

ELS HÀBITS DE SALUT DELS PROFESSIONALS SANITARIS D'ATENCIÓ PRIMÀRIA

Iris Forcada Parrilla

Per citar o enllaçar aquest document:
Para citar o enlazar este documento:
Use this url to cite or link to this publication:
<http://hdl.handle.net/10803/399142>



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.ca>

Aquesta obra està subjecta a una llicència Creative Commons Reconeixement-
NoComercial-SenseObraDerivada

Esta obra está bajo una licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-
SinObraDerivada

This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial-
NoDerivatives licence



TESI DOCTORAL

ELS HÀBITS DE SALUT DELS
PROFESSIONALS SANITARIS D'ATENCIÓ
PRIMÀRIA

Iris FORCADA PARRILLA

2016



TESI DOCTORAL

ELS HÀBITS DE SALUT DELS
PROFESSIONALS SANITARIS D'ATENCIÓ
PRIMÀRIA

Iris FORCADA PARRILLA

2016

Programa de Doctorat en Biologia Molecular, Biomedicina i Salut

Línia Salut i Atenció Sanitària

Directora: Dra. Dolors JUVINYÀ i CANAL

Memòria presentada per optar al títol de Doctora per la Universitat de Girona



La **Dra. Dolors Juvinyà i Canal**, Catedràtica d'Escola Universitària del Departament d'Infermeria de la Universitat de Girona

DECLARA:

Que el treball titulat "**Els hàbits de salut dels professionals sanitaris d'atenció primària**", que presenta **Iris Forcada Parrilla** per a l'obtenció del títol de doctora, ha estat realitzat sota la meva direcció.

I, perquè així consti i tingui els efectes oportuns, signo aquest document.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a large, stylized 'D' followed by a horizontal line and a vertical stroke.

Dra. Dolors Juvinyà i Canal

Girona, 15 de juny de 2016

**A vosaltres,
Jordi, Martí i Jan.**

Agraïments

A la Dra. Dolors Juvinyà i Canal directora de la tesis per la seva confiança, el seu suport, el seu ajut i les seves orientacions en la realització d'aquesta tasca que pensava no acabaria mai i ara ja és una realitat. Gràcies Dolors!

Al Dr. Àlex Llobera Serentill pel seu coneixement en el programa informàtic Limesurvey® que va ser de gran ajuda a l'hora de recollir dades. Gràcies Àlex!

A la Dra. Anna Ponjoan Thäns per la seva ajuda, dedicació i paciència a preparar el protocol d'investigació per passar el CEIC. Gràcies Anna!

A la Roser Benavides Ollé per ajudar-me amb el gestor bibliogràfic Mendeley Premium i ser tan atenta i resolutiva davant els dubtes que anaven sorgint. Gràcies Roser!

A la Direcció d'Atenció Primària de la regió sanitària de Girona per creure en l'estudi i a tots/totes els directors/es i adjunts/es a direcció de totes les ABS de l'ICS de la regió sanitària de Girona per fer arribar a tots els professionals d'atenció primària el qüestionari objecte d'estudi.

A tots els professionals mèdics i d'infermeria d'atenció primària que de manera anònima i voluntària van participar en la resposta del qüestionari i als grups de discussió focal.

A tots els professionals sanitaris infermers i infermeres, metges i metgesses d'atenció primària que estimen, valoren i creuen en l'especialitat familiar i comunitària i que amb la feina del dia a dia fan que sigui una especialitat genial, magnífica i molt necessària. En especial a les meves metgesses preferides; la Dra. Cairó i la Dra. Quintana per haver-me ensenyat tantes coses i fer que l'activitat professional a atenció primària sigui tan interessant i per haver-me fet sentir tant bé professionalment parlant. Gràcies Irene i Anna.....sempre serem el Dream Team!!!

A la infermera Carlota Luna: gracias por compartir conmigo los días en el cap de Montilivi, sabes que sin ti el día a día no sería lo mismo.

A tota aquella gent que treballen dia a dia deixant-se la pell des de l'àmbit que sigui perquè la infermeria tingui el reconeixement i el prestigi que es mereix. Gràcies a totes aquelles persones anònimes infermeres de vocació que dia a dia deixen la infermeria en un llistó tan i tan alt que fan que sigui una professió fantàstica, especial i imprescindible.

Als meus pares Joan i Lourdes. Gràcies per tot el que heu fet per mi sense demanar mai res a canvi. Gràcies per ensenyar-me a lluitar pel què volia, per ensenyar-me a tirar endavant en moments difícils, gràcies per ensenyar-me a ser com sóc i ensenyar-me a anar pel món.

A la meva germana Georgina. Gràcies per estar sempre al meu costat i pels teus ànims en moments durs.

Als meus fills Martí i Jan. Gràcies per la vostra paciència en els meus dies de mal humor i sobretot gràcies al temps que heu estat sense mi entenen que la meva absència era per poder realitzar aquesta tesis que ara teniu a les mans. Us estimo!

Al meu estimat Jordi. Saps que sense el teu suport això no hagués estat possible. Gràcies per ensenyar-me a creure en mi. Gràcies per la tranquil·litat que transmetes. Gràcies per ensenyar-me a respirar tres vegades abans d'engegar-ho tot a rodar. Gràcies per fer de pare i de mare a l'hora durant aquests últims mesos perquè sé que han sigut durs i perquè imagino que hi han hagut moments en els que t'has sentit sol. Gràcies per ajudar-me a complir els meus somnis i gràcies per tot el que fas per mi i pels tetes dia darrera dia. Gràcies Jordi, t'estimo!

ÍNDEX

ÍNDEX D'ABREVIATURES

ÍNDEX DE FIGURES

ÍNDEX DE TAULES

RESUM 16

RESUMEN 19

ABSTRACT..... 22

1. INTRODUCCIÓ GENERAL 25

1.1 La salut i els seus determinants. 25

1.1.1 Promoció de la salut. 34

1.1.2 Alfabetització per la salut. 48

1.2 Hàbits saludables. 53

1.2.1 Alimentació. 60

1.2.2 Activitat física. 69

1.2.3 Tabac. 72

1.3 Atenció Primària de Salut. 74

1.3.1 Atenció primària de salut a Catalunya. 77

1.3.2 Professionals sanitaris d'atenció primària. 80

1.3.3 El rol educador dels professionals sanitaris d'atenció primària. 82

2. HIPÒTESI I OBJECTIUS 92

2.1 Hipòtesi. 92

2.2 Objectius. 92

3. METODOLOGIA 94

3.1 Disseny d'estudi. 94

3.2 Àmbit d'estudi. 94

3.3 Població d'estudi. 94

3.3.1 Criteris d'inclusió i exclusió. 95

3.3.2 Mostra. 95

3.4 Fase Quantitativa. 95

3.4.1 Definició de variables. 95

3.4.2 Instruments de recollida de dades i fonts d'informació. 96

3.4.3 Procediment de recollida de dades. 97

3.4.4 Descripció d'estudis pilot. 97

3.5 Fase Qualitativa. 97

3.5.1. Procediment de recollida de dades. 98

3.6 Anàlisi de dades. 98

3.7 Consideracions ètiques. 98

| | |
|---------------------------------------|------------|
| 4. RESULTATS..... | 100 |
| 4.1 RESULTATS FASE QUANTITATIVA. | 100 |
| 4.2 RESULTATS FASE QUALITATIVA. | 129 |
| | |
| 5. DISCUSSIÓ. | 146 |
| | |
| 6. CONCLUSIONS. | 162 |
| | |
| 7. BIBLIOGRAFIA..... | 164 |
| | |
| ANNEXOS | 175 |

ÍNDEX D'ABREVIATURES

| | |
|--------|---|
| ABS | Àrea Bàsica de Salut |
| AC | Atenció Continuada |
| ACUT | Atenció Continuada i Urgències de Base Territorial |
| AP | Atenció Primària |
| ATDOM | Atenció Domiciliària |
| CAP | Centre d'Atenció Primària |
| CEIC | Comitè Ètic d'Investigació Clínica |
| CHABS | Self-perception of Cardiovascular Health in Primary Care Physicians |
| DAP | Direcció d'Atenció Primària |
| EAP | Equip d'Atenció Primària |
| EESE | Encuesta Europea de Salud en España |
| ESCA | Enquesta de Salut de Catalunya |
| FAO | Food and Agriculture Organization |
| HLS-EU | European Health Literay Survey |
| IDIAP | Institut d'Investigació en Atenció Primària |
| ICS | Institut Català de la Salut |
| IMC | Índex de Massa Corporal |
| MONICA | Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease |
| OMS | Organització Mundial de la Salut |
| PAAS | Pla Integral per a la Promoció de la Salut |
| PADES | Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport |
| PAFES | Pla d'Activitat Física Salut i Esport |
| PAPPS | Programa d'Activitats Preventives i Promoció de la Salut |

| | |
|--------|---|
| PASSIR | Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva |
| RRHH | Recursos Humans |
| SAP | Sector d'Atenció Primària |
| UFISS | Unitat Funcional Interdisciplinària Socio Sanitària |
| USPSTF | United States Preventive Services Task Force |
| WHO | World Health Organization |
| WPHS | Women Physicians Health Study |

ÍNDIX DE FIGURES

| | |
|---|----|
| Figura 1. Els determinants de la salut. Lalonde, 1974..... | 30 |
| Figura 2. Model de determinants de la salut. Dahlgren i Whitehead, 1991..... | 32 |
| Figura 3. Piràmide de l'alimentació saludable. Generalitat de Catalunya, 2012..... | 67 |
| Figura 4. Transtheoretical Model of Change. Prochascka i DiClemente, 1983..... | 84 |

ÍNDIX DE TAULES

| | |
|---|-----|
| Taula 1. Fites de la promoció de la salut a nivell mundial..... | 36 |
| Taula 2. Objectius de salut per a tots en el segle XXI..... | 42 |
| Taula 3. Necessitats i àrees d'intervenció i el seu enfocament des de la promoció de la salut..... | 44 |
| Taula 4. Tipus d'intervenció en promoció i educació per la salut a nivell de la comunitat..... | 45 |
| Taula 5. Model de les 5A per a les intervencions d'assessorament..... | 73 |
| Taula 6. Característiques sociodemogràfiques dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 101 |
| Taula 7. Relació entre fer guàrdies d'atenció continuada i l'edat dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 102 |
| Taula 8. Relació entre fer guàrdies d'atenció continuada i el sector de treball dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 102 |
| Taula 9. Relació entre fer guàrdies d'atenció continuada per categoria laboral i l'edat dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 103 |
| Taula 10. Consum de tabac dels professionals sanitaris d'atenció primària. | 103 |
| Taula 11. Consum de tabac per col·lectiu laboral i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 104 |
| Taula 12. Activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 105 |
| Taula 13. Relació entre el consum de tabac dels professionals sanitaris d'atenció primària i fer guàrdies d'atenció continuada..... | 106 |
| Taula 14. Relació entre els dies destinats a la pràctica d'activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral..... | 107 |
| Taula 15. Relació entre el temps dedicat a l'activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral..... | 107 |
| Taula 16. Relació entre els dies destinats a la pràctica d'activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per sexe..... | 108 |
| Taula 17. Relació entre el temps dedicat a l'activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per sexe..... | 108 |

| | |
|--|-----|
| Taula 18. Relació entre fer guàrdies d'atenció continuada i els dies destinats a fer esport de tots els professionals sanitaris d'atenció primària..... | 109 |
| Taula 19. Relació entre els dies destinats a fer esport per categoria laboral i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 110 |
| Taula 20. Estat nutricional dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 110 |
| Taula 21. Estat nutricional dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral i sexe..... | 111 |
| Taula 22. Consum diari d'aliments dels professionals sanitaris..... | 114 |
| Taula 23. Consum setmanal (4/7) dels professionals sanitaris..... | 115 |
| Taula 24. Consum setmanal (2/4) dels professionals sanitaris..... | 116 |
| Taula 25. Consum d'aliments habituals i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 119 |
| Taula 26. Consum d'aliments habituals per categoria laboral i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària. | 120 |
| Taula 27. Consum d'aliments habituals en el col·lectiu d'infermeria..... | 121 |
| Taula 28. Consum d'aliments habituals en el col·lectiu de metges i metgesses..... | 122 |
| Taula 29. Consum d'aliments habituals en el col·lectiu de pediatres..... | 123 |
| Taula 30. Consum d'aliments habituals i dies destinats a fer esport dels professionals sanitaris d'atenció primària. | 124 |
| Taula 31. Relació entre el consum d'aliments habituals i la regió de treball dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 125 |
| Taula 32. Relació entre el consum de fast-food entre els professionals sanitaris d'atenció primària i fer guàrdies d'atenció continuada..... | 125 |
| Taula 33. Relació entre el consum de fast-food entre el professionals sanitaris d'atenció primària i els dies destinats a fer esport..... | 126 |
| Taula 34. Qualitat de la dieta dels professionals sanitaris d'atenció primària..... | 126 |
| Taula 35. Relació entre la qualitat de la dieta dels professionals sanitaris d'atenció primària i l'hàbit tabàquic..... | 127 |

| | |
|---|-----|
| Taula 36. Relació entre la qualitat de la dieta dels professionals sanitaris d'atenció primària, la categoria laboral i l'hàbit tabàquic..... | 127 |
| Taula 37. Relació entre la qualitat de la dieta dels professionals sanitaris d'atenció primària, l'hàbit tabàquic i els dies destinats a fer esport..... | 128 |
| Taula 38. Estructura de l'anàlisi de dades qualitatives per categoria i subcategoria..... | 129 |
| Taula 39. Característiques dels participants als grups de discussió..... | 130 |
| Taula 40. Característiques sociodemogràfiques dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral i sexe..... | 186 |
| Taula 41. Activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral i sexe..... | 187 |
| Taula 42. Consum diari d'aliments dels professionals sanitaris per categoria laboral i sexe..... | 188 |
| Taula 43. Consum setmanal (4/7) d'aliments dels professionals sanitaris per categoria laboral i sexe..... | 189 |
| Taula 44. Consum setmanal (2/4) d'aliments dels professionals sanitaris per categoria laboral i sexe | 190 |
| Taula 45. Qualitat de la dieta dels professionals sanitaris per categoria laboral i sexe..... | 190 |

RESUM

La fita general de la estratègia mundial de la OMS és promoure i protegir la salut de les persones a través de l'alimentació sana i l'activitat física.

La promoció de la salut en la persona adulta es basa especialment en l'estímul dels hàbits i estils de vida saludables com són una nutrició adequada, la pràctica de l'activitat física, l'abandonament de l'hàbit tabàquic i la reducció del consum d'alcohol entre d'altres.

Els professionals sanitaris haurien de ser els primers a realitzar bones pràctiques ja que són molt influents a la població i són un model i exemple, donat que és una de les principals funcions dels professionals sanitaris d'atenció primària.

Objectiu: Descriure els hàbits de salut dels professionals sanitaris, concretament dels infermers, infermeres, metges i metgesses de família i pediatres dels equips d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona.

Metodologia: Estudi descriptiu transversal que combina dos tipus de metodologia: la quantitativa i la qualitativa. La població d'estudi són els professionals sanitaris infermers, infermeres, metges i metgesses de família i pediatres de tots els centres d'atenció primària del Institut Català de la salut de la regió sanitària de Girona. L'estudi quantitatiu s'ha fet a partir d'una població de 1012 individus els quals se'ls hi va administrar un qüestionari sobre hàbits de salut i aspectes professionals.

Les dades s'han tractat amb el programa SPSS per a Windows 15.0 i s'han fet anàlisis estadístics bivariats en els quals s'han aplicat els testos estadístics pertinents per validar la significació estadística entre les variables que s'han considerat més rellevants. S'ha utilitzat la prova de la ChiQuadrat per analitzar variables qualitatives i s'han fet anàlisis de la variància (ANOVA) per estudiar la relació entre variables numèriques i qualitatives.

A la part qualitativa s'han realitzat 2 grups de discussió focal d'uns 7 i 8 professionals cadascun. La recollida de dades s'ha fet a partir de la transcripció de les opinions dels participants. S'ha utilitzat el programa Nvivo per analitzar els resultats.

Resultats: Van respondre el qüestionari 354 professionals obtenint una taxa de resposta del 34,98% sent 76,27% dones.

Un 50% dels professionals tenen entre 45 i 65 anys. El 30% tenen entre 35 i 44 anys i el 20% tenen entre 18 i 34 anys. Són la majoria de professionals dones.

L'experiència professional a atenció primària és llarga, el 29,7% dels professionals es troba entre 11 i 20 anys i solament el 9,9% és inferior a 5 anys. Fumen el 11,86%, sent superior en homes. El col·lectiu que més fuma és el d'infermeria 14,15%, sent els homes els que més fumen 23,3%.

Fan esport 3 dies o més a la setmana un 26,6%, sent un 17,5% dones. Un 19,2% dels professionals fan esport 2 dies a la setmana i un 10,2% fan esport 1 dia a la setmana. Són els del col·lectiu d'infermeria els que més practiquen.

Un 5,11% dels professionals manifesten una qualitat de la dieta saludable, un 90,62% una qualitat adequada i un 3,97% una qualitat de la dieta inadequada. Els valors es mostren similars per homes i dones, tenen una alimentació variada i equilibrada en la majoria dels casos.

El 51,97% dels professionals d'atenció primària mengen verdura 1 cop al dia, el 56,49% mengen fruita 2 cops o més al dia.

Els participants al focus grup coincideixen en l'opinió de que els hàbits de vida més importants i rellevants són: tenir una bona alimentació, la realització d'exercici físic i tenir una bona salut mental.

Conclusions: Els professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona són majoritàriament dones en tots els col·lectius i especialment en el

d'infermeria.

Els que més fumen són els homes infermers. En el col·lectiu pediàtric manifesten no fumar.

Destaca un baix percentatge d'activitat física entre professionals. Els professionals que no fan esport mai són majoritàriament dones.

En general l'alimentació dels professionals sanitaris d'atenció primària és adequada.

Paraules clau: Promoció de la salut, hàbits saludables, professionals sanitaris, atenció primària, tabac, exercici físic, alimentació.

RESUMEN

La meta general de la estrategia mundial de la OMS es promover y proteger la salud de las personas a través de una alimentación sana y la actividad física.

La promoción de la salud en el adulto se basa especialmente en el estímulo de los hábitos y estilos de vida saludables como son una nutrición adecuada, la práctica de la actividad física, el abandono del hábito tabáquico y la reducción del consumo de alcohol entre otros.

Los profesionales sanitarios deberían ser los primeros en realizar buenas prácticas ya que son muy influyentes a la población y son modelo y ejemplo, dado que es una de las principales funciones de los profesionales sanitarios de atención primaria.

Objetivo: Describir los hábitos de salud de los profesionales sanitarios, concretamente de los enfermeros, enfermeras, médicos y médicas de familia y pediatras de los equipos de atención primaria del Institut Català de la Salut de la región sanitaria de Girona.

Metodología: Estudio descriptivo transversal que combina dos tipos de metodología: la cuantitativa y cualitativa. La población de estudio son los profesionales sanitarios enfermeros, enfermeras, médicos y médicas de familia y pediatras de todos los centros de atención primaria del Institut Català de la Salut de la región sanitaria de Girona. El estudio cuantitativo se ha hecho a partir de una población de 1012 individuos, los cuales se les administró un cuestionario sobre hábitos de salud y aspectos profesionales.

Los datos se han tratado con el programa SPSS para Windows 15.0 y se han hecho análisis estadísticos bivariados en los cuales se han aplicado tests estadísticos pertinentes para validar la significación estadística entre las variables que se han considerado mas relevantes. Se ha utilizado la prueba de la ChiQuadrat para analizar variables cualitativas y se han hecho análisis de la

varianza (ANOVA) para estudiar la relación entre variables numéricas y cualitativas.

A la parte de cualitativa se han realizado 2 grupos de discusión focal de unos 7 y 8 profesionales cada uno. La recogida de datos se ha hecho a partir de la transcripción de las opiniones los participantes. Se ha utilizado el programa Nvivo para analizar los resultados.

Resultados: Respondieron el cuestionario 354 profesionales obteniendo una tasa de respuesta del 34,98% siendo 76,27% mujeres.

Un 50% de los profesionales tienen entre 45 y 65 años. El 30% tienen entre 35 y 44 años y un 20% tienen entre 18 y 34 años. Son la mayoría de profesionales mujeres.

La experiencia profesional en atención primaria es larga, un 29,7% de los profesionales se encuentra entre 11 y 20 años y solamente el 9,9% es inferior a 5 años.

Fuman el 11,86%, siendo superior en hombres. El colectivo que mas fuma es el de enfermería 14,15%, siendo los hombres los que mas fuman 23,3%.

Hacen deporte 3 días o más a la semana un 26,6%, siendo un 17,5% mujeres. Un 19,2% de los profesionales hacen deporte 2 días a la semana y un 10,2% hacen deporte 1 día a la semana. Son los del colectivo de enfermería los que mas practican.

Un 5,11% de los profesionales manifiestan una calidad de la dieta saludable, un 90,62% una calidad adecuada y un 3,97% una calidad inadecuada. Los valores se muestran similares para hombres y mujeres, tienen una alimentación variada y equilibrada en la mayoría de los casos.

El 51,97% de los profesionales de atención primaria comen verdura 1 vez al día, el 56,49% comen fruta 2 veces o más al día.

Los participantes al grupo focal coinciden en la opinión de que los hábitos de vida más importantes y relevantes son: tener una buena alimentación, la realización de ejercicio físico y tener una buena salud mental.

Conclusiones: Los profesionales sanitarios de atención primaria de la región sanitaria de Girona son mayoritariamente mujeres en todos los tres colectivos y especialmente en el de enfermería.

Los que más fuman son los hombres enfermeros. En el colectivo de pediatría no fuman.

Destaca un bajo porcentaje de actividad física entre profesionales. Los profesionales que no hacen deporte nunca son mayoritariamente mujeres.

En general la alimentación de los profesionales sanitarios de atención primaria es adecuada.

Palabras clave: Promoción de la salud, hábitos saludables, profesionales sanitarios, atención primaria, tabaco, ejercicio físico, alimentación.

ABSTRACT

The main objective of OMS global strategy is to promote and protect the people health through healthy nutrition and doing physical activity.

The adult health promotion is especially based on stimulating habits and healthy lifestyles such as a balance diet to practice sport regulars, stop smoking and reduce alcohol consumption among others.

Health professionals should be the first to make good practice because they are very influential for the population and they should serve as a model and example, so this is one of their main functions.

Objective: To describe healthy habits of health professionals, like nurses, family doctors and pediatricians of primary care teams from the Institut Català de la Salut of the health region of Girona.

Methodology: Descriptive study that combines two types of methodology: quantitative and qualitative. The study population are nurses, family doctors and pediatricians as an example of health professionals. All of them are from Institut Català de la Salut in Girona's region. The quantitative study was made from a group of 1012 individuals, who answered a questionnaire about their healthy habits.

The information was treated with SPSS program for Windows 15.0 and bivariate statistical analyses have been made in which relevant statistical tests have been applied to validate the statistical significance between the variables considered most relevant. Test was used to analyse the qualitative variables ChiQuadrat and have made analysis of variance (ANOVA) to study the relationship between numerical and qualitative variables.

A qualitative part they have made 2 group of discussions about 7 and 8 professionals each. Data collection has been made from the transcription of interviewed opinions.

Results: 354 professionals answered the questionnaire obtaining a response rate of 34.98%. Knowing that 76.27% were women.

50% of professionals have between 45 and 65 years. 30% are between 35 and 44 years old and 20% are between 18 and 34 years. Most professionals were women.

Professional experience in primary care is long, 29.7% of professionals is between 11 and 20 years and only 9.9% is less than 5 years.

11.86% are smokers, being higher in men. The group that smokes more is nursing 14.15%; being men the higher smokers, 23.3%.

They do sport 3 or more days a week, 26.6%. Being women 17.5%. 19.2% of professional do sport twice a week and 10.2% do sport once a week. Nurses are the group who most practice some sport.

5.11% of professionals have a healthy balanced diet, 90.62% a good quality balanced diet and 3.97% an inappropriate balanced diet. The values are similar for men and women. They have a varied and balanced diet in most cases. 51.97% of health professionals primary care eat vegetables once a day, 56.49% eat fruit twice a day.

Health professionals who participated in the discussion group agreed on the view that the habits of most important and relevant life are: to have a good balanced diet, physical exercise and good mental health.

Conclusions: Health professionals of primary care of Girona's region are mostly women. These three groups I have studied is also the most prevalent female sex; especially as the group of nursing.

The ones who smoke more are men. In the pediatrician group they say that they don't smoke.

It highlights a high rate of physical inactivity among professionals. Professionals who don't practice any are mainly women.

In general the feeding of primary care health professionals is adequate.

Keywords: Health promotion, health habits, health professionals, primary care, tobacco, physical exercise, feeding.

1. INTRODUCCIÓ GENERAL

1.1 La salut i els seus determinants.

Tradicionalment els conceptes de salut i malaltia s'han treballat des d'una visió dicotòmica que diferenciava allò natural, sà o normal d'allò antinatural i no sa que es devia evitar per centrar la teoria que considerava la salut com l'absència de malaltia (entenent com acceptable que qui posseïa salut no estava malalt). Aquesta visió va començar a canviar entre les dècades de 1940 i 1950, quan es va començar a aplicar un sentit més positiu i molt més ampli de la salut. Són moltes les definicions de la salut que s'han fet fins a l'actualitat. Lògicament, el pas del temps ha anat modelant el propi concepte, de tal manera que, mantenint elements conceptuals bàsics se'n han anat incorporant d'altres de més nous i més afins a la visió moderna i global de benestar i salut. (1)

L'any 1941 l'historiador de la medicina Sigerist indicava que: *“la salut no és simplement l'absència de malaltia, és alguna cosa positiva, una actitud joiosa i una acceptació alegre de les responsabilitats que la vida imposa al individu”*. Aquesta és la definició que donat el seu caràcter de positivisme de la salut va tenir una gran acceptació. (1)

L'any 1945 Stampar va expressar que: *“la salut és el complet benestar físic, psíquic i social i no solament l'absència d'afeccions o malalties”*. En el seu moment fou una definició molt acceptada fins al punt que la OMS la va acceptar i la va fer seva formant part del preàmbul de la seva constitució. Va suposar un gran avenç al considerar la salut com un estat en termes positius (“complet benestar”) i no només l'absència de malaltia, incloent per primera vegada les àrees de la salut mental i social i acceptant el benestar físic com alguna cosa complementària i no com el fet principal per estar sà. Aquesta definició aviat va tenir els seus detractors que la van considerar negativa i sobretot utòpica,

subjectiva i estàtica; bàsicament pel terme “complet”; tan difícil de precisar. Per tot això, amb el temps la definició que s’ha preferit utilitzar ha sigut la de Terris. (1)

L’any 1956 Dubos va plantejar la següent definició: *“salut és un estat físic i mental raonablement lliure d’incomoditat i dolor, que permet a la persona en qüestió funcionar efectivament el temps més llarg possible en l’ambient on per elecció està ubicat”*. En aquesta definició la salut sembla quedar reduïda a les dimensions físiques i mentals. Fou Dunn qui l’any 1959 va mencionar i va començar a utilitzar la terminologia dimensió social en salut i va definir el què significa benestar.

Durant els anys següents es va seguir ressaltant i ponderant aquest concepte social de la salut. Diferents autors van relacionar l’element social en els seus conceptes de salut amb una intenció completa e integradora al vincular els processos biològics i socials amb els personals, els ideals de bona vida i de qualitat que cada persona i cada societat estableixen. Rogers 1960 i Fodor 1966 també van incloure el component social al concepte de salut definint-la com *“un estat continu amb graus intermitjos que fluctuen des de la salut òptima fins la mort”*.

En aquesta mateixa línia Seppilli 1971 va incloure l’element d’integració del individu en el seu ambient; definint la salut com *“una condició de l’equilibri funcional, tan mental com físic, conduint a una integració dinàmica del individu en el seu ambient natural i social”*.

L’any 1975 Terris va plantejar una de les definicions de salut més utilitzades; *“la salut és un estat de benestar físic, mental i social i la capacitat de funcionament i no només l’absència de malaltia o incapacitat”*. Terris va posar fi a l’hegemonia de la definició de 1946 de la OMS. Per a Terris la salut no implica estar lliure de malalties o d’incapacitats ni suposa un estat complet o absolut, sinó que es

planteja com alguna cosa que es desenvolupa de forma dinàmica en una escala continua, en un concepte conegut com “continu salut-malaltia” que estableix graus de salut que variaran al llarg del temps. (2)

En l'àmbit espanyol diferents autors han fet diferents aportacions en la definició de salut;

Salleras Sanmartí 1989 va conceptualitzar la teoria del continu salut-malaltia i va definir la salut com: *“ la fita de més alt nivell de benestar físic, mental i social i la capacitat de funcionament que permeten els factors socials en els que viu immers l'individu i la col·lectivitat”*. (2)

Laín Entralgo 1988 entenia la salut com: *“un hàbit psicosomàtic al servei de la vida i llibertat de la persona, que consistia per tant en la capacitat física de les persones per a realitzar amb la mínima molèstia i si fos possible amb joia, els projectes vitals del subjecte en qüestió”*. Per aquest autor el sentit subjectiu d'estar sà deriva de motius psicològics com la consciència de la pròpia validesa, el sentiment de benestar psico-orgànic, una certa seguretat de poder seguir vivint, la llibertat respecte el propi cos, el sentiment de similitud amb els altres homes i la possibilitat de governar el joc vital de la soledat i la companyia. (2)

Sáez, Font, Pérez i Marqués 1999 van indicar que la salut: *“és un procés d'adaptació. Designa la capacitat per adaptar-se als diferents entorns, per créixer i envellir, per curar-se quan s'està malalt i per esperar pacíficament allò que no té remei”*.

Existeixen diverses definicions de salut que divergeixen en funció de quin autor fa la definició; Piédrola Gil la va definir com: *“la salut és una cosa que tothom sap el què és; fins el moment en què la perd o intenta definir-la”*; possiblement aquesta sigui la millor apreciació atribuïda a un dels autors espanyols més importants en matèria de salut. (2)

L'actuació en l'àmbit dels principals factors determinants de la salut té un gran potencial per a reduir els efectes negatius de les malalties i promoure la salut de la població. En aquesta tasca no només el personal sanitari té una vital participació, es requereix de l'acció comunitària i de molts sectors dins i fora del sector de la salut. Aquesta participació ha d'encoratjar i donar suport al desenvolupament d'accions i xarxes per recollir, transmetre i intercanviar informació per avaluar i desenvolupar polítiques, estratègies i mesures adequades amb l'objectiu d'establir intervencions efectives destinades a abordar els diferents factors determinants de la salut.

Canadà va ser la primera nació que va posar de relleu la importància que té l'estil de vida; a la publicació: "*A New Perspective on the Health of Canadians*" el 1974. (3)

Aquest document que també es coneix com l'informe Lalonde, proporciona una perspectiva més àmplia pel que fa a la influència que tenen els factors externs en el sistema d'atenció sanitària tradicional en la salut i el benestar de les poblacions. L'informe Lalonde va demostrar l'impacte que tenen les decisions socials, polítiques i econòmiques en la salut i en el benestar de les poblacions, i va proposar que es creés una veritable associació per eliminar les desigualtats sanitàries i promoure el benestar. (4)

L'informe Lalonde proposava crear una nova estructura per afrontar els factors determinants per a la salut basant-se en la biologia humana, el medi ambient, l'estil de vida i les organitzacions d'atenció sanitària i reptava els sistemes de serveis d'atenció sanitària existents a mirar de manera més àmplia què és el que ajuda a les persones a tenir més salut i no només què fa que estiguin malaltes. En el mateix document Lalonde animava a posar més atenció als escassos recursos sanitaris que s'aplicaven a les persones amb més desavantatges: una manera de fer front a les desigualtats sanitàries. (4)

Segons Lalonde, el nivell de salut d'una comunitat està influenciat per quatre grans grups de determinants:

La biologia humana: condicionada per la constitució, la càrrega genètica, el creixement-desenvolupament i l'envelliment. Aquest grup de factors han sigut considerats fins a finals del segle XX com aquells que presentaven una menor capacitat de modificació. No obstant amb els avanços de la enginyeria genètica i la seva implicació en el desenvolupament preventiu de malalties cròniques s'assigna al conjunt de factors associats a la biologia humana d'una major responsabilitat com a causa de salut.

El medi ambient: contaminació física, química, biològica, psicosocial i sociocultural. L'acció individual o col·lectiva de cada un d'ells origina un gran nombre de patologies per tant el control dels seus efectes redueix la proporció de malaltia i mortalitat.

Els estils de vida i conductes de salut: drogues, sedentarisme, alimentació, estrès, conductes sexuals insanes, conducció perillosa i la mala utilització dels serveis socio-sanitaris. Hem de tenir en compte que determinades conductes de risc poden influir negativament en la salut. Es tracta de comportaments que actuen negativament sobre la salut als que els individus s'exposen voluntàriament i sobre els que es podria exercir un mecanisme de control. Aquest és el grup que més influència té en la salut.

Sistema de cures de salut (sistema d'assistència): beneficis de les intervencions preventives i terapèutiques, successos adversos produïts per l'assistència sanitària, llistes d'espera excessives i burocratització de l'assistència.

Aquests determinants són modificables ja que estan influenciat per els factors socials i per això les accions de la salut pública han de dirigir-se cap aquesta modificació. Lalonde mitjançant els diagrames de sectors circulars (Figura 1) va establir la importància o efecte relatiu que cada un dels determinants tenia sobre els nivells de salut. Al principi es va atribuir una major importància al medi ambient i al estil de vida. Posteriorment la major importància va recaure al

sistema d'assistència i cures de la salut, no obstant a dia d'avui sabem que la salut no només es millora i es manté tenint sistemes d'atenció de la malaltia. (3)

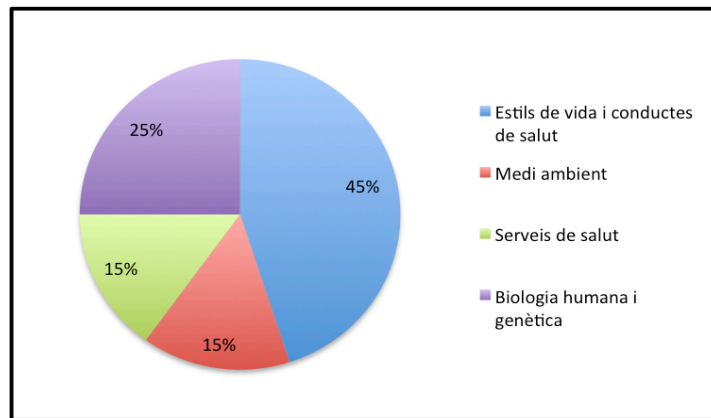


Figura 1. Els determinants de la salut (Lalonde, 1974)

Es va demostrar que les malalties causades per els estils de vida poc sans ocasionaven al sistema un elevat cost econòmic i en conseqüència hi va haver un canvi de pensament iniciat al Canadà després a Estats Units i posteriorment a Europa el què va conduir a un canvi de prioritats en salut pública derivant cap a un percentatge elevat de recursos cap a la prevenció i educació sanitària. En quan als estils de vida avui en dia es discuteix que aquests mateixos estils són producte dels condicionants socials i de la propaganda comercial per això donar-li informació a la població sobre els riscos de determinats estils de vida com el tabaquisme no són suficients per a fer-los canviar, es requereix crear les condicions perquè puguin exercir amb responsabilitat la seva autocura. (5)

La major part dels problemes de salut poden atribuir-se a les condicions socio-econòmiques de les persones. No obstant en les polítiques de salut han predominat les solucions centrades en el tractament de les malalties sense incorporar adequadament intervencions sobre les causes com per exemple les accions sobre l'entorn social. A nivell mundial les persones socialment desfavorides tenen menys accés als recursos sanitaris bàsics i al sistema de salut en conjunt. És així com emmalalteixen i moren amb major freqüència que aquelles que pertanyen a grups que ocupen posicions socials més privilegiades.

