermeres eren àgils en contestar a les trucades, resultat que va ser corroborat en treballs anteriors (*García et al., 2011*). Però diversos estudis han observat que aquest ítem actua com a variable que contribueix a la insatisfacció (*Barragán i Moreno, 2013; Monteagudo et al., 2003*). Aquests són alguns comentaris dels usuaris que van

participar en el nostre treball, on justificaven el motiu pel qual alguna vegada eren una mica lentes en contestar a les seves trucades:

“Alguna vegada, possiblement perquè tenien altra feina”, “Segons el treball que tenien”, “També s’ha de comprendre, s’ha de tenir consideració, anaven molt ocupades”, “Si ho eren, estava justificat”.

Un altre aspecte que es va valorar positivament va ser el fet que “les infermeres de tots els torns el van cuidar de la mateixa manera”, resultat que no va coincidir amb d’altres estudis (*Abdel et al., 2012*) on es va observar que els pacients estaven menys satisfets amb les cures d’infermeria durant el torn de nit.

En relació a la variable que les infermeres donaven consell útils, va ser una de les que va produir major insatisfacció en el nostre estudi, doncs algun dels usuaris comentava que de consells en donaven pocs o bé que eren aspectes que ja coneixien. També en altres receques (*García et al., 2011*), no va estar valorat molt satisfactòriament.

En aquest estudi, tant els resultats de l’escala de satisfacció LOPSS com els resultats de l’escala de personalització de les cures, coincideixen en considerar l’opinió dels usuaris respecte les seves cures com a ítem menys valorat. Val a dir que amb l’escala LOPSS es va observar que els homes van valorar significativament millor a les infermeres respecte a que consideraven les seves opinions, però amb l’escala de personalització de les cures no es van constatar diferències entre homes i dones. Tot i que les dues escales valoren el mateix, els diferents criteris de quantificació podrien ajudar a explicar aquest comportament diferent: escala Likert de 5 opcions per la LOPSS *versus* escala si-no-ns/nc per la personalització de les cures.

També es va evidenciar baixa satisfacció respecte a que les infermeres els van fer una entrevista per conèixer els aspectes relacionats amb la cura de la seva salut i preguntaven pels dubtes i preocupacions. Aspectes que es poden considerar importants, ja que l’entrevista és clau per obtenir informació, i sense aquesta, difícilment es podrà tenir en compte les opinions, preferències i preocupacions dels usuaris.

La satisfacció del pacient sobre l'atenció que ha rebut està determinada per factors sociodemogràfics i de coneixements previs sobre el propi concepte de qualitat de l'atenció sanitària (Álvarez et al. 2012). És destacable la relació que es descriu en diversos estudis entre les variables sociodemogràfiques dels usuaris, com l'edat, el sexe, l'estat civil i l'educació, amb un major o menor nivell de satisfacció (González et al., 2005; Johansson et al. 2002; Turrís, 2005; Wagner i Bear, 2009). En el nostre estudi no es va observar relació significativa entre les variables edat i satisfacció, resultat que també es correspon en altres investigacions revisades (Abdel et al., 2012; Ariza, 2004; Pujiula et al., 2006). Possiblement aquest resultat estava condicionat per la petita mostra d'estudi. D'altra banda, trobem estudis previs on es va observar correlació entre aquestes variables, manifestant major satisfacció com més gran és la persona (Andía et al., 2001; Breemhaar, 1990; Cabrero et al., 1999; Iglesias i Dosil, 2005; Kuosmanen, 2006). Andía (2001) considera que el grup d'usuaris més joves és més exigent. Breemhaar et al. (1990) van atribuir aquests resultats a que les persones grans tenen tendència a realitzar judicis més moderats, a un major desig de no molestar i a un major sentiment d'impotència. També Johansson et al. (2002) ho expliquen pel fet que les persones grans van créixer en una societat on les institucions tenien un gran poder i rarament eren qüestionades, el que pot significar que les persones grans no se sentin inclinats a criticar les cures d'infermeria.