Això és fa més crític en alguns dels grups més vulnerables. Aquestes inequitats han augmentat tot i que mai abans havia existit en el món la riquesa, els coneixements i la sensibilitat i interès per els temes que pertocuen a la salut com en l'actualitat. Paradoxalment existeix suficient evidència provinent de països desenvolupats, d'accions possibles per a disminuir aquestes inequitats principalment a través de la implementació de polítiques e intervencions de salut que actuïn sobre els determinats socials. (6)

Els determinants de la salut de la població es poden representar com una sèrie d'estrats concèntrics al voltant d'unes característiques individuals com ara l'edat, el sexe i alguns factors constitutius que no són modificables. (7)

No hi ha salut si una de les dimensions no es troba equilibrada. Reprenent aspectes centrals de l'enfocament de determinants socials (Dahlgren i Whitehead 1991, Marmot 1996, Tarlov 1996, Diderichsen i Hallqvist 1998, Acheson 1998, Diderichsen, Evans i Whitehead 2001) és possible suposar que els estats de salut de les poblacions es van gestant al llarg de la vida com si es tractés de capes envolupants des de les quals es configura un entramat d'associacions i relacions entre els diversos factors i àmbits, expressions personals, familiars, socials i territorials que generaran moments de salut o de malaltia, dinàmics i canviants a través de les trajectòries vitals de totes i cadascuna de les persones involucrades en el grup. (4)

L'estat de salut de la població transcendeix la sumatòria de l'estat de salut de cadascuna de les persones. Tampoc no s'explica únicament per les condicions culturals, polítiques, econòmiques o socials dels territoris o grups socials en els quals es neix i es viu. Cada dimensió o àmbit i cada factor deixen la seva empremta en la vida humana. Són les associacions i la relació de cadascun dels determinants amb l'altre i d'aquest amb l'anterior el que determinarà un entramat d'estats de salut i de malaltia. De la mateixa manera que no hi ha unicausalitat en la malaltia tampoc no hi ha una relació lineal entre cada determinant i els estats de salut. La valoració per tant de les relacions entre

estats de salut i determinants, la comprensió de com aquests determinants ocasionen inequitats en salut ha d'assumir aquesta complexitat conceptual també en l'àmbit metodològic. (4)

El model Dahlgren i Whitehead explica com les inequitats en salut són el resultat de les interaccions entre diferents nivells de condicions causals des de l'individu fins a les comunitats. És conegut també com el model de capes (Figura 2); en aquest model les persones són la base amb les seves característiques i factors genètics que influeixen en les seves condicions de salut. Per sobre d'aquesta capa es troben els estils de vida de les persones i els comportaments individuals. En un estrat superior es localitzen les xarxes socials i comunitàries que conformen les relacions que s'estableixen entre les persones d'una comunitat i en un nivell superior les condicions de vida i treball que permeten un accés als serveis de salut, habitatge, educació i en darrer terme les condicions polítiques, econòmiques, culturals o de medi ambient que influeixen en les capes inferiors del model. (7)

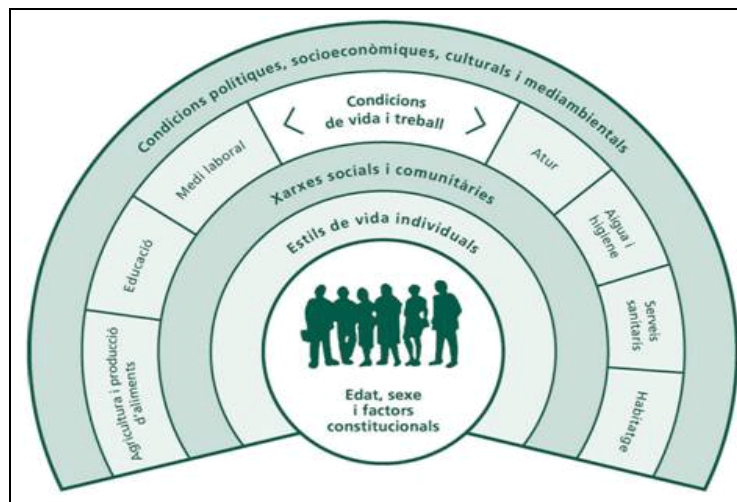


Figura 2. Model de determinants de la salut de Dahlgren i Whitehead, 1991.

El model Diderichsen ressalta com les societats organitzen gradients d'estratificació social i assignen diferents posicions socials a les persones. El model Brunner, Marmot i Wilkinson vincula l'estructura social amb la salut i la

malaltia a través de vies materials, psicosocials i conductuals. Tots pretenen revelar els factors i processos socials que influeixen sobre la salut mitjana d'una població permeten comprendre com alguns afecten de manera més significativa certs grups més vulnerables i contribueixen a augmentar les diferències en nivell de salut entre diferents grups socials. (4)

A tots els països del món s'observen desigualtats socials en salut de la ciutadania que es deriven principalment de les condicions en les quals les persones neixen, creixen, viuen, treballen i envelleixen. D'acord amb la declaració universal dels drets humans tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri per a ell i la seva família, la salut i el benestar especialment quant a alimentació, vestir, habitatge, assistència mèdica i els serveis socials necessaris. Molts dels problemes de salut més rellevants estan subjectes a la influència d'aquests determinants i de les condicions de vida de les persones. S'estima que un 80% dels determinants de la salut són fora del sistema sanitari. Aconseguir l'equitat en salut significa que les persones puguin desenvolupar el seu potencial de salut independentment del seu estatus social o altres circumstàncies determinades per factors socials. Hi ha un gradient social en salut, això és com pitjor és la posició social de la persona, pitjor salut té. Les accions haurien de centrar a reduir el gradient en salut. Les desigualtats en salut deriven de les desigualtats socials. L'acció sobre les desigualtats de salut requereix actuar a través de tots els determinants socials de la salut. Per reduir el pendent de gradient social en salut les accions han de ser universals, però amb una escala i intensitat proporcionals al nivell de desavantatge la qual cosa s'anomena universalisme proporcional. Les actuacions per reduir les desigualtats en salut beneficien la societat de moltes maneres i redueixen la càrrega de malaltia i els costos econòmics que s'hi associen i fa augmentar el benestar de la població. (7)

A més de revisar les diverses perspectives teòriques que originen aquests models de determinants de la salut és important reflexionar de cara a les preguntes que cada actor de la promoció per la salut o grup d'investigació o d'intervenció està fent. L'equip d'equitat de la OMS va proposar la construcció d'un model integral dels determinants socials de la salut incloent-hi quatre objectius que s'han d'intentar aconseguir:

- Aclarir els mecanismes pels quals els determinants socials generen iniquitats en salut.
- Indicar com els determinants es relacionen entre si.
- Proporcionar un marc per avaluar quins son els determinants socials i de salut que cal abordar.
- Projectar nivells específics d'intervenció i punts d'accés d'implementació de polítiques per a l'acció entorn dels determinants socials i de la salut.

(4)

1.1.1 Promoció de la salut.

La promoció de la salut es el procés de permetre a les persones incrementar el control sobre la seva salut i els seus determinants i així millorar la seva salut. Per assolir un estat de complet benestar físic, mental i social un individu o un grup han de ser capaços d'identificar i realitzar les seves aspiracions, de satisfer les seves necessitats i de canviar o adaptar-se al seu entorn. La salut es un recurs per a la vida quotidiana i la promoció de la salut és un concepte positiu que posa l'èmfasi en els recursos socials i personals així com en les capacitats. Per tant, no és només responsabilitat del sector sanitari sinó que fonamentalment, implica sectors no sanitaris. (8)

Sovint existeix una confusió sobre el que és i no és la promoció de la salut. Es confon prevenció clínica amb promoció de la salut. S'identifica erròniament, la promoció de la salut amb l'educació per a la salut i el màrqueting social orientats a modificar els factors de risc relacionats amb les conductes

individuals. (9) Es confon també la promoció de la salut amb l'actuació i educació sanitària sobre determinades patologies o grups de població amb malalties específiques. La promoció de la salut és quelcom més està profundament influïda per variables socials i per tant, és un producte social. (10) La promoció de la salut a diferència de l'abordatge clínic centrat en la malaltia, aplica una estratègia global que s'adreça a la població en el seu conjunt i no només a les persones malaltes, al desenvolupament de la salut i les seves causes socials i no només a l'àmbit biològic, combina metodologies i plantejaments diversos fugint del monopoli corporatiu i afavoreix la participació i l'autoajuda allunyant-se del paternalisme. No es tracta doncs d'un servei mèdic, sinó d'una activitat en l'àmbit de la salut pública i de les polítiques socials.

L'existència d'un procés de capacitatció (empowerment o apoderament) de persones i comunitats pot ser un signe per a determinar si una intervenció és de promoció de la salut o no. Les mesures de promoció de la salut i prevenció de la malaltia són activitats inqüestionables i constitueixen el primer pas per aconseguir millorar la salut de la comunitat. (4)

Fent referència a la promoció de la salut cal esmentar (Taula 1) les fites més importants de la promoció de la salut i la seva evolució al llarg dels anys.

Taula 1. Fites de Promoció de la Salut a nivell mundial.

| CONFERÈNCIA | DECLARACIÓ |
|--|---|
| I Conferència Internacional sobre Promoció de la salut. Ottawa (Canadà) 1986 | “Cap a una nova salut pública” |
| II Conferència Internacional sobre Promoció de la salut. Adelaide (Austràlia) 1988 | “Polítiques públiques favorables a la salut” “Necessitat de polítiques públiques favorables a la salut” |
| III Conferència Internacional sobre Promoció de la salut. Sundswall (Suècia) 1991 | “Entorns favorables per a la salut” |
| IV Conferència Internacional sobre Promoció de la salut. Yakarta (Indonèsia) 1997 | “Adaptació de la promoció de la salut al segle XXI” |
| V Conferència Internacional sobre Promoció de la salut. Mèxic DF (Mèxic) 2000 | “Nova era, nous actors: adaptar la promoció de la salut al segle XXI” “Promoció de la salut: cap a una major equitat” |
| VI Conferència Internacional sobre Promoció de la salut. Bangkok (Tailàndia) 2005 | “Els determinants de la salut en relació amb les polítiques i les aliances per l’acció sanitària” “Contribuir a reduir les desigualtats en matèria de salut en un món globalitzat mitjançant el foment de la salut” |
| VII Conferència Internacional sobre Promoció de la salut. Nairobi (Kenia) 2009 | “Enfortir lideratges i forces de treball” “Situat la promoció de la salut com a línia central” “Apoderar comunitats i individus” “Ampliar els processos participatius” “Construir i aplicar el coneixement” |
| VIII Conferència Internacional sobre Promoció de la salut. Hèlsinki (Finlàndia) 2013 | “Salut en totes les polítiques” |

Font: Elaboració pròpia

En la I Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut, que se celebra a Ottawa (Canadà) el 21 de novembre del 1986 es presenta La Carta d’Ottawa;

amb la finalitat d'actuar per assolir els objectius de *"Health for All"* de cara a l'any 2000 i posteriors.

Aquesta conferència era sobretot una resposta a les expectatives creixents per aconseguir un nou moviment per a la salut pública al món. Les converses se centraven en les necessitats existents en els països industrialitzats, però també tenien en compte les inquietuds similars que hi ha en totes les altres regions. La conferència incloïa l'evolució que es va produir mitjançant la Declaració d'Alma-Ata (antiga URSS 1978) sobre l'atenció sanitària primària, el document dels objectius de *"Health for All"* de l'Organització Mundial de la Salut i el recent debat de l'Assemblea Mundial de la Salut sobre l'acció intersectorial per a la salut.

Dos anys més tard es va celebrar la II Conferència Internacional sobre la Promoció per la Salut a Adelaide (Austràlia) l'any 1988. La Conferència d'Adelaide sobre política pública saludable seguia la direcció estipulada a Alma-Ata i a Ottawa i afegia el seu impuls. Dos-cents vint participants de quaranta-dos països van compartir experiències relacionades amb la formulació i aplicació de la política pública saludable. Les estratègies recomanades següents per a una actuació de la política pública saludable reflecteixen el consens que es va assolir a la conferència.

Tres anys més tard a Sundsvall (Suècia) l'any 1991 es celebra la III Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut: entorns favorables per a la salut. Fa una crida a persones de totes les parts del món perquè es comprometin activament a crear entorns que recolzin més la salut. La conferència que examinava les qüestions mediambientals i de salut actuals, conjuntament destaca que milions de persones estan vivint una pobresa i privacions extremes en un entorn cada vegada més degradat que amenaça la seva salut la qual cosa fa que l'objectiu de *"Health for All"* l'any 2000 sigui extremadament difícil d'aconseguir. La manera d'avançar seria fer que l'entorn físic, social, econòmic i polític fomentés la salut en lloc de malmetre-la. La Conferència de Sundsvall va

identificar diversos exemples i enfocaments per crear entorns de suport que poden utilitzar els polítics, dirigents i activistes de comunitats dels sectors sanitari i mediambiental. La conferència reconeixia que tots tenim un paper en la creació d'ambients favorables a la salut. (11)

Sis anys més tard a Jakarta (Indonèsia) l'any 1997 tenia lloc la IV Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut sota el lema: "nous actors per a una nova era". El lideratge de la promoció de la salut en el segle XXI va arribar en un moment crític per al desenvolupament d'estratègies internacionals per a la salut. Feia gairebé vint anys que els estats membre de l'Organització Mundial de la Salut havien assolit un ambiciós compromís envers una estratègia global per a "Health for All" i els principis de l'atenció sanitària primària mitjançant la declaració d'Alma-Ata. Feia onze anys que s'havia celebrat la I Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut a Ottawa (Canadà) i el resultat d'aquella conferència havia estat una font d'inspiració i la guia per a la promoció de la salut des d'aleshores. En conferències i reunions posteriors s'ha continuat ressaltant la importància i el significat que tenen les estratègies clau en la promoció de la salut inclosa la política pública saludable. Aquesta IV Conferència Internacional sobre la Promoció de la Salut és la primera que se celebra en un país en desenvolupament i la primera que implica el sector privat en ajudar a promoure la salut. Proporciona una oportunitat per reflexionar sobre allò que s'ha après sobre la promoció efectiva de la salut per tornar a examinar quins són els factors que determinen la salut i per identificar les direccions i estratègies que cal adoptar per superar els reptes de promoure la salut en el segle XXI. Els participants a la Conferència de Jakarta presenten aquesta declaració d'acció per promoure la salut en el proper segle.

Reunits a la Ciutat de Mèxic (Mèxic) l'any 2000 amb motiu de la V Conferència Global sobre la Promoció de la Salut els ministres de Salut que van signar aquest comunicat, insistien en la importància de la promoció de la salut per aconseguir una major equitat i per tant reduir desigualtats. L'educació per la salut i la

participació de la comunitat es constitueixen com a fonamentals per a la consecució dels objectius de la promoció. (12)

La VI Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut de Bangkok (Tailàndia) celebrada l'any 2005 va donar com a resultat la carta de Bangkok per a la promoció de la salut en un món globalitzat. La carta de Bangkok complementa i inclou els valors, principis i estratègies d'acció de la promoció de la salut que s'estipulen a la Carta d'Ottawa per a la promoció de la salut i les recomanacions i les posteriors conferències sobre la promoció global de la salut que han confirmat els estats membre en l'Assemblea Mundial de la Salut. En aquesta carta s'assenyalen quatre compromisos claus a favor de la salut per a tots per aconseguir que la promoció de la salut sigui: un component primordial de l'agenda de desenvolupament mundial, una responsabilitat essencial de tot el govern, un objectiu fonamental de les comunitats i de la societat civil i un requisit de les bones pràctiques empresarials. (13)

L'any 2009 es va celebrar a Nairobi (Kènia) la VII Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut; la qual va fer una crida a l'acció de tots els estats membres. Reflexa la visió de la declaració d'Alma Ata i es recolza en les recomanacions de la comissió de la OMS sobre determinants socials de la salut. En aquesta conferència es reafirmen els valors, els principis i estratègies d'acció de promoció de la salut codificades a la Carta d'Ottawa i en la resta de conferències. Es fa menció també a que la promoció de la salut ha demostrat la seva eficàcia i rentabilitat. (14)

I finalment l'any 2013 a Helsinki (Finlàndia) es va celebra la VIII Conferència Internacional sobre Promoció de la Salut sota el lema: "Salut en totes les polítiques". En aquesta conferència es va comentar que la salut en totes les polítiques es basa en la comprensió de que les millores en la salut de la població i l'acció sobre els determinants socials de la salut no poden aconseguir-se únicament mitjançant un enfocament en les polítiques del sector salut; sinó que requereix l'acció en diversos àmbits d'actuació. A més, reconeix que centrar-se

en el sector salut per si sol no és suficient per a garantir l'accés equitatiu als serveis de salut, la protecció de la salut i la gestió de la sostenibilitat financera dels sistemes d'atenció de la salut. La necessitat de contemplar aquest enfocament ha estat present des de sempre en el desenvolupament de la promoció de la salut i en les conferències celebrades. (15)

Quan fem referència a la promoció de la salut podem senyalar dues categories; per una banda els estils de vida i per l'altre les condicions de vida que la OMS defineix com "l'entorn quotidià de les persones, on aquestes viuen, actuen i treballen (...) són el producte de les circumstàncies socials i econòmiques de l'entorn físic el qual pot exercir d'impacte en la salut estant en gran mesura fora del control immediat del individu". (16)

La responsabilitat social per a la salut es reflexa en les accions dels responsables en la presa de decisions tant del sector públic com privat, per establir polítiques i pràctiques que promoguin i protegeixin la salut. Les polítiques i pràctiques que apliquen els sectors públics i privats han d'evitar perjudicar la salut dels individus, protegir el medi ambient garantint l'ús sostenible de recursos; restringint la producció i el comerç de productes i substàncies inherentment perjudicials i descoratjar les pràctiques de màrqueting nocives per a la salut; protegir al ciutadà en el mercat i al individu en el lloc de treball i incloure avaluacions del impacte sanitari centrades en la equitat com a part integral del desenvolupament de les polítiques.

Les 5 línies estratègiques de la promoció de la salut de la Carta d'Ottawa foren: construir polítiques públiques saludables, crear ambients que afavoreixin la salut, reforçar l'acció comunitària, desenvolupar habilitats personals i reorientar els serveis de salut. (8)

L'educació per la salut comprèn les oportunitats d'aprenentatge creades conscientment destinades a millorar l'alfabetització sanitària que inclou la

millora del coneixement de la població i el desenvolupament de les habilitats personals que condueixin a la millora de la salut. És un procés educatiu que té com a finalitat responsabilitzar als ciutadans en la defensa de la salut pròpia i col·lectiva. És un instrument de la promoció de la salut i per tant una funció important dels professionals sanitaris, socials i de l'educació. Tanmateix l'educació per la salut és una part del procés assistencial, incloent-hi la prevenció, el tractament i la rehabilitació.

La promoció de la salut constitueix un escaló més dins del procés d'atenció integral que ve definit per: l'assistència (primària i especialitzada), la prevenció (primària, secundària i terciària), l'adaptació social a un problema crònic (rehabilitació, cures, integració) i finalment la promoció de la salut (fent referència a la implicació dels individus en el desenvolupament i gaudiment de la salut). En canvi l'educació per la salut és un instrument transversal que afecta a cadascun dels nivells descrits de l'atenció integral. D'aquesta manera l'educació per la salut és un instrument per a l'assistència, la prevenció, el tractament i la rehabilitació. (10)

En el marc de l'atenció primària el paper de l'educació per la salut es considera molt important. A la cartera de serveis d'atenció primària hi ha moltes activitats existents que inclouen aspectes relacionats amb l'educació per la salut. (17)

Les polítiques de salut tracten de reorientar els serveis sanitaris per respondre de manera efectiva a les noves necessitats de salut de la societat. El paper de la promoció per la salut és fonamental en el desenvolupament de dites polítiques. Un element de referència fou la política de salut 21 per a la regió europea de la OMS, que va definir 21 objectius de salut (Taula 2) per a tots com a marc de desenvolupament de les polítiques sanitàries de la regió Europea. (18)

Taula 2. Objectius més rellevants de salut per a tots en el segle XXI.

| |
|--|
| Garantir l'equitat |
| Millorar la salut en les transicions vitals |
| Prevenir i controlar les malalties i accidents |
| Desenvolupar estratègies de salut intersectorials |
| Orientar el sector sanitari cap a resultats de salut |
| Establir polítiques i mecanismes de gestió del canvi |

Font: Elaboració pròpia

El document Salut 2020 és el primer a escala europea que situa la promoció de la salut i la prevenció com estratègia d'actuació essencial al mateix nivell que el tractament i la rehabilitació. La seva justificació es sustenta en un augment de les desigualtats en l'atenció sanitària dels diferents països, la reducció considerable dels serveis públics degut a la crisi econòmica i l'augment significatiu de la prevalença de malalties no transmissibles entre les que es troben els trastorns de salut mental, el càncer, l'obesitat o les malalties cardiovasculars.

Salut 2020 és el marc polític europeu per a l'acció governamental i social en promoció i protecció de la salut. Desenvolupat per la OMS a través d'un procés participatiu obert a tots els estats i organismes interessats de tot Europa. (18)

Els pilars de Salut 2020 són:

- Invertir en salut a través d'una aproximació al llarg de la vida i de l'apoderament dels ciutadans.
- Afrontar els principals reptes de salut a Europa pel que fa a les malalties transmissibles i no transmissibles a través d'una actuació pública recolzada per accions d'igualtat, determinants socials de la salut, apoderament i entorns favorables.

- Reforçar els sistemes de salut centrats en les persones i en les capacitats de la salut pública incloent la preparació per a la resposta en afrontar emergències.
- Crear entorns de suport i comunitats resilients a través d'una avaluació sistemàtica dels efectes en la salut i dels canvis en l'entorn en àrees com la tecnologia, el treball, la producció energètica i la urbanització.

Els objectius d'aquest programa són:

- Promoure la salut, prevenir la malaltia i fomentar entorns de suport a la salut i estils de vida saludables.
- Protegir als ciutadans de les amenaces transfrontereres greus per a la salut.
- Contribuir a la innovació, eficiència i sostenibilitat dels sistemes de salut.
- Facilitar l'accés a la millor i més segura assistència pels ciutadans de la unió.

La promoció de la salut ha de respondre de manera coherent a les diferents necessitats de salut que es plantegen en les societats desenvolupades. Per fer l'abordatge les àrees d'intervenció prioritàries són: problemes de salut, estils de vida i transicions vitals. Aquestes àrees d'intervenció condicionaran els objectius i els plantejaments de la formació ja que són necessaris coneixements, actituds i habilitats per comprendre i abordar aquestes necessitats en salut i els factors relacionats amb aquestes necessitats. Algunes necessitats de salut i àrees d'intervenció a afrontar des de la promoció de la salut es descriuen en la següent taula. (Taula 3)

Taula 3. Necessitats i àrees d'intervenció i el seu enfocament des de promoció de la salut.

| Necessitats | Àrees d'intervenció | Enfocament des de promoció de la salut |
|-----------------------------|--|---|
| Problemes de salut | <ul style="list-style-type: none"> • Malalties cròniques • Discapacitats • Drets i deures dels pacients | <ul style="list-style-type: none"> • Atenció centrada en la qualitat de vida • Educació dels pacients centrada a les expectatives, creences i valors dirigits a decisions responsables • Oferta de recursos i serveis |
| Estils de vida | <ul style="list-style-type: none"> • Alimentació • Activitat física • Sexualitat • Tabac i drogodependències • Estrès | <ul style="list-style-type: none"> • Promoure comportaments saludables • Facilitar que les opcions saludables sigui les més fàcils de prendre • Models socioculturals favorables |
| Transicions vitals | <ul style="list-style-type: none"> • Infància i adolescència • Immigració • Cura de les persones dependents • Envel·liment | <ul style="list-style-type: none"> • Afavorir les condicions per al desenvolupament de la identitat personal i el projecte de vida • Oferta de recursos i serveis • Models socioculturals favorables • Desenvolupar habilitats personals i socials: afrontament de problemes, maneig d'emocions, comunicació..... |
| Estratègies multisectorials | <ul style="list-style-type: none"> • Entorns saludables • Escenaris promotors de salut • Equitat i desigualtat en salut | <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar la coordinació intersectorial i treball en xarxa • Facilitar l'accés a les persones i grups en situació de desigualtat |

Font: Elaboració pròpia

Els escenaris o àmbits d'intervenció identifiquen els llocs on diferents grups de població viuen, conviuen, es reuneixen i treballen ja que per actuar amb eficàcia, les intervencions de promoció de la salut s'han de desenvolupar i integrar en els espais de sociabilitat més habituals i quotidians. Els escenaris més importants són els centres d'atenció primària, centres laborals, centres d'educació infantil, primària i secundària, universitats i entitats d'àmbit social.

Taula 4. Tipus d'intervenció en promoció per la salut a nivell de la comunitat segons Dugdill. (19)

| |
|---|
| Consell i assessorament: dirigit a persones que acudeixen a la consulta professional per plantejar una demanda o buscar solució a determinats problemes. És una intervenció breu, habitualment aprofitant una oportunitat en l'atenció individual. |
| Educació per la salut individual: sèrie organitzada de consultes educatives programades que es pacten entre el professional i l'usuari. |
| Educació per la salut grupal i col·lectiva: intervencions programades dirigides a un grup homogeni de pacients i/o usuaris amb la finalitat de millorar la seva competència per abordar un determinat problema o aspecte de salut. També es contempen les intervencions dirigides a col·lectius de la comunitat desenvolupant tallers, cursos o sessions per augmentar la seva consciència sobre factors socials, polítics i ambientals que influeixen sobre la salut. |
| Informació i comunicació: inclou l'elaboració i utilització de diferents instruments d'informació (fulletons, cartells, murals, còmics, gravacions, calendaris....) i la participació en els mitjans de comunicació (premsa, radio, TV, internet...) especialment de caràcter local. |
| Acció i dinamització social: per al desenvolupament comunitari, modificació de normes socials i el treball cooperatiu en xarxes, aliances i plataformes amb associacions i grups de diferents tipus. |
| Mesures legals per la salut en la promoció de salut local: per al desenvolupament d'estratègies intersectorials, modificacions organitzatives dels serveis i la posada en marxa de mesures legislatives, econòmiques i/o tècnic-administratives. |

Font: Elaboració pròpia

Segons Dugdill & Springett (Taula 4) la pràctica de la promoció per la salut exigeix un reconeixement i té un paper molt important entre els diferents professionals sanitaris implicats en el seu desenvolupament. Els més rellevants són:

- Desenvolupar un rol educatiu que permeti analitzar necessitats, definir objectius, seleccionar les estratègies més adequades i realitzar el seguiment i la avaluació dels processos educatius.
- Ser capaç d'identificar i comprendre les necessitats en salut des d'una perspectiva biopsicosocial i de salut positiva.
- Ser capaç de treballar en equip per a desenvolupar iniciatives de promoció de la salut i saber reconèixer la complementarietat de la multi professionalitat.
- Desenvolupar capacitats de comunicació en relació amb altres professionals, la comunitat amb la que treballa i amb els gestors i directius de la institució.
- Tenir capacitat per negociar objectius i estratègies de promoció de salut, saber prendre decisions conjuntament i buscar la implicació i la participació dels col·lectius interessats.
- Desenvolupar un enfocament capacitant en relació amb els usuaris i els no professionals que faciliti l'apoderament dels grups i col·lectius interessats.
- Capacitat per programar intervencions sostenibles i realistes al context social e institucional on es desenvolupen.
- Desenvolupar una cultura de millora continua de la promoció de salut integrant els models de bona pràctica i els sistemes d'avaluació en les intervencions de promoció de la salut.
- Assessorar i desenvolupar en favor de la salut tant a nivell local com institucional.

- Capacitar-se per al treball intersectorial: compartir diferents llenguatges, espais, organitzacions, punts de vista diferents i complementaris en programes i plans de corresponsabilitat compartida.

La salut dependrà finalment de la implicació individual i col·lectiva de cadascú, de la situació familiar i cultural, així com de la disponibilitat de recursos; a més del nivell institucional que asseguri la salut pública dels diferents pobles. Així la formació i promoció es realitza des de la certesa de desenvolupar les capacitats d'un instrument imprescindible en les respostes als problemes de salut de la societat.

L'informe tècnic presentat a la V Conferència de Promoció de la Salut de Mèxic afirma que una de les estratègies per reorientar els serveis sanitaris amb criteris de promoció de la salut és: *“fortalecer el componente de promoción de salud en los programas de formación de recursos humanos, tanto en las Instituciones de enseñanza como en la formación continua de los profesionales de la salud”*. (12)

Un dels principis de bona pràctica considerats per a desenvolupar una iniciativa de qualitat es disposar d'un equip de treball competent i motivat. La formació és un element essencial per al desenvolupament correcte i eficaç d'un exercici professional de qualitat; sense aquesta formació difícilment es poden plantejar objectius professionals per a resoldre un problema o satisfer una necessitat. De la mateixa manera per al desenvolupament de la promoció de la salut i la pràctica de la educació per la salut és imprescindible disposar d'una informació suficient i de qualitat coherent amb les funcions i el paper dels professionals. El desenvolupament professional de la promoció de la salut exigeix l'adquisició de coneixements, habilitats i pràctiques per part de tots els titulats universitaris del àmbit de les ciències socials especialment aquells més relacionats amb la salut i l'educació amb un enfocament global i biopsicosocial. S'ha de tenir present que la formació és un requisit bàsic per a la consecució de qualsevol objectiu, pel

què la capacitació professional es converteix en un condicionant per aconseguir un sistema sanitari i també educatiu orientat a la prevenció i promoció de la salut.

1.1.2 Alfabetització per la salut.

El terme alfabetització es defineix com un procés continu d'adquisició d'habilitats a dos nivells: un nivell mínim que consisteix en l'habilitat de llegir i escriure un text simple i un segon nivell que permet a una persona manejar-se en societat entès com <<alfabetització funcional>>.

El concepte d'alfabetització funcional engloba les habilitats bàsiques de lectura i escriptura en format verbal i comunicació visual. A més en les societats actuals, el concepte s'està expandint per incloure habilitats en el maneig dels nous mitjans de comunicació, les noves tecnologies de la informació i les xarxes socials. Segons Kickbusch les persones han de tenir la possibilitat d'accedir a una formació continua que inclogui la lectura, l'escriptura, la comprensió crítica i totes aquelles habilitats que es requereixen en les seves comunitats per la presa de decisions. L'actual concepte d'alfabetització inclou aquelles habilitats necessàries perquè un adult pugui funcionar en un entorn social. (20)

L'alfabetització mínima ha augmentat considerablement en els últims anys però encara hi ha més de 700 milions de persones al món menys industrialitzat que no saben llegir ni escriure; dos terços dels quals són dones. Al món occidental les taxes d'analfabetisme estan per sota del 5% en la majoria de països. Catalunya i Espanya també mostren una desaparició progressiva de l'analfabetisme. El percentatge de joves entre 15 i 29 anys analfabets a Catalunya s'ha reduït considerablement els darrers anys; aquestes persones eren persones amb situacions de marginalitat social i probablement de desestructuració familiar extremes. No obstant això, les darreres dades publicades mostren taxes del 1,5% d'analfabets i del 7,3% de persones amb els estudis de primària incomplets a Catalunya, indicant percentatges molt baixos

de persones que no saben llegir ni escriure però un major nombre de persones sense alfabetització funcional. Quan es relaciona alfabetització i salut es coneix que les persones amb més nivell d'estudis tenen més probabilitats, habilitats i oportunitats d'identificar problemes individuals i socials. També tenen més habilitats per ser competents en els temes relacionats amb la salut, per la qual cosa es considera que l'educació és un determinant de la salut. (21)

El concepte d'alfabetització per la salut va ser utilitzat per primera vegada l'any 1974 en el marc d'una conferència sobre educació per la salut i publicat com educació per a la salut com política social. A partir d'aquí, l'estudi de l'alfabetització per a la salut es va concentrar sobretot als Estats Units i el Canadà, enfocant més el terme a nivell individual; els darrers anys però, hi ha hagut un interès creixent en el seu estudi des d'una perspectiva de salut pública tant als Estats Units com a nivell internacional molt relacionat amb la promoció de la salut. (22)

Segons Nutbeam l'alfabetització per a la salut és un concepte relativament nou en la promoció de la salut, entenent-lo com un terme adient per descriure una sèrie de resultats de les activitats d'educació. Respecte el concepte d'alfabetització per a la salut no hi ha una definició unànime essent definit i redefinit repetidament des de fa gairebé vint anys. Hi ha vint-i-dues definicions d'aquest terme que ha sigut el treball de Sørensen i altres col·laboradors a nivell europeu. A partir de totes les definicions que s'han ofert des dels anys noranta es pot entendre el concepte d'alfabetització per a la salut des de dues perspectives, una clínica i l'altra de salut pública. (23)

S'ha observat que els pacients amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut tenen dificultats de comunicació que poden interactuar i influir en els resultats de la salut d'aquestes persones. Aquests pacients refereixen un pitjor estat de salut i tenen menys coneixements sobre les seves condicions de salut i els tractaments. A Europa s'ha observat que ser del sexe masculí, tenir un baix nivell d'educació o la percepció de pertànyer a un estatus social baix es troba

significativament relacionat amb nivells baixos d'alfabetització per a la salut, sobretot pel que fa a l'accés i la comprensió de la informació sobre la salut. A més diversos autors han demostrat una correlació directa entre la baixa alfabetització per a la salut i la mala salut, amb un major risc d'hospitalització i de mortalitat, sobretot en pacients d'edat avançada. (24) (25)

Dewalt i els seus col·laboradors van dur a terme una metaanàlisi sobre investigacions publicades entre els anys 1980 i 2003 conclouent que els pacients amb un baix nivell d'alfabetització tenien entre 1,5 i 3 vegades més probabilitats d'experimentar resultats adversos per a la salut, incloent un major risc d'hospitalització i la manca de coneixement sobre els serveis de salut. (26)

A la unió europea s'està portant a terme des del 2011 un projecte liderat per la European Health Literacy Survey (HLS-EU) en el que col·laboren 8 països europeus (Grècia, Irlanda, Països Baixos, Àustria, Polònia, Bulgària, Alemanya i Espanya) coordinats per la Universitat de Maastricht. La finalitat d'aquest projecte és establir una xarxa europea d'alfabetització en salut a través de la consecució de quatre objectius: contar amb un instrument adequat que permeti mesurar l'alfabetització en salut a Europa, quantificar per primera vegada les dades d'alfabetització en salut en els països europeus i oferir indicadors per una vigilància tan a nivell nacional com a tota la unió europea, realitzar una avaluació comparativa de la alfabetització en salut en els diferents països europeus i crear òrgans consultius nacionals en els països que participen en l'estudi i documentar les diferents estratègies de valoració d'acord amb les prioritats i estructures nacionals. (27)

Entre els estudis que han avaluat les relacions entre alfabetització per a la salut i els resultats en salut són nombroses les investigacions fetes sobre malalties cròniques en què el coneixement i el maneig de la malaltia esdevé fonamental per al compliment del tractament, així com també per evitar riscos i complicacions derivats de la pròpia malaltia i augmentar la salut i el benestar de la persona. Malgrat que aquesta relació sembla evident i de sentit comú no tots

els resultats són concloents, sobretot pel que fa a la gran variabilitat que s'observa i pel poc o nul seguiment als pacients, ja que molts estudis tenen un caràcter transversal. (21)

Diversos estudis suggereixen que l'alfabetització per a la salut podria tenir un paper important en el manteniment o la millora de la salut i que podria ser un predictor inexplorat de les disparitats de salut. En aquest sentit, Speros manifesta que les infermeres i els infermers haurien d'avaluar el nivell d'alfabetització per a la salut al principi de qualsevol trobada amb el pacient tal com n'avaluen els antecedents clínics, l'estat físic i mental amb l'objectiu d'adaptar-ne el pla d'atenció i les recomanacions. Segons aquesta autora és essencial aclarir el concepte perquè els professionals de la salut puguin avaluar amb més precisió l'alfabetització dels seus pacients i identificar aquells en situació de risc per tal de reconèixer els pacients que tinguin dificultats amb la comprensió de les recomanacions per a la salut, considerant que a vegades els nivells d'educació mantenen poca relació amb els nivells d'alfabetització per a la salut. Les claus per a l'alfabetització d'un client es relacionen amb fets observables, com ara l'adherència als tractaments. Diversos autors apunten algunes recomanacions generals per augmentar la probabilitat de comprensió entre les persones en risc com utilitzar sempre un llenguatge senzill, evitar tecnicismes, limitar la quantitat d'informació transmesa en qualsevol trobada, demanar als pacients quina informació essencial recorden i crear un ambient terapèutic considerant que molts pacients amb un baix nivell d'alfabetització no es reconeixen fàcilment. (28)

L'interès al voltant de l'alfabetització per a la salut ha augmentat considerablement les últimes dues dècades però encara poc incorporat a la pràctica en el nostre entorn. Actualment el treball en alfabetització per a la salut es configura com un objectiu estratègic dels programes de salut pública dels sistemes de salut dels diferents països del món, atès el potencial impacte que pot tenir sobre la salut de la població i el seu baix cost en comparació amb els

programes preventius, curatius i de rehabilitació que requereixen més dedicació i l'ús de més recursos. (21)

1.2 Hàbits saludables.

La fita general de la estratègia mundial segons la OMS és promoure i protegir la salut de les persones a través de l'alimentació sana i l'activitat física. (29)

Reconeixent que la millora de la dieta i la promoció de l'activitat física representen una oportunitat única per elaborar i aplicar una estratègia eficaç que redueixi substancialment la mortalitat i la càrrega de morbiditat mundials la OMS va adoptar el maig de 2004 la "Estratègia mundial sobre regim alimentari, activitat física i salut." (29)

Aquesta estratègia mundial té quatre objectius principals:

- Reduir els factors de risc de malalties cròniques associats a les dietes no sanes i a la inactivitat física a través de mesures de salut pública.
- Incrementar la conscienciació i els coneixements sobre la influència de la dieta i de la activitat física en la salut, així com dels efectes positius de les intervencions preventives.
- Establir, enfortir i aplicar polítiques i plans d'acció mundials, regionals i nacionals per a millorar les dietes i augmentar l'activitat física que siguin sostenibles e integrals i contin amb la participació activa de tots els sectors.
- Seguir d'aprop les dades científiques i fomentar la investigació sobre la dieta i l'activitat física.

Per canviar els hàbits alimentaris i d'activitat física seran necessaris els esforços combinats de moltes parts interessades, públiques i privades durant molts anys. Es necessita la combinació d'accions racionals i eficaces a nivell mundial, regional, nacional i local així com un atent seguiment i avaluació de les seves repercussions. L'estratègia mundial descriu les responsabilitats de les parts implicades i fa recomanacions sobre l'actuació dels principals interessats. Amb la finalitat de rebre el millor assessorament possible per lluitar contra la crisi de

la obesitat i la obesitat infantil; la directora de la OMS va establir una comissió d'alt nivell per acabar amb la obesitat infantil el maig de 2014. Molts països estan experimentant un ràpid augment de la obesitat entre els lactants i els nens menors de cinc anys. Afrontar aquest problema suposa una important oportunitat per a reduir els efectes de les cardiopaties, diabetis i altres malalties greus en un futur i millorar immediatament la salut dels nens. (29)

Es considera activitat física qualsevol moviment corporal produït pels músculs esquelètics que exigeixi despesa d'energia. S'ha observat que la inactivitat física és el quart factor de risc pel què fa la mortalitat mundial (un 6% de les morts registrades a tot el món). A més s'estima que la inactivitat física és la causa principal d'aproximadament un 21%-25% dels càncers de mama i de colon, el 27% dels casos de diabetis i aproximadament el 30% de la càrrega de cardiopatia isquèmica. (29)

Un nivell adequat d'activitat física regular en els adults:

- Redueix el risc d'hipertensió, cardiopatia coronària, accident cerebrovascular, diabetis, càncer de mama i de colon, depressió i caigudes
- Millora la salut òssia i funcional
- És un determinant clau de la despesa energètica, i és per tant fonamental per a l'equilibri calòric i el control de pes.

L'activitat física no ha de confondre's amb l'exercici. Aquest és una varietat de l'activitat física planificada, estructurada, repetitiva i realitzada amb un objectiu relacionat amb la millora o el manteniment d'un o més components de l'aptitud física. L'activitat física engloba l'exercici però també altres activitats que comporten moviment corporal i es realitzen com una part dels moments de joc, del treball, de formes de transport actives, de les tasques domèstiques i

d'activitats recreatives. Augmentar el nivell d'activitat física és una necessitat social, no només individual. Per tant exigeix una perspectiva poblacional, multisectorial, multidisciplinària i culturalment idònia. (29)

Les dietes no sanes i la inactivitat física són importants factors de risc de malalties cròniques. Els informes d'experts nacionals i internacionals i les revisions de la bibliografia científica actual fan recomanacions sobre la ingesta de nutrients per a prevenir malalties cròniques.

Respecte a la dieta les recomanacions tant poblacionals com individuals han de consistir en:

- Aconseguir un equilibri calòric i un pes saludable.
- Reduir la ingesta calòrica procedent dels greixos, canviar les grasses saturades per les insaturades i eliminar els àcids grassos trans.
- Augmentar el consum de fruites, verdures, llegums, cereals integrals i fruits secs.
- Reduir la ingesta de sucres lliures.
- Reduir el consum de sodi i garantir que la sal consumida estigui iodada.

La millora dels hàbits alimentaris és un problema de tota la societat i no només de cadascun dels individus que la componen. Per la qual cosa, requereix un enfocament poblacional, multisectorial, multidisciplinari i adaptat a les circumstàncies culturals. Les fruites i verdures són components essencials d'una alimentació saludable i un consum diari suficient podria contribuir a la prevenció de malalties importants com les cardiovasculars i alguns càncers. En general es calcula que cada any podrien salvar-se 1,7 milions de vides si augmentés el consum de fruites i verdures. Un informe de la OMS i la FAO publicat recentment recomana com objectiu poblacional la ingesta d'un mínim de 400 grams diaris de fruites i verdures (excloent les patates i altres tubercles feculents) per a prevenir malalties cròniques com les cardiopaties, el càncer, la

diabetis o la obesitat, així com per a prevenir i reduir varies carències de micronutrients, sobretot en els països menys desenvolupats. Es calcula que la ingesta insuficient de fruites i verdures causa en tot el món aproximadament un 19% dels càncers gastrointestinals, un 31% de les cardiopaties isquèmiques i un 11% dels accidents cerebrovasculars. Aproximadament un 85% de la càrrega mundial de morbiditat atribuïble al escàs consum de fruites i verdures és molt variable en tot el món oscil·lant entre 100g/dia en els països menys desenvolupats i aproximadament 450g/dia a Europa occidental. (29)

L'estratègia mundial de la OMS sobre règim alimentari, activitat física i salut remarca l'augment del consum de fruites i verdures com una de les recomanacions a tenir en compte a l'hora d'elaborar les polítiques i directrius dietètiques nacionals tant per la població com per els individus. Reconeixent les proves científiques cada vegada més nombroses de que la ingesta insuficient de fruites i verdures és un factor de risc fonamental de varies malalties no transmissibles, la OMS i la FAO, van llançar a Rio de Janeiro al novembre de 2003, una iniciativa conjunta de promoció de les fruites i verdures que va constituir una de les moltes mesures integrades en l'aplicació de l'estratègia mundial sobre règim alimentari, activitat física i salut. La fita general d'aquesta iniciativa és enfortir, promoure i protegir la salut en el context d'una dieta saludable; orientant l'elaboració de mesures sostenibles a nivell comunitari, nacional i mundial, que preses en el seu conjunt portin a una reducció del risc de malalties cròniques a través de l'augment del consum de fruites i verdures. (29)

Coneixem com a hàbits de salut un seguit de costums interioritzats que es duen a terme de manera mecànica i gairebé inconscient. Els hàbits de salut poden fer referència a accions quotidianes o a patrons de conducta. Els hàbits s'aprenen amb la repetició d'actes fins que s'incorporen a la rutina de l'individu; és una cosa que es fa de costum. Els hàbits de salut generen estils de vida. Els estils de

vida són tot un seguit de comportaments apresos i/o inculcats al llarg de la nostra vida que fan que siguin conductes habituals i consolidades en el nostre dia a dia. (30)

Els estils de vida individuals caracteritzats per patrons de comportament identificables, poden exercir un profund efecte en la salut del individu i també en la d'altres. Si la salut ha de millorar-se permetent als individus canviar els seus estils de vida, l'acció no només ha d'anar dirigida a individus sinó també a les condicions socials de vida que interactuen per produir i mantenir aquests patrons de comportament. No obstant és important reconèixer que no existeix un estil de vida òptim al que puguin adscriure's totes les persones. La cultura, els ingressos, la estructura familiar, l'edat, la capacitat física, l'entorn domèstic i laboral faran més atractives, factibles i adequades determinades formes i condicions de vida. Per això l'estratègia de crear ambients favorables per a la salut es centra en gran mesura en la necessitat de millorar i canviar les condicions de vida per a recolzar la salut.

La OMS en la 31ena sessió del seu comitè regional per a Europa va definir "estil de vida" com una forma de vida que es basa en patrons de comportament identificables, determinats per la interacció entre les característiques personals individuals, les interaccions socials i les condicions de vida socioeconòmiques i ambientals.

Existeixen diferents estils de vida; aquesta diferència es deu al lloc on visquis o el lloc de procedència. Està demostrat que seguir estils de vida mediterranis fan tenir una millor qualitat de vida. Múltiples estudis demostren que determinats canvis en l'estil de vida són eficaços per a millorar la salut de les persones i disminuir la càrrega de malaltia. (31)

En relació amb el nexa existent entre l'alimentació, el manteniment de la salut i el desenvolupament de malalties s'ha acumulat una considerable evidència científica en els últims anys. Moltes de les causes actuals de mortalitat estan íntimament associades a factors de risc evitables: com una alimentació

desequilibrada, la obesitat, el sedentarisme, el tabaquisme i el consum d'alcohol. En concret 5 dels 10 factors identificats per la OMS com claus per al desenvolupament de malalties cròniques estan estretament relacionats amb l'alimentació i l'exercici físic. Aquests 5 factors són: la hipercolesterolèmia, l'obesitat, el sedentarisme, la hipertensió arterial i el consum insuficient de fruites i verdures. (32)

Ja que l'alimentació no saludable i el sedentarisme poden ser responsables d'una proporció considerable de morts evitables, una modificació d'aquests podria repercutir notablement sobre la salut pública. La política sanitària mundial està posant especial èmfasi en disminuir la taxa de mortalitat prematura i en augmentar l'esperança i la qualitat dels anys de vida mitjançant l'elaboració de plans nacionals adaptats a l'entorn i a la idiosincràsia de la població.

Aquesta estratègia planteja conscienciar: sobre la influència de l'alimentació i l'exercici sobre la salut, promoure la corresponent modificació d'hàbits no saludables i afavorir la investigació sobre la dieta i l'exercici. (29)

Fent referència a l'afirmació que fa (31) en el seu article sobre "*Recomendaciones sobre el estilo de vida*" on cita que múltiples estudis demostren que determinats canvis en l'estil de vida són eficaços per a millorar la salut de les persones i disminuir la càrrega de malaltia; s'enllaça amb l'evidència sobre que la millor manera de recomanar aquests canvis és a les consultes d'atenció primària i a vegades aquestes recomanacions són escasses i controvertides.

Segons Marqués Molias et al (2009) en la publicació "*Recomendaciones sobre el estilo de vida*"; PAPPs-Actualización, comenten que les intervencions que intenten ajudar a adoptar i mantenir un estil de vida saludable comparteixen una sèrie de principis comuns.

Alguns d'ells són:

- Les persones han de tenir un paper proactiu en el procés del canvi.

- Adquirir una nova conducta és un procés; que sovint, requereix un aprenentatge basat en aproximacions successives.
- Els factors psicològics influeixen en la conducta, i la conducta a la vegada influeix en els valors i en la experiència de les persones.

La conducta depèn del context en el què passa; la gent influeix i la gent està influenciada per l'entorn físic i social. Quan més beneficiosa i gratificant és una experiència, més possibilitats hi ha de que es repeteixi; quan més perjudicial o buida de plaer, menys probable és de que es repeteixi. La promoció de la salut en la persona gran es basa especialment en l'estímul dels hàbits i estils de vida saludables com són una nutrició adequada, l'activitat física, l'abandonament de l'hàbit tabàquic i la reducció del consum d'alcohol entre d'altres. Per aconseguir-ho és important entendre les actituds i els desitjos de les persones grans, ja que això ens permetrà entendre l'adequada formulació dels programes individuals d'educació sanitària. Cal considerar que determinades èpoques de la vida són més propícies per a la realització de l'educació sanitària com pot ser la jubilació, la viudetat, les malalties agudes o en les fases inicials d'una incapacitat.

Per altre banda, d'acord amb el programa d'Activitats Preventives i de Promoció de la Salut (PAPPS) i les investigacions del projecte MONICA (Monitoring Trends and Determinants in Cardiovascular Disease) de la OMS s'ha arribat a identificar l'anomenada paradoxa mediterrània. Aquesta ha sigut plantejada per diversos autors al considerar l'efecte protector de la dieta mediterrània sobre diverses malalties i el procés d'envelliment en el sud d'Europa respecte a altres països; el que es sol associar també a diferències respecte a l'estil de vida: alimentació, activitat física i xarxa social. (33)

La influència dels hàbits alimentaris sobre la salut ha sigut objecte de nombrosos estudis bibliogràfics. Està demostrat l'efecte protector de la dieta en

el desenvolupament de malalties cardiovasculars, diferents tipus de càncers, malalties neurodegeneratives i inclús l'envelliment. (34)

L'eficàcia demostrada de la relació entre la dieta i el procés d'envelliment encara és motiu de diversos treballs però existeixen resultats a favor de la denominada dieta mediterrània. (35)

Si volem explicar perquè les persones es comporten d'una manera determinada i no d'una altre, hem de recórrer als models i teories del canvi de conductes en salut; ja que ens proporcionen elements claus per a comprendre els mecanismes i la manera de poder fer intervencions en els estils de vida relacionats amb la salut. Encara que el grau d'eficàcia del consell depèn del tipus de canvi proposat en l'estil de vida, les estratègies cognitiu-conductuals han provat ser útils en l'abordatge d'aquests canvis. Moltes intervencions e investigacions sobre el canvi de conductes es basen en el model dels estats del canvi de Zimmerman.

1.2.1 Alimentació.

L'alimentació en totes les seves variants culturals i en un sentit ampli de la paraula defineix la salut de les persones, el seu creixement i el seu desenvolupament. L'alimentació diària de cada individu ha de tenir una quantitat suficient dels diferents macronutrients i micronutrients per cobrir la majoria de les necessitats fisiològiques. Aquestes necessitats es troben influenciades per nombrosos factors com són el sexe, l'edat, l'estat fisiològic de la persona en cada moment: embaràs, lactància, creixement, la composició corporal, l'activitat física i les característiques especials de cada individu. Segons (36) una alimentació saludable ha de reunir els següents objectius generals:

- Assegurar que el benefici global de les seves recomanacions sigui superior a qualsevol perill potencial en els grups poblacionals als qui va dirigit.

- Evitar recomanacions nutricionals universals dirigides a poblacions que difereixin genèticament d'aquelles en les que s'han determinat originàriament les associacions entre l'alimentació no saludable i el risc de malaltia. Actualment, la informació disponible sobre gens i combinacions de gens és insuficient per a definir unes recomanacions alimentàries específiques basades en la distribució de polimorfismes genètics d'una població.
- Tenir en compte els efectes de les modificacions ambientals produïdes, la desaparició de les carències clíniques en els països industrialitzats i l'acumulació accelerada de coneixements en nutrició.
- Aportar una quantitat de calories suficient com per dur a terme processos metabòlics i de treball físic necessaris.
- Subministrar suficients nutrients amb funcions plàstiques i reguladores.
- Afavorir en el manteniment o consecució del pes ideal.
- Afavorir l'equilibri entre les quantitats de cadascun dels nutrients entre si.
- Reduir el risc de malalties cròniques relacionades amb l'alimentació.

L'alimentació equilibrada és la que ens aporta tots els nutrients que el nostre cos necessita a través de la ingesta d'una quantitat adequada d'energia. És una alimentació sense carències nutritives ni desequilibris calòrics que produeixen alteracions en el pes corporal i en la salut en general. Els requeriments nutricionals i energètics depenen de l'edat. No té les mateixes necessitats un adolescent que una persona gran sedentària, una dona embarassada o un esportista professional. (36)

L'alimentació ha de ser variada, la dieta quotidiana ha de contenir la màxima varietat possible d'aliments, per garantir-nos una aportació de nutrients que eviti possibles carències. Cal tenir en compte que no hi ha cap aliment que porti tots i cadascun dels nutrients que el nostre organisme necessita. Hem

d'aconseguir que a l'alimentació hi hagin productes d'origen i de grups alimentaris diferents: verdures, llegums, carn, peix, ous, oli d'oliva, cereals, làctics, fruita fresca, fruita seca.....(37)

Una alimentació equilibrada es basa en tres principis bàsics:

Cobrir les necessitats calòriques o energètiques de l'organisme

Per a fer les activitats diàries, necessitem una aportació continua d'energia que ens proporcionen els diferents aliments. El valor energètic o calòric correspon a la quantitat d'energia que s'obté d'un aliment un cop oxidat o metabolitzat. El valor mitjà dels diferents nutrients en termes calòrics són:

- Hidrats de carboni → 4 kilocalories/gram
- Proteïnes → 4 kilocalories/gram
- Greixos → 9 kilocalories/gram

Els hidrats de carboni poden ser simples com la glucosa o la sacarosa (sucre blanc) o compostos com el midó. Les proteïnes poden ser d'origen animal (carn, ous, peix) o d'origen vegetal (verdures, hortalisses o llegums). Les primeres es consideren d'alt valor biològic mentre que les que procedeixen dels vegetals no són nutricionalment tan completes.

Els greixos poden ser saturats o insaturats. En general els greixos saturats procedeixen en un percentatge molt elevat d'aliments com les carns, la brioixeria i abusar-ne incrementa el risc de patir determinades malalties especialment les cardiovasculars. Els insaturats en canvi tenen un perfil més saludable especialment quan es tracta de l'oli d'oliva. Les necessitats individuals d'energia depenen de la composició corporal, de l'edat, del sexe i d'una cosa molt important que és el grau d'activitat física. És l'únic factor sobre el qual podem incidir per modificar la nostra despesa energètica. (37)

Aportar els requeriments nutricionals necessaris

Anomenem nutrients als elements continguts en els aliments que són necessaris per conservar la vida i la salut. Els nutrients són necessaris en uns percentatges determinats, ja que cadascun té funcions fisiològiques diferents:

- Hidrats de carboni → 50-60%
- Greixos → 30-35%
- Proteïnes → 10-15%

Aquestes proporcions oscil·len entre dos valors ja que segons les característiques individuals els requeriments poden variar d'una persona a l'altra. Per exemple; la quantitat de proteïnes necessàries és superior en els adolescents que en els adults o bé, les persones molt actives requeriran més proporció d'hidrats de carboni que les sedentàries. (38)

Fer una alimentació variada. És a dir, menjar aliments de tots els grups.

Quan es diu que una alimentació ha de ser variada, vol dir que ha d'incloure aliments de tots els grups segons la freqüència que s'exposa en la piràmide dels aliments. Una alimentació variada permet ingerir una àmplia gamma de nutrients. Per assolir aquest equilibri nutricional, és molt important no saltar-se cap àpat i fer una distribució adequada de l'energia i els aliments ingerits en cada menjar. Una alimentació saludable no vol dir necessàriament una dieta avorrida o monòtona ni a base de productes especials i bàsicament cars com poden ser els aliments dietètics: els productes light o els aliments ecològics. Al contrari, una alimentació saludable ha de ser:

- Variada: tant en aliments com en tècniques de preparació.
- Moderada: cal adequar les quantitats de les racions a l'edat i a les necessitats individuals (ni carències ni excessos).
- Equilibrada: adequant la proporció entre els diferents aliments i el seu origen animal o vegetal.

- Satisfactòria: el plaer de menjar bé, cal aconseguir combinar el caràcter saludable de l'alimentació i gaudir del menjar.

La dieta mediterrània constitueix un model alimentari que reuneix totes aquestes característiques i per això ha estat científicament reconeguda com a una de les maneres d'alimentar-se més saludables del món. (39)

Els aliments els distribuïm en diferents grups:

Les fruites i els sucus de fruita ens aporten aigua, sucres, vitamines com la C i els carotens; minerals com el potassi, el seleni i la fibra. Els sucus aporten només vitamines i minerals i els manquen la major part de la fibra que aporta la fruita sencera. Les fruites dessecades (prunes, castanyes, panses, dàtils) es caracteritzen per tenir menys contingut d'aigua. És important que n'hi hagi una que sigui rica en vitamina C (cítrics, kiwis, maduixes...). Hauríem de consumir un mínim de 3 peces de fruites al dia preferentment fresques. (40)

Les verdures i hortalisses són una font important de vitamines, minerals, fibra i antioxidants per la qual cosa és recomanable consumir-les diàriament. La millor manera d'aprofitar totes les vitamines i minerals és prendre-les crues, soles o en amanida. Preparar-les al forn o a la planxa és una altre deliciosa i saludable opció. Si es bullen és convenient aprofitar l'aigua per fer sopes o purés perquè hi queden molts de minerals en l'aigua de cocció. Si es couen al vapor mantenen la majoria de nutrients. Es recomana consumir un mínim de 300-400 grams diaris de verdures i hortalisses prioritzant-ne les varietats de temporada. (40)

Els làctics (llet, iogurt, mató, formatges, crema, ...etc) són una font important de proteïnes d'alta qualitat, lactosa, vitamines A, D, B2 i B12 i de calci, mineral importantíssim perquè es formin els ossos i les dents, així com per prevenir l'osteoporosi. El iogurt fresc i altres llets fermentades s'inclouen en el grup dels aliments probiòtics que tenen alguns efectes beneficiosos com millorar la

resposta immunitària, redueixen les molèsties en persones amb mala absorció de la lactosa i protegeixen l'intestí dels microorganismes patògens. Hauríem de consumir de 2-3 racions de làctics al dia segons la nostra edat i situació fisiològica. La llet és molt convenient en totes les etapes de la vida especialment durant la lactància, el creixement i la menopausa, i també en la població d'edat avançada. (40)

La carn és una font important de proteïnes d'alt valor biològic, de vitamina B12, ferro, potassi, fòsfor i zinc. A causa del seu contingut en greixos saturats és molt important triar talls magres de carn. La carn conté ferro d'alta absorció digestiva. Els embotits grassos han de consumir-se només ocasionalment ja que aporten grans quantitats de greixos saturats, colesterol i sodi que poden afectar al nostre sistema cardiovascular. Es recomana el consum de 3-4 racions setmanals de carn. Millor peces magres de 100-125 grams. (40)

El peix és una bona font de proteïnes d'elevada qualitat, vitamina D i iode. El peix blau (tonyina, areng, sardina, salmó, verat...etc) és molt ric en àcids grassos poliinsaturats omega-3 que són essencials (s'obtenen a través dels aliments ja que el nostre cos no pot produir-los). Es recomana un consum de 3-4 racions setmanals. (40)

Els ous són un aliment d'un gran interès nutricional que ens aporta proteïnes d'elevada qualitat, vitamines A, D i B12, i minerals com el fòsfor i el seleni. Els ous aporten a més nutrients essencials en les etapes de creixement i en circumstàncies fisiològiques especials com l'embaràs, la lactància i la vellesa. Es recomana consumir de 3-4 ous a la setmana si no hi ha problemes de hipercolesterolèmia i com a bona alternativa a la carn i el peix. (40)

Els llegums com les mongetes, els pèsols, els cigrons, les faves, les lleties ens aporten hidrats de carboni, fibra, vitamines, minerals i també proteïnes. Si es combinen els llegums amb els cereals, s'obté una aportació de proteïnes de més qualitat ja que al combinar els dos aliments augmenta el valor proteic. Es recomana un consum de 2-4 racions per setmana. (40)

Els cereals han de constituir la base fonamental de la nostra alimentació, ja que són una font d'energia important. Els aliments que els contenen són el pa, la pasta, l'arròs i els cereals d'esmorzar. Els aliments integrals són més rics en fibra, vitamines i minerals que els refinats.

Les patates i la resta de tubercles se solen incloure en aquest grup, si bé que en general, a causa de l'índex glicèmic més elevat i de la cocció, mereixen tractar-se en un grup a part. (40)

La característica principal de la fruita seca és l'alt contingut energètic i la important aportació d'àcids grassos insaturats (omega 3 i omega 6) i la fibra. És font de proteïnes i lípids d'origen vegetal. El contingut en greixos de les ametlles, les avellanes, els anacards, els pinyons, els festucs, i les nous és majoritàriament de tipus insaturat. Es recomana menjar 25 grams de fruita seca al dia. (40)

Els sucres d'absorció ràpida com el sucre de taula i la mel es caracteritzen per aportar energia i augmentar l'acceptabilitat dels aliments i les begudes. És un grup d'aliments superflus i no és necessari consumir-ne. El consum d'aquests sucres ha de ser moderat ja que una ingesta elevada pot afavorir un increment de pes i produir càries dental. Per tant, és recomanable moderar la ingesta de productes rics en sucres simples i consumir els preparats ensucrats només ocasionalment. (40)

Els greixos són essencials per a la nostra salut perquè intervenen en la composició de les membranes cel·lulars i les estructures nuclears. Tot i així els greixos i els olis han de consumir-se amb moderació a causa de l'elevada aportació calòrica. Són molt més saludables els greixos d'origen vegetal, sobretot l'oli d'oliva verge. Aquests greixos són preferibles als d'origen animal. (40)

L'oli és ric en greixos mono insaturats i antioxidants. Es recomana tant per cuinar com per amanir ja que presenta propietats cardio saludables a l'actuar favorablement sobre els nivells de colesterol en sang. No hem d'oblidar que la ingesta de greixos és fonamental per al funcionament correcte del nostre organisme, però sempre que la nostra dieta els inclogui tant en la quantitat com en qualitat adequades. (38)



Figura 3. Piràmide de l'alimentació saludable. Font: Generalitat de Catalunya, 2012.

L'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) és l'instrument de mesura amb el qual es descriuen els hàbits alimentaris de la població general catalana. Aquests hàbits es descriuen a partir de tres indicadors:

- La ingesta diària recomanada de 5 racions de fruita i/o verdura en la població de 6 anys i més...
- Esmorzar dues vegades en la població de 3 anys i més
- I el baix consum de productes hipercalòrics, en la població de 3 a 14 anys.

El 10,9% de la població de 6 anys i més fa una ingesta diària de cinc racions de fruita i/o verdura (el 8,8% dels homes i el 12,9% de les dones). El percentatge és més elevat entre les dones en tots els grups d'edat, llevat d'un grup de 75 anys i més, i augmenta a mesura que els grups són de més edat, però disminueix en les dones en el grup de 75 anys i més.

El percentatge de consum recomanat de fruita i/o verdura és més elevat entre la classe social més benestant i entre els persones que tenen estudis universitaris. (41)

El 43,4% de la població de 3 anys i més esmorza després de llevar-se i a mig matí (el 42,1% dels homes i el 44,7% de les dones). El percentatge de població que esmorza dues vegades disminueix a mesura que els grups són de més edat, sobretot perquè s'abandona l'hàbit d'esmorzar a mig matí. El percentatge de població que esmorza dues vegades és més elevat entre les classes més benestants i entre els nivells d'estudis més elevats. (41)

El 75,7% de la població de 3 a 14 anys fa un baix consum de productes de contingut calòric elevat, és a dir, consumeix com a màxim tres vegades a la setmana menjar ràpid, begudes ensucrades, productes amb sucre o pisolabis i productes salats (el 75,2% dels nens i el 76.3% de les nenes). Els productes de brioeria industrial i les lllaminadures són els consumits amb més freqüència (el 14,2%), seguits de les begudes ensucrades o refrescos (el 10,9%) i els pisolabis o productes salats (el 6,3%). El percentatge de població de 3 a 14 anys amb una pauta de baix consum de productes hipercalòrics és més elevat entre els menors de les classes socials més benestants i entre els que tenen mares amb estudis universitaris. (41)

Segons la Encuesta Europea de Salud en España EESE (42) s'ha publicat que l'any 2014, 6 de cada 10 persones refereixen que mengen fruita fresca almenys una vegada al dia i 4 de cada 10 mengen verdura, amanides o hortalisses a diari.

Les dones mengen més fruita que els homes (el 67,1% de les dones menja fruita almenys una vegada al dia mentre que el percentatge d'homes és del 58,2%).

Les dones també mengen més verdures 50% almenys una vegada al dia mentre que el percentatge d'homes és del 39,1%.

L'evolució d'aquest indicador entre el 2001 i el 2014 mostra una tendència amb pocs canvis per la fruita i un ascens moderat en el consum diari de verdura.

Entre el 2011 i el 2014 el canvi és petit però el consum dels dos aliments tendeix a disminuir en ambdós sexes.

1.2.2 Activitat física.

A l'actualitat, disposem de suficient evidència científica que demostra que l'activitat física és necessària per a mantenir una bona qualitat i quantitat de vida. Els estudis reflexen que disminueix la mortalitat prematura, disminueix el risc cardiovascular, disminueix les xifres de pressió arterial, redueix el risc de patir càncer de colon o mama, disminueix la incidència de diabetis mellitus tipus 2, el síndrome metabòlic i l'augment de pes. A nivell del sistema osteomuscular augmenta la densitat òssia de columna, maluc i canells i retrassa la pèrdua de massa òssia en dones pre i post-menopàusiques. (43)

Els exercicis de força milloren l'equilibri, la independència funcional i disminueixen el risc de caigudes; alhora contribueixen al descens de la morbimortalitat prematura. La seva pràctica regular redueix els símptomes d'ansietat i depressió i en el pacient geriàtric disminueix el risc de discapacitat

física i dependència funcional, descendeix el deteriorament cognitiu i el risc de malaltia d'Alzheimer. (31)

La OMS estima que les malalties cròniques són les grans responsables dels alts índexs de morbiditat i mortalitat que existeixen actualment. Segons dades publicades per la OMS aproximadament 3,2 milions de persones moren a causa del sedentarisme cada any arreu del món. Les persones amb poca activitat física corren un risc d'entre un 20 i un 30% major que les altres de morir per qualsevol causa. L'activitat física regular redueix el risc de patir depressió, malalties cardiovasculars, hipertensió, diabetis i càncer de mama o colon. Els efectes beneficiosos de la pràctica d'exercici físic s'han demostrat a través de nombrosos estudis. El nostre cos està dissenyat per estar en moviment i per tant, necessitem portar una vida activa per a regular el nostre organisme i evitar malalties. (44)

Realitzar exercici físic a diari ens aporta importants beneficis per al nostre organisme: (45)

- Millora els símptomes de depressió i el benestar general per l'alliberació d'endorfines, unes proteïnes amb propietats sedatives i analgèsiques que redueixen la tensió emocional, l'estrès i l'ansietat.
- Millora la funció cardiovascular i la capacitat pulmonar.
- Incrementa l'absorció del calci, enforteix els ossos i preveu la descalcificació i l'osteoporosi.
- Millora la circulació sanguínia i per tant redueix la pressió arterial.
- Redueix els nivells de colesterol LDL i augmenta els nivells de colesterol HDL.
- Augmenta la resistència física reduint la fatiga i el cansament que ens ocasiona la realització de les nostres activitats quotidianes.

- Millora la qualitat del son.
- Augmenta l'autoestima.

El consell mèdic i d'infermeria realitzat a la consulta d'atenció primària és una eina molt útil per a produir canvis de vida en els pacients; encara que aquests canvis no es mantenen a llarg del temps si no establim un reforç i s'insisteix en les visites de control que es realitzen posteriorment. Prescriure exercici físic de manera individualitzada i personalitzada és més efectiu. (31)

L'Enquesta de Salut de Catalunya (ESCA) descriu que l'activitat física de la població adulta s'estima a partir de dos indicadors:

- L'activitat física saludable de la població de 15 a 69 anys
- El sedentarisme de la població de 18 a 74 anys

La prevalença de l'activitat física saludable de la població de 15 a 69 anys és del 67,8% (el 70,5% dels homes i el 65,1% de les dones). L'activitat física saludable és més elevada en el grup d'edat de 15 a 44 anys. El percentatge de població que fa una activitat física saludable és més elevat entre les classes més benestants i entre les persones que tenen un nivell d'estudis més elevat. (41)

El 22,2% de la població de 18 a 74 anys té un comportament sedentari (el 19,9% dels homes i el 24,4% de les dones). En els grups d'edat analitzats, les dones presenten percentatges de sedentarisme superiors als homes, excepte de 65 a 74 anys. Els percentatges més elevats de sedentarisme es donen entre la població amb estudis universitaris i entre la població de la classe més benestant. (41)

Segons la Encuesta Europea de Salud en España EESE l'any 2014 s'ha observat el valor més baix en sedentarisme de tota la sèrie històrica, tant en homes com en dones. L'any 2014 el 36,68% de la població adulta (15+anys) es declara

sedentària. El sedentarisme sempre ha estat menor en homes. Les diferències per sexe són molt marcades 31,08% en homes i 42,01% en dones. En els últims 20 anys el sedentarisme en la població adulta presenta una evolució desigual. En els anys 93-95 es va observar una caiguda de la prevalença de sedentarisme, seguida d'una lleugera reducció, des del 46,87% de 1995 al 44,44% l'any 2011. L'any 2014 s'observa una important caiguda al voltant de 7 punts al percentatge d'ambdós sexes. (42)

1.2.3 Tabac.

Fumar és una causa coneguda de càncer, malaltia cardiovascular, complicacions durant l'embaràs i malaltia pulmonar obstructiva crònica, entre més de 25 problemes de salut. El consum de tabac és la primera causa de malaltia, invalidesa i mort evitable a Espanya. L'any 2006 es van produir a l'estat espanyol 53.155 morts atribuïbles al tabaquisme en individus majors de 35 anys. (46)

Fumar és una addicció física i psicològica, una conducta apresada i una dependència social. Deixar de fumar suposa superar l'addicció a la nicotina mitjançant suport psicològic i fàrmacs quan es necessiten desaprendre una conducta mitjançant estratègies conductuals i modificar la influència de l'entorn. (47)

S'estima que un 70% de la població acut a la consulta d'infermeria o la consulta de medicina com a mínim un cop a l'any i que les persones que fumen ho fan amb una freqüència major de les que no fumen. Aquest fet ofereix una important oportunitat per promoure la intenció de deixar de fumar i alhora proporcionar ajuda eficaç. Els arguments principals que justifiquen el paper de l'atenció primària en l'abordatge del tabaquisme són la seva accessibilitat, la seva funció de porta d'entrada al sistema sanitari i la continuïtat en l'atenció a les persones que fumen. (48)

Taula 5. Model de les "5A"; per a les intervencions d'assessorament.

| | |
|----------------|---|
| ASSESS | Preguntar sobre els factors i les conductes de risc, així com els aspectes que afecten a l'elecció o al canvi de conducta. |
| ADVISE | Donar consells clars, específics i personalitzats i incloure informació sobre els riscos i beneficis personals. |
| AGREE | Pactar els objectius i els mètodes més apropiats, basats amb els interessos i en la capacitat per al canvi de la persona. |
| ASSIST | Utilitzar tècniques de modificació de la conducta per ajudar a la persona a aconseguir els objectius pactats adquirint les habilitats, la confiança i el recolzament social i ambiental que afavoreix el canvi; juntament amb els tractaments farmacològics quan siguin adequats. |
| ARRANGE | Assegurar visites de seguiment per ajudar i recolzar i per ajustar el pla terapèutic segons com sigui necessari, inclosa la derivació a unitats especialitzades quan sigui necessari. |

Font: USPSTF, 2005

La United States Preventive Services Task Force (USPSTF) recomana preguntar per el consum de tabac a tots els adults i proporcionar intervencions per a l'abandonament del tabac a tots els fumadors. En el cas de dones embarassades es recomana preguntar i proporcionar intervencions amb major intensitat i adaptades a la seva situació. La USPSTF també recomana que des d'atenció primària es faci intervenció per a prevenir el consum de tabac en nens i adolescents en edat escolar, mitjançant l'educació i les intervencions breus. Es recomana intervenir sobre el consum de tabac mitjançant l'estratègia de les 5AS (Taula 5) que consisteix en preguntar al pacient si fuma, aconsellar l'abandonament del tabac, valorar la disponibilitat per fer un intent de deixar de fumar, ajudar a cada persona fumadors en l'intent de l'abandonament i per últim fixar visites de seguiment. A la consulta hem d'intervenir sobre el pacient fumador segons el desig de l'abandonament amb diferents intervencions segons el fumador vulgui deixar de fumar o no vulgui deixar de fumar; seguint

recomanacions del document de consens per a l'atenció clínica al tabaquisme a Espanya.