El gènere és un dels factors que determina el nivell de satisfacció. Investigacions prèvies (Álvarez, et al. 2012; Anderson i Hansebo, 2009; González et al., 2005; Kuosmanen et al., 2006; Monteagudo et al., 2003) van establir que els homes es mostraven més satisfets amb l'atenció d'infermeria que les dones. En el nostre estudi, tot i que a nivell de satisfacció global no es van observar diferències significatives entre gènere, resultat que coincideix amb altres treballs (Ariza, 2004; Pujiula et al., 2006), sí es va evidenciar que els homes mostraven major satisfacció respecte a que les infermeres consideraven les seves opinions i preferències, contestaven amb rapidesa les seves trucades, eren més amables, i realitzaven el seu treball a consciència, encara que no donaven la impressió que ocupar-se d'ells era el primer. Així mateix, les dones van considerar que l'atenció d'infermeria va ser significativament diferent

segons els tornos. Les dones han estat tradicionalment cuidadores i per tant, més pendents de tota classe d'atencions i de cures, això pot explicar que donin més importància a certs aspectes de les cures que no pas els homes

Al valorar la relació entre temps d'hospitalització i grau de satisfacció global tampoc es va trobar relació significativa al igual que en altres investigacions (Álvarez et al., 2012; Andía et al., 2001). En canvi, en l'estudi de Wagner i Bear (2009) es va advertir que el nivell de satisfacció dels usuaris disminuïa conforme augmentava el temps d'hospitalització. Possiblement, a mida que s'allarga el temps d'ingrés de la persona, aquesta es mostra més cansada, més desanimada, fet que pot influenciar en la valoració, mostrant-se més insatisfeta. En el nostre estudi no es va valorar el nivell de dependència dels usuaris, aspecte que pot influir també en la satisfacció expressada per ells.

Per altra banda, es va observar una correlació lleu però significativa entre la personalització i el temps d'estada a l'hospital, i una correlació significativa entre la personalització i el grau de satisfacció global. En certa manera, podria ser esperable que la personalització augmenti amb el temps d'ingrés, doncs sembla que la relació infermera pot fer-se més intensa i, al augmentar la percepció dels usuaris respecte la personalització de les seves cures, també pot fer que aquests se sentin més satisfets.

En quant a les queixes o reclamacions no n'hi va haver, tot i que una persona va manifestar: *"Em sap greu no haver-ho fet i ho faria si conegués el seu nom"*. A l'estudi de Fimat et al. (2013) es va observar que el nombre de reclamacions rebudes va ser tan sols del 5% en les persones a partir dels 65 anys d'edat, i van expressar que es podria explicar pel fet que les persones grans són més conformistes amb les prestacions que reben, mentre que la població activa exigeix una major efectivitat i un millor tracte en l'assistència.

7.3. FORTALESES DE L'ESTUDI

El fet d'administrar el qüestionari personalment va facilitar la seva resposta per part dels usuaris, ja que es va poder anar orientant en les respostes segons la demanda o els dubtes que s'observaven. La taxa de respostes va ser del 100%, a diferència d'altres estudis en els quals s'enviaven les enquestes per

correu, obtenint amb aquest procediment una baixa taxa de respostes (Cabrero *et al.*, 1999; Gómez *et al.*, 2012; González *et al.*, 2005). També, en l'estudi realitzat per l'equip de García (2011), en el que els usuaris responien el qüestionari a través de trucada telefònica, es va observar la dificultat expressada pels usuaris en comprendre els ítems plantejats en negatiu.

7.4. LIMITACIONS DE L'ESTUDI

Aquest estudi presenta varies limitacions. Per una banda, el temps disponible per a la realització de les entrevistes personals no va permetre obtenir una mostra suficientment àmplia. Així doncs, per un desenvolupament més digne per aquest tipus d'estudi en un futur, caldria disposar de major temps per a la recollida de dades i, fins i tot, disposar de més recursos humans.

Tanmateix la mostra va ser petita i, per tant, pot tenir efectes sobre la validesa interna de l'estudi, així que els resultats no es poden generalitzar per a la població de persones grans de la Comarca d'Osona. Malgrat aquesta limitació, les nostres troballes poden proporcionar una idea del nivell de satisfacció d'aquestes persones, informació que pot ser útil per als professionals d'infermeria.

8. CONCLUSIONS

Els usuaris de l'estudi van expressar estar satisfets amb l'atenció rebuda dels professionals d'infermeria, tot i que no es va observar un elevat nivell de personalització de les cures i es van evidenciar alguns aspectes d'insatisfacció amb l'atenció rebuda.

En alguns dels aspectes valorats, els homes van mostrar major satisfacció que les dones. Així doncs, a més de l'edat, també el gènere és una característica important que cal tenir en compte en l'atenció de les persones.