Segons dades publicades a l'ESCA de 2014 el 25,9% de les persones de 15 anys i més són fumadores (diàries o ocasionals) el 31,8% dels homes i el 20,3% de les dones. El 23,5% són fumadores diàries (el 29% dels homes i el 18,2% de les dones) i el 2,4% són fumadores ocasionals (el 2,8% dels homes i el 2,1% de les dones). Els homes tenen prevalences de tabaquisme superiors a les dones en totes les edats. El percentatge de població fumadora en el període 1990-2014 ha disminuït, especialment entre els homes i se'n manté el descens. El percentatge de població fumadora presenta un patró poc definit per classe social: en els homes s'observa més prevalença de fumadors a nivells socioeconòmics més baixos però no entre les dones. Les freqüències relatives de consum de tabac són més elevades entre la població amb estudis secundaris. (41)

1.3 Atenció Primària de Salut.

L'Atenció primària de salut se la considera com una part essencial o nuclear del sistema sanitari: la porta d'entrada a través de la que les persones prenen inicialment contacte amb els serveis de salut. Aquesta aproximació és certament simplista i no permet visualitzar de forma suficient la importància i complexitat del paper que l'atenció primària de salut ha de desenvolupar en el conjunt dels processos d'atenció de salut individual i col·lectiva. (49)

La conferència de la OMS-Unicef de Alma-Ata (1978) va establir la següent definició de l'atenció primària de salut: *“Assistència essencial, basada en mètodes i tecnologies pràctics, científicament fundats i socialment acceptables, posada a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat, mitjançant la seva plena participació i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar, en*

totes i cada una de les etapes del seu desenvolupament amb un esperit d'autoresponsabilitat i autodeterminació". (OMS, 1979)

L'Atenció primària de salut és part integrant tant del sistema nacional de salut, del que constitueix la funció central i el nucli principal, com del desenvolupament social i econòmic global de la comunitat. Representa el primer nivell de contacte dels individus, la família i la comunitat amb el sistema nacional de salut, duent el més a prop possible l'atenció de la salut al lloc on resideixen i treballen les persones i constitueix el primer element d'un procés permanent d'assistència sanitària. (49)

Els elements conceptuals de salut que caracteritzen l'atenció primària amb independència del país o comunitat on es desenvolupi són els següents: (49)

- **Integral:** abordant els problemes i necessitats de salut de la persona des d'una perspectiva biopsicosocial, considerant sempre els seus components biològics, psicològics i socials com parts indissociables dels processos de salut-malaltia.
- **Integrada:** assumint que els processos d'atenció sanitària han de contemplar de manera constant i coordinada actuacions de promoció de la salut, prevenció de la malaltia, diagnòstic, tractament, rehabilitació i anàlisi de l'entorn social.
- **Continuada i longitudinal:** desenvolupant les seves activitats al llarg de la vida de les persones.
- **Activa:** realitzada per professionals que no es limiten a actuar com a receptors passius dels problemes i demandes, sinó que treballen de forma activa i anticipatòria detectant problemes en les fases més precoces.
- **Accessible:** sense existència de barreres que dificultin la utilització dels recursos per persones que els necessitin sense discriminació en funció de la raça, creences o situació econòmica.

- **Desenvolupada per equips:** formats per professionals sanitaris i no sanitaris.
- **Comunitària i participativa:** enfocant l'atenció de les necessitats i problemes de salut des d'una perspectiva personal com col·lectiva o comunitària.
- **Programada i avaluable:** a partir del desenvolupament d'actuacions que responguin a objectius i mètodes predeterminats i amb eines d'avaluació adequades.
- **Docent i investigadora:** amb capacitat i reconeixement docent i investigador en els àmbits que pertoquen.

L'any 1984 es va iniciar el procés de reforma de l'assistència primària amb la promulgació del reial decret d'estructures bàsiques de salut en el que s'estableix la divisió territorial en zones bàsiques de salut, cada una d'elles atesa per un centre de salut i un equip d'atenció primària.

L'any 1986 es promulga la llei general de sanitat, disposició bàsica que marca les orientacions estratègiques i organitzatives del sistema sanitari espanyol a les àrees bàsiques de salut.

L'any 2003 després de completar-se el procés de descentralització de competències es promulga la llei de cohesió i qualitat del sistema nacional de salut en la que s'estableixen els mecanismes de coordinació i cooperació entre les administracions públiques i les comunitats autònomes que garanteixin l'equitat i la qualitat de les prestacions en el conjunt de l'estat.

L'any 2006 s'aprova la coneguda llei de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència. El sistema sanitari espanyol s'estructura en dos nivells: atenció primària i atenció hospitalària especialitzada. Els recursos sanitaris essencials són centres de salut i els hospitals. (49)

1.3.1 Atenció primària de salut a Catalunya.

El territori de Catalunya està dividit en 9 Gerències Territorials, que concentren 9 àmbits d'atenció primària. Les gerències estan formades per l'atenció primària i l'atenció especialitzada del territori que tenen adscrit. L'atenció primària s'organitza en direccions de les quals en depenen els Serveis d'Atenció Primària (SAP).

La Direcció d'Atenció Primària (DAP) és una unitat de gestió que dirigeix els diversos equips i és el responsable directe dels seus resultats. La DAP garanteix la qualitat en la provisió de serveis, el desenvolupament dels seus professionals i la satisfacció dels usuaris.

La DAP està formada per un conjunt d'Àrees Bàsiques de Salut (ABS) així com els diferents ACUT (Atenció Continuada i Urgències de base Territorial).

L'ABS és la unitat territorial elemental on es presta l'atenció primària de salut d'accés directe de la població i que constitueix l'eix vertebrador del sistema sanitari en l'àmbit de la qual desenvolupa les seves activitats l'Equip d'Atenció Primària (EAP). (50)

L'Atenció Primària (AP) de salut és la porta d'entrada al sistema sanitari en la que s'integren de forma equilibrada l'atenció preventiva, curativa, rehabilitadora i la promoció de la salut de la comunitat en la qual l'accessibilitat és un atribut propi i essencial de qualitat. El Centre d'Atenció Primària (CAP) o centre de salut és l'estructura física on es desenvolupen les activitats de l'equip d'atenció primària. El centre de salut integral és una estructura funcional que permet el desenvolupament de la major part de les activitats pròpies de l'atenció primària de salut; és una opció organitzativa adequada perquè els diferents professionals que integren els equips de salut puguin realitzar les seves funcions: des de les funcions d'acollida inicial de l'usuari fins les assistencials curatives i de promoció i prevenció. (49)

Els objectius generals de l'atenció primària de salut són:

- Facilitar l'accessibilitat
- Facilitar l'acollida i la informació
- Oferir un bon tracte
- Assegurar la continuïtat dels serveis assistencials
- Aplicar els processos de qualitat assistencial

L'Equip d'Atenció Primària (EAP) és el conjunt de professionals que dirigeix i desenvolupa les seves activitats d'atenció al conjunt de la població d'una àrea bàsica de salut (ABS).

L'Equip d'Atenció Primària és el conjunt de professionals sanitaris i no sanitaris, amb actuació a l'ABS que desenvolupa de manera integrada, mitjançant el treball en equip amb actuacions relatives a la promoció, prevenció, curació, rehabilitació de la salut individual i col·lectiva en les diferents etapes i estats de la vida. (50)

Integren l'equip d'atenció primària: infermeres, infermers, metges i metgesses de família, pediatres, odontòlegs, tècnics de cures auxiliars d'infermeria, administratius i administratives, treballadors i treballadores socials, psicòlegs i fisioterapeutes. Altres professionals que col·laboren amb l'EAP són els ginecòlegs i llevadores del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (PASSIR), els farmacòlegs, especialistes hospitalaris, els professionals del Programa d'Atenció Domiciliària i Equips de Suport (PADES), els professionals de Unitat Funcional Interdisciplinària Socio Sanitària (UFFISS) i la Xarxa de Salut Mental. El model actual d'atenció primària de salut es sustenta en un equip multidisciplinari; l'equip d'atenció primària.

La cartera de serveis d'atenció primària de la població adulta i pediàtrica ofereix una sèrie de serveis com:

Atenció al nen: programa d'atenció al nen sa, atenció a la patologia crònica, aguda i a les discapacitats, atenció a infants en risc.....etc.

Atenció a l'adolescent: programa salut, escola i comunitat, detecció de problemes i situacions de risc, consells sobre el risc d'accidents....etc.

Atenció a la dona: programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

Atenció al pacient crònic: assegurar la continuïtat assistencial, potenciar l'autonomia i la responsabilitat del pacient, innovació i gestió del coneixement. Aparició de la figura de la infermera gestora de casos i la infermera clínica. Posada en marxa del programa Pacient Expert a Catalunya.

Atenció domiciliària: Programa ATDOM

Atenció pal·liativa al malalt terminal: Coordinació amb PADES

Promoció de la salut: S'entén per promoció de la salut el conjunt d'actuacions, prestacions i serveis destinats a fomentar la salut individual i col·lectiva i a impulsar l'adopció d'estils de vida saludables per mitjà de les intervencions adequades en matèria d'informació, comunicació i educació sanitàries.

- El Pla Integral per la Promoció de la Salut (PAAS) mitjançant l'activitat física i l'alimentació saludable. El programa "Anem a caminar" va dirigit específicament a la població amb alguna patologia de risc, tot i que és una activitat beneficiosa per tots.
- La salut bucodental: fent sessions a les escoles. Els professionals d'odontologia són qui realitzen aquesta activitat després de les revisions bucodentals que fan als centres.
- La prevenció del consum d'alcohol i tabac. Fent activitats d'informació, sensibilització, accions educatives a la població jove, especialment a l'escola i programes per promoure l'abandonament del consum entre la població adulta.
- Temes de gènere i salut integrant la perspectiva de gènere a la salut, en plena igualtat entre dones i homes.
- Temes de salut mental fomentant el benestar emocional de les persones i potenciant els coneixements, actituds i hàbits favorables per gaudir d'un bon equilibri personal.

- Sexualitat sana a través d'una educació afectiva-sexual com un aspecte fonamental de la persona facilitant el creixement positiu a nivell emocional i afectiu, influint en la manera d'entendre i viure la sexualitat i adoptant conductes sexuals més saludables i responsables.

Per millorar en tots aquests temes els professionals estan treballant aspectes d'alfabetització en salut com una manera de comunicar-se amb els usuaris, fomentant accions de canvis i coresponsabilitzant de la salut per evitar les malalties. Els equips d'atenció primària actuen com un agent més de salut amb altres professionals dels diferents territoris per tal de fer el diagnòstic de salut de la població i treballar amb els diferents determinants de salut per millorar-la.

1.3.2 Professionals sanitaris d'atenció primària.

Els professionals sanitaris desenvolupen una activitat fonamental davant dels pacients i usuaris que utilitzen els serveis d'atenció primària. És el primer contacte de l'usuari amb el sistema de salut i per tant la primera oportunitat que té el professional sanitari per iniciar intervencions de tipus educatiu que l'ajudin a auto responsabilitzar-se dels seus problemes de salut; és també un bon moment per a realitzar determinats consells que contribueixin a millorar el seu estil de vida. (51)

El rol de la infermera d'atenció primària engloba una gran varietat de papers entre els que destaquen els següents: (49)

- Proveïdora de cures directes.
- Suport, ajuda i escolta activa estimulant a l'usuari a que sigui ell mateix qui realitzi els esforços per a satisfer les seves necessitats de salut.
- Defensora dels drets del usuari.
- Promotora, líder i animadora potenciant les capacitats dels ciutadans.
- Enllaç, coordinadora i facilitadora dels diferents serveis que requereixin els usuaris.

- Educadora, consellera i assessora en salut, perquè siguin els propis pacients els qui adoptin les seves pròpies decisions amb objectivitat.
- Conèixer l'entorn físic, social i cultural.
- Conèixer a la població amb la que treballa.
- Conèixer els problemes i els recursos poblacionals.
- Promoure hàbits saludables.
- Estimular la participació.
- Ajudar a aconseguir nivells més alts de benestar.

El rol del metge especialista en medicina familiar i comunitària engloba 5 àrees de pràctica professional que son: (49)

- Àrea d'atenció al individu
- Àrea d'atenció a la família
- Àrea d'atenció a la comunitat
- Àrea de docència i investigació
- Àrea de recolzament

Quan es gestionen els serveis infermers d'atenció primària hem de considerar l'existència de diferents models d'actuació professional. Aquests models condicionen l'organització i la necessitat de formació per als professionals. Podem distingir tres tipus d'estils de pràctica: la pràctica tècnica, la controladora i la metodològica. El col·lectiu mèdic, però sobretot el d'infermeria han de promocionar la salut i fer prevenció de la malaltia. La OMS va definir la Carta de Bangkok per a la promoció de la salut en el món globalitzat l'any 2005 com *“és el procés per a facilitar que les persones augmentin el control sobre la seva salut i els determinants de la salut i com a conseqüència millorin el seu estat de salut”*. (13)

1.3.3 El rol educador dels professionals sanitaris d'atenció primària.

Facilitar que els pacients participin en la presa de decisions aporta moltes avantatges al sistema; per una banda afavoreix una actitud més activa i responsable per part dels pacients sobre els seus propis comportaments i per l'altre permet que les intervencions dels professionals siguin més realistes, realitzables i adaptades a les possibilitats i a les motivacions de cada pacient. (52)

Els professionals sanitaris disposen de moltes eines per a realitzar l'activitat de la millor manera possible. L'objectiu ha sigut i és millorar la salut de les persones, aconseguir que la qualitat de vida els hi permeti decidir, corregir i controlar els processos que determinen la seva vida. És aquí on la educació per la salut com a eina fonamental dels professionals sanitaris ha d'agafar el protagonisme que li correspon per ajudar a uns i altres. El primer pas ha de ser una adequada formació dels professionals que contribueixi a aportar eines sòlides i amb suficients proves científiques per a que tan el propi professional com el pacient valorin el seu treball. El professional sanitari d'atenció primària i la administració han d'aconseguir que la educació per la salut sigui efectiva, eficaç i eficient i que esdevingui una eina quotidiana en l'activitat dels centres de salut; i que contribueixi a millorar el sistema de salut i racionalitzar els recursos, tan humans com materials. (53)

Entendre la salut com una manera d'entendre la vida converteix la promoció de la salut i l'educació per la salut en la millor estratègia perquè els usuaris rebin una atenció basada i centrada en el seu estil de vida i no en els seus problemes de salut. Per aconseguir tot això la feina dels professionals sanitaris és imprescindible i molt important. El professional sanitari per transmetre tota aquesta informació als seus pacients haurà d'estar motivat i haurà de saber comunicar-ho mitjançant diferents tècniques al seu pacient. (54)

Es defineix l'educació sanitària com la modificació en direcció positiva dels coneixements actituds i conductes dels pacients. Pot desenvolupar-se a nivell individual o grupal i en aquest àmbit el professional sanitari compleix dues funcions complementàries. Funció i rol exemplar atès que conscientment o no i desitjant-ho o no, les conductes de salut dels professionals sanitaris incideixen en la població especialment en la població assignada.

I la funció educativa molt més reconeguda i que en general, aconsegueix millors resultats dels quals el professional creu que aconsegueix. És a dir el professional sanitari considera que la seva influència en els canvis d'estil de vida dels pacients és menor que la que realment s'exerceix. (52)

Naturalment sempre es pot i s'ha de millorar l'estil de la intervenció i les investigacions que es realitzen en aquesta àrea; així per exemple, els estudis duts a terme a la dècada de 1980 per Prochaska i DiClemente van confluïr en un model teòric per explicar el canvi de conducta l'anomenat model de les etapes del canvi, (Figura 4) que permet al professional adequar la seva intervenció preventiva a l'estat del canvi en el qual es troba el pacient. Aquest model és utilitzat en una gran part de les investigacions e intervencions actuals. Segons aquest model una persona canvia la seva conducta seguint diferents estadis successius en els que primer es dona primordialment un canvi d'actitud i després un canvi de conducta. (55)

Les fases són:

La precontemplació que és la etapa en la que la persona no es planteja la necessitat del canvi. En aquesta fase les persones poden tenir una falta d'informació o informació incorrecte o bé por a no ser capaços de canviar o no volen ni plantejar-s'ho per diferents raons o motius. Com és lògic es comporten de manera defensiva respecte l'hàbit que tenen i son molt resistents a les pressions externes al canvi.

En la fase de contemplació existeix ja una intenció de canvi i aquesta intenció de canviar és per als propers 6 mesos. Hi ha persones que poden estar en aquesta

fase força temps, no obstant estan més oberts a la informació sobre riscos i conseqüències associades al hàbit.

En la fase de preparació la persona és capaç de fixar una data i pensar un pla per canviar en el proper mes. Normalment les persones ja han fet algun intent previ o algun esforç per iniciar el canvi. La fase d'acció es caracteritza perquè la persona intenta el canvi. Es considera que està en fase d'acció quan fa menys de sis mesos que es manté en la nova conducta.

En la fase de manteniment la persona manté la nova conducta durant més de sis mesos. Seria una etapa de consolidació del nou hàbit. La fase de recaiguda es produeix en el cas de que la persona recau en la conducta anterior.

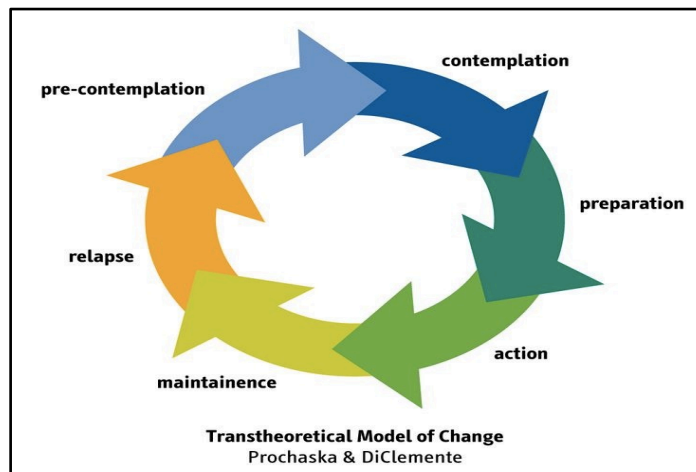


Figura 4. Etapes del canvi segons Prochaska i DiClemente. (55)

A partir del model i les recomanacions dels autors s'ha estès en atenció primària un nou tipus d'entrevista, l'entrevista motivacional que ve a complementar les utilitzades més comunament en educació sanitària és a dir la informativa i la persuasiva i que obre noves perspectives en la relació d'ajuda que ofereix el professional sanitari per al canvi d'actitud i conducta. Els passos que ha tenir una intervenció educativa són:

- Establir una aliança educativa amb el pacient. Cal que el pacient es responsabilitzi de la seva salut i l'actitud del sanitari sigui

d'acompanyament, evitant actituds paternalistes que en molts casos trenquen la relació terapèutica.

- Investigar, preguntar i registrar els hàbits de vida del pacient en el transcurs de cadascuna de les entrevistes.
- Aconsellar als pacients ¿és ètic que ens oblidem de recomanar deixar de fumar a un pacient amb MPOC? I a un adolescent fumador que acudeix per problemes d'insomni? Ara bé, hi ha temps a la consulta de preguntar per tots els factors de risc i aplicar la graella d'activitats preventives? Indubtablement no, no hi ha temps d'actuar en cada visita amb tots els problemes; és més si així es fes, probablement es trencaria la relació terapèutica. ¿Quina persona aguantaria una llarga llista de preguntes i consells? És a dir cal aconsellar, però prioritant la intervenció i seguint les recomanacions dels experts, guies clíniques, societats científiquesetc. (56)
- Seleccionar la conducta de salut que es vol modificar fent participar al pacient d'aquesta decisió. És recomanable modificar una conducta després d'una altra i no intentar molts canvis a l'hora. Ara bé si el pacient desitja un canvi global, també hauria de respectar la seva decisió. El professional pot advertir de les dificultats, però mai hauria de posicionar-se en contra. El pacient és el responsable de la seva salut, qui farà el canvi i si no aconsegueix a la primera el que desitja ha de ser ell qui reconegui les dificultats i en un segon intent, planifiqui d'una altra manera els canvis. Amb o sense l'aprovació del professional el pacient sempre farà el que desitja i un professional respectuós amb les seves decisions guanyarà la seva confiança. En estreta relació amb l'anterior, el següent punt és dissenyar el pla educatiu. Ho han de fer conjuntament el professional i el pacient i s'han de fixar objectius concrets, realitzables en un temps determinat i que puguin ser quantificables. (57)

- Executar el pla. El pacient que és qui realitza el canvi, ha de tenir clara la seva fulla de ruta. Ha de ser minuciosa, i per això el pacient i el professional han d'haver considerat totes les estratègies possibles i analitzat diferents possibilitats.
- Monitoritzar els progressos és a dir, registrar els avenços, les dificultats i els elements facilitadors amb els que es troba el pacient. Si el pacient es sent acompanyat, augmenten les probabilitats d'èxit. (52)

Elements i estratègies que hem de tenir en compte en la promoció de la salut i en l'educació sanitària. S'han de considerar estratègies que estimulen i faciliten els canvis voluntaris i evitar les intervencions que diuen el que cal fer o fins i tot aquelles que renyen al pacient. Amb elles només s'aconsegueix l'efecte contrari, és a dir, que el pacient es consolidi més en la idea de mantenir-se en la seva conducta inicial, tot i que entengui que hauria de canviar i encara que només sigui com a mecanisme de defensa davant el que viu com un atac del professional.

El pacient ha de participar en la decisió de canviar. Les persones tenen un paper proactiu en el canvi, són les que decideixen canviar i ho posen en pràctica. (58)

Tenir present que els factors cognitius són imprescindibles per modificar una conducta, és a dir, un ha de saber per què ha de canviar, però generalment saber-ho no és suficient per generar un canvi. La persona ha de sentir-se vulnerable (fumar no només és perjudicial sinó que a mi personalment em provoca mal) i capaç de realitzar aquest canvi (autoconfiança: puc deixar de fumar si m'ho proposo perquè he aconseguit altres fites en la meua vida). Adquirir un nou hàbit és un procés en el qual intervenen les creences i valors de la persona, però també el seu entorn. Aquest pot facilitar o entorpir qualsevol decisió personal i d'aquí la importància que tenen les circumstàncies del pacient. (56)

Creences i actituds dels professionals: aconsellar i facilitar canvis d'estil de vida és diferent a intervenir, per exemple en el cas de l'incompliment del tractament farmacològic. Els hàbits del propi professional poden contradir els seus missatges. Es considera que s'aconsegueix una millor resposta als missatges d'educació sanitària si el professional creu en la importància de la prevenció, transmet interès per ajudar i recolzar, individualitzar el consell, no sobrecarregar al individu amb recomanacions i registrar a la història clínica els plans de cures i el respectiu seguiment. (59)

El professional espera èxits terapèutics a curt termini, però les activitats de prevenció i sobretot aquelles que impliquen un canvi en l'estil de vida precisen de múltiples intervencions espaiades en el temps. (55)

L'estil de comunicació utilitzat per als professionals és un element clau per a comprendre la implementació de les activitats preventives i la seva eficiència. Els professionals tenen una formació específica en tècniques d'entrevista tan per saber dir no davant un pacient demandant tan com per convertir l'obertura d'una història clínica en un interrogatori. (60)

Una altre condició de la entrevista que sovint s'oblida i facilita en gran mesura tractar temes de prevenció és resoldre sobretot, la demanda del pacient. Les persones presten més atenció quan la seva preocupació ja s'ha tractat. La coherència del missatge que dona tot l'equip també afavoreix la difusió i el seguiment dels consells de salut per part del pacient. No hi ha cosa més nociva per a un programa de promoció i prevenció que les desautoritzacions entre uns i altres. S'ha de compartir el coneixement entre tots els professionals i dir tots el mateix. (61)

Algunes dificultats per part del professional per aplicar el consell tenen que veure amb les seves creences i les seves conductes. També amb els dubtes sobre l'efectivitat, la falta de formació, dubtes respecte si la relació es veurà

perjudicada per el consell i amb la idea de que resulta més fàcil prescriure que donar consell. (62)

Actualment coneixem millor no només els determinants del comportament sinó també el procés de comunicació entre el professional i el pacient i els aspectes metodològics que influeixen en els resultats de la entrevista clínica. (60) El paper del professional d'infermeria en la modificació d'estils de vida dels pacients implica una seqüència d'activitats de la mateixa manera que a la resta de processos d'atenció d'infermeria en el que primer es durà a terme la valoració, el diagnòstic, la planificació i execució de les activitats i posteriorment l'avaluació. (60)

El resultat final del consell és el desenvolupament d'un pla de canvi, recordant que el canvi és un procés. Com totes les activitats de consell no poden realitzar-se en un primer moment, hem de pactar amb el pacient després de valorar els diferents riscos per a la salut que estan presents en la persona i en un moment determinat. Hem de tenir present que l'avantatge de la atenció primària és que portem a terme un seguiment de l'individu durant bastant de temps la qual cosa ens permet repartir els missatges entre les diferents visites que es realitzen. Per afavorir l'aplicació de les activitats hem de revisar l'organització de la consulta, facilitant al màxim el consell en persones poc freqüentadores a l'ABS, sanes i amb hàbits de risc. És molt important que les intervencions es repeteixin en les diferents visites al centre; així com tenir un bon registre on consti aquest consell, la fase del canvi en la que es troba, pactes amb el pacient així com dificultats que ell hagi expressat. El registre ha de facilitar-nos la valoració de les activitats preventives que estan pendents a cada persona que acut a la consulta. Molts programes informàtics que s'utilitzen a atenció primària en l'actualitat ja inclouen aquests recordatoris. (63)

Hem de tenir present que l'èxit del consell depèn en gran mesura de la col·laboració entre la persona i el professional sanitari i la capacitat d'aquest professional per a facilitar el procés i ajudar a mantenir el seu objectiu.

En relació al pacient i al consell sobre conductes saludables segons un estudi realitzat sobre la relació entre el comportament del pacient i els consells sobre hàbits tabàquics i hàbits saludables s'evidencia que aquells pacients que havien rebut consell directe dels professionals estaven més disposats a deixar de fumar, a fer canvis en la seva dieta i començar a realitzar exercicis que aquells que només van rebre informació impresa motivant a dits comportaments. (64)

Aquesta relació existent entre la credibilitat dels consells per part dels metges i les infermeres per part dels pacients s'observa també en un altre estudi (65) on situa l'estil de vida del metge d'atenció primària com l'eix central a l'hora de generar confiança amb el pacient. Així la credibilitat del metge i la infermera en el moment d'aconsellar la pràctica d'exercici físic o la bona alimentació és bàsica a l'hora d'incentivar al pacient a seguir també un bon estil de vida. A més, és la pràctica de conductes promotores de la salut en els professionals sanitaris d'atenció primària aquella que té un major impacte en l'estil de vida dels seus pacients. (66)

La promoció per a la salut i les activitats preventives en general constitueixen unes de les eines fonamentals per al control del risc cardiovascular. L'atenció primària permet una major integració de les activitats preventives, perquè proporciona una major accessibilitat, continuïtat e integralitat en l'atenció que permet al metge de família i als professionals d'infermeria estar en una situació òptima per a realitzar activitats preventives. (67)

Però la modificació dels estils de vida en la pràctica no és fàcil i depenen de múltiples i complexes condicionants personals i socioculturals sobre els que

només tenim una informació parcial. No obstant, existeix evidència empírica que els hàbits de salut i els estils de vida dels professionals sanitaris juntament amb les seves creences i el seu nivell de coneixements, representen un paper essencial a l'hora d'aconsellar als seus pacients sobre conductes de risc i a més, aquests professionals constitueixen un referent i model per a les persones amb les que interaccionen. (67)

Tenint en consideració el rol dels professionals sanitaris d'atenció primària de salut sobre accions preventives, es considera que un dels predictors més forts sobre el consell de conductes saludables realitzades per professionals sanitaris és la pràctica habitual d'aquests comportaments. Hi ha estudis que situen l'estil de vida dels professionals sanitaris com l'eix central alhora de generar confiança en el pacient. (68)

En aquest sentit, s'ha identificat que hi ha metges que tenen una gran dificultat alhora d'aconsellar sobre comportaments que ells mateixos no practiquen. (69) Hi ha estudis que pregunten als professionals sanitaris quines són les barreres i/o obstacles alhora de no fer exercici; les respostes són falta de temps, poca motivació i estar cansats. Altres barreres són la falta de seguretat per practicar esport en espais oberts i la interferència del trànsit en activitats com el ciclisme. (70)

La incorporació de les mesures preventives requereix un canvi en la manera de pensar, i sobretot, en la organització dels equips. La predisposició activa cap a la prevenció de la majoria de professionals ha d'emmarcar-se dins d'una organització que faciliti i afavoreixi el seu desenvolupament. L'Atenció Primària del segle XXI es dirigeix cap a una verdadera i efectiva participació de la comunitat en la presa de decisions sobre la salut i la malaltia; i possiblement aquesta sigui la línia que faciliti que la comunitat i l'individu tornin a prendre el control de la seva salut. Sabem que els professionals de la salut poden motivar a

les persones que assisteixen a la consulta per a fer canvis i modificacions en el seu estil de vida. De fet, està documentat, que qui ha rebut una recomanació preventiva en salut té més probabilitats de dur-la a terme que qui no la rep. (66)

2. HIPÒTESI I OBJECTIUS

Es coneix que el seguiment d'uns hàbits de salut i el seguiment d'uns estils de vida saludables són imprescindibles per al manteniment de la salut. Es coneix el paper educador del professional sanitari d'atenció primària i les possibles repercussions davant un no compliment dels mateixos tan a nivell personal com professional. El professional sanitari d'atenció primària pel seu rol exemplar ha de mantenir uns estils de vida i hàbits saludables davant la població general.

2.1 Hipòtesi.

Els hàbits de salut dels professionals sanitaris d'atenció primària es corresponen als de la població general.

2.2 Objectius.

Objectiu general

Descriure els hàbits de salut dels professionals sanitaris; concretament dels infermers, infermeres, metges i metgesses de família i pediatres dels equips d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona.

Objectius específics

Descriure les característiques sociodemogràfiques i laborals dels professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona.

Descriure les característiques sociodemogràfiques i laborals segons categoria laboral i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona.

Determinar la prevalença de fumadors en professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona segons categoria laboral i sexe.

Determinar la prevalença de la pràctica d'activitat física en professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona segons categoria laboral i sexe.

Determinar la prevalença d'alimentació saludable en professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona segons categoria laboral i sexe.

Conèixer la percepció personal dels professionals sanitaris respecte els seus hàbits de salut i estils de vida i veure com aquests afecten al consell de promoció de la salut que ells donen als seus pacients.

3. METODOLOGIA

3.1 Disseny d'estudi.

És un estudi descriptiu transversal que combina dos tipus de metodologia; una primera part la metodologia quantitativa i una segona la metodologia qualitativa.

3.2 Àmbit d'estudi.

Els professionals sanitaris de les àrees bàsiques de salut dels centres d'atenció primària del Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona.

La regió sanitària de Girona està dividida en tres Sectors d'Atenció Primària (SAP): SAP Nord, SAP Sud i SAP Marítim. El sector d'atenció primària nord està format per les ABS de: Ripoll, Camprodon, Olot, Besalú, la Jonquera, Roses, Llança, Vilafant, Figueres i Bàscara. El sector d'atenció primària sud està format per les ABS de: Banyoles, Santa Clara, Can Gibert del Pla, Montilivi-Vilaroja, Taialà, Sarrià de Ter, Celrà, Salt, Arbúcies-Sant Hilari, Santa Coloma de Farners i Sils-Vidreres-Maçanet. El sector d'atenció primària marítim està format per les ABS de: Sant Feliu de Guíxols-Platja d'Aro, Tordera, Blanes, Pineda de mar i Canet de mar

3.3 Població d'estudi.

Els infermers i infermeres d'atenció primària que desenvolupen la seva tasca a les consultes d'adult i pediatria, els metges i metgesses especialistes en medicina familiar i comunitària d'atenció primària i els metges i metgesses especialistes en pediatria d'atenció primària. La població d'estudi és de 1012 professionals sanitaris.

3.3.1 Criteris d'inclusió i exclusió.

Formar part d'un equip d'atenció primària dels centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona (infermers i infermeres, metges i metgesses especialistes en medicina familiar i comunitària i els metges i metgesses especialistes en pediatria).

Són exclosos de l'estudi tot el personal administratiu i el personal de serveis socials de tots els equips d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut per no considerar-los personal sanitari.

També quedaran exclosos de l'estudi els professionals que presentin problemes idiomàtics per entendre el català i no puguin respondre el qüestionari (metodologia quantitativa) i no puguin participar en la discussió del grup focal (metodologia qualitativa).

3.3.2 Mostra.

No hem utilitzat cap mostreig en concret hem comptat amb tots els professionals sanitaris; infermers i infermeres, metges i metgesses especialistes en medicina familiar i comunitària i els metges i metgesses especialistes en pediatria de tots els centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona. La mostra és de 354 individus.

Per la part qualitativa es van constituir grups de 7-8 persones on estaven representades totes les categories de professionals que formen part de l'estudi dels tres sectors geogràfics d'atenció primària enquestats.

3.4 Fase Quantitativa.

3.4.1 Definició de variables.

Variables socio-demogràfiques

Sexe: home/dona

Edat (en anys): 18-24/ 25-34/ 35-44/ 45-54/55-65

Pes: en quilos

Talla: en centímetres

Sector atenció primària: nord/sud/marítim

Categorial laboral: infermer/a, metge/essa de família o pediatre/a

Guàrdies d'atenció continuada: si/no

Experiència professional a atenció primària (en anys): menys de 5/ entre 6 i 10/ entre 11 i 20/ entre 21 i 30/ entre 31 i 35/ més de 36.

Variables d'estudi

Hàbit tabàquic: si/no

Activitat física: preguntes concretes sobre exercici físic.

Alimentació: preguntes concretes sobre alimentació.

3.4.2 Instruments de recollida de dades i fonts d'informació.

Els instruments de recollida de dades són uns qüestionaris adaptats a partir d'uns qüestionaris validats que són:

- ⇒ *“Validation of the Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire in Spanish Women”*. (71)
- ⇒ *“Validation of the Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire in Spanish Men”*. (72)
- ⇒ *“Use of a three-day estimated food record, a 72-hour recall and a food-frequency questionnaire for dietary assessment in a Mediterranean Spanish population”*. (73)
- ⇒ *“Validity of two short screeners for diet quality in time-limited settings”*. (74)

3.4.3 Procediment de recollida de dades.

El mes de novembre de 2012 es va presentar a la direcció d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona el projecte de tesis doctoral i la intenció de passar un qüestionari als professionals de medicina i d'infermeria d'atenció primària de la regió sanitària de Girona.

El qüestionari va ser enviat via correu electrònic de la feina alies@gencat.cat a tots els professionals sanitaris (infermers, infermeres, metges de família, metgesses de família i pediatres) de tots els centres d'atenció primària de l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona.

El qüestionari es va enviar juntament amb una carta de presentació personal i de presentació del projecte on també s'informava de la total confidencialitat de les seves respostes. El qüestionari va ser dissenyat amb l'aplicació informàtica LimeSurvey®; aquesta ens va permetre l'enviament per correu electrònic a tots els professionals i que les respostes quedessin automàticament emmagatzemades a la base de dades d'aquesta aplicació; de manera que a mida que hi havien respostes els resultats quedaven guardats a la base de dades.

3.4.4 Descripció d'estudis pilot.

Abans d'enviar el qüestionari a tots els professionals es va realitzar una prova pilot amb l'enviament del qüestionari als professionals de l'àrea bàsica de salut de Blanes per avaluar-ne el funcionament i la fiabilitat com a instrument de mesura. La prova pilot va permetre saber amb quan de temps es contestava i l'opinió d'aquests.

3.5 Fase Qualitativa.

3.5.1. Procediment de recollida de dades.

En aquesta fase vam realitzar grups de discussió focal fins arribar a la saturació de la informació. Els grups van ser de 8 i 7 persones respectivament. Grups amb professionals integrats per metges, metgesses, infermers i infermeres d'edats variades i amb anys d'experiència professional a atenció primària diferents. Es va fer gravació de la discussió i posteriorment es va fer la transcripció de les dades.

3.6 Anàlisi de dades.

Les dades s'han tractat amb el programa SPSS per a Windows 15.0 i s'han fet anàlisis estadístics bivariats en els quals s'han aplicat els tests estadístics pertinents per validar la significació estadística entre les variables que s'han considerat més rellevants. S'ha utilitzat la prova de la ChiQuadrat per analitzar variables qualitatives i s'han fet anàlisis de la variància (ANOVA) per estudiar la relació entre variables numèriques i qualitatives.

Per la part qualitativa s'ha utilitzat el programa Nvivo per analitzar els resultats. Els resultats dels grups una vegada analitzades les transcripcions ens van portar a la definició d'una sola categoria "Hàbits i estils de vida" i a la definició de 5 subcategories: hàbits saludables, hàbits tòxics, factors personals, factors externs i factors professionals.

Cada grup de discussió s'ha analitzat individualment i posteriorment de manera conjunta.

3.7 Consideracions ètiques.

Aquest estudi respecta la declaració de Hèlsinki de la Associació Mèdica Mundial sobre els principis ètics per a les investigacions mèdiques en éssers humans. S'han respectat els principis ètics d'investigació vigents segons la Llei

Orgànica 15/99 (LOPD) i el document de consens de les bones pràctiques clíniques.

Els professionals sanitaris van ser informats dels objectius que persegueix l'estudi. Així mateix, es sol·licita consentiment informat per participar a l'estudi i també per ser gravat (amb àudio) als grups de discussió focal. El professional sanitari pot acceptar ambdues parts o només la primera i rebutjar la segona.

Les dades de les persones participants als grups de discussió focal seran totalment anònimes. El protocol de l'estudi va ser aprovat per l'IDIAP (Institut d'Investigació en Atenció Primària) el dia 29/05/2013 amb el codi P13/054.

4. RESULTATS

4.1 RESULTATS FASE QUANTITATIVA.

Característiques sociodemogràfiques dels professionals sanitaris

Van respondre el qüestionari 354 professionals d'atenció primària que treballen a les àrees bàsiques de salut de l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona, sent la taxa de resposta del 34,98%; dels quals el 76,27% eren dones. La franja d'edat que engloba més professionals és la dels que tenen entre 35 i 44 anys; 29,4%. El 28,6% dels professionals sanitaris homes tenen entre 55 i 65 anys. El 21% dels professionals sanitaris d'atenció primària tenen menys de 35 anys. (Taula 6)

En relació al sector de treball la mostra es distribueix en els tres sectors considerats sent el sector marítim el que concentra més volum de professionals amb un 37,1% i és també on trobem un percentatge més elevat de dones 29,09%. (Taula 6)

Realitzen guàrdies d'atenció continuada el 57,3% dels professionals sanitaris; dels quals un 14,97% són homes i un 42,3% dones. El col·lectiu professional que realitza més atenció continuada és el d'infermeria. (Taula 6)

En relació als anys d'experiència professional a atenció primària destaca el col·lectiu que porta entre 11 i 20 anys d'experiència professional (29,7%) sense haver-hi diferències en ambdós sexes. D'altra banda el 9,9% dels professionals tenen una experiència inferior a 5 anys. (Taula 6)

Taula 6. Característiques sociodemogràfiques dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| Característiques sociodemogràfiques | | Tots | Homes | Dones |
|-------------------------------------|----------|------------|--------------|---------------|
| | | n=354 | n=84 (23,72) | n=270 (76,27) |
| Edat en anys | 18-24 | 26 (7,3) | 9 (10,7) | 17 (6,3) |
| | 25-34 | 49 (13,7) | 8 (9,5) | 41 (15,1) |
| | 35-44 | 105 (29,4) | 26 (31) | 80 (29,5) |
| | 45-54 | 83 (23,2) | 17 (20,2) | 65 (24) |
| | 55-65 | 94 (26,3) | 24 (28,6) | 68 (25,1) |
| Sector de treball | Nord | 107 (30,3) | 32 (38,6) | 75 (27,8) |
| | Sud | 115 (32,6) | 23 (27,7) | 92 (34,1) |
| | Marítim | 131 (37,1) | 28 (33,7) | 103 (38,1) |
| Guàrdies atenció continuada | Si | 203 (57,3) | 53 (63,1) | 150 (55,6) |
| | No | 151 (42,6) | 31 (36,9) | 120 (44,4) |
| Experiència professional en anys | ≤ 5 | 35 (9,9) | 9 (10,7) | 26 (9,6) |
| | [6,10] | 63 (17,8) | 9 (10,7) | 55 (20,4) |
| | [11, 20] | 105 (29,7) | 27 (32,1) | 78 (28,9) |
| | [21, 30] | 80 (22,7) | 20 (23,8) | 60 (22,2) |
| | [31, 35] | 53 (15) | 18 (21,4) | 35 (13) |
| | ≥36 | 17 (4,8) | 1 (1,2) | 16 (5,9) |

En relació a la categoria laboral observem (Taula 40) que el 61,86% pertanyen al col·lectiu d'infermeria, sent el 86,3% dones; el 31,63% són del col·lectiu metges de família; sent el 59,82% dones i el 6,49% són del col·lectiu de pediatres; sent el 60,86% dones.

El rang d'edat del col·lectiu d'infermeria és variable, trobem tota la mostra repartida entre els 5 diferents rang d'edat. El 40,7% dels professionals del col·lectiu de metges es troba al rang d'edat de 35-44 seguida del de 45-54 anys i 55-65 anys en un 28,3% i un 23,9% respectivament. En el col·lectiu de pediatres el rang d'edat més elevat es troba al grup d'edat de 55 a 65 anys amb un 56,5%. (Taula 40)

Un 57,3% dels professionals sanitaris d'atenció primària fan guàrdies d'atenció continuada (Taula 7). La taula mostra l'existència d'una relació significativa entre l'edat dels professionals sanitaris i el fet de fer guàrdies d'atenció continuada ($p < 0,001^*$). En particular podem dir que els treballadors més joves són els que més guàrdies d'AC fan, mentre que els professionals majors de 45

anys presenten una clara disminució en el número de guàrdies. La V de Cramer reforça el resultat del test indicant la fortalesa de les variables ($V=0,497$).

Taula 7. Relació entre fer guàrdies d'atenció continuada i l'edat dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Edat en anys | | | | | Total | p |
|------------|----|--------------|-----------|------------|-----------|-----------|------------|---------|
| | | 18-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-65 | | |
| Guàrdia AC | No | 5 (19,2) | 10 (20,4) | 21 (20) | 47 (56,6) | 72 (76,6) | 155 (43,4) | <0,001* |
| | Si | 21 (80,8) | 39 (79,6) | 84 (80) | 36 (43,4) | 22 (23,4) | 202 (56,6) | |
| Total | | 26 (7,3) | 49 (13,7) | 105 (29,4) | 83 (23,2) | 94 (26,3) | 357 | |

Observem que el sector de treball on els professionals sanitaris fan més guàrdies és el marítim 63,6%; mostrant-se una relació significativa $p=0,003^*$ i amb una fortalesa entre variables $v=0,181$. (Taula 8)

Taula 8. Relació entre fer guàrdies d'atenció continuada i el sector de treball dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Sector de treball | | | Total | p |
|------------|----|-------------------|----------|-----------|------------|--------|
| | | Sud | Nord | Marítim | | |
| Guàrdia AC | No | 46 (39) | 61 (57) | 48 (36,4) | 155 (43,4) | 0,003* |
| | Si | 72 (61) | 46 (43) | 84 (63,6) | 202 (56,6) | |
| Total | | 118 (33,1) | 107 (30) | 132 (37) | 357 | |

La relació entre fer guàrdies d'atenció continuada (Taula 9) tenint en compte l'edat dels treballadors i la categoria laboral és significativa per cadascun dels col·lectius; infermeria $v=0,485$, metges $v=0,491$ i pediatria $v=0,597$. Pels 3 col·lectius analitzats s'observa que a major edat, el percentatge de professionals sanitaris que fan guàrdia d'atenció continuada disminueix.

Taula 9. Relació entre fer guàrdies d'atenció continuada per categoria laboral i l'edat dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Edat en anys | | | | | Total | p |
|--------------------------|----|--------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|---------|
| | | 18-24 | 25-34 | 35-44 | 45-54 | 55-65 | | |
| Guàrdia AC Infermer/a | No | 5 (19,2) | 7 (17,9) | 13 (22,4) | 22 (50) | 40 (76,9) | 87 (39,7) | <0,001* |
| | Si | 21 (80,8) | 32 (82,1) | 45 (77,6) | 22 (50) | 12 (23,1) | 132 (60,3) | |
| Guàrdia AC Metge/essa | No | 0 (0) | 1 (12,5) | 8 (17,4) | 19 (59,4) | 19 (70,4) | 47 (41,6) | <0,001* |
| | Si | 0 (0) | 7 (87,5) | 38 (82,6) | 13 (40,6) | 8 (29,6) | 66 (58,4) | |
| Guàrdia AC Pediатres | No | 0 (0) | 2 (100) | 0 (0) | 5 (83,3) | 11 (84,6) | 18 (78,3) | 0,043* |
| | Si | 0 (0) | 0 (0) | 2 (100) | 1 (16,7) | 2 (15,4) | 5 (21,7) | |
| Guàrdia AC Tots | No | 5 (19,2) | 10 (20,4) | 21 (20) | 47 (56,6) | 72 (7,6) | 152 (43,4) | <0,001* |
| | Si | 21 (80,8) | 39 (79,6) | 84 (80) | 36 (43,4) | 22 (23,4) | 202 (56,6) | |

Consum de tabac dels professionals sanitaris

En relació a l'hàbit tabàquic el 88,13% dels professionals sanitaris no fumen. Sent els homes els que més fumen representant un 14,28%. (Taula 10)

Taula 10. Consum de tabac dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Tots | Homes | Dones |
|-------|----|-------------|-------------|--------------|
| | | n=354 | n=84 (23,7) | n=270 (76,2) |
| Tabac | Si | 42 (11,86) | 12 (14,28) | 30 (11,11) |
| | No | 312 (88,13) | 72 (85,7) | 240 (88,88) |

El col·lectiu d'infermeria és el que més fuma representant un 14,15% respecte el 9,83% que representen els del col·lectiu de metges i respecte el 0% dels pediatres.

Els homes infermers són els que més fumen amb un 23,3% a diferència de les dones infermeres que representen un 12,6%. (Taula 11)

Taula 11. Consum de tabac per col·lectiu laboral i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | | Tabac | Tabac |
|------------|-------|------------|------------|------------|
| | | | Si | No |
| Infermer/a | Homes | 30 (13,6) | 7 (23,3) | 23 (76,6) |
| | Dones | 189 (86,3) | 24 (12,6) | 165 (87,3) |
| | Tots | 219 (61,8) | 31 (14,15) | 188 (85,8) |
| Metge/essa | Homes | 45 (40,1) | 5 (11,1) | 40 (88,8) |
| | Dones | 67 (59,8) | 6 (8,95) | 61 (91,04) |
| | Tots | 112 (31,6) | 11 (9,83) | 101 (90,1) |
| Pediатres | Homes | 9 (39,1) | 0 (0) | 9 (100) |
| | Dones | 14 (60,8) | 0 (0) | 14 (100) |
| | Tots | 23 (6,4) | 0 (0) | 23 (100) |
| Total | | 354 | 42 (11,86) | 312 (88,1) |

Activitat física dels professionals sanitaris

En relació a la pràctica d'activitat física (Taula 12) els professionals sanitaris presenten percentatges d'exercici físic tipus caminar depressa, passejar tranquil·lament i fer esport 3 dies o més a la setmana similars del 27,4%, 27,1% i 26,6% respectivament.

Aquests valors respecte la pràctica d'activitat física en dones es mantenen similars però en homes són molt inferiors.

Hi ha un 51% dels professionals sanitaris que no caminen depressa cap dia a la setmana, un 42,9% no passegen tranquil·lament cap dia a la setmana i un 26,6% no fan esport cap dia a la setmana; sent més elevat sempre en dones.

Taula 12. Activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| Activitat física | | Tots | Homes | Dones |
|------------------|---|------------|-------------|--------------|
| | | n=354 | n=84 (23,7) | n=270 (76,2) |
| Exercici Físic | caminar ràpid 1 dia a la setmana | 33 (9,3) | 6 (1,7) | 27 (7,6) |
| | caminar ràpid 2 dies a la setmana | 43 (12,1) | 8 (2,3) | 35 (9,9) |
| | caminar ràpid 3 dies o més a la setmana | 97 (27,4) | 18 (5,1) | 79 (22,3) |
| | caminar cap dia a la setmana | 181 (51) | 52 (14,7) | 129 (36,4) |
| Temps | entre 15 i 30 minuts | 70 (41,9) | 16 (9,6) | 54 (32,3) |
| | entre 30 i 45 minuts | 65 (38,9) | 7 (4,2) | 58 (34,7) |
| | més de 60 minuts | 32 (19,2) | 9 (5,4) | 23 (13,8) |
| Exercici físic | passejar tranquil 1 dia a la setmana | 37 (10,5) | 8 (2,3) | 29 (8,2) |
| | passejar tranquil 2 dies a la setmana | 69 (19,5) | 11 (3,1) | 58 (16,4) |
| | passejar tranquil 3 dies o més a la setmana | 96 (27,1) | 23 (6,5) | 73 (20,6) |
| | passejar tranquil cap dia a la setmana | 152 (42,9) | 42 (11,9) | 110 (31,1) |
| Temps | menys de 30 minuts | 69 (35,6) | 15 (7,7) | 54 (27,8) |
| | entre 30 i 60 minuts | 78 (40,2) | 14 (7,2) | 64 (33) |
| | més de 60 minuts | 47 (24,2) | 11 (5,7) | 36 (18,6) |
| Exercici físic | fer esport 1 dia a la setmana | 36 (10,2) | 3 (0,8) | 33 (9,3) |
| | fer esport 2 dies a la setmana | 68 (19,2) | 18 (5,1) | 50 (14,1) |
| | fer esport 3 dies o més a la setmana | 94 (26,6) | 32 (9) | 62 (17,5) |
| | fer esport cap dia a la setmana | 156 (44,1) | 31 (8,8) | 125 (35,3) |
| Temps | menys de 30 minuts | 12 (6,1) | 1 (0,5) | 11 (5,6) |
| | entre 30 i 60 minuts | 123 (62,4) | 24 (12,2) | 99 (50,3) |
| | més de 60 minuts | 62 (31,5) | 28 (14,2) | 34 (17,3) |

El col·lectiu d'infermeria són els que caminen depressa més dies a la setmana, són els que passegen tranquil·lament més dies a la setmana i són els que fan exercici físic més dies a la setmana representant un 18,1%, un 16,7% i un 17,2% respectivament. Per les variables analitzades com caminar depressa i passejar tranquil·lament són les infermeres les que realitzen més dies d'activitat física; per la variable fer esport són els infermers els que més s'exerciten. (Taula 41)

El percentatge de poca activitat física més elevat és alhora al col·lectiu d'infermeria amb un percentatge del 33%, un 15,5% per al col·lectiu de metges i un 2,3% per als pediatres.

Respecte la variable caminar depressa, passejar tranquil·lament i fer esport són les infermeres dones les més sedentàries.

L'anàlisi d'aquestes variables en el col·lectiu mèdic i de pediatres observem que són els homes metges i els homes pediatres els més sedentaris.

La relació entre fer guàrdies d'atenció continuada i fumar no és significativa (Taula 13). Observem que els professionals que fumen fan més guàrdies que els que no fumen; representen un 65,1%.

Taula 13. Relació entre el consum de tabac dels professionals sanitaris d'atenció primària i fer guàrdies d'atenció continuada.

| N (%) | | No Fuma | Fuma | Total | p |
|------------|----|------------|-----------|------------|-------|
| Guàrdia AC | No | 140 (44,6) | 15 (34,9) | 155 (43,4) | 0,229 |
| | Si | 174 (55,4) | 28 (65,1) | 202 (56,6) | |
| Total | | 314 (88) | 43 (12) | 357 | |

Observem que hi ha significació entre caminar depressa i els dies de pràctica d'activitat física i la categoria laboral $p=0,045$. (Taula 14) S'observa que hi ha un percentatge més elevat de professionals sanitaris que no practiquen activitat física cap dia a la setmana que de professionals sanitaris que si que en practiquen.

En aquestes taules (taula 14 i taula 15) s'han creuat les variables categoria professional i les 3 variables considerades com a activitat física; amb els dies i els minuts que hi dediquen els professionals sanitaris. Observem que no hi ha resultats estadísticament significatius.

Taula 14. Relació entre els dies destinats a la pràctica d'activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral.

| N (%) | | 1 dia | 2 dies | 3 dies o més | cap | Total | p |
|--------------------------|------------|-----------|-----------|--------------|------------|------------|--------|
| Caminar depressa | Infermer/a | 16 (7,3) | 21 (9,5) | 64 (29,3) | 118 (53,8) | 219 (61,8) | 0,045* |
| | Metge/essa | 14 (12,5) | 20 (17,8) | 23 (20,5) | 55 (49,1) | 112 (31,6) | |
| | Pediatre/a | 3 (13) | 2 (8,6) | 10 (43,4) | 8 (34,7) | 23 (6,4) | |
| | TOTAL | 33 (9,3) | 43 (12,1) | 97 (27,4) | 181 (51,1) | 354 | |
| Passejar Tranquil·lament | Infermer/a | 23 (10,5) | 42 (19,1) | 59 (26,9) | 95 (43,3) | 219 (61,8) | 0,994 |
| | Metge/essa | 12 (10,7) | 22 (19,6) | 32 (28,5) | 46 (41) | 112 (31,6) | |
| | Pediatre/a | 2 (1,7) | 5 (4,4) | 5 (4,4) | 11 (47,8) | 23 (6,4) | |
| | TOTAL | 37 (10,4) | 69 (19,4) | 96 (27,1) | 152 (42,9) | 354 | |
| Fer esport | Infermer/a | 22 (10) | 37 (16,8) | 61 (27,8) | 99 (45,2) | 219 (61,8) | 0,129 |
| | Metge/essa | 8 (7,1) | 27 (24,1) | 29 (25,8) | 48 (42,8) | 112 (31,6) | |
| | Pediatre/a | 6 (26) | 4 (17,3) | 4 (17,3) | 9 (39,1) | 23 (6,4) | |
| | TOTAL | 36 (10,1) | 68 (19,2) | 94 (26,5) | 156 (44) | 354 | |

Taula 15. Relació entre el temps dedicat a l'activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral.

| N (%) | | entre 15' i 30' | entre 30' i 45' | més de 60' | Total | p |
|--------------------------|------------|-----------------|-----------------|------------|------------|-------|
| Caminar depressa | Infermer/a | 43 (43,8) | 35 (35,7) | 20 (20,4) | 98 (58,6) | 0,869 |
| | Metge/essa | 21 (38,8) | 23 (42,5) | 10 (18,5) | 54 (32,3) | |
| | Pediatre/a | 6 (40) | 7 (46,6) | 2 (13,3) | 15 (8,9) | |
| | TOTAL | 70 (41,9) | 65 (38,9) | 32 (19,1) | 167 | |
| Passejar tranquil·lament | Infermer/a | 37 (31) | 48 (40,3) | 34 (28,5) | 119 (61,3) | 0,304 |
| | Metge/essa | 28 (43,7) | 26 (40,6) | 10 (15,6) | 64 (32,9) | |
| | Pediatre/a | 4 (36,3) | 4 (36,3) | 3 (27,2) | 11 (5,6) | |
| | TOTAL | 69 (35,5) | 78 (40,2) | 47 (24,2) | 194 | |
| Fer esport | Infermer/a | 6 (5) | 77 (64,7) | 36 (30,2) | 119 (60,4) | 0,913 |
| | Metge/essa | 5 (7,8) | 38 (59,3) | 21 (32,8) | 64 (32,4) | |
| | Pediatre/a | 1 (7,1) | 8 (57,1) | 5 (35,7) | 14 (7,1) | |
| | TOTAL | 12 (6) | 123 (62,4) | 62 (31,4) | 197 | |

La relació entre les variables sociodemogràfiques de sexe i les 3 variables considerades com a activitat física (caminar depressa, passejar tranquil·lament i fer esport) amb els dies i minuts que hi dediquen els professionals sanitaris.

(Taula 16 i 17) S'observa que no hi ha resultats estadísticament significatius entre l'activitat física caminar depressa ni en passejar tranquil·lament i tampoc en els minuts dedicats a cadascuna d'elles; en canvi per a l'exercici físic fer esport i els minuts dedicats a la realització d'aquest si que n'hi ha amb una $p < 0,001$.

Els professionals sanitaris fan esport 3 dies o més a la setmana en un 26,6 %. Hi dedica més d'una hora el 31,7%. Un 44,1% no en fa mai.

Taula 16. Relació entre els dies destinats a la pràctica d'activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per sexe.

| N (%) | | 1 dia | 2 dies | 3 dies o més | cap | Total | p |
|--------------------------|-------|-----------|-----------|--------------|------------|------------|--------|
| Caminar depressa | Home | 6 (7,1) | 8 (9,5) | 18 (21,4) | 52 (61,9) | 84 (23,7) | 0,163 |
| | Dona | 27 (10) | 35 (13) | 79 (29,3) | 129 (47,8) | 270 (76,3) | |
| | TOTAL | 33 (9,3) | 43 (12,1) | 97 (37,4) | 181 (51,1) | 354 | |
| Passejar tranquil·lament | Home | 8 (9,5) | 11 (13,1) | 23 (27,4) | 42 (50) | 84 (23,7) | 0,298 |
| | Dona | 29 (10,7) | 58 (21,5) | 73 (27) | 110 (40,7) | 270 (76,3) | |
| | TOTAL | 37 (10,5) | 69 (19,5) | 96 (27,1) | 152 (42,9) | 354 | |
| Fer esport | Home | 3 (3,6) | 18 (21,4) | 32 (38,1) | 31 (36,9) | 84 (23,7) | 0,008* |
| | Dona | 33 (12,2) | 50 (18,5) | 62 (23) | 125 (46,3) | 270 (76,3) | |
| | TOTAL | 36 (10,2) | 68 (19,2) | 94 (26,6) | 156 (44,1) | 354 | |

Taula 17. Relació entre el temps dedicat a l'activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per sexe.

| N (%) | | entre 15' i 30' | entre 30 i 45' | més de 60' | Total | p |
|--------------------------|-------|-----------------|----------------|------------|-----------|---------|
| Camines depressa | Home | 16 (47,1) | 8 (23,5) | 10 (29,4) | 34 (100) | 0,72 |
| | Dona | 54 (39,7) | 59 (43,4) | 23 (16,9) | 136 (100) | |
| | TOTAL | 70 (41,2) | 67 (39,4) | 33 (19,4) | 170 (100) | |
| Passejar tranquil·lament | Home | 15 (36,6) | 15 (36,6) | 11 (26,8) | 41 (100) | 0,813 |
| | Dona | 55 (35,3) | 65 (41,7) | 36 (23,1) | 156 (100) | |
| | TOTAL | 70 (35,5) | 80 (40,6) | 47 (23,9) | 197 (100) | |
| Fer esport | Home | 1 (1,9) | 24 (44,4) | 29 (53,7) | 54 (100) | <0,001* |
| | Dona | 12 (8,3) | 99 (68,3) | 34 (23,4) | 145 (100) | |
| | TOTAL | 13 (6,5) | 123 (61,8) | 63 (31,7) | 199 (100) | |

S'observa que els professionals sanitaris que no fan AC són els que menys activitat física fan si ho comparem amb els professionals que si que fan AC; sembla que si fas AC fas més activitat física. (Taula 18) Fer guàrdies d'atenció continuada i fer esport són dades estadísticament significatives amb una $p < 0,001$.

Taula 18. Relació entre fer guàrdies d'atenció continuada i els dies destinats a fer esport de tots els professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Quants dies a la setmana fas esport? | | | | Total | p |
|------------|----|--------------------------------------|-----------|-----------|------------|------------|---------|
| | | 1 dia | 2 dies | 3 dies | cap | | |
| Guàrdia AC | No | 20 (55,6) | 21 (30,9) | 29 (30,5) | 85 (23,8) | 155 (43,4) | <0,001* |
| | Si | 16 (44,4) | 47 (69,1) | 66 (69,5) | 73 (46,2) | 202 (56,6) | |
| Total | | 36 (10,1) | 68 (19) | 95 (26,6) | 158 (44,3) | 357 | |

Basant-nos en la prova de la Chi-quadrat, s'observen (taula 19) resultats estadísticament significatius en els homes quan s'analitza la relació entre la quantitat de dies a la setmana que es fa esport i la categoria laboral ($p = 0,022$). Si ajuntem els professionals homes infermers que fan exercici (1 dia, 2 dies, 3 dies o més) observem que hi ha més homes que fan exercici que no pas homes que no en fan en un percentatge de 23,8%. També es pot observar el mateix en homes metges representant un 32,2% i un 7,2% en pediatres respectivament. Llavors, la pràctica d'exercici físic és diferent entre els homes segons el col·lectiu on treballin (infermers, metges i pediatres).

Taula 19. Relació entre els dies destinats a fer esport per categoria laboral i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Infermer/a | Metge/essa | Pediatres | Total | p | |
|--------------------|-------|--------------|------------|------------|----------|------------|--------|
| Esport setmanal | TOTS | 1 dia | 22 (6,2) | 8 (2,3) | 6 (1,7) | 36 (10,2) | 0,129 |
| | | 2 dies | 37 (10,5) | 27 (7,6) | 4 (1,1) | 68 (19,2) | |
| | | 3 dies o més | 61 (17,2) | 29 (8,2) | 4 (1,1) | 94 (26,6) | |
| | | cap | 99 (28) | 48 (13,6) | 9 (2,5) | 156 (44,1) | |
| | | TOTAL | 219 (61,9) | 112 (31,6) | 23 (6,5) | 354 (100) | |
| | HOMES | 1 dia | 0 (0) | 1 (1,2) | 2 (2,4) | 3 (3,6) | 0,022* |
| | | 2 dies | 4 (4,8) | 12 (14,3) | 2 (2,4) | 18 (21,4) | |
| | | 3 dies o més | 16 (19) | 14 (16,7) | 2 (2,4) | 32 (38,1) | |
| | | cap | 10 (11,9) | 18 (21,4) | 3 (3,6) | 31 (36,9) | |
| | | TOTAL | 30 (35,7) | 45 (53,6) | 9 (10,7) | 84 (100) | |
| | DONES | 1 dia | 22 (8,1) | 7 (2,6) | 4 (1,5) | 33 (12,2) | 0,583 |
| | | 2 dies | 33 (12,2) | 15 (5,6) | 2 (0,7) | 50 (18,5) | |
| | | 3 dies o més | 45 (16,7) | 15 (5,6) | 2 (0,7) | 62 (23) | |
| | | cap | 89 (33) | 30 (11,1) | 6 (2,2) | 125 (46,3) | |
| | | TOTAL | 189 (70) | 67 (24,8) | 14 (5,2) | 270 (100) | |

Observem (Taula 20) que més de la meitat dels professionals sanitaris 56,49% presenten un pes normal i un 33,05% presenten sobrepès. Observant per sexes; un 48,8% dels homes presenten sobrepès i un 16,7% obesitat. Un 63,3% de les dones presenten un pes normal i un 28,1% obesitat.

Taula 20. Estat nutricional dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| Estat nutricional | Tots | Homes | Dones |
|-------------------|-------------|--------------|---------------|
| | n=354 | n=84 (23,72) | n=270 (76,27) |
| Baix pes | 4 (112) | 0 (0) | 4 (1,5) |
| Pes normal | 200 (56,49) | 29 (34,5) | 171 (63,3) |
| Sobrepès | 117 (33,05) | 41 (48,8) | 76 (28,1) |
| Obesitat | 33 (9,32) | 14 (16,7) | 19 (7) |

El col·lectiu d'infermeria (Taula 21) presenta un 57,9% de pes normal. Les infermeres presenten un 41,5% de pes normal i un 22,2% de sobrepès. Els homes infermers un 14,3% de sobrepès.

Més de la meitat del col·lectiu de metges presenten un pes normal. Hi ha un percentatge elevat de sobrepès en aquest col·lectiu. Els metges homes presenten un sobrepès de 26,2% i un percentatge d'obesitat de 11,9%. La mostra del col·lectiu de pediatres es reparteix entre un 47,8% de pes normal i el mateix percentatge en sobrepès. No hi ha diferències significatives entre pediatres homes i dones.

Taula 21. Estat nutricional dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral i sexe.

| Infermer/a | | | |
|------------|--------------|--------------|---------------|
| N (%) | homes | dones | tots |
| IMC | n=30 (13,69) | n=189 (86,3) | n=219 (61,86) |
| Baix pes | 0 (0) | 4 (1,5) | 4 (1,8) |
| Pes normal | 15 (17,9) | 112 (41,5) | 127 (57,9) |
| Sobrepès | 12 (14,3) | 60 (22,2) | 72 (32,8) |
| Obesitat | 3 (3,6) | 13 (4,8) | 16 (7,30) |
| Metge/essa | | | |
| N (%) | homes | dones | tots |
| IMC | n=45 (40,17) | n=67 (59,82) | n=112 (31,63) |
| Baix pes | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Pes normal | 13 (15,5) | 49 (18,1) | 62 (55,35) |
| Sobrepès | 22 (26,2) | 12 (4,4) | 34 (30,35) |
| Obesitat | 10 (11,9) | 6 (2,2) | 16 (14,2) |
| Pediatres | | | |
| N (%) | homes | dones | tots |
| IMC | n=9 (39,1) | n=14 (60,86) | n=23 (6,49) |
| Baix pes | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) |
| Pes normal | 1 (1,2) | 10 (3,7) | 11 (47,82) |
| Sobrepès | 7 (8,3) | 4 (1,5) | 11 (47,82) |
| Obesitat | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (4,3) |

Característiques dels professionals sanitaris en relació a l'alimentació

Un 11,9% (Taula 22) dels professionals sanitaris homes menja menys d'un cop al dia 1 plat de verdura/amanida per tant, hi ha dies que no mengen verdura/amanida. Un 12% dels homes no menja cap peça de fruita en un dia. Un 10,8% no beu llet o menja 1 làctic en el transcurs d'un dia.

Un 16,10% de tots els professionals sanitaris beu 1 cop al dia 1 beguda alcohòlica, un 3,95% 2 cops o més al dia. Un 22,6% dels homes beu 1 cop al dia una beguda alcohòlica i un 6% 2 cops o més. Un 14,4% de dones en beu 1 cop al dia i un 3,40% en beu 2 cops o més al dia.

Més de la meitat dels professionals sanitaris mengen embotits (Taula 23) menys de 4 cops a la setmana. Aquest percentatge augmenta en el consum d'embotits en dones; en mengen menys de 4 cops a la setmana un 56,4% de les dones. El 81,63% dels professionals menja menys de 4 cops a la setmana productes de pastisseria i/o bolleria.

Un percentatge similar el 79,94% dels professionals sanitaris mengen mantega menys de 4 cops a la setmana. Aquest percentatge augmenta una mica si ho analitzem entre homes i dones en un 82,1% i un 80,2% respectivament.

Un 27,6% dels professionals sanitaris utilitzen olis vegetals per cuinar de 4 a 6 cops a la setmana i més. Es manté aquest percentatge entre homes i dones.

Un 85,3% dels professionals menja fast-food menys de 4 cops a la setmana; el percentatge es manté igualat si analitzem entre homes i dones. Un 12,99% dels professionals en menja de 4 a 6 cops a la setmana; percentatge que també és pràcticament si analitzem entre homes i dones amb una representació de 14,3% i 12,6% respectivament.

Més de la meitat dels professionals sanitaris (Taula 24) 54,80% mengen peix de 2 a 3 cops a la setmana. Aquest percentatge es manté entre homes i dones amb

un 53,60% i un 55,6% respectivament. Un 10,70% dels homes menja peix 4 cops o més a la setmana.

Més de la meitat dels homes sanitaris 53,60% menja llegums de 2 a 3 cops a la setmana i un 8,40% 4 cops o més a la setmana; el què representa el 60% dels homes sanitaris.

Quasi un 20% dels professionals sanitaris mengen fruits secs 4 cops o més a la setmana; en els homes 25% i es manté pràcticament igual en dones.