Conèixer l'opinió dels usuaris, respecte la satisfacció en l'atenció rebuda per part d'infermeria, representa una oportunitat pels professionals de reflexionar sobre la pràctica clínica i ser crítics per avançar en el desenvolupament de la nostra professió, identificant aspectes susceptibles de millora amb la finalitat d'augmentar la qualitat de les cures que es presten, així com la qualitat de vida de les persones que reben les cures.

La relació demostrada entre la personalització i el grau de satisfacció evidencia que els aspectes de la relació interpersonal han de ser molt ben atesos en la pràctica infermera i, per tant, han de ser ben tractats en la formació acadèmica dels infermers. Així, és important de valorar la formació acadèmica dels estudiants d'infermeria i la necessitat de formació dels professionals.

Continua essent necessària més investigació en l'àmbit de la satisfacció, emprant mostres més grans, per conèixer les necessitats, no tan sols individuals, sinó també de les famílies/cuidadors, i a la vegada conèixer l'opinió dels professionals respecte les cures que ofereixen.

També pot ser d'interès realitzar estudis de disseny longitudinal, d'intervenció, amb l'objectiu d'obtenir millores en la satisfacció dels usuaris, després d'haver introduït canvis en l'actuació dels professionals.

Donat que a la bibliografia revisada s'exclouen les persones amb deteriorament cognitiu, pot ser necessària també investigació sobre aquestes persones, comptant amb els familiars i cuidadors com a informants de les dades.

D'altra banda, es pot considerar interessant realitzar estudis per conèixer les expectatives dels usuaris, identificant què esperen d'un centre de salut excel·lent, i així indicar en quins aspectes cal treballar per complir amb els requisits de satisfacció.

També pot ser d'interès realitzar estudis de metodologia qualitativa com a estratègia complementària a la recerca quantitativa, a fi de conèixer i comprendre, més i millor, què en pensen les persones usuàries de l'atenció assistencial.

9. AGRAÏMENTS

A la Dra. María Esperanza Dudet Calvo pel seu continuat suport i assessorament per a la realització d'aquest treball.

També voldríem agrair als professionals dels Centres per la seva col·laboració en el reclutament de la mostra per a l'estudi.

Alhora agrair, molt especialment, a tots els usuaris entrevistats, la seva participació ens va permetre portar a terme aquesta investigació que ens dóna l'oportunitat d'avançar en el coneixement i millorar en la nostra professió.

10. BIBLIOGRAFIA

- Abdel, A. S., Oweis, A. I., i Hasna, F. S. (2012). Differences between patients' expectations and satisfaction with nursing care in a private hospital in Jordan. *International Journal of Nursing Practice*, 18(2), 140-146.
<http://www.philadelphia.edu.jo/research-portal/uploads/23845.pdf>
- Abellán, A., i Ayala, A. (2012). Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos básicos. Madrid, Informes Portal Mayores, 131.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pm-indicadoresbasicos12.pdf>
- Álvarez, A. E., Olivares, C., Cadena, J. C. i Olvera S. S. (2012). Satisfacción de los pacientes hospitalizados con la atención de enfermería. *Enfermería Neurológica*, 11(2), 68-72.
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122c.pdf>
- Andersson, Å., i Hansebo, G. (2009). Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: From a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2038-2045. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05060.x
- Andía, C. M., Pineda, A. M., Matínez, C. i Saco, S. (2001). Satisfacción del usuario de los servicios de hospitalización del Hospital Nacional Sur Este EsSalud Cusco. *Rev. Situa*, 9(17): 18-26.
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/situa/2001_n17/satisfaccion.htm
- Ariza, C. (2004). Satisfacción del cuidado de enfermería en el paciente cardiaco. *Medwave*, 4(03):e2712 doi: 10.5867/medwave.2004.03.2712
- Barragán, J. A., i Moreno, M.C. (2013). Calidad percibida por usuarios de enfermería en tres hospitales públicos. *Enfermería global*, 29, 217-230.
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/153391/144021>