Taula 22. Consum diari d'aliments dels professionals sanitaris.

| Consum diari d'aliments | | Tots | Homes | Dones |
|-------------------------|-----------------------|-------------|--------------|---------------|
| | | n=354 | n=84 (23,72) | n=270 (76,27) |
| Pa | Menys d'un cop al dia | 49 (13,84) | 14 (16,7) | 35 (13,1) |
| | 1 cop al dia | 191 (53,95) | 37 (44,1) | 154 (57,5) |
| | 2 cops o més al dia | 112 (31,63) | 33 (39,3) | 79 (29,4) |
| Verdura/amanida | Menys d'un cop al dia | 19 (5,36) | 10 (11,9) | 9 (3,40) |
| | 1 cop al dia | 184 (51,97) | 43 (51,2) | 141 (52,6) |
| | 2 cops o més al dia | 149 (42,09) | 31 (36,8) | 118 (44) |
| Fruita | Menys d'un cop al dia | 23 (6,49) | 10 (12) | 13 (4,90) |
| | 1 cop al dia | 129 (36,44) | 20 (39,7) | 99 (36,9) |
| | 2 cops o més al dia | 200 (56,49) | 37 (52,3) | 156 (58,2) |
| Llet/iogurt | Menys d'un cop al dia | 31 (8,75) | 9 (10,8) | 22 (8,20) |
| | 1 cop al dia | 189 (53,38) | 55 (65,5) | 134 (50) |
| | 2 cops o més al dia | 132 (37,28) | 20 (23,9) | 112 (41,8) |
| Pasta/arròs | Menys d'un cop al dia | 141 (39,83) | 31 (36,9) | 110 (41) |
| | 1 cop al dia | 180 (50,84) | 43 (51,2) | 137 (51,10) |
| | 2 cops o més al dia | 31 (8,75) | 10 (12) | 21 (7,8) |
| Oli d'oliva | Menys d'un cop al dia | 22 (6,21) | 6 (7,2) | 16 (6) |
| | 1 cop al dia | 160 (45,19) | 31 (36,9) | 129 (48,1) |
| | 2 cops o més al dia | 170 (48,02) | 47 (55,9) | 123 (45,9) |
| Cereals | Menys d'un cop al dia | 173 (48,87) | 43 (51,2) | 130 (48,7) |
| | 1 cop al dia | 158 (44,63) | 34 (40,5) | 124 (46,4) |
| | 2 cops o més al dia | 20 (5,64) | 7 (19,2) | 13 (4,90) |
| 1 beguda OH | Menys d'un cop al dia | 280 (79,09) | 60 (71,4) | 220 (82,4) |
| | 1 cop al dia | 57 (16,10) | 19 (22,6) | 38 (14,4) |
| | 2 cops o més al dia | 14 (3,95) | 5 (6) | 9 (3,40) |

Taula 23. Consum setmanal (4/7) d'aliments dels professionals sanitaris.

| Consum setmanal (4/7) d'aliments | | Tots | Homes | Dones |
|----------------------------------|------------------------------|-------------|--------------|---------------|
| | | n=354 | n=84 (23,72) | n=270 (76,27) |
| 1 peça de carn | Menys de 4 cops a la setmana | 138 (39,98) | 28 (33,7) | 110 (41,3) |
| | 4 a 6 cops a la setmana | 187 (52,82) | 49 (59) | 138 (51,9) |
| | 7 cops o més a la setmana | 24 (6,77) | 6 (7,2) | 18 (6,8) |
| Formatge | Menys de 4 cops a la setmana | 117 (33,05) | 21 (25) | 96 (35,9) |
| | 4 a 6 cops a la setmana | 196 (55,36) | 57 (67,8) | 139 (51,8) |
| | 7 cops o més a la setmana | 39 (11,01) | 6 (7) | 33 (12,3) |
| Embotits | Menys de 4 cops a la setmana | 185 (52,25) | 38 (45,3) | 151 (56,4) |
| | 4 a 6 cops a la setmana | 145 (40,96) | 40 (47,6) | 105 (39,2) |
| | 7 cops o més a la setmana | 18 (5,08) | 6 (7,2) | 12 (4,5) |
| Patisseria | Menys de 4 cops a la setmana | 259 (81,63) | 65 (77,3) | 194 (72) |
| | 4 a 6 cops a la setmana | 85 (24,01) | 18 (21,4) | 67 (25) |
| | 7 cops o més a la setmana | 8 (2,25) | 1 (3) | 7 (3) |
| Mantega | Menys de 4 cops a la setmana | 283 (79,94) | 69 (82,1) | 215 (80,2) |
| | 4 a 6 cops a la setmana | 61 (17,23) | 15 (17,8) | 46 (17,1) |
| | 7 cops o més a la setmana | 7 (1,97) | 0 (0) | 7 (3) |
| Olis vegetals | Menys de 4 cops a la setmana | 254 (71,75) | 59 (70,2) | 195 (72,7) |
| | 4 a 6 cops a la setmana | 81 (22,88) | 20 (23,8) | 61 (22,7) |
| | 7 cops o més a la setmana | 17 (4,80) | 5 (6) | 12 (4,40) |
| Fast-food | Menys de 4 cops a la setmana | 302 (85,3) | 72 (85,7) | 230 (85,8) |
| | 4 a 6 cops a la setmana | 46 (12,99) | 12 (14,3) | 34 (12,6) |
| | 7 cops o més a la setmana | 4 (1,12) | 0 (0) | 4 (1,50) |

Taula 24. Consum setmanal (2/4) d'aliments dels professionals sanitaris.

| Consum setmanal (2/4) d'aliments | | Tots | Homes | Dones |
|----------------------------------|------------------------------|-------------|--------------|---------------|
| | | n=354 | n=84 (23,72) | n=270 (76,27) |
| 1 peça de peix | Menys de 2 cops a la setmana | 134 (37,85) | 30 (35,80) | 104 (38,7) |
| | 2 a 3 cops a la setmana | 194 (54,80) | 45 (53,60) | 149 (55,6) |
| | 4 cops o més a la setmana | 24 (6,77) | 9 (10,70) | 15 (5,6) |
| Llegums | Menys de 2 cops a la setmana | 169 (47,74) | 32 (38,2) | 137 (51,2) |
| | 2 a 3 cops a la setmana | 164 (46,32) | 45 (53,60) | 119 (44,4) |
| | 4 cops o més a la setmana | 19 (5,36) | 7 (8,40) | 12 (4,50) |
| Fruits secs | Menys de 2 cops a la setmana | 162 (45,76) | 32 (38) | 130 (48,5) |
| | 2 a 3 cops a la setmana | 121 (34,18) | 31 (37) | 90 (33,5) |
| | 4 cops o més a la setmana | 69 (19,49) | 21 (25) | 48 (17,9) |

S'observen a la (Taula 42) percentatges baixos de no consum diari de verdura/amanida i fruita en els tres col·lectius professionals tan per homes com dones. Quasi la meitat dels infermers 49,7% mengen verdura/amanida almenys 1 cop al dia i un 44,2% 2 cops o més al dia. Si ho analitzem per sexes veiem que les infermeres mengen més verdura/amanida que els infermers.

Més de la meitat del col·lectiu mèdic menja verdura/amanida almenys 1 cop al dia amb un percentatge de 56,2%. Si ho observem per sexes, veiem que els metges homes mengen més verdura que les metgesses dones.

Més de la meitat dels professionals de totes les categories laborals mengen 2 cops al dia o més vegades fruita. Un 54,3% del col·lectiu d'infermeria, un 61,6% del col·lectiu de metges i un 52,1% del col·lectiu de pediatria.

Si fem l'anàlisi per sexes dins el col·lectiu dels infermers veiem que les dones mengen més fruita que els homes. I amb la categoria laboral dels metges són els homes els que mengen més fruita que les dones.

Només un 7,3% dels professionals infermers no menja cap làctic durant 1 dia habitual. La resta en mengen un cop al dia i n'hi ha que 2 cops o més al dia. Si mirem per sexes dins el col·lectiu infermer veiem que hi ha diferències entre el consum; en dones és del 65,7% i en homes del 29,8% respectivament.

El 79% dels professionals sanitaris declaren no beure cap beguda alcohòlica durant un dia habitual. Si observem per col·lectius professionals veiem que el 16,8% dels infermers beuen una beguda alcohòlica al dia; d'aquests 11,6% són dones infermeres. Un 5% declara beure 2 cops o més al dia.

El 12,5% del col·lectiu de metges beuen 1 beguda alcohòlica almenys 1 cop al dia; l'11,9% són homes. Un 3,6% declara beure 2 cops o més al dia i també són homes. Un 26% del col·lectiu pediàtric beu 1 beguda alcohòlica 1 cop al dia.

Un 40,9% dels professionals sanitaris (Taula 43) mengen embotits de 4 a 6 cops a la setmana. Aquest percentatge es manté similar per al col·lectiu d'infermers i de pediatres amb un 44,7% i un 39,1% respectivament. Amb el col·lectiu de metges disminueix una mica i representa el 33,9% del consum de 4 a 6 cops a la setmana. El consum de 4 a 6 cops a la setmana és més elevat en dones infermeres amb un percentatge de 30,6% i ho és en homes metges amb un percentatge de 23,8%.

Un 24% dels professionals sanitaris mengen pastisseria de 4 a 6 cops a la setmana. El percentatge disminueix si ho analitzem des del col·lectiu de pediatria que representa un 8,6%. Entre infermers i metges també hi ha diferència; un 28,3% dels infermers menja aliments de pastisseria de 4 a 6 cops a la setmana i els metges ho fan en un percentatge de 18,7%. No hi ha diferències significatives entre sexes per les diferents categories laborals.

Un 22,8% dels professionals sanitaris utilitzen olis vegetals per cuinar entre 4 i 6 cops a la setmana; el 26% del col·lectiu d'infermers l'utilitza de 4 a 6 cops a la setmana.

El 85,3% dels professionals sanitaris mengen fast-food menys de 4 vegades a la setmana. Un 15% dels infermers ho fa de 4 a 6 vegades a la setmana; un 10,4%

les dones infermeres. Un 10,7% els metges de 4 a 6 cops a la setmana; un 7,1% els homes metges.

Més de la meitat dels professionals sanitaris mengen peix de 2 a 3 cops a la setmana. Aquest percentatge es manté igualat segons categoria laboral; un 54,7% en els infermers, un 53,5% en metges i un 60,8% en pediatres. Analitzant per sexes dins de cada col·lectiu professional observem que les dones infermeres són les que mengen més peix 39,6%, els homes metges 32,1% i els pediatres homes 4,8%.

Només un 5,36% (Taula 44) dels professionals sanitaris consumeixen llegums 4 cops o més a la setmana. Un 46,3% dels professionals en mengen de 2 a 3 cops a la setmana i el mateix percentatge representa els que en mengen menys de 2 cops a la setmana 47,7%.

Un 45,7% dels professionals sanitaris mengen fruits secs menys de 2 cops a la setmana. Si observem per col·lectius sanitaris veiem que els infermers que mengen menys de 2 cops a la setmana representen el 42,4% de la mostra, el 50% dels metges consumeixen fruits secs menys de 2 vegades i el 56,5% dels pediatres també.

S'observa (Taula 25) que hi ha relació entre el consum de verdura/amanida i llet/iogurt entre els professionals homes i dones. El p-valor indica que hi ha resultats estadísticament significatius en el consum de verdura/amanida ($p=0,009$) i en el consum de llet/iogurt ($p=0,012$) en el consum de llet/iogurt. Hi ha diferències en el consum d'aquests dos aliments i són diferències significatives.

Amb els llegums podem observar que no hi ha significació perquè el valor de la p és $>0,05$.

Taula 25. Consum d'aliments habituals i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Home | Dona | TOTAL | P |
|---------------------|------------------------|-----------|------------|------------|--------|
| Verdura/ amanida | menys 1 cop/dia | 10 (2,8) | 9 (2,6) | 19 (5,4) | 0,009* |
| | 1 cop al dia | 43 (12,2) | 141 (40,1) | 184 (52,3) | |
| | 2 cops o més/dia | 31 (8,8) | 118 (33,5) | 149 (42,3) | |
| | TOTAL | 84 (23,9) | 268 (76,1) | 352 (100) | |
| Llet/iogurt | menys 1 cop/dia | 9 (2,6) | 22 (6,3) | 31 (8,8) | 0,012* |
| | 1 cop al dia | 55 (15,6) | 134 (38,1) | 189 (53,7) | |
| | 2 cops o més/dia | 20 (5,7) | 112 (31,8) | 132 (37,5) | |
| | TOTAL | 84 (23,9) | 268 (31,8) | 352 (100) | |
| Llegums | menys de 2 cops/set | 32 (9) | 139 (38,9) | 171 (47,9) | 0,053 |
| | de 2 a 3 cops a la set | 47 (13,2) | 120 (33,6) | 167 (46,8) | |
| | 4 cops o més a la set | 7 (2) | 12 (3,4) | 19 (5,3) | |
| | TOTAL | 86 (24,1) | 271 (75,9) | 357 (100) | |

S'observa (Taula 26) que hi ha relació entre el consum d'una beguda alcohòlica entre dones segons la categoria laboral ($p=0,042$). Observem que hi ha diferències en el consum entre infermeres, metgesses i pediatres; aquestes diferències són significatives. Destaquem que un 11,6% de les dones infermeres beuen una beguda alcohòlica 1 vegada al dia mentre que els dones metgesses que beuen una beguda alcohòlica al dia representen un 1,5%.

Entre homes s'observen diferències significatives entre el consum de fruita i la categoria laboral ($p=0,034$). S'observen diferències significatives en el consum de fruita entre homes infermers, homes metges i homes pediatres i aquestes diferències són significatives.

Un 10,7% dels homes infermers menja fruita 2 cops o més al dia mentre que un 33,3% dels homes metges menja fruita 2 cops o més al dia.

Taula 26. Consum d'aliments habituals per categoria laboral i sexe dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | | Infermer/a | Metge/essa | Pediatres | TOTAL | p |
|-------|--------------------------|------------------|------------|------------|-----------|------------|--------|
| DONES | una beguda alcohòlica | menys 1 cop/dia | 146 (54,7) | 63 (23,6) | 11 (4,1) | 220 (82,4) | 0,042* |
| | | 1 cop al dia | 31 (11,6) | 4 (1,5) | 3 (1,1) | 38 (14,2) | |
| | | 2 cops o més/dia | 9 (3,4) | 0 (0) | 0 (0) | 9 (3,4) | |
| | | TOTAL | 186 (69,7) | 67 (25,1) | 14 (5,2) | 267(100) | |
| HOMES | Fruita | menys 1 cop/dia | 5 (6) | 4 (4,8) | 1 (1,2) | 10 (11,9) | 0,034* |
| | | 1 cop al dia | 16 (19) | 13 (15,5) | 1 (1,2) | 30 (35,7) | |
| | | 2 cops o més/dia | 9 (10,7) | 28 (33,3) | 7 (8,3) | 44 (52,4) | |
| | | TOTAL | 30 (35,7) | 45 (53,6) | 9 (10,7) | 84 (100) | |

S'observa (Taula 27) que hi ha relació entre el consum de llet/iogurt ($p=0,002$), fruita ($p=0,002$) i verdura/amanida ($p=<0'001$) entre els professionals homes i dones infermers. Dins la categoria laboral infermers hi ha diferències significatives entre homes i dones pel que fa el consum de llet/iogurt, fruita i verdura/amanida; són resultats estadísticament significatius.

Taula 27. Consum d'aliments habituals en el col·lectiu d'infermeria.

| N (%) | | HOME | DONA | TOTAL | p |
|---------------------|------------------|-----------|------------|------------|---------|
| Llet/iogurt | menys 1 cop/dia | 5 (2,3) | 11 (5,1) | 16 (7,4) | 0,002* |
| | 1 cop al dia | 21 (9,7) | 94 (43,3) | 115 (53) | |
| | 2 cops o més/dia | 4 (1,8) | 82 (37,8) | 86 (39,6) | |
| | TOTAL | 30 (13,8) | 187 (86,2) | 217 (100) | |
| Fruita | menys 1 cop/dia | 5 (2,3) | 8 (3,7) | 13 (6) | 0,002* |
| | 1 cop al dia | 16 (7,4) | 69 (31,8) | 85 (39,2) | |
| | 2 cops o més/dia | 9 (4,1) | 110 (50,7) | 119 (54,8) | |
| | TOTAL | 30 (13,8) | 187 (86,2) | 217 (100) | |
| Verdura/ amanida | menys 1 cop/dia | 6 (2,8) | 5 (2,3) | 11 (5,1) | <0'001* |
| | 1 cop al dia | 16 (7,4) | 93 (42,9) | 109 (50,2) | |
| | 2 cops o més/dia | 8 (3,7) | 89 (41) | 97 (44,7) | |
| | TOTAL | 30 (13,8) | 187 (86,2) | 217 (100) | |

S'observa (Taula 28) que hi ha relació entre el consum de pa ($p=0,01$), una beguda alcohòlica ($p=0,003$), peix ($p=<0'022$), llegums ($p=<0'001$) en i fruits secs ($p=0,011$) entre els professionals homes i dones metges. Dins la categoria laboral metges hi ha diferències significatives entre homes i dones pel què fa el consum de pa, una beguda alcohòlica, peix, llegums i fruits secs; són resultats estadísticament significatius.

Taula 28. Consum d'aliments habituals en el col·lectiu de metges i metgesses.

| Consum habitual d'aliments | | HOME | DONA | TOTAL | p |
|----------------------------|------------------|-----------|-----------|-----------|---------|
| | | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Pa | menys 1 cop/dia | 9 (8) | 5 (4,5) | 14 (12,5) | 0,01* |
| | 1 cop al dia | 15 (13,4) | 41 (36,6) | 56 (50) | |
| | 2 cops o més/dia | 21 (18,8) | 21 (18,8) | 42 (37,5) | |
| | TOTAL | 45 (40,2) | 67 (59,8) | 112 (100) | |
| 1 beguda alcohòlica | menys 1 cop/dia | 32 (28,6) | 63 (56,3) | 95 (84,8) | 0,003* |
| | 1 cop al dia | 10 (8,9) | 4 (3,6) | 14 (12,5) | |
| | 2 cops o més/dia | 3 (2,7) | 0 (0) | 3 (2,7) | |
| | TOTAL | 45 (40,2) | 67 (59,8) | 112 (100) | |
| Peix | menys 2 cops/set | 12 (10,7) | 32 (28,6) | 44 (39,3) | 0,022* |
| | 2 a 3 cops/set | 27 (24,1) | 33 (29,5) | 60 (53,6) | |
| | 4 cops a més/set | 6 (5,4) | 2 (1,8) | 8 (7,1) | |
| | TOTAL | 45 (40,2) | 67 (59,8) | 112 (100) | |
| Llegums | menys 2 cops/set | 13 (11,6) | 41 (36,6) | 54 (48,2) | <0'001* |
| | 2 a 3 cops/set | 27 (24,1) | 26 (23,2) | 53 (47,3) | |
| | 4 cops a més/set | 5 (4,5) | 0 (0) | 5 (4,5) | |
| | TOTAL | 45 (40,2) | 67 (59,8) | 112 (100) | |
| Fruits secs | menys 2 cops/set | 16 (14,3) | 40 (35,7) | 56 (50) | 0,011* |
| | 2 a 3 cops/set | 13 (11,6) | 18 (16,1) | 31 (27,7) | |
| | 4 cops a més/set | 16 (14,3) | 9 (8) | 25 (22,3) | |
| | TOTAL | 45 (40,2) | 67 (59,8) | 112 (100) | |

S'observa (Taula 29) que hi ha una relació entre el consum de fruita ($p=0,031$) i verdura/amanida ($p=0,024$) entre els professionals homes i dones pediatres. Dins la categoria laboral pediatres hi ha diferències significatives entre homes i dones pel que fa el consum de fruita i verdura/amanida; són resultats estadísticament significatius.

Taula 29. Consum d'aliments habituals en el col·lectiu de pediatres.

| Consum habitual d'aliments | | HOME | DONA | TOTAL | p |
|----------------------------|------------------|----------|-----------|-----------|--------|
| | | n (%) | n (%) | n (%) | |
| Fruita | menys 1 cop/dia | 1 (4,3) | 0 (0) | 1 (4,3) | 0,031* |
| | 1 cop al dia | 1 (4,3) | 9 (39,1) | 10 (43,5) | |
| | 2 cops o més/dia | 7 (30,4) | 5 (21,7) | 12 (52,2) | |
| | TOTAL | 9 (39,1) | 14 (60,9) | 23 (100) | |
| Verdura/ amanida | menys 1 cop/dia | 1 (4,3) | 0 (0) | 1 (4,3) | 0,024* |
| | 1 cop al dia | 2 (8,7) | 11 (47,8) | 13 (56,5) | |
| | 2 cops o més/dia | 6 (26,1) | 3 (13) | 9 (39,1) | |
| | TOTAL | 9 (39,1) | 14 (60,9) | 23 (100) | |

S'observa (Taula 30) que hi ha relació entre el consum d'embotits ($p=0,026$), fast-food ($p=0,016$) i peix ($p=0,019$) entre els professionals sanitaris homes i dones i els dies a la setmana que practiquen esport. Entre tots els professionals sanitaris veiem que hi ha diferències significatives entre el consum d'alguns aliments i els dies destinats a la pràctica de l'activitat física; són resultats estadísticament significatius.

El consum de fast-food entre tots els professionals sanitaris d'atenció primària a menys de 4 cops a la setmana és el 85,9%.

El consum de fast-food entre professionals que no practiquen esport és de 1,1% entre els que en mengen 7 cops o més a la setmana, 7,6% entre els que en mengen de 4 a 6 cops a la setmana i 35,5% entre els que en mengen menys de 4 cops a la setmana.

El consum de peix entre tots els professionals sanitaris d'atenció primària de 2 a 3 cops per setmana representa més de la meitat dels professionals 55,2%. Només un 6,8% en menja 4 cops o més a la setmana. Només un 2,8% dels professionals sanitaris no fa gens d'esport i menja peix 4 cops o més a la setmana.

Taula 30. Consum d'aliments habituals i dies destinats a fer esport dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Quants dies a la setmana fas esport? | | | | TOTAL | p |
|-----------|------------------------|--------------------------------------|-----------|--------------|------------|------------|--------|
| | | 1 dia | 2 dies | 3 dies o més | cap | | |
| Embotits | menys de 4 cops/set | 29 (8,2) | 39 (11,9) | 48 (13,5) | 75 (21,1) | 191 (53,8) | 0,026* |
| | de 4 a 6 cops /set | 6 (1,7) | 25 (7) | 40 (11,3) | 75 (21,1) | 146 (41,1) | |
| | 7 cops o més a la set | 1 (0,3) | 4 (1,1) | 6 (1,7) | 7 (2) | 18 (5,1) | |
| | TOTAL | 36 (10,1) | 68 (19,2) | 94 (26,5) | 157 (44,2) | 355 (100) | |
| Fast-food | menys de 4 cops/set | 36 (10,1) | 63 (17,7) | 80 (22,5) | 126 (35,5) | 305 (85,9) | 0,016* |
| | de 4 a 6 cops /set | 0 (0) | 5 (1,4) | 14 (3,9) | 27 (7,6) | 46 (13) | |
| | 7 cops o més a la set | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 4 (1,1) | 4 (1,1) | |
| | TOTAL | 36 (10,1) | 68 (19,2) | 94 (26,5) | 157 (44,2) | 355 (100) | |
| Peix | menys de 2 cops/set | 5 (1,4) | 29 (8,2) | 35 (9,9) | 66 (18,6) | 135 (38) | 0,019* |
| | de 2 a 3 cops a la set | 30 (8,5) | 32 (9) | 53 (14,9) | 81 (22,8) | 196 (55,2) | |
| | 4 cops o més a la set | 1 (0,3) | 7 (2) | 6 (1,7) | 10 (2,8) | 24 (6,8) | |
| | TOTAL | 36 (10,1) | 68 (19,2) | 94 (26,5) | 157 (44,2) | 355 (100) | |

S'observa (Taula 31) una relació en el consum de peix segons la regió de treball. Els que treballen a la regió marítima tenen un consum setmanal de peix més elevat que la resta amb un percentatge de 37,2%. La relació és significativa al 5% ($p=0,01$).

Pel que fa al consum de carn també observem que hi ha algunes diferències. En aquest cas, són els del nord qui consumeixen menys carn en comparació amb els del sud i els de la zona marítima. Podríem dir que els del nord consumeixen menys de 4 vegades a la setmana i en canvi els del sud i zona marítima entre 4 i 6 vegades a la setmana. La relació és significativa al 5% ($p=0,002$).

Taula 31. Relació entre el consum d'aliments habituals i la regió de treball dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | | Sud | Nord | Marítim | Total | p |
|-------|------------------------|------------|------------|------------|------------|--------|
| Peix | menys de 2 cops/set | 50 (14,1) | 47 (13,2) | 38 (10,7) | 135 (38) | 0,01* |
| | de 2 a 3 cops a la set | 64 (18) | 53 (14,9) | 79 (22,3) | 196 (55,2) | |
| | 4 cops o més a la set | 3 (0,8) | 6 (1,7) | 15 (4,2) | 24 (6,8) | |
| | TOTAL | 117 (33) | 106 (29,9) | 132 (37,2) | 355(100) | |
| Carn | menys de 4 cops/set | 42 (11,9) | 56 (15,9) | 39 (11,1) | 137 (38,9) | 0,002* |
| | de 4 a 6 cops /set | 64 (18,2) | 43 (12,2) | 83 (23,6) | 190 (54) | |
| | 7 cops o més a la set | 11 (3,1) | 4 (1,1) | 10 (2,8) | 25 (7,1) | |
| | TOTAL | 117 (33,2) | 103 (29,3) | 132 (37,5) | 352 (100) | |

S'observa (Taula 32) que hi ha relació entre el consum de fast-food i el fer guàrdies d'atenció continuada ($p=0,039$); són resultats estadísticament significatius al 95% . També observem que els que fan guàrdies, mengen més fast-food representant un 9,9% dels professionals sanitaris.

Taula 32. Relació entre el consum de fast-food entre els professionals sanitaris d'atenció primària i fer guàrdies d'atenció continuada.

| N (%) | | menys de 4 cops/set | més de 4 cops/set | Total | p |
|------------|-------|---------------------|-------------------|------------|--------|
| Guàrdia AC | No | 139 (39,2) | 15 (4,2) | 154 (43,4) | 0,039* |
| | Si | 166 (46,8) | 35 (9,9) | 201 (56,6) | |
| | total | 305 (85,9) | 50 (14,1) | 355 (100) | |

S'observa (Taula 33) que hi ha relació entre el consum de fast-food i els dies destinats a la pràctica de fer esport ($p=0,005$); són resultats estadísticament significatius al 95%.

Observem que els professionals sanitaris d'atenció primària que no fan esport són els que mengen més fast-food amb un percentatge de 44,2%.

Taula 33. Relació entre el consum de fast-food entre els professionals sanitaris d'atenció primària i els dies destinats a fer esport.

| N (%) | | menys de 4 cops/set | més de 4 cops/set | total | p |
|--------------------|--------------|---------------------|-------------------|------------|--------|
| Esport setmanal | 1 dia | 36 (10,1) | 0 (0) | 36 (10,1) | 0,005* |
| | 2 dies | 63 (17,7) | 5 (1,4) | 68 (19,2) | |
| | 3 dies o més | 80 (22,5) | 14 (3,9) | 94 (26,5) | |
| | cap | 126 (35,5) | 31 (8,7) | 157 (44,2) | |
| | total | 305 (85,9) | 50 (14,1) | 355 (100) | |

Observem (Taula 34) que un 3,97% dels professionals sanitaris tenen una dieta inadequada. El 90,62% tenen una dieta adequada.

Comparant els resultats entre homes i dones observem uns resultats similars.

Un 7,1% dels homes tenen una dieta inadequada, un 86,9% una dieta adequada, un 6% una dieta saludable i no n'hi ha cap que tingui una dieta molt saludable.

Un 2,27% de les dones tenen una dieta inadequada, un 91,11% una dieta adequada, un 4,81% una dieta saludable i no n'hi ha cap dona amb dieta molt saludable.

Taula 34. Qualitat de la dieta dels professionals sanitaris d'atenció primària.

| N (%) | Tots | Homes | Dones |
|----------------|-------------|--------------|---------------|
| Qualitat dieta | n=354 | n=84 (23,72) | n=270 (76,27) |
| Inadequada | 14 (3,97) | 6 (7,1) | 8 (2,27) |
| Adequada | 319 (90,62) | 73 (86,9) | 246 (91,11) |
| Saludable | 18 (5,11) | 5 (6) | 13 (4,81) |

S'observa (Taula 45) que en els percentatges per col·lectius es manté una dieta adequada similar a cada col·lectiu. El percentatge general és de 90,6%; els pediatres el superen amb un 95,6%, els metges es mantenen pràcticament igual i els infermers es posicionen una mica per sota amb un 87,6% de dieta adequada. Observant per sexe destaquem que les dones infermeres mengen més bé; presenten un percentatge del 4,9% en dieta saludable. Al col·lectiu de

metges passa en els homes; mengen millor amb un 4,8% d'homes amb dieta saludable respecte les metgesses.

S'observa (Taula 35) com l'hàbit tabàquic i la qualitat de la dieta tenen relació significativa ($p = <0,001$). Un 42,9% dels professionals sanitaris fumen i tenen una qualitat de la dieta inadequada. Un 89,5% dels professionals que no fumen, tenen una dieta adequada.

Taula 35. Relació entre la qualitat de la dieta dels professionals sanitaris d'atenció primària i l'hàbit tabàquic.

| N (%) | dieta inadequada | dieta adequada | dieta saludable | total | p |
|---------|------------------|----------------|-----------------|------------|---------|
| No Fuma | 8 (57,1) | 290 (89,5) | 16 (88,9) | 314 (88,2) | <0,001* |
| Fuma | 6 (42,9) | 34 (10,5) | 2 (11,1) | 42 (11,8) | |
| TOTAL | 14 (100) | 324 (100) | 18 (100) | 356 (100) | |

Observem (Taula 36) com l'hàbit tabàquic dels infermers i la qualitat de la dieta tenen relació i son significatives ($p=0,007$) i una v de cramer de $v=0,214$ que ens indica la força de la relació entre aquestes tres variables. Per als col·lectius metges i pediatres no hi ha significació.

Taula 36. Relació entre la qualitat de la dieta dels professionals sanitaris d'atenció primària, la categoria laboral i l'hàbit tabàquic.

| N (%) | | dieta inadequada | dieta adequada | dieta saludable | total | p |
|------------|---------|------------------|----------------|-----------------|------------|---------|
| Infermer/a | No Fuma | 6 (54,5) | 168 (87,5) | 12 (92,3) | 186 (86,1) | 0,007* |
| | Fuma | 5 (45,5) | 24 (12,5) | 1 (7,7) | 30 (13,9) | |
| | Total | 11 (100) | 192 (100) | 13 (100) | 216 (100) | |
| Metge/essa | No Fuma | 2 (66,7) | 96 (91,4) | 3 (75) | 101 (90,2) | 0,212 |
| | Fuma | 1 (33,3) | 9 (8,6) | 1 (25) | 11 (9,8) | |
| | Total | 3 (100) | 105 (100) | 4 (100) | 112 (100) | |
| Pediatres | No Fuma | 0 (0) | 22 (95,7) | 1 (4,3) | 23 (100) | ---- |
| | Fuma | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | |
| | Total | 0 (0) | 22 (100) | 1 (100) | 23 (100) | |
| Tots | TOTAL | 14 (4) | 319 (90,9) | 18 (5,1) | 356 | <0,001* |

Observem (Taula 37) que no hi ha relació entre les variables fumar, els dies a la setmana que es fa esport i la qualitat de la dieta; podem dir que no són dades estadísticament significatives.

Un 42,9% dels professionals que no practiquen esport, fumen i cap d'ells manté una dieta saludable. Un 44,3% dels professionals que no fuma, tampoc fa esport. D'aquests, 8 mantenen una dieta saludable. Un 26,2 dels professionals que no fuma, fa esport 3 dies a la setmana o més i manté una dieta adequada; un 18,8% fa el mateix però amb dieta saludable. Un 16,7% dels professionals sanitaris que fumen, no fan esport cap dia a la setmana i refereixen una dieta inadequada.

Taula 37. Relació entre la qualitat de la dieta dels professionals sanitaris d'atenció primària, l'hàbit tabàquic i els dies destinats a fer esport.

| N(%) | | dieta inadequada | dieta adequada | dieta saludable | total | p |
|-----------------------------------|--------------|------------------|----------------|-----------------|------------|-------|
| Esport setmanal no fumadors | 1 dia | 0 (0) | 32 (11) | 3 (18,8) | 35 (11,1) | 0,432 |
| | 2 dies | 0 (0) | 57 (19,7) | 2 (12,5) | 59 (18,8) | |
| | 3 dies o més | 2 (25) | 76 (26,2) | 3 (18,8) | 81 (25,8) | |
| | cap | 6 (75) | 125 (43,1) | 8 (50) | 139 (44,3) | |
| | Total | 8 (100) | 290 (100) | 16 (100) | 314 (100) | |
| Esport setmanal en fumadors | 1 dia | 0 (0) | 1 (2,9) | 0 (0) | 1 (2,4) | 0,6 |
| | 2 dies | 2 (33,3) | 7 (20,6) | 1 (50) | 10 (23,8) | |
| | 3 dies o més | 3 (50) | 9 (26,5) | 1 (50) | 13 (31) | |
| | cap | 1 (16,7) | 17 (50) | 0 (0) | 18 (42,9) | |
| | total | 6 (100) | 34 (100) | 2 (100) | 42 (100) | |

4.2 RESULTATS FASE QUALITATIVA.

Aquest apartat recull els resultats dels grups focals una vegada analitzades les seves transcripcions que ha de portar a la definició d'una sola categoria "**Hàbits i estils de vida**" que es subdivideix en 5 subcategories: hàbits saludables, hàbits tòxics, factors personals, factors externs i factors professionals.

Cada grup de discussió s'ha analitzat individualment i posteriorment de manera conjunta.

Taula 38. Estructura de l'anàlisi de dades qualitatives per categories i subcategories.

CATEGORIA: Hàbits i estils de vida

Un hàbit de salut és una conducta apresada amb els anys i incorporada al nostre dia a dia. Els hàbits de salut són modificables. Els hàbits de salut generen estils de vida.

Hàbits saludables

Subcategoria: alimentació

Subcategoria: activitat física

Subcategoria: salut mental

Hàbits tòxics

Subcategoria: alcohol

Subcategoria: tabac

Subcategoria: drogues

Subcategoria: psicofàrmacs

Subcategoria: mòbils

Factors personals

Subcategoria: feina laboral

Subcategoria: fills (al seu càrrec)

Subcategoria: gent gran (al seu càrrec)

Subcategoria: salut mental

Subcategoria: estabilitat emocional

Subcategoria: actitud

Subcategoria:

Factors externs

Subcategoria: estrès

Subcategoria: atenció continuada

Subcategoria: oci i lleure

Subcategoria: nivell cultural

Factors professionals.

Subcategoria: ambient laboral

Subcategoria: aconsellar

Subcategoria: empatitzar

Subcategoria: prioritzar

Subcategoria: Influenciar

Subcategoria: motivació

Subcategoria: implicació

Subcategoria: norma, moda

Taula 39. Característiques dels participants als grups de discussió.