- Barrasa, J. I., i Aibar, C. (2003). Revisión sistemática de los estudios de satisfacción realizados en España en el periodo 1986-2001. *Rev Calidad Asistencial*, 18(7), 580-590. doi: 10.1016/S1134-282X(03)77642-8
- Bautista, L. M. (2008). Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco de Paula Santander, *Aquichan*, 8(1), 74-84.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-59972008000100007&script=sci_arttext
- Cabezalí, J. (2000). Descripción de las reclamaciones en tres centros de tercer nivel de la provincia de Barcelona. *Todo Hospital*, (171), 736-741.
- Cabrero, J., Richart, M. i Reig, A. (1993). Evaluación de la satisfacción del paciente hospitalizado. Empleo de una matriz multirasgo-multimétodo reducida. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(65), 405-418.
- Cabrero, J., Richart, M. i Reig, A. (1999). Satisfacción del paciente hospitalizado y recién dado de alta. *Enfermería clínica*, 5(5), 190-198.
<http://dps.ua.es/es/documentos/pdf/1999/satisfacion-del-paciente-hospitalizado.pdf>
- Cárcamo, C. (2011). Calidad percibida: ¿ilusión o percepción? *Revista De Calidad Asistencial*, 26(3), 184-187. doi:10.1016/j.cali.2010.12.003
- Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona (2013). Exercici professional. Competències de la professió.
<http://www.coib.cat/Generiques.aspx?idPagina=439&idMenu=656>
- Davis, A. (2005). Tenir cura i l'ètica del tenir cura en el segle XXI: Què sabem i què hem de qüestionar. *Revista del Col·legi Oficial d'Infermeria de Barcelona*, 1-25.
http://www.coib.org/uploadsBO/noticia/documents/CONFER%C3%A8NCIA%20ANNE%20DAVIS%20CATAL%C3%A0_DEF.PDF

- Daza, R., Torres, A. M., i Prieto, G. I. (2005). Análisis crítico del cuidado de enfermería: Interacción, participación y afecto. *Index De Enfermería*, 14(48-49), 18-22. doi: 10.4321/S1132-12962005000100004.
- Díaz, R. (2002). Satisfacción del paciente: Principal motor y centro de los servicios sanitarios. *Revista De Calidad Asistencial*, 17(1), 22-29.
<http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/57.pdf>
- Domínguez, J. A., i García, B. (2011). Edad, dependencia y consecuencias sociosanitarias. *Gerokomos*, 22(1), 13-19.
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n1/comunicacion2.pdf>
- Duarte, G., i Aguirre, A. (2003). Enfermera amable, paciente satisfecho. Validación de una nueva escala de la satisfacción de los usuarios. *Enfermería clínica*, 13(1), 7-15. doi: 10.1016/S1130-8621(03)73776-0
- Escuredo, B. (2006). El discurso de las enfermeras ante el cuidado de las personas mayores dependientes y sus cuidadores familiares. *Index de Enfermería*, 15(52-53), 45-48. doi: 10.4321/S1132-12962006000100010.
- Feldman, L., Vivas, E., Lugli, Z., Alviarez, V., Pérez, M. G., i Bustamante, S. (2007). La satisfacción del paciente hospitalario: Una propuesta de evaluación. *Revista De Calidad Asistencial*, 22(3), 133-140.
doi: 10.1016/S1134-282X(07)71208-3
- Fernández, C., i Granero, J. (2004). Reclamaciones del usuario: Un instrumento evaluador de los cuidados enfermeros. *Index De Enfermería*, 13(47), 21-25. http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132-12962004000300005&script=sci_arttext
- Fernández, J.J., Gandoy, M., Fernández, M. i Mayán, J. (2005). Estudio de la satisfacción asistencial de una población gerontológica gallega. *Gerokomos: Revista De La Sociedad Española De Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 16(3), 130-137.

- Fimat, S., Pérez, J.M. i González, O. (2013). Las reclamaciones en un centro de atención primaria de nueva creación. *Revista científica HYGIA de enfermería*, 83, 56-63.
<http://www.colegioenfermeriasevilla.es/Publicaciones/Hygia/Hygia83.pdf#page=56>

- García, C., Almenara, J., González, J. L., i Peralta, J. L. (2005). Morbilidad hospitalaria aguda de las personas mayores de Andalucía. *Anales De Medicina Interna*, 22(1), 4-8.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0212-71992005000100002&script=sci_arttext&tlng=en

- García, M. R., López, S. R., Orozco, M. J., Caro, R., Ramos, G., Márquez, M.J., ... i Serrano, C. (2011). Personalización enfermera y calidad percibida del cuidado en el ámbito hospitalario. *Gaceta Sanitaria*, 25(6), 474-482.
doi: 10.1016/j.gaceta.2011.04.010

- García, A.M., Soriano, A., Martínez, C., Poblete, V.M., Ruiz, S., Cortés, M., ... i Palomar, M.A. (2007). La satisfacción del usuario como indicador de calidad en un servicio de Medicina Nuclear. *Rev Esp Med Nucl.*, 26(3), 146-152.
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/125/125v26n03a13102484pdf001.pdf>

- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2012). Pla de salut de Catalunya 2011-2015.
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/Destaquem/Documents/plasalut_vfinal.pdf

- Generalitat de Catalunya, Departament de Salut (2013). Enquesta de salut de Catalunya 2012. Informe dels principals resultats.
http://www20.gencat.cat/docs/salut/Home/EI%20Departament/Estadistiques%20sanitaries/Enquestes/02_enquesta_catalunya_continua/Documents/Arxius/informeasca2012.pdf

- Gómez, S., del Río, O., Manrique, A., Rodríguez, M., i Fernández, M.J. (2012). Satisfacción del usuario en el Hospital Geriátrico Virgen del Valle de Toledo. *Revista de Calidad Asistencial*, 27(2), 78-84.
doi: 10.1016/j.cali.2011.08.004
- González, M. A., Padín, S., i de Ramón, E. (2005). Satisfacción del paciente con la atención de enfermería. *Enfermería Clínica*, 15(3), 147-155. doi: 10.1016/S1130-8621(05)71101-3
- Gonzalo, E., i Pasarín, M. I. (2004). La salud de las personas mayores. *Gaceta Sanitaria*, 18, 69-80.
http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112004000400012&script=sci_arttext
- Hanzelíková, A. (2011). La calidad percibida de los cuidados por los pacientes geriátricos agudos y los cuidadores principales. *Reduca (Enfermería, Fisioterapia y Podología)*, 3(2), 67-82.
<http://www.revistareduca.es/index.php/reduca-enfermeria/article/viewFile/723/740>
- Iglesias, P. M., i Dosil, A. (2005). Algunos indicadores de percepción subjetiva implicados en la satisfacción del residente mayor. Propuesta de una escala de medida. *Revista Española De Geriátria y Gerontología*, 40(2), 85-91.
<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/124/124v40n02a13073813pdf001.pdf>
- Institut d'Estadística de Catalunya (2012). Web de l'estadística oficial de Catalunya. Taula de vida. 1983-2010.
<http://www.idescat.cat/novetats/?id=1307>
- Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2012). Encuesta de Morbilidad Hospitalaria, 2011.
<http://www.ine.es/prensa/np762.pdf>

- Instituto Nacional de Estadística. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2013). Encuesta Nacional de Salud 2011-2012.
<http://www.ine.es/prensa/np770.pdf>
- Jiménez, M. C., Pulido, M. C., Villanueva, C., Villar, R., i Calero, M. J. (2011). El envejecimiento, la asignatura olvidada en la universidad española: ¿El iceberg de un tipo de negligencia? *Gerokomos*, 22(1), 8-12.
<http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n1/comunicacion1.pdf>
- Johansson, P., Oléni, M., i Fridlund, B. (2002). Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: A literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 16(4), 337-344.
doi: 10.1046/j.1471-6712.2002.00094.x
- Kuosmanen, L., Hätönen, H., Jyrkinen, A. R., Katajisto, J., i Välimäki, M. (2006). Patient satisfaction with psychiatric inpatient care. *Journal of Advanced Nursing*, 55 (6), 655-663.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03957.x
- Literas, L., Navarro, A., i Fontanals, M. D. (2010). Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. *Revista Española De Geriatria y Gerontología*, 45(6), 320-325. doi:10.1016/j.regg.2010.04.008
- López, A. (2005). La satisfacción de los usuarios: Un determinante de la calidad asistencial. *Metas De Enfermería*, 8(1), 53-56.
- Luis, M. T., Fernández, C., i Navarro, M.V. Capítol V (1998). El modelo de Virginia Henderson. Dins *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI* (p.33-38). Barcelona: Masson.