Grup 1

| Codi grup focal | Edat en anys | Sexe | Anys d'experiència professional a AP | Categoria laboral sanitària |
|-----------------|--------------|------|--------------------------------------|-----------------------------|
| PS1 | 28 | Dona | ≤ 5 | Metgessa |
| PS2 | 59 | Dona | [31, 35] | Infermera |
| PS3 | 49 | Home | [21, 30] | Metge |
| PS4 | 51 | Home | [21, 30] | Infermer |
| PS5 | 45 | Dona | [11, 20] | Metgessa |
| PS6 | 38 | Home | [11, 20] | Metge |
| PS7 | 53 | Home | [21, 30] | Metge |
| PS8 | 58 | Dona | [31, 35] | Infermera |

Grup2

| Codi grup focal | Edat en anys | Sexe | Anys d'experiència professional a AP | Categoria laboral sanitària |
|-----------------|--------------|------|--------------------------------------|-----------------------------|
| PS9 | 44 | Dona | [11, 20] | Infermera |
| PS10 | 43 | Home | [11, 20] | Infermer |
| PS11 | 52 | Dona | [21, 30] | Metgessa |
| PS12 | 25 | Dona | ≤ 5 | Infermera |
| PS13 | 26 | Dona | ≤ 5 | Infermera |
| PS14 | 34 | Home | [6,10] | Infermer |
| PS15 | 53 | Home | [21, 30] | Metge |

Els grups de discussió van ser de 8 i 7 persones respectivament. Grups amb professionals integrats per metges, metgesses, infermers i infermeres d'edats variades i amb anys d'experiència professional a atenció primària diferents.

Categoria: HÀBITS i ESTILS DE VIDA

La majoria dels professionals sanitaris opinen que els hàbits de salut més importants són l'alimentació i l'exercici físic. Hi ha també alguns que expressen la importància de tenir una bona salut mental com a hàbit saludable. Els hàbits saludables generen creixement personal i es manifesten amb una estabilitat emocional indispensable.

Hàbits saludables

(PS4-51a) Jo personalment penso que els hàbits de salut més importants són l'alimentació i la part física, la part psíquica també s'ha de tenir en compte./ (PS1-28a) Jo penso que l'hàbit de salut més important és l'alimentació./ (PS5-45a) Jo crec que els hàbits de salut més rellevants són l'exercici físic i l'alimentació, sense dubte./ (PS2-59a) Jo penso que sí, que hi estic d'acord, que l'exercici físic i l'alimentació són els més importants; això aniria lligat a la part de l'oci que és molt important per tenir una bona salut mental, o sigui tenir un espai d'oci i un horari de treball regulat i també el que hem de mirar és el creixement de la persona i l'estabilitat també emocional per poder portar totes aquestes pràctiques de salut./ (PS6-38a) Jo comparteixo la mateixa opinió que els meus companys però voldria afegir que no crec que hi hagi cap més important que altre sinó que es potencien entre ells. I si n'hi ha algun que no es fa del tot bé doncs saber prioritzar-lo i dedicar-s'hi més. Això de si un és més important que un altre jo penso que no, que tant per nosaltres mateixos com a l'àmbit professional de cares a pacients en general hi ha una certa igualtat i tots els hàbits tenen la seva importància.

Com a hàbits dolents o hàbits tòxics es fa especial èmfasi durant tota la discussió amb els psicofàrmacs i l'abús per part dels professionals sanitaris sobretot a nivell ambulatori on es disposa d'aquests fàrmacs amb molta facilitat; els professionals sanitaris opinen que a nivell hospitalari des de que va

posar-se en pràctica la monodosi, l'abús de psicofàrmacs entre professionals va disminuir. Tots opinen que la professió sanitària ha disminuït l'hàbit tabàquic i que cada vegada es fuma menys; inclús les dades publicades demostren que la població general fuma més que la sanitària. Es comenta la perillositat que sembla que està en alça respecte l'ús dels mòbils. Molts coincideixen de la seva perillositat però alhora comenten que tampoc podem anar en contra de les tecnologies de darrera generació.

Hàbits tòxics

(PS7-53a) Un altre dels aspectes que hauríem de tocar són els hàbits tòxics, no tant sols del tabac i l'alcohol que n' hauríem de parlar, sinó que també hauríem de parlar d'hàbits farmacològics per l'accessibilitat que tenim als fàrmacs i tots els professionals sanitaris dels dispensaris en som uns consumidors d'algunes substàncies d'una forma superior al que és la població general. M'agradaria veure què en opineu./(PS3-49a) Però el que passa és que en els anys 80 diguéssim molts sanitaris sí que teníem un hàbit dolent que era el tabac, jo penso que hi ha uns hàbits que són més perjudicials que d'altres per exemple el tabac i l'alcohol , i als anys 80 sí que tant les infermeres com els metges fumaven molt més que la població general , ara això ja no és així, estem molt per sota la població general en hàbits de tabac o alcohol. Si això ens ho haguessin dit als anys 80 no ens ho haguéssim cregut. Però ara ja no som un model cap a la població, després lo altre no ho sé. S'haurien de fer estudis si bevem més o bevem menys, si fem millor la alimentació o no, jo suposo que sí. Si fem més exercici o no./(PS2-59a) Reforçant el que diu també estava pensant que hi ha un hàbit que no sé si s'ha convertit en tòxic per algunes persones que se n'ha parlat molt al Mobile Congrés que és l'ús del mòbil que s'utilitza molt més a les consultes. Jo personalment ara m'he posat una norma de no contestar el mòbil ni mirar quan passejo perquè han estat a punt d'atropellar-me dues vegades perquè tingueu una idea del que arriba a absorbir i bé vaig dir prou , no pot ser i és veritat el que diuen els experts. Jo sóc d'aquelles que entro a les consultes i observo professionals, estudiants de medicina o d'infermeria que estan tota l'estona amb el mòbil sense estar al cas; un dia comentava un cas de qui hi havia una tercera persona que no estava al cas perquè tota l'estona estava amb el mòbil, això ens fa perdre atenció en la nostra qualitat, en la nostra feina, al nostre treball i jo crec que perds capacitat d'entendre, o sigui perdem l'oportunitat d'entendre

l'entorn./ (PS4-51a) Jo crec que hauran de passar encara uns quants anys per veure els efectes nocius o tòxics del mòbil./ (PS5-45a) El tabac, l'alcohol i els psicofàrmacs...està clar, aquests són els 3 hàbits més dolents i són els desencadenants de moltes altres coses./ (PS1-28a) Si, jo penso igual; tabac, alcohol i drogues.

Els hàbits personals dels professionals cadascú no haurien d'influir amb la manera com s'aconsella als pacients; així pensen la majoria dels participants al grup; però es creu que si que influeixen els consells que es donen en funció de si el professional té un hàbit incorporat o no.

Factors professionals - Factors personals

(PS5-45a) Jo crec que hi ha una diferència molt gran entre el que com a professional exposes davant d'un pacient i el que tu com a persona t'impliques sobre els teus hàbits./ (PS3-49a) Això és cert, però nosaltres que som professionals, hauríem de ser més professionals i donar el consell que toca independentment del hàbit que tinguem nosaltres incorporat; vull dir que encara que jo sigui fumador, he d'aconsellar als meus pacients fumadors que deixin de fumar. Està clar que si tenim un hàbit inculcat ens és més fàcil de transmetre que un que no seguim./ (PS4-51a) Jo personalment tinc molt clar que la meva vida és la meva vida i a mi, em paguen cada mes per estar davant del pacient i explicar-li les coses encara que jo no les segueixi. Una cosa és la feina i l'altre la meva vida. / (PS1-28a) Però segur que tu t'hi pots implicar més en un tema que tu coneixes que no pas el que desconeixes o el que només has vist escrit per dir-ho d'alguna manera./ (PS2-59a) Estar clar que la nostra manera de recomanar i aconsellar hàbits i estils de vida saludable depenen de si nosaltres el seguim o no; parlo per mi; jo abans fumava i a la consulta pràcticament no preguntava a ningú si volia deixar de fumar. Fa 9 anys que no fumo i com que conec els beneficis ara ho pregunto molt i aconsello lo que a mi em va funcionar./ (PS8-58a) Està clar! Jo penso igual. Jo quan explico dietes i faig controls per perdre pes m'implico i donc consell com si me'ls dongués a mi mateixa i aplico lo que a mi m'ha funcionat.

Un dels professionals expressa que per part seva existeix un cert divorci entre lo personal i lo professional. Afirmar que davant el pacient diu unes coses i a casa

en fan unes altres. La majoria opinen que habitualment, fan el que aconsellen als seus pacients. Els professionals sanitaris són conscients de la dificultat que hi ha alhora de generar canvis d'hàbits.

(PS4-51a) Penso que majoritàriament sí. Bé almenys parlo per mi. Jo donc molts de consells sobre alimentació als pacients però jo després faig el què em dóna la gana. Menjo lo que vull i menjo lo que em ve de gust però tinc la sort de que després com que m'agrada córrer, me'n vaig i faig 25 kilòmetres d'una tirada i ho cremo tot. D'alguna manera ja faig lo que els hi dic.....faig molt d'exercici físic. Llavors rectifico el que he dit, si que ho seguim./ (PS8-58a) Jo penso que no, que no hi ha divorci. Els professionals fem el que nosaltres aconsellem. Jo baixo a peu a treballar cada dia, ja són 2 km que faig per anar i 2km que faig per tornar. Amb l'alimentació m'hi miro molt. No fumo, no bec alcohol.(PS5.45a) Jo també penso que seguim correctament els hàbits però que a vegades no som del tot conscients del que els hi demanem i no som conscients del que costa canviar un hàbit. Un dia em vaig proposar beure 1,5 litres d'aigua i quan va arribar el vespre i vaig veure el què em quedava per beure'm i me'n vaig donar compte de la dificultat./ (PS1-28a) En general sí que fem el què aconsellem ara bé, estar clar que potser algun dia fem extremes o no fem tant d'exercici. Nosaltres els tenim incorporats i algun dia ens els saltem; molts dels pacients no els tenen incorporats i aquesta és la nostra feina. (PS1-28a) Sí, jo penso que sí./ (PS6-38a) Sí, jo també ho penso./ (PS3-49a) Jo sóc aficionat a córrer maratons i us puc assegurar que la meva passió per córrer l'he transmès a més d'un pacient que van venir a la consulta en busca d'ajuda per començar a fer exercici físic.

La majoria estan d'acord en que hi ha hagut i en que hi està havent un canvi d'hàbits en tots els sentits. La dona està augmentat les taxes de fumadores, cada vegada hi ha més dones fent exercici físic i els homes sembla que s'alimenten millor.

(PS4-51a) Totalment d'acord que això està canviant! Abans eren els homes els que fumaven més i amb els anys les dones han anat guanyant terreny i no només en el tema tabac; cada vegada els homes mengem millor (abans potser les dones eren més d'amanides i nosaltres ens fotíem lo primer que trobàvem i ara ens cuidem més)./ (PS3-49a) Jo ho veig amb el tema exercici, les dones cada vegada en

fan més i penso que els percentatges deuen estar quasi igualats./ (PS2-59a) I en hàbits de salut també per exemple amb l'exercici, abans eren més els homes i ara són tant homes com dones. Potser perquè és important, potser perquè s'ha anat treballant en el món de la salut el tema; perquè mira com ho hem anat matxacant eh?./ (PS7-53a) Dins el personal jo sí que hi veig molta diferència de fa 7-8 anys cap aquí. Les dones s'han incorporat molt a les maratons, a l'exercici, jo diria que hi ha més dones que homes. Aquí sí que s'hauria de fer un estudi./ (PS5-45a) Home, però penseu que la sensació és de que hi ha més dones fent esport i exercici però en realitat també hi ha més dones professionals sanitàries que homes./ (PS6-38a) Jo lo que veig és que potser si que cada cop hi ha més dones i els professionals ens cuidem però jo ja us dic que no. Jo no tinc temps de fer les hores que fem, fer les guàrdies, anar a comprar, cuinar saludable, complir amb les feines de casa, els fills i encara a més a més fer exercici./ (PS8-58a) La gent volia un règim, ara que ve l'estiu volia aprimar-se, i et venien a buscar perquè volien una dieta. Ara ja venen amb una altra idea. M'hauries d'ajudar, ara ja m'he posat a fer exercici físic, ja m'he posat amb un grup però m'hauries d'ajudar. En tot cas venen perquè els acabis d'ajudar però ja tenen incorporat això de l'exercici, hi estic d'acord i les dones han canviat en aquest aspecte en general.

En general no creuen que hi hagi diferència entre col·lectius professionals alhora de fer més o menys exercici.

(PS2-59a) Jo penso que no hi ha diferència en quan a col·lectiu professional en general. Penso que cada vegada som o intentem ser més actius però no hi ha diferències entre professionals./ (PS1-28a) Jo crec que tampoc n'hi ha de diferències en quan a col·lectiu professional però jo crec que no estem augmentat la quantitat d'exercici físic sinó el contrari. Jo quan acabo de treballar després d'un dia de no parar només tinc ganes d'arribar a casa, sopar i estirar-me al sofà...i si he tingut guàrdia el dia abans...ja us ho podeu imaginar./ (PS5-45a) És veritat moltes vegades em passa a mi això que dius però intento conscienciar-me i fer alguna cosa perquè sinó és pitjor i em trobo malament si no faig exercici./

Els professionals sanitaris opinen que l'organització d'una persona i la motivació són actituds clau per a generar un canvi d'hàbits. Són molts els factors externs

que condicionen un canvi d'hàbits però amb una actitud i un pensament positiu és possible aconseguir-ho.

(PS4-51a) És a dir això és organització , si tu estàs casat i tens o no tens fills, vas a córrer o no, fas el menjar o no, si t'aixeques una hora abans... t'has d'organitzar, t'has d'avançar un o dos dies. Si t'organitzes jo crec que el temps, allò que diuen "és que jo no tinc temps" és fals, jo sóc una mica estricta amb això, depèn de la persona, del pacient si el coneixes o no, però si t'organitzes pots aconseguir-ho. Necessites un alt nivell de voluntat per fer això, sí estic d'acord. Si estàs molt motivat faràs el dinar per dos dies per l'endemà tenir temps però si la teva motivació és mitja-baixeta no ho faràs i està clar que amb tot el què fem en 1 dia no faràs les coses bé./ (PS2-59a) És tot tema de voluntat i de creure't-ho. Si creus que menjar equilibrat és millor que menjar malament i fer exercici físic és beneficiós, millor no fumar i no beure doncs tot això ho posaràs en marxa gràcies a la teva voluntat si no ho creus doncs no ho faràs. (PS5-45a) Si comparteixo el què dius però encara que tinguem voluntat jo realment no tinc temps de fer tot això. Vaig tot el dia corrents i no tinc temps moltes vegades ni d'anar a comprar./ (PS4-51a) Ja us ho he dit jo; per millorar els teus hàbits de salut t'has d'organitzar; és realment la clau. A mi em funciona i és el que transmeto als meus pacients.

Factors externs

Els professionals sanitaris no pensen en que la promoció de la salut s'hagi tingut menystinguda; però si que reconeixen que d'uns anys cap aquí hi ha hagut un canvi en positiu que ha fet que altres professionals sanitaris, institucions sanitàries, des de les universitats de ciències de la salut... la gent també canviï una mica la seva idea al respecte sobre què és la promoció de la salut.

(PS3-49a) Jo crec que menystinguda no, precisament a la primària, que es pot fer millor i que ens falta més formació segurament sempre, però menystinguda tampoc en el nostre temari la part de promoció de la salut és una part molt important, que et motivi més o menys, però sí que si ha donat molt èmfasi, més que potser a l'hospitalària./ (PS2-59a) Jo també tornaria a anar enrere i diria que ha anat per temps. Jo

per exemple la meva formació quan vaig començar no n'era gens així, sinó que ha anat virant, per això jo penso que durant una època no, però a primària a la seva generació el metge ja la tenia com a cos de formació, jo al principi quan vaig començar no li tenia. Per tant jo diria que hem avançat molt en aquest sentit, molt. I ara és una feina important que t'hi sents bé, i jo diria que és imprescindible per treballar a l'atenció primària, però abans no ho era./(PS8-58a) Jo a la carrera quan vaig començar al primer anys no se'n va parlar d'això, però quan tu ja portes uns anys, i des de petit ho tens inculcat a dins i quan treballes com a professional de la salut, encara que no ho hagis fet a la carrera ja ho tens inculcat abans.

Els professionals comparteixen la opinió de que cal saber prioritzar i veure què necessita el pacient i quina és la demanda que fa. Coincideixen que això els ajudarà a que el pacient els hi agafi confiança i després en una altre visita serà més fàcil fer-li educació sanitària, proposar-li o fer-li canviar un determinat hàbit o estil de vida

(PS8-58) Però és que jo penso que quan una persona ve i té un problema el que vol és solucionar allò perquè el preocupa molt, lo altre li vindrà a posterior, serà secundari, però ell ve a fer-te una pregunta, perquè ell té aquest problema i el que vol resoldre és això. Lo altre evidentment que per ell és secundari./(PS6-38a) Pel professional no, però li ha de donar resposta primer al primer problema que ell ve a plantejar, llavors intentar de deixar la porta oberta que és el que deia: "quan tu vulguis podem fer això, i això per millorar t'ajudaria fer tal cosa". Fer suggeriments, però ell et ve a buscar una resposta al seu problema. No li pots dir mira primer parlarem d'això i després del que et preocupa. Jo crec que és al revés./(PS1-28a) Jo veig que va tot lligat. Si el motiu és una lumbàlgia i vale, tractem el mal d'esquena però indirectament ja li dones consell per evitar recaigudes i aquests consells ja són de promoció de la salut; vull dir que pares el cop i fas educació per al canvi d'hàbits. Penso que prioritzem./(PS5-45a) Exacte, jo ho faig igual./(PS4-51a) Jo veig que pel pacient encara que tu li diguis els hàbits saludables etc, etc, ell et diu que ara no és important per mi. Ve per un problema de mal de queixal o lumbàlgia com tu has dit, però si tu li comentes la promoció d'hàbits saludables, ell et dirà: escolta que me vens a dir tu. Si vingués per un problema d'aquest tipus ja t'ho hagués preguntat. Penso que nosaltres ho veiem clar però a vegades els pacients no. La intervenció mínima la tenim molt concretada./(PS3-

49a) *L'altre cosa és el què diem a la nostra societat, a vegades ja no sé com abordar-ho. Normalment són dones; i a la que fas una mica de promoció d'hàbits sense que elles t'ho demanin la resposta sempre és: m'hauries de dir com ho faig, si m'aixeco a les 7 del matí vaig a portar els nens a l'escola, treballo tot el dia, vaig a comprar, els vaig a buscar, anem a casa a fer deures, faig el sopar i ja són les 9 del vespre; ara diga'm quan faig exercici? Jo faig promoció però no sempre és fàcil, ja sabeu.*

Grup 2

Categoria: HÀBITS i ESTILS DE VIDA

Hàbits saludables - Hàbits tòxics

La majoria dels participants al grup de discussió coincideixen a dir que els hàbits de salut més rellevants per ells són l'alimentació, l'exercici físic i tenir una bona salut mental. Molts d'ells comparteixen la opinió que el tabac i l'alcohol són els hàbits dolents i també els anomenen tòxics. Es discuteix la idea de que ens movem per la importància de les modes per la societat i aquesta va cap on va la multitud de masses encara que des dels centres de salut intentem reconduir la situació i evitar que la gent faci coses perniciososes per la salut.

(PS10-43a) No fumar, o deixar de fumar –més rellevant?- dels que més rellevants...i la dieta, fer una dieta correcte així com un una mica d'exercici, jo penso que aquesta seria la base, però a partir d'aquí...segons la persona i els seus hàbits hi pot haver molta diferència, molta diversitat./ (PS14-34a) Re formulo la teva opinió; traient els hàbits tòxics, dels dos que proposo més sans: l'exercici físic i l'alimentació, jo els posaria al mateix nivell, com a rellevants, tant important és l'un com l'altre, es potencien./ (PS12-25a) Jo penso l'alimentació i l'exercici bàsic i la genètica, luego está muy de moda ...Las dietas y...todo. Vivimos en una Sociedad con un aumento de la obesidad y están muy de moda las dietas, y tenemos que poner de nuestra parte ya que la realidad, como en mi caso, aunque pueda decir unas cosas en la consulta, como sanitaria pueda saber alguna cosas y concienciar a los demás como tener unos hábitos de vida correctos, la

realidad de mi vida es otra y creo que tendría que aplicármelo también./ (PS14-34a) Pero de relevante, cual cogerías?./ (PS12-25a) ¿Para mí lo más importante? Para mí la alimentación, yo creo que es la base de todo, porque desde que eres pequeño, con lo que te vas desarrollando... una base alimentaria. El ejercicio claro que te ayuda pero para mí lo más importante es la alimentación./ (PS9-44a) Yo creo que a parte de las cosas físicas: dejar de fumar, el ejercicio... hay una parte psíquica muy importante, en la generación de calidad de vida; yo veo cada día en la consulta, yo estoy trabajando en una zona con problemas sociales importantes y eso es un generador de des confort y al final de enfermedades, y cosas como no tener trabajo, no poder pagar las deudas... genera un des confort, una disfunción familiar. También en un punto se tendría que trabajar la educación

Factors personals

Els professionals sanitaris participants al grup no segueixen estrictament els hàbits i estils de vida saludables tot i tenir els coneixements, bàsicament per els horaris de feina, les guàrdies d'atenció continuada, les obligacions amb els fills i familiars i l'estrès laboral.

(PS9-44a) Yo pienso que somos los peores, porque sabiendo todo lo que sabemos, y dando la información día a día, en la consulta, visita tras visita, pues somos los peores. Si entramos a la una, que si comemos a las doce y bueno si has desayunado, ya comes lo que sea; si sales a las tres, ya estás comiendo a las cuatro. ¿Ejercicio? Bueno de ejercicio se sigue más, pero la alimentación y el tabaco, dentro del sector sanitario cuesta mucho./ (PS14-34a) No la seguimos por factores externos a nosotros básicamente: trabajo, stress, hijos. Pero los que tenemos unos conocimientos debemos hacerlo mas que el resto de la población./ (PS13-26a) Si, aunque seas sanitario, también el tema social, al final también eres otro integrante de la sociedad y quieras o no, estás englobado en una serie de circunstancias que son estos factores externos que nos afectan, por muy sanitario que seas, por muchos conocimientos que tengas, entras en eso...en un nivel de rutina, de exigencias que te hacen cumplir en una serie de ritmos que también afectan a tu salud directamente./ (PS11-52a) Lo que también está en contra nuestra es el hacer las guardias y todo esto, es importante, las horas de sueño para poder llevar una vida saludable y buena, unas ocho horas mínimo, pero entre las guardias vas

descompensado, y más un personal sanitario que tienes que estar cien por cien en atención./

Tots els professionals del grup coincideixen en que se segueix una bona alimentació i una bona pràctica d'exercici físic en general (entre altres professionals sanitaris) tot i que a vegades no es compleix estrictament. El motiu principal que fa que no es segueixin unes bones pautes sempre son els horaris familiars i la conciliació.

(PS11-52a) Jo penso que en gran part si que se segueixen; bé almenys lo que jo observo al meu voltant és així. Jo faig matins i cada dia observo als meus companys alhora d'esmorzar. Quasi tots es cuiden perquè molts mengen el seu entrepà mini i moltes persones esmorzen fruita./ (PS9-44a) Yo pienso que hay una mezcla de todo; en general comemos bien y hacemos bastante ejercicio lo que veo que no hacemos bien son los horarios porque si haces todo mañana o todo tarde pues vale; pero si haces lloiscant un día desayunas a las 12 y al día siguiente si haces tarde y entras a las 13, pues comes a las 12. Esto es lo que hace que comamos mal algunos de nosotros porque yo personalmente el día que voy por la tarde pues a las 12 comerme un plato de lentejas pues no me apetece./ (PS12-25a) Yo creo que hay una cierta dualidad y sobretodo cumplimos con la alimentación cuando traemos el desayuno al trabajo o cuando quedas con alguien de la profesión para comer; quiero decir que como comemos juntos pues a ver quien es el que se expone a que le digan que come mal. Luego cada uno en su casa a ver que come pero en el cap todo el mundo trae cosas saludables. Menos el día que es el cumpleaños de alguien y trae pastas y vuelan porque todos se lanzan a comer./ (PS14-34a) En enfermería yo lo que he visto que comen, hacen una dieta bastante bien, macedonia y tal..., siempre hay alguien que trae pastitas para desayunar, pero vamos en general aplican bien los conocimientos. Horarios, estoy de acuerdo contigo que el horario se salta la dieta.

(PS10-43a) Jo lo que voldria puntualitzar és amb el tema tabac. Cada vegada hi ha menys professionals sanitaris que fumen; això si que veig que és un hàbit que hem canviat i que complim. Abans els professionals sanitaris eren els que més fumàvem; ara ja no./ (PS15-53a) Estic d'acord amb el que dius però encara deu ni do la gent que s'escapa a fer un piti eh??./(PS13-26a) Yo creo también que es el empuje global que ha habido de la sociedad, no porque tú , a nivel de consulta digas: Bueno pues ahora un 50% consejo antitabaco, yo creo que no porqué a

nivel de protocolo ya es lo que hay, tú ya sabes perfectamente lo que dices, pero en cambio a nivel de sociedad, un empuje muy global ha habido con el tema de la ley antitabaco. Eh, con el tema de bares...Yo creo que ha habido un empuje para el cambio ; un poco también por modas, claro que se ha visto que el tabaco es malo indudablemente, pero yo creo que también va relacionado con modas” entre comillas”, que ha ayudado mucho el cambio de sociedad, ha sido como un cambio masivo, igual por ejemplo ahora se ha puesto de moda la dieta vegana, cuanta gente vegetariana hay ahora y hace cinco o seis años no había tanto; con el tema de apoyo a los animales “si, ahora no como carne”; Un poco va por movimientos globales.

Majoritàriament els professionals han coincidit a dir que hi ha diferències entre els hàbits de salut dels homes i de les dones. Opinen que aquestes segueixen unes pautes alimentàries millors; per contra també són les que fumen més i potser les que fan una mica menys d'exercici físic.

(PS14-34a) Yo pienso que si, las mujeres se cuidan mas en cuanto a alimentación. Y a la vez pienso que también las mujeres fuman más que los hombres./ (PS10-43a) Jo penso que sí, ho penso pel que veig una mica, les dones són més cuidadoses,: les amanidetes, la fruita....els homes no, si demà cal un entrepà, doncs un entrepà, i si l'endemà és igual doncs un altre entrepà i les dones no: l'amanida, la fruita./ (PS11-52a) Jo penso que també hi ha el factor de que les dones com tenen cura dels nens, la casa, la feina....no fan tan d'exercici físic i han de compensar per una altre banda i mengen més saludable i amb menys calories que els homes./ (PS12-25a) Yo creo que comemos mejor las mujeres porque también nos fijamos mas en nuestro físico que los hombres. Creo también que las mujeres fuman mas que los hombres y al igual comparto tu comentario de que al igual no practican tanto ejercicio físico./ (PS9-44a) Yo creo que fuman más ellas que ellos, y ejercicio, así así. Yo creo que más por sexo, es más por edad, la gente joven ha crecido más con esa inquietud, creo yo, la gente de cincuenta o más es más pausada o va a caminar y la gente joven la verás en un gimnasio o sus carreras y todo esto.

Factors externs

Per millorar la situació la majoria dels professionals coincideixen en que si es milloressin els seus horaris laborals la cosa canviaria. Si es fessin públics els mals hàbits alimentaris, les taxes d'obesitat, sedentarisme i de fumadors en professionals sanitaris, la cosa canviaria perquè la població no estaria d'acord en que els seus promotors de la salut fossin professionals que no segueixen unes bones pautes.

(PS10-43a) Una bona iniciativa seria tenir uns horaris "humans", jo crec que podria ser un bon inici, uns horaris que poguéssim compaginar, per poder fer esport, poder anar a comprar al mercat, poder tenir cura dels nens; com es diu això? Conciliació, exacte! aquest seria un bon inici, crec jo eh! evidentment cadascú que pensi lo que vulgui. (PS14-34a) Exacte, per millorar els nostres hàbits primer hem de tenir uns bons horaris perquè sense estabilitat laboral a nivell d'horaris és impossible./ (PS12-25a) En primaria el horario no es malo del todo, lo que pasa es que hacemos turnos y creo que esto es lo que nos hace ir mal; por no hablar de las guardias claro está./ (PS13-26a) Es verdad, yo el fin de semana que tengo guardia ya empiezo mal la semana y como no he descansado pues ya el lunes no voy al gym y así sucesivamente; creo que habría que mejorar el horario de los profesionales sanitarios. Yo a veces no se como hacerlo porque tengo que motivar a alguien para que vaya al gimnasio o se ponga a caminar y yo como estoy hecha polvo de la guardia del día anterior pues de lo único que tengo ganas es de irme a mi casa a dormir./ (PS15-53a) Jo crec que per millorar tot això s'haurien de fer més estudis sobre hàbits de salut de professionals sanitaris i publicitar-los; jo crec que s'ha d'intentar governar a la gent. Jo és el que faig.

Factors professionals

La gran majoria pensen que els hàbits personals influeixen en la manera com donem els consells i l'aspecte físic d'un professional sanitari també. Hi ha una minoria de professionals que han comentat que el nostre aspecte físic i els hàbits personals no influeixen i tampoc haurien d'influir alhora de fer recomanacions.

(PS12-25a) Lo que decíamos antes, si yo soy fumadora y huelo a humo, no puedo dar un consejo antitabaco, o sea puedes darlo, pero otra cosa es que el paciente te tome en serio, porque saldrá por la puerta; “mira lo que me ha dicho”. Igual que si te viene una persona de Vilaroja y pesa ciento veinte quilos y te dice “quiero bajar de peso”, pero si la enfermera o el médico pesan también ciento veinte quilos va a decir: “si este ni siquiera sabe aplicárselo, que quieres que me aplique a mi”./ (PS13-26a) Pues yo creo que a la hora de explicarlo no influye que tu fumes o peses ciento veinte quilos, no influye a la hora de darle consejo o no debería influir./ (PS12-25a) Yo creo que la información pierde credibilidad./ (PS13-26a) Pero si tú eres obeso, o fumador a la hora de dar consejo, lo darás igual seas como seas. (PS14-34) Ya pero te miran con otros ojos. Cuando un paciente está delante de ti, y te dice: pero oiga doctora ¡Usted está como yo! Ya te ha dejado por los suelos, porque todos los pacientes te dirán lo mismo: “¿Y usted porque está así? si hago lo que usted me dice tendría que estar arreglada. (PS10-43) Pero bueno yo estoy con ella, a la hora de explicar y dar un consejo, tiene que ser independiente o debería serlo. Nosotros tuvimos un médico, unos seis meses, no más ¿sabes cuánto pesaba? Obesidad mórbida; y a todo el que entra por la puerta, a todos, les da el consejo y la verdad es que choca. Eso no quita que de consejo a todo el que entra./ (PS14-34a) Está claro el mensaje. Debería influir, porque si no meterían CDs y se ahorrarían el sueldo, o hacemos algo o si no. (PS9-44a) Yo sí creo que cada vez lo hago mejor./ (PS14-34a) Que cada vez lo haces mejor no, que cada día nos evalúan y nos persiguen y por tanto lo tenemos que hacer mejor. Las herramientas no están para evaluar si lo estamos haciendo mejor, están para ver si cumplimos o no./ (PS9-44a) Yo pienso que sí, que cada vez lo hacemos mejor, y que te evalúen no es malo, depende de cómo lo registres, yo me refiero a que después a nivel de consulta, saber qué es lo que haces y no haces ; hay veces que estás haciendo y no estás registrando, pero esto no significa que no lo estés haciendo.

Els professionals opinen que l'educació sanitària i la promoció de la salut no s'hauria d'imposar als pacients perquè si obliguem, amenacem i coaccionem als pacients perquè compleixin unes pautes determinades no ho faran i no s'haurà aconseguit res.

(PS15-53a) Jo penso que la base és l'acompanyament. Que el pacient es senti acompanyat pel professional sanitari és molt important però

que no es senti obligat ni que li imposem unes normes./ (PS11-52a) Hay que contemplar que imponer no es útil porque no van a seguirte. Tu das la información y les acompañas pero tienes que vigilar mucho tus palabras porque a la que el paciente se sienta obligado a hacer algo no lo va hacer. (PS9-44a) El paciente que no quiere cambiar no lo va hacer; el que quiere tampoco puedes imponerte; la cuestión es darle consejo breve y acompañarlo./ (PS13-26a) Yo creo que es importante fomentar las actividades comunitarias y que el paciente se sienta apoyado; en algunos centros de salud se ponen en práctica, la gente lo observa y participa y así es la manera de que aprendan y lo pongan en práctica ellos. Se trata de que ellos decidan; lo que quieren. (PS10-44a) Pero esto es muy difícil porque si el paciente no quiere cambiar , por mucho que tu le des consejo pero si no eres un poco estricto o te impones un poco, no te van a seguir y depende de la zona cultural en la que trabajes menos. Los diabéticos por ejemplo si no los marcas un poco y te impones, no cambian hábitos...cambiar hábitos es muy difícil.

Grup 1 i 2

Analitzant els dos grups conjuntament observem com els professionals sanitaris d'un grup i altre coincideixen en que els hàbits de vida més importants i rellevants són tenir una bona alimentació, la realització d'exercici físic i tenir una bona salut mental.

Fent referència als hàbits dolents o tòxics tenen idees diferents. El grup 1 manifesta que els hàbits tòxics majoritàriament són l'abús de substàncies químiques tipus psicofàrmacs; es parla de que els mòbils comencen a fer mal en la societat i destaquen la disminució de la taxa de tabac entre professionals sanitaris. Al grup 2 comenten que els hàbits tòxics per excel·lència són el tabac i l'alcohol; en cap moment de la discussió es parla sobre psicofàrmacs.

Tots dos grups coincideixen en que els hàbits de salut dels professionals no haurien d'influir en la manera com es donen els consells de salut però que malauradament això no és així i si que influeixen. Al grup 2 també es discuteix

com l'aspecte personal dels professionals sanitaris influeix en la manera com el pacient percep la informació.

Al grup 1 estan d'acord en què en general estan havent-hi canvis d'hàbits; refereixen que ha augmentat el tabaquisme i la pràctica d'exercici físic entre les dones i que sembla que els homes s'alimenten millor. Paral·lelament opinen que no perceben diferències entre col·lectius professionals alhora de fer exercici físic. Al grup 2 opinen que sí que hi ha diferències substancials en quan als hàbits de vida entre homes i dones. Opinen que les dones s'alimenten millor que els homes, coincideixen amb la opinió dels professionals del grup 1 en que la taxa de tabaquisme entre dones està augmentant en canvi opinen completament el contrari sobre l'exercici físic i comenten que les dones (del col·lectiu sanitari i les de la població general) cada vegada en fan menys per motius laborals, guàrdies d'atenció continuada, cura de fills i gent gran....etc.

A ambdós grups coincideix la opinió dels mals horaris laborals que tenen i del malestar que suposa fer guàrdies d'atenció continuada doncs provoquen que no es segueixin els hàbits saludables correctament. Al grup 1 un professional sanitari explica com es sent ell després de treballar tota una jornada laboral, fer una guàrdia d'atenció continuada per la nit i seguir l'endemà amb la jornada habitual; fa la reflexió de que pot entendre com alguns professionals sanitaris puguin abusar dels psicofàrmacs en determinats moments de la seva vida. Si aquesta informació es publicués, potser la situació canviaria. Al grup 2 es mostren preocupats pels horaris i la mala conciliació laboral i familiar que aquests generen; opinen que si es publicuessin dades de mals hàbits sobre professionals sanitaris segurament la situació també canviaria.

5. DISCUSSIÓ.

En aquest estudi s'han analitzat els hàbits manifestats pels professionals sanitaris d'atenció primària dels centres gestionats per l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona.