- Martínez, J., Dueñas, R., Onís, M. C., Aguado, C., Albert, C., i Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clín*, 117, 129-134.
http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13016734&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=2&ty=43&accion=L&orig en=zonadelectura&web=http://zl.elsevier.es&lan=es&fichero=2v117n04a13016734pdf001.pdf

- Martínez, T. (2010). Las buenas prácticas en la atención a las personas adultas en situación de dependencia. Madrid, Informes Portal Mayores, 98.
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-practic-as-01.pdf>

- Mira, J. J., Aranaz, J., Rodríguez, J., Buil, J. A., Castell, M., i Vitaller, J. (1998). SERVQHOS: un cuestionario para evaluar la calidad percibida de la atención hospitalaria. *Medicina Preventiva*, 4, 12-18.
http://calite-revista.umh.es/indep/web/art_servqhos.pdf

- Mira, J. J., Galdón, M., García, E. I., Velasco, M. V., Lorenzo, S., Vitaller, J... i Buil, J.A. (1999). ¿Qué hace que los pacientes estén satisfechos? Análisis de la opinión de pacientes y profesionales mediante la técnica delphi. *Rev Calidad asistencial*, 14, 165-177.
<http://www.calidadasistencial.es/images/gestion/biblioteca/49.pdf>

- Mira, J. J., Rodríguez-Marín, J., Peset, R., Ybarra, J., Pérez-Jover, V., Palazón, I., i Lorca, E. (2002). Causas de satisfacción y de insatisfacción de los pacientes en hospitales y atención primaria. *Rev Calidad Asistencial*, 17(5), 273-283. doi: 10.1016/S1134-282X(02)77517-9

- Monpart, M. P., i Duran, M. (2008). La calidad en la atención a la salud y los cuidados enfermeros. *Enfermería 21. Administración y gestión*, 21, 3-33.
http://www.enfermeria21.com/pfw_files/Muestras/administracion-cap21.pdf

- Monteagudo, O., Navarro, C., Alonso, P., Casas, R., Rodríguez, L., Gracia, J... i Herruzo, R. (2003). Aplicación hospitalaria del SERVQHOS: Factores asociados a la satisfacción e insatisfacción. *Rev Calidad Asistencial*, 18(5), 263-271. doi: 10.1016/S1134-282X(03)77619-2

- Nebot, C. (2000). Análisis de las reclamaciones en un centro de atención primaria de salud de especialidades. *Atención Primaria: Publicación Oficial De La Sociedad Española De Familia y Comunitaria*, 26(2), 107-110. doi: 10.1016/S0212-6567(00)78620-3

- Organización Mundial de la Salud (2013). Temas de salud. Envejecimiento. [http:// www.who.int/topics/ageing/es/](http://www.who.int/topics/ageing/es/)

- Palacio, F., Marquet, R., Oliver, A., Castro, P., Bel, M., i Piñol, J.L. (2003). Las expectativas de los pacientes: ¿qué aspectos valoran en un centro de salud? Un estudio cualicuantitativo. *Aten Primaria*, 31(5), 307-314. <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/27/27v31n05a13045712pdf001.pdf>

- Parés, D., Jimeno, J., Ibaceta, S., Hermoso, J., Sanchez-Pradell, C., Vallverdú, H... i Sancho-Gallego, C. (2012). Variación en las reclamaciones dirigidas a un Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo tras un cambio estructural y funcional hospitalario. *Cirugía Española*, 90(5), 322-327. doi: 10.1016/j.ciresp.2012.01.004

- Pérez, B., i García, P. (2005). Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. *Revista Cubana De Enfermería*, 21(2), 1-1. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000200003&script=sci_arttext

- Pérez, J. (2010). Demografía. El envejecimiento de la población española. *Investigación y Ciencia: Edición Española de Scientific American*, (410), 34-42. <http://digital.csic.es/bitstream/10261/29071/1/2010Inv%2BCiencia.pdf>

- Prat, A. (2006). La qualitat de l'assistència hospitalària. La percepció dels malalts. *Revista de la Reial Acadèmia de Medicina de Catalunya*, 21(2), 75-77. <http://www.raco.cat/index.php/RevistaRAMC/article/view/79716/103984>

- Pujiula, J., Suñer, R., Puigdemont, M., Grau, A., Bertrán, C., Hortal, G., et al. (2006). La satisfacción de los pacientes hospitalizados como indicador de la calidad asistencial. *Enfermería Clínica*, 16(1), 19-26.
doi: 10.1016/S1130-8621(06)71173-1

- Rodríguez, M. A., Arredondo, E., i Pulgarín, L. P. (2012). Validación de una escala de satisfacción con el cuidado nocturno de enfermería. *Revista Cubana De Enfermería*, 28(3), 218-227.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192012000300006&lng=es&nrm=iso.

- Romero, M., de la Cueva, L., Jover, C., Delgado, P., Acosta, B., Sola, M... i Sola, N. (2012). La percepción del paciente crítico sobre los cuidados enfermeros: Una aproximación al concepto de satisfacción. *Enfermería Intensiva*. doi: 10.1016/j.enfi.2012.09.003

- Turrís, S. A. (2005). Unpacking the concept of patient satisfaction: A feminist analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 50(3), 293-298.
doi: 10.1111/j.1365-2648.2005.03392.x

- Van der Elst, E., de Casterlé, B. D., i Gastmans, C. (2012). Elderly patients' and residents' perceptions of 'the good nurse': A literature review. *Journal of Medical Ethics*, 38(2), 93-97.

- Vargas, E. R., Reyes, S., García, C., Martínez, L., i Mendoza, A. (2000). Opinión del anciano sobre la atención de enfermería. *Rev Enferm IMSS*, 8(2), 91-94.
http://edumed.imss.gob.mx/edumed/rev_med/pdf/gra_art/A584.pdf

- Wagner, D., i Bear, M. (2009). Patient satisfaction with nursing care: A concept analysis within a nursing framework. *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 692-701. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04866.x

11. ANNEXES

Annex 1: Qüestionari

Data d'entrevista:Nº d'identificació:

1. Dades sociosanitàries

Gènere: Home Dona

Estat civil: Solter/a Casat/da

Edat: anys

Separat/divorciat Vidu/a

Nivell d'estudis:

Analfabet Sense estudis: llegir i escriure Primaris

Secundaris Universitaris

Centres hospitalaris d'ingrés:

Hospitals Sociosanitaris

Hospitals d'Aguts (1er. nivell 2on. nivell 3er. nivell)

Unitat assistencial: UGA Convalescència Medicina Interna

Traumatologia Cirurgia Altres

Motiu d'ingrés:

Antecedents patològics:

Data d'ingrés: Data d'alta: Estada a l'hospital: dies

Temps transcorregut des de l'alta: dies

Ingressos anteriors: < 3 ≥ 3

Presenta deteriorament cognitiu lleu: Si No Test Pfeiffer: puntuació.....

2. Dades de satisfacció

2.1. Grau de satisfacció amb les cures d'infermeria (LOPPS):

Els/les infermers/es que el van atendre a l'hospital:

1. Em van ajudar a comprendre la meua malaltia
1 2 3 4 5
2. Semblaven més interessades en acabar les tasques que en escoltar les meves preocupacions
1 2 3 4 5
3. Donaven la impressió que ocupar-se de mi era el primer
1 2 3 4 5
4. Haurien de ser més amables
1 2 3 4 5
5. Van tenir poca paciència
1 2 3 4 5
6. Poques vegades van considerar les meves opinions i preferències respecte als plans de les meves cures
1 2 3 4 5
7. Donaven consells útils
1 2 3 4 5
8. Podia compartir amb elles els meus sentiments
1 2 3 4 5
9. Tenia la sensació que no els podia fer preguntes lliurement
1 2 3 4 5
10. Em comprenien quan els explicava els meus problemes
1 2 3 4 5
11. Haurien de realitzar el seu treball més a consciència
1 2 3 4 5
12. En ocasions eren una mica lentes en contestar a les meves trucades
1 2 3 4 5

2.2. Personalització de Cures:

La infermera responsable de l'organització de les seves cures:

1. Aquesta infermera es va presentar com a responsable de les seves cures?
Si No No sap no contesta
2. Li va dir el seu nom?
Si No No sap no contesta
3. Aquesta infermera li va fer una entrevista per conèixer els aspectes relacionats amb la cura de la seva salut?
Si No No sap no contesta
4. Aquesta infermera li va preguntar pels seus dubtes i preocupacions?
Si No No sap no contesta
5. Aquesta infermera li va demanar la seva opinió sobre alguns aspectes de la seva cura?
Si No No sap no contesta
6. Abans de l'alta, aquesta infermera li va oferir informació sobre les cures que havia de seguir a casa?
Si No No sap no contesta
7. Les infermeres de tots els torns la van cuidar de la mateixa manera?
Si No No sap no contesta

2.3. Grau de satisfacció global:

- Se sent satisfet amb l'atenció d'infermeria: 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
(gens satisfet 0 – 4, poc satisfet 5 – 6, mitjanament satisfet 7 – 8, molt satisfet 9 – 10)

2.4. Reclamacions:

- Vostè, o algun familiar/cuidador, va fer alguna reclamació o queixa per escrit en relació a l'atenció infermera durant el seu ingrés? Si No

Annex 2: Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer
(versió espanyola)

1. Quin dia és avui? (dia, mes i any)	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
2. Quin dia de la setmana és avui?	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
3. On estem ara?	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
4. Quin és el seu número de telèfon? 4A. Quina és la seva adreça?	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
5. Quants anys té?	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
6. Quina és la data del seu naixement? (dia, mes i any)	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
7. Qui és ara el president del govern?	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
8. Qui va ser l'anterior president del govern?	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
9. Quins són els dos cognoms de la seva mare?	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
10. Vagi restant de 3 en 3 al número 20 fins arribar a 0. 20 menys 3 17 menys 3 14 menys 3 11 menys 3 8 menys 3 5 menys 3	<input type="checkbox"/> encert <input type="checkbox"/> error
Nombre total d'errors: _____	

Puntuació:

0 – 2 errors: normal.

3 – 4 errors: deteriorament cognitiu lleu.

5 – 7 errors: deteriorament cognitiu moderat.

8 – 10 errors: deteriorament cognitiu important.

Si el nivell educatiu és baix (estudis elementals) s'admet un error més per a cada categoria.

Si el nivell educatiu és alt (universitari), s'admet un error menys.

Annex 3: Full d'informació per a l'usuari

UVIC
FACULTAT DE
CIÈNCIES DE LA SALUT
I EL BENESTAR

————— Màster: “Envel·liment actiu. Prevenció i bases per a una atenció integrada”

Investigadora: Elisenda Jaumira i Areñas. DNI: 37286233-J

Diplomada en Infermeria.

Professora de la Universitat de Vic en la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar.

Porta a terme el projecte de recerca:

“GRAU DE SATISFACCIÓ D’UN COL·LECTIU DE PERSONES GRANS, EN RELACIÓ A L’ATENCIÓ REBUDA DELS PROFESSIONALS D’INFERMERIA, DURANT LA SEVA HOSPITALITZACIÓ”

El/la convidem a participar en l'estudi de recerca sobre la satisfacció de persones grans, en relació a l'atenció rebuda pels professionals d'infermeria durant la seva hospitalització.

La seva participació consisteix en respondre un qüestionari, que li proposarà l'autora de l'estudi, amb la finalitat de conèixer la seva opinió en relació a l'atenció que va rebre de les infermeres quan va estar hospitalitzat/hospitalitzada. Aquesta informació es considerarà rellevant per a la millora de la qualitat de les cures d'infermeria i de l'atenció hospitalària que s'ofereix, així com per a la millora de la qualitat de vida dels usuaris.

Si decideix no participar o retirar-se de l'estudi ho pot fer en qualsevol moment, sense haver de donar cap explicació. La seva decisió no repercutirà en la seva atenció o cures de cap mena.

Les seves dades seran tractades garantint l'anonimat i la confidencialitat amb la utilització d'un codi d'identificació.

Versió en català

DECLARACIÓ DE CONSENTIMENT INFORMAT

Senyor/a

Manifesta que:

- He rebut suficient informació sobre l'estudi.
- He pogut fer preguntes sobre l'estudi.
- He rebut respostes satisfactòries.
- Comprenc que la meva participació és voluntària.
- Comprenc que puc deixar de participar en l'estudi quan vulgui, sense haver de donar explicacions i sense que això tingui cap conseqüència.
- Estic d'acord en que les dades obtingudes en el qüestionari siguin analitzades i processades per l'autora del projecte, i que el seu contingut sigui utilitzat per extreure'n conclusions per a l'estudi.
- Entenc que tota la meva informació personal serà confidencial.

Declaro que he llegit i conec el contingut del present document, per això:

- Atorgo lliurement el meu consentiment a participar en l'estudi.
- Atorgo lliurement el meu consentiment a que els resultats de l'estudi puguin ser utilitzats per a una possible publicació, preservant la confidencialitat sobre la meva identitat.

Al signar aquest consentiment no renuncio a cap dels meus drets.

Rebo una còpia d'aquest consentiment per guardar-lo i poder-lo consultar en el futur.

Voldria ser informat dels resultats de l'estudi en el que participo: Si No

Signatura del participant

Senyor/a

Signatura de la investigadora

Senyor/a

Data