El perfil dels professionals sanitaris de l'àmbit de l'atenció primària de la regió sanitària de Girona és majoritàriament femení amb un percentatge de 76,18% de dones. (75)

Les dones és el grup professional més nombrós a la regió sanitària, fet que es manté similar a la resta de regions sanitàries de Catalunya. Un 68% de professionals sanitaris dones treballen a la regió sanitària de Barcelona i a la regió sanitària Catalunya central, un 74,25% a la regió sanitària de Lleida i regió sanitària Alt Pirineu i Aran i un 71,15% a la regió sanitària de Tarragona i regió sanitària Terres de l'Ebre respectivament. (75)

En la distribució per col·lectius professionals no s'observen grans diferències i la mostra està molt igualada amb un 52,37% de professionals d'infermeria i un 47,62% de professionals mèdics. En ambdós col·lectius són les dones majoria amb un percentatge de 90,56% per les infermeres i un 60,37% en metgesses.

Més de la meitat 62% dels professionals que treballen a la regió sanitària de Girona tenen entre 45 i 65 anys. Més de la meitat 56,03% de les infermeres dones d'atenció primària de la regió sanitària de Girona tenen entre 45 i 65 anys i el 31,2% de les dones metgesses d'atenció primària de la regió sanitària de Girona també. (75)

Segons dades publicades per l'ICS el sector sanitari d'atenció primària que concentra més professionals d'infermeria treballant és el sud amb un percentatge de 43,5% de professionals, el segueix el nord amb 32,4%, i el marítim amb un 23,9%. Els percentatges de professionals sanitaris als sectors d'atenció primària són similars per al col·lectiu mèdic; un 44,81% dels

professionals del col·lectiu mèdic treballa al sector sanitari d'atenció primària sud, un 31,12% al sector sanitari d'AP nord i un 24% al sector sanitari d'AP marítim.

Els professionals sanitaris que treballen al sector d'atenció primària marítim són els que més han participat en la resposta del qüestionari del estudi 37,1%; ens pot semblar que és el sector on hi treballa més gent per la taxa de resposta; no obstant segons les dades generals de la regió sanitària de Girona, el sector sanitari on hi treballen més professionals és el sector d'atenció primària sud 44,1% que és el que concentra més volum de població assignada a atendre amb un total de 255.000 persones. 169.000 persones estan assignades a les ABS dels centres d'atenció primària del SAP nord i 144.000 persones a les ABS dels centres d'atenció primària del SAP marítim. Les dades de l'estudi es mostren molt similars a les dades reals de la regió sanitària de Girona tot i la baixa taxa de resposta.

Hàbit de fumar

A Catalunya el 25,9% de les persones de 15 anys i més són fumadores (31,8% homes i 20,3% dones) segons indica l'ESCA. (41) Segons els resultats de l'estudi els professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona, fumen menys que la població general catalana. A Espanya aquest consum és d'un 23% (27,6% dels homes i 18,6% de dones). (42) Un 11,86% dels professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona són fumadors. Els homes fumen més que les dones representant un 14,28%.

Provablement amb la Llei 28/2005 de 26 de desembre, sobre mesures sanitàries enfront del tabaquisme i reguladora de la venda, el subministrament, el consum i la publicitat dels productes de tabac (BOE 309, de 27/12/2005) es va començar a regular molt seriosament tot el que feia referència al tabac en centres

sanitaris. A l'article 7 es va anunciar la prohibició total de fumar en centres, serveis i establiments sanitaris. El descens de fumadors en personal sanitari en gran part fou per la implantació d'aquesta llei que obligava a no fumar en espais anteriorment habilitats per fer-ho dins els centres sanitaris i hospitals. Molts professionals sanitaris sortien a fumar a les portes dels centres d'atenció primària i a les portes dels hospitals; acció que de cares a pacients i usuaris fou criticada per la imatge que donaven. (76) Posteriorment, l'any 2010 hi va haver una modificació de la Llei 42/2010 que reforma l'anterior i prohibeix fumar en els centres sanitaris, incloent els espais a l'aire lliure o coberts compresos en els seus recintes. Aquesta normativa fou vigent a partir del dia 2 de gener de 2011. (77)

En la discussió generada als grups focals la disminució del percentatge de fumadors en personal sanitari ha estat a conseqüència de la implantació de la llei antitabac i la prohibició de fumar en centres sanitaris; tot i que encara hi ha algú que s'escapa i alhora també a causa dels moviments globals i les modes.

Hi ha diferències en relació al consum de tabac per col·lectius professionals. En relació al col·lectiu mèdic, al 2003 els resultats obtinguts indicaven un percentatge de metges fumadors del 18% dades que es diferenciaven del percentatge de fumadors de la població general espanyola d'aquest any que era del 32%. Pel què feia la diferència entre metges i estudiants de medicina hi havia més fumadors entre els metges 18% que entre els estudiants 9,4%. (78)

El 2007 s'assenyala el descens que hi ha hagut en el consum de tabac de metges i metgesses d'atenció primària a Suïssa, un 12% són fumadors, mentre que en la població general aquest percentatge és d'un 30%. (79)

Segons un estudi fet a Catalunya amb metges i metgesses no es troben diferències segons el sexe en el consum de tabac; un 20,3% dels metges i un 18,4% de les metgesses eren fumadors. (80)

El consum de tabac en els metges representa un tema polèmic en la salut comunitària, en un estudi es fa una comparació internacional de tota la literatura publicada que descriu els hàbits de fumar dels metges contemporanis. Les taxes de tabaquisme més baixes han estat documentades als Estats Units, Austràlia i el Regne Unit amb uns percentatges d'un 11%, 5% i 4% respectivament. (81) Els professionals sanitaris metges d'una àrea bàsica de salut de Japó presenten taxes de tabaquisme cada cop menors sobretot les dones amb una taxa del 5% d'un 16% en professionals sanitaris homes. (82)

En el col·lectiu d'infermeria i en el mateix període, un estudi fet a Balears sobre l'hàbit tabàquic al col·lectiu de col·legiats d'infermeria l'any 2007 mostrava com un 26,7% dels infermers i infermeres fumava i no hi havia diferències significatives de sexe. En aquest estudi els infermers fumadors afirmaven que ells preguntaven menys als seus pacients sobre l'hàbit de fumar. Els que fumaven aconsellaven menys sobre l'abandonament de l'hàbit als seus pacients. (83) En aquest estudi el percentatge de fumadors en el col·lectiu d'infermeria és inferior; 14,15% observant-se diferències entre sexes (12,6% dones infermeres – 23,3% homes infermers).

Un estudi sobre consum de tabac a Austràlia en personal infermer va constatar que era un obstacle de cares a la realització d'intervencions dirigides als pacients per a abandonar l'hàbit tabàquic. Un 11% eren fumadors habituals sent més freqüent en infermers que treballaven a les àrees de psiquiatria i els serveis d'urgències. Els factors més comuns identificats per deixar de fumar eren l'estrès, l'augment de pes i l'ansietat. (84)

En un estudi qualitatiu sobre tabaquisme en infermeres d'atenció primària on es valoraven els factors que influïen en l'inici de l'hàbit i el manteniment va concloure que totes les infermeres entrevistades estaven arrepenyides d'haver iniciat l'hàbit tabàquic. L'estudi de Bannasar Veny et al. indica que més de tres quartes parts d'infermeres fumadores manifestaven voler-ho deixar i no poder,

sent la raó més expressada la pèrdua de salut, especialment la por al càncer. Entre els principals motius del cessament hi figura el sentiment de vergonya, el fet d'estar mal vist, sentir-se culpable davant de l'entorn familiar i social i finalment la percepció de ser un model per a la resta de la societat. (85)

També es coneix que el grau de motivació dels professionals sanitaris en quan a les actuacions sobre educació sanitària i la força de les intervencions sobre si es segueix o no l'hàbit saludable, es va comprovar que els infermers que no fumaven motivaven més al seus pacients perquè abandonessin l'hàbit. En aquest estudi es va observar que el nombre d'infermeres que fumaven era superior al nombre de professionals del col·lectiu mèdic. (86) Comparant aquesta conclusió amb les dades de l'estudi observem que coincideix el fet de que sigui el col·lectiu d'infermeria el que més fuma.

En la realització dels grups de discussió focal entre professionals sanitaris de l'estudi es va posar de manifest que els hàbits dels professionals no haurien d'influir en la manera com donen consell; tot i que moltes vegades no és així. Consideraven que un professional sanitari hauria de donar consell antitabac amb la mateixa força i motivació fos fumador o no. Malauradament això no és així; hi ha professionals sanitaris que no fan consell antitabac i n'hi ha que ni pregunten per l'hàbit amb la finalitat de fer cerca proactiva per una futura cessació.

Hàbit de pràctica d'activitat física

La pràctica d'activitat física a Catalunya en població de 15 a 69 anys és de 67,8% (70,5% homes i 65,1% dones) segons indica l'ESCA. (41) En aquesta mateixa enquesta es varen fer públiques les dades relacionades amb la inactivitat física. Un 22,2% de la població catalana de 18 a 74 anys té un comportament sedentari (19,9% dels homes i 24,4% de les dones). Observant els resultats de l'estudi ens mostren que els professionals sanitaris són més sedentaris que la població catalana amb un percentatge de 44,1% (8,8% homes i 35,3% dones). (41)

La Encuesta de Salud en España en la seva última publicació va presentar uns percentatges d'activitat física beneficosa per la salut almenys un dia a la setmana en població adulta de 15 a 69 anys de 45,28% (50,7% en homes i 40,1% en dones). L'EESE l'any 2014 posa de manifest que el 36,6% de la població espanyola es declarava sedentària; valor inferior a la taxa de sedentarisme que refereixen els professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona. (42)

Les dades de l'estudi ens mostren com un 45,8% dels professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona fan esport de 2 a 3 dies o més a la setmana; un 14,1% són homes i un 31,6% dones. Els que més activitat física fan habitualment, són els professionals que fan guàrdia d'atenció continuada. Els professionals que fan atenció continuada i fan esport 1 dia a la setmana representen el 44,4% dels professionals, els que en fan 2 dies a la setmana el 69,1% i els que en fan 3 dies o més representen el 69,5% dels professionals. El què indica que quan més hores laborals es fan, més activitat física es realitza. Aquest fet segons els comentaris dels professionals sanitaris en els grups de discussió focal pot ser motivat per l'estrès que s'acumula i la necessitat d'oxigenar cos i ment. Alguns opinen que tenen menys temps però que l'aprofiten millor i l'inverteixen en la pràctica d'activitat física.

Cal tenir present que l'any 2007 es va implantar el programa PAFES. Aquest era un pla impulsat pel govern de Catalunya (entre el Departament de Salut i la Secretaria General de l'Esport) que tenia com a objectiu millorar la salut a partir de l'activitat física. (41) El PAFES inclou les actuacions de:

- Capacitació a professionals de la salut i d'esport en consell i prescripció d'activitat física.
- Facilitació d'entorns, mitjançant la identificació, creació i disseny de rutes saludables i recursos per realitzar activitat física a nivell local.

Es tracta de impulsar en les persones una prescripció d'activitat física per part del seu professional de salut o esports i de que trobin un entorn que faciliti la pràctica d'activitat física. En l'actualitat s'ha donat formació a tots els sanitaris de totes les àrees bàsiques de salut de Catalunya per tal que els professionals de salut aconsellin a les persones una vida activa és a dir, realitzar al menys 30 minuts d'activitat física moderada 5 dies per setmana (adults) o 60 minuts cada dia (infants i adolescents). En el període de 2006 al 2013 hi va haver una davallada d'un 15% del sedentarisme segons dades de l'ESCA i provablement aquest descens estigui motivat per la implantació i difusió del programa PAFES. (41)

En relació a la pràctica d'activitat física del col·lectiu mèdic, l'any 2011 en una àrea bàsica de la comunitat de Madrid, es van descriure els estils de vida dels metges d'atenció primària i es va observar que el 36,8% dels metges realitzaven exercici més de 5 dies a la setmana. (87) Aquests resultats són inferiors als resultats de l'estudi on només un 8% dels professionals del col·lectiu de metges afirma fer esport 3 dies o més a la setmana.

A nivell internacional un estudi realitzat amb metges d'atenció primària en diversos ambulatoris de Bahrain (estat insular situat al sud-oest d'Àsia) que un 29,6% dels professionals fan esport cada dia de la setmana mentre que un 81,3% ho fan 3 dies a la setmana. Els esports que destaquen més són el caminar ràpid i nedar. Els metges més actius tenen nivells d'estrès inferiors als que no ho són tant. El 27,8% d'aquests professionals diu utilitzar sempre les escales dels pisos, cases, edificis; percentatge que queda molt igualat amb els que afirmen utilitzar sempre l'ascensor en un 27,2%. (88)

Un altre estudi fet al Japó també avaluava la taxa d'activitat física dels seus professionals sanitaris. Comparant els resultats amb la població general nipona no eren massa favorables i citaven que els hàbits dels professionals sanitaris eren pitjors que els de la resta de la població. (82)

Comparant amb aquests professionals de l'estudi observem com el percentatge d'activitat física dels professionals japonesos és superior a la dels professionals del estudi; un 40% dels professionals sanitaris homes fan activitat física almenys 1 cop a la setmana i un 27% de les dones també mentre que segons les dades del nostre estudi només un 1% dels professionals sanitaris homes fan activitat física 1 dia a la setmana i un 9,3% de les dones fan activitat física un cop a la setmana.

Hàbits alimentaris

L'ESCA descriu els hàbits alimentaris a partir de la ingesta diària recomanada de cinc racions de fruita i/o verdura en la població de 6 anys i més; esmorzar dues vegades en la població de 3 anys i més, i el baix consum de productes hipercalòrics en la població de 3 a 14 anys. A l'ESCA de 2014, el 10,9% de la població de 6 anys i més fa una ingesta diària de cinc racions de fruita i verdura (el 8,8% dels homes i el 12,9% de les dones). (41) El 43,4% de la població de 3 anys i més esmorza després de llevar-se i a mig matí (el 42,1% dels homes i el 44,7% de les dones). El percentatge de població que esmorza dues vegades disminueix a mesura que els grups són de més edat, sobretot perquè s'abandona l'hàbit d'esmorzar a mig matí. (41)

Dades de la EESE mostren que el 2014; 6 de cada 10 persones van indicar menjar fruita fresca almenys un cop al dia (67,1% de les dones i 58,2% dels homes) i 4 de cada 10 menjaven verdura, amanida i hortalisses a diari (50% de dones i un 39,1% dels homes). (42)

Les dades de l'estudi ens mostren com més de la meitat 51,97% dels professionals sanitaris d'atenció primària de la Regió Sanitària de Girona mengen verdura 1 cop al dia i més de la meitat 56,49% dels professionals sanitaris d'AP de la regió sanitària de Girona mengen fruita 2 cops o més al dia; sent més elevat el consum en dones. Aquests resultats ens indiquen que els professionals sanitaris de l'àmbit de l'atenció primària realitzen una ingesta

superior de verdura i fruita que la població catalana.

En relació amb el nombre d'àpats Aguilar Shea et al. ens indiquen que un 57,5% dels metges feien 3 o menys àpats al dia, el 39,8% en feia 4 i únicament el 2,7% en feien 5 o més de 5. (87) En un estudi sobre hàbits de vida, alimentació i avaluació nutricional en personal sanitari d'un hospital de Mèrida (Extremadura) també es va preguntar sobre el nombre d'àpats al dia. El 25% dels professionals sanitaris fan 3 àpats al dia, el 69,4% en fan 4 i el 5,5% en fan 5. (89)

En relació a la discussió generada als grups focals els professionals sanitaris d'atenció primària referien que degut als seus mals horaris tenien una mala alimentació. La opinió que més es repetia era que degut als horaris lliscants un dia dinaven a les 12 del migdia si entraven a treballar a la tarda i l'endemà si feien torn de matí a les 12 del migdia esmorzaven. Els horaris laborals fan que sigui impossible mantenir un ritme horari adequat i això provoca que no puguin fer de 4 a 5 àpats al dia.

En el consum dels principals aliments, l'estudi CHABS mostra diferències significatives entre sexes. Aliments com verdures i làctics es consumeixen a diari però en major proporció en les dones metgesses. El consum de peix i llegums es realitza d'un a dos cops per setmana però majoritàriament en homes metges. També aliments grassos i embotits es consumeixen majoritàriament d'una a dues vegades per setmana però més freqüentment per part dels metges homes. El 16,6% dels metges homes afirma consumir dolços cada dia. (46)

Els resultats obtinguts en l'estudi no són molt diferents dels indicats a l'estudi CHABS. Els metges mengen a diari aliments com verdures i làctics però aquí a diferència de l'estudi CHABS amb major proporció els homes. El consum de peix i llegums es realitza amb més freqüència setmanal als professionals sanitaris d'AP de la regió sanitària de Girona majoritàriament també en mengen més els

homes. Un 18,7% dels metges de la regió sanitària de Girona mengen pastisseria de 4 a 6 cops a la setmana; observem com les dades son similars als resultats mostrats a l'estudi CHABS. Resultats d'un estudi fet a Birmingham (UK) mostra com un 25,9% dels sanitaris mengen 5 o més fruites i verdures al dia, un 54,9% en mengen més de dos però menys de 5 i un 14,9% en mengen menys de 2. (90)

En quan a menjar fast-food professionals sanitaris han afirmat que un 42,1% en mengen 1 cop a la setmana i un 5,5% en mengen menys d'un cop a la setmana. (90) Amb professionals sanitaris de Bahrain també es va fer un estudi sobre aquest hàbit alimentari i un 53,3% van afirmar no menjar mai fast-food, un 28,9% un cop a la setmana, un 15,8% dos cops a la setmana i un 2% tots els dies de la setmana. (88) El consum de menjar fast-food dels professionals sanitaris de la regió sanitària de Girona són d'un 85,3% menys de 4 cops a la setmana, 12,99% de 4 a 6 cops a la setmana i un 1,12% 7 cops o més a la setmana; són més elevats que els dels professionals de Birmingham (UK) que són els que presenten uns percentatges inferiors.

El consum de risc d'alcohol en la població catalana de 15 anys i més és del 4,5% (el 7,3% dels homes i l'1,7% de les dones). El 60,6% de la població catalana fa un consum d'alcohol de baix risc (el 68,0% dels homes i el 53,4% de les dones). La prevalença de bevedors de risc és superior entre els homes en totes les edats. Un 79% dels professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona beu alcohol menys d'un cop al dia, un 16,10% ho fan almenys 1 cop al dia i un 3,95% ho fan 2 cops o més al dia relació amb la població general. En un estudi similar sobre ingesta d'alcohol en professionals sanitaris noruecs es va observar com la proporció de metges que bevien alcohol una mitjana de dues vegades a la setmana o més havia augmentat del 31,4% al 48,7% en 10 anys (del 2000-2010); en canvi les xifres dels que bevien fins a intoxicar-se havia disminuït. Segons aquest estudi les dones metgesses beuen menys que els

homes. (91)

D'altres estudis mostren que on es quantificava el consum perillós d'alcohol en metges d'hospital es va determinar com en altres estudis que els metges homes beuen més que les dones. En general, un 82,6% dels metges especialistes beuen menys de 2 vegades alcohol al dia i un 14,7% consumeixen alcohol més de 2 vegades al dia. Els especialistes que beuen més alcohol són els especialistes en urologia. (92) Un altre estudi fet al Japó sobre ingesta d'alcohol en professionals sanitaris ens indica unes xifres d'ingesta d'alcohol de 31% en homes metges i del 12% en dones metgesses. (82)

Sobrepès i Obesitat

En relació al sobrepès i la obesitat les dades de l'ESCA ens indiquen que el 48,1% de la població catalana de 18 a 74 anys presenta sobrepès (33,1%) i obesitat (15%). Mentre que el sobrepès afecta més al homes (40,4%) que les dones (25,7%) els percentatges d'obesitat són similars i no hi ha diferències de sexe. En un estudi sobre salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya es va observar que un 37% dels metges i un 70% de les metgesses tenien un IMC dintre de la normalitat. El baix pes és més freqüent entre les dones. Cal destacar l'alt percentatge de sobrepès (53,4%) i obesitat (8%) en homes. (93)

Segons les dades obtingudes en l'estudi els percentatges de sobrepès i obesitat en professionals sanitaris de la regió sanitària de Girona són elevats (33,05% i 9,32% respectivament) i no es diferencien massa dels de la resta de la població catalana pel que fa al sobrepès. Els professionals sanitaris homes presenten més sobrepès i obesitat que les dones.

Segons les dades publicades per EESE la prevalença d'obesitat en adults va arribar al 16,7% l'any 2014. Des de 1987, l'obesitat en dones ha passat d'un 8% a un 16,7%. En homes l'ascens encara ha sigut major passant d'un 7% a un 17,1%. En quan al sobrepès, la prevalença es manté en valors molt més

estables, des del 32,3% al 1987 al 35,7% l'any 2014. (42) L'any 2014 la prevalença conjunta d'obesitat i sobrepès en la població adulta resident a Espanya era del 52,7%; el 60,7% homes i el 44,7% dones. (42) Les dades de l'estudi ens mostren dades de sobrepès i obesitat en el col·lectiu d'infermeria de 32,8% i 7,3% respectivament; sent més elevats en dones (22,2% sobrepès i 4,8% d'obesitat). En quan al col·lectiu mèdic les dades sobre sobrepès i obesitat són de 30,35% i 14,2% respectivament; sent més elevades en homes (26,2% i 11,9%).

Segons Banegas et al. l'estudi CHABS va posar de manifest que un 34,9% dels metges presentava sobrepès (52,8% homes i 19,2% dones). El percentatge de metges amb obesitat abdominal fou del 20,6%, més elevat en dones (25,6% dones i 15,5% homes).

Al col·lectiu d'infermeria la prevalença de sobrepès i obesitat en una clínica de Ensenada (Califòrnia) va mostrar com la obesitat era del 37% i del 18% en quan a sobrepès respectivament. (94)

Els professionals sanitaris que treballen a atenció primària a Bahrain (Àsia) també presenten dades de sobrepès i obesitat elevades; un 39,4% refereixen sobrepès i un 33,1% obesitat. (88) Marquez Moreno et al. van estudiar hàbits de salut i alimentació en professionals sanitaris hospitalaris i van observar un 24,3% de sobrepès i un 10,8% d'obesitat. (89)

Aquesta situació és preocupant doncs es tracta de personal sanitari que treballa en institucions on es recomana dieta, exercici físic, hàbits saludables com a mesures de prevenció de malalties cròniques i la seva imatge pot interferir en els consells de salut que es donen. Encara que es tracti de personal capacitat per orientar als pacients, observem com un gran percentatge tenen excés de pes.

Actituds, accions i comportaments saludables

És conegut que la informació i coneixement és necessari però no suficient per adoptar actituds i comportaments saludables. Un estudi realitzat pel Col·legi Oficial de Metges de Barcelona es va examinar les actituds dels metges en relació a la cura de la seva salut; tan en el camp de les mesures preventives com en el cas de malaltia. La meitat dels enquestats reconeixien que no tenien metge de família assignat, el 48% afirmava no tenir història oberta a cap ABS. El 52% consultava freqüentment a diferents companys davant qualsevol problema de salut. El 82% s'automedicava de manera habitual. El 47% no realitza les revisions rutinàries que ofereix la empresa i el 19,5% dels que es feien la revisió no seguien les pautes i recomanacions proposades. Aquest estudi conclouïa que una elevada proporció dels metges adoptava actituds inadequades en relació a la cura de la seva salut. (95)

Els estils de vida, hàbits i comportaments saludables en professionals sanitaris d'atenció primària han demostrat estar associats amb els consells i la pràctica preventiva que aquests mantenen amb els pacients. L'estil de vida d'aquest col·lectiu és un important indicador de com els pacients perceben les actituds de risc en salut. És fonamental comptar amb la informació directa del professional de la salut ja que és el proveïdor directe de la informació i possiblement de les conductes modeladores arran de comportaments saludables en els pacients que accedeixen als serveis de salut. (96)

Estudis hongaresos mostren com els metges donen consell als seus pacients sobre mesures higièniques dietètiques però no sempre les apliquen sobre si mateixos. L'estil de vida cardiosaludable varia entre unes especialitats mèdiques i altres, sent els metges de família els que més ho compleixen. (65)

També es coneix com la vida laboral afecta la pràctica d'hàbits saludables en els infermers i metges d'atenció primària. Un excessiu nombre d'hores de treball s'associa a la no realització d'exercici físic, no esmorzar abans de sortir de casa i dormir menys de 6 hores per la nit disminueix la productivitat, l'atenció i la

capacitat de recordar o aprendre. La manca de son pot tenir també un impacte negatiu en la salut com, per exemple, una major probabilitat d'obesitat i l'augment del risc de patir malalties cròniques. (96)

Segons l'estudi de la Fundació Galatea fet amb metges i metgesses de Catalunya s'observa que els metges dormen menys que les metgesses. Mentre que gairebé la tercera part dels homes 29,8% dorm 6 hores o menys, aquest percentatge és del 23,6% entre les dones. No obstant això, la majoria de metges 70% i metgesses 74,2%, dorm entre 7 i 8 hores diàries segons aquest estudi. (80) Un altre estudi detecta una major incidència de comportaments de risc com treballar més hores, dormir menys i fumar més entre els professionals sanitaris més joves; mentre que els de més edat són més propensos a la pràctica d'exercici físic i consum més elevat de fruites i verdures. (97)

La percepció dels professionals sanitaris sobre la seva salut indica que un 26% dels professionals han afirmat que tenen una salut excel·lent, un 66% una salut bona, un 7% regular i un 1% una salut pobre. (88) Sobre aquests professionals que pensen això sobre el seu estat de salut, s'ha quantificat quines patologies tenen. Un 25,5% tenen dislipèmia, un 20,3% hipertensió, un 15,8% trastorns hereditaris de la sang, un 11% diabetis mellitus 2, un 9,7% tenen asma, un 3,4% malalties cardiovasculars i un 1,3% malalties psiquiàtriques. Els que tenen dislipèmia, hipertensió i diabetis mellitus 2 són els més propensos a tenir una percepció negativa del seu estat de salut. Una tercera part dels metges australians no tenen metge de família assignat i una proporció similar de metges d'Irlanda no ha anat mai al metge. En general els metges són uns mals pacients. (98).

A la discussió focal de l'estudi també es va comentar aquest aspecte sobre la pròpia salut dels professionals i l'accés al sistema sanitari i els professionals van reconèixer que eren mals pacients. No els hi agradava que els hi diguessin què i com havien de fer determinades coses, no necessiten que ningú els hi digui què

els hi passa quan es troben malament, ni que els hi puguin receptar un tractament determinat o ningú els hi pugui aconsellar una determinada prova o fer alguna exploració.

En una revisió de la literatura sobre hàbits i estils de vida de professionals sanitaris s'ha destacat que tots els professionals sanitaris infermers, infermeres, metges i metgesses han de millorar en les seves dietes. S'han de millorar els estils de vida dels professionals potenciant l'exercici físic des de les facultats d'infermeria i medicina perquè després els futurs professionals ho apliquin sense que s'hagi d'insistir i ho recomanin als seus pacients. (98) L'estudi de Vidal Marín et al. indica que estudiants d'infermeria d'una facultat espanyola van modificar certes actituds sobre alimentació després de cursar l'assignatura de nutrició i dietètica del grau d'infermeria com un augment del consum de verdures i una disminució de la ingesta de dolços i snacks. (99)

Hi ha un creixent reconeixement de la importància de la salut dels professionals sanitaris, hi ha pocs programes a gran escala dirigits als hàbits de salut i de vida del col·lectiu mèdic i d'infermeria. La majoria de programes s'ocupen de situacions de crisi com l'abús de psicofàrmacs, substàncies i trastorns de salut mental però no es centren en la vida diària saludable. Atès que les intervencions dirigides a qüestions de prevenció i promoció de la salut com una nutrició adequada i l'exercici físic regular han demostrat tenir un impacte positiu tant per al personal sanitari com per a les seves pràctiques d'assessorament aquests serien una inversió rendible per als sistemes d'atenció de salut. (98)

Sovint els professionals de la salut no tenen la mateixa cura en relació a la seva pròpia salut que la que ells aconsellen als seus pacients. La importància de la salut dels professionals sanitaris; tan la salut física com la psicològica i afectiva, és fonamental per poder oferir als pacients una atenció de qualitat. Pocs estudis analitzen la salut física dels professionals sanitaris; la majoria analitzen la salut

mental. No obstant, són les malalties orgàniques i no les mentals la primera causa de mortalitat entre els professionals sanitaris. (87)

Limitacions i aplicabilitat de l'estudi

Les limitacions de l'estudi es consideren de caràcter metodològic relacionades sobretot amb el disseny i la mida de la mostra. En aquest sentit, el disseny transversal ens ha permès realitzar una aproximació a la realitat dels hàbits de salut dels professionals sanitaris d'atenció primària però no permet generalitzar resultats.

La baixa taxa de resposta es considera que ve donada per el tema d'estudi. Pot generar certa incomoditat el fet de manifestar els propis hàbits de salut que a vegades estan en contradicció amb els coneixements que es tenen, fet pot haver condicionat la participació.

Aplicabilitat de l'estudi:

Són molt coneguts els hàbits de salut de la població general i poc estudiats els hàbits de salut en professionals sanitaris. És per aquest motiu que aquests resultats són importants que els coneguin institucions vinculades amb professionals sanitaris.

Difondre i presentar els resultats a les organitzacions sanitàries acadèmiques i col·legis professionals per prendre consciència del tema i conèixer la situació. Des de serveis de salut laboral i institucions poden orientar accions i suggerir polítiques a les institucions per sensibilitzar als professionals en la presa de consciència de la seva salut.

Des de facultats d'estudis de la salut poden orientar accions formatives als estudiants, en tant que futurs professionals prenguin consciència durant els estudis de la importància de gestionar la pròpia salut.

6. CONCLUSIONS.

Els professionals sanitaris dels equips d'atenció primària de l'ICS de la regió sanitària de Girona són majoritàriament dones en tots els col·lectius i especialment en el d'infermeria. El grup d'edat més nombrós és entre 35 i 44 anys d'edat seguits pels de 55 a 65. El rang d'anys d'experiència professional a atenció primària d'entre 11 i 20 anys és el que concentra major volum de professionals sense haver-hi diferències en ambdós sexes.

Els professionals sanitaris consideren la importància dels hàbits de salut valorant els més importants l'alimentació i l'activitat física i els més nocius el tabac i l'alcohol. Els hàbits referits d'alimentació i el consum de tabac, són millors que els de la població catalana. I no és així en el de la pràctica d'activitat física.

La prevalença de fumadors és d'11,86%, els que més fumen són homes i per col·lectius els infermers.

La prevalença d'activitat física és de 26,6% sent les dones les que més activitat física fan en general. Per col·lectius són els professionals d'infermeria els més actius. Els professionals que refereixen fer activitat física 3 dies o més a la setmana són majoritàriament del tres col·lectius, homes. Els professionals més actius també són els que realitzen més guàrdies d'atenció continuada.

La prevalença d'alimentació saludable en els professionals de l'àmbit d'atenció primària de la regió sanitària de Girona és de 90,6%, sense mostrar-se diferències entre sexes ni col·lectius.

La percepció dels professionals respecte els seus hàbits de salut és que alguns no segueixen les pautes i hàbits que recomanen als seus pacients perquè factors externs com l'horari laboral, les guàrdies d'atenció continuada, la feina de casa,

la cura dels fills, el cansament i l'estrès no els hi permeten. Reconeixen que els hàbits personals no haurien d'influir al donar els consells als pacients tot i que moltes vegades no és així.

Els hàbits de salut dels professionals sanitaris d'atenció primària es corresponen als de la població general excepte amb el consum de tabac que és inferior.

7. BIBLIOGRAFIA.

1. Martínez Navarro F, Antó J, Castellanos P, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. 1a ed. McGraw-Hill Interamericana., editor. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.; 1988.
2. Piédrola Gil G. Medicina Preventiva y Salud Pública. 2008. 1416 p.
3. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa; 1974.
4. Juvinyà D, Arroyo H. La Promoció de la Salut: 25 anys després. Publicacions de la Càtedra de Promoció de la salut de la Universitat de Girona. Documenta Universitaria.; 2011.
5. Dunn JR. Housing and inequalities in health: a study of socioeconomic dimensions of housing and self reported health from a survey of Vancouver residents. J Epidemiol Community Health. 2002;56(9):671–81.
6. Borrell C, Benach J. La evolución de las desigualdades en salud en Cataluña. Gac Sanit. 2006;20(5):396–406.
7. Whitehead M, Dahlgren G. Concepts and principles for tackling social inequities in health : Levelling up Part 1. World Heal Organ [Internet]. 2007;(2):2–5. Available from:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/74737/E89383.pdf
8. Ottawa Charter for Health Promotion. [Internet]. [cited 2013 Jan 30]. Available from: Disponible a [http:// www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf).
9. Bunton, R, Macdonald, G, Macdonald G E. Health promotion: disciplines and diversity. Routledge ed. L, editor. London; 2003.
10. Colomer C, Álvarez-Dardet C. Promoción de la salud y cambio social. 1a ed. Masson, editor. Barcelona: Masson; 2001.
11. OMS. Declaración de Sundsvall. Entornos propicios para la salud [Internet]. Tercera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Organización Mundial de la Salud. 1991. p. 3. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/59967/1/WHO_HED_92.1_spa.pdf

12. OMS. Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Promoción la salud hacia una mayor equidad [Internet]. 2000;1–50. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf
13. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. 2005;1–6. Available from: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf
14. WHO. La llamada a la acción de Nairobi para cerrar la brecha de implementación en Promoción de la Salud. 2009;(October):26–30.
15. OMS. Declaración de Helsinki sobre Salud en todas las políticas. [Internet]. 2013. p. 6–8. Available from: http://www.healthpromotion2013.org/images/8GCHP_Helsinki_Statement.pdf
16. Chan M. La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Rev Cuba Salud Publica. 2009;35(4):29–30.
17. Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J. A framework for health promotion evaluation. WHO Reg Publ Eur Ser. 2001;92(7).
18. WHO. World Health Organization. Health 2020: a European policy framework supporting action across government and society for health and well being. [Internet]. Proceedings of Regional Committee for Europe. 2012. p. 10–3. Available from: <http://medcontent.metapress.com/index/A65RM03P4874243N.pdf> <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Health+2020:+a+European+policy+framework+supporting+action+across+government+and+society+for+health+and+well-being#4>
19. Dugdill L, Springett J. Evaluating health promotion programmes in the workplace. WHO Reg Publ Eur Ser. 2001;92(285).
20. Nutbeam D, Kickbusch I. Advancing health literacy: a global challenge for the 21st century. Heal Promot Int. 2000;15(3):183–4.
21. Suñer R, Santiñà M. Alfabetització per a la Salut. Estàndards i recomanacions per als professionals de la salut. 2014. 115 p.
22. Simonds S. Health education as a social policy. Heal Educ Monogr. 1974;2:1–25.

23. Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. 2012;12(1):80.
24. Williams M, Baker D, Parker R, Nurss J. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. *Arch Intern Med*. 1998;158(2):166–72.
25. Gazmararian J, Williams M, Peel J, Baker D. Health literacy and knowledge of chronic disease. *Patient Educ Couns*. 2003;51(3):267–75.
26. DeWalt D, Berkman N, Sheridan S, Lohr K, Pignone M. Literacy and health outcomes. *Journal of general internal medicine*. *J Gen Intern Med*. 2004;19(12):1228–39.
27. Kickbusch I, Pelikan J, Apfel F, Tsouros A. Health literacy: the solid facts. Copenhagen WHO Reg Off ... [Internet]. 2013;7–8. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Health+literacy+The+solid+facts#1> \n <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Health+literacy:+the+solid+facts#1>
28. Speros C. Health literacy: concept analysis. *J Adv Nurs*. 2005;50(6):633–40.
29. OMS. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud. 57 Asam Mund la Salud [Internet]. 2004;2002:24. Available from: <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Estrategia+mundial+sobre+régimen+alimentario,+actividad+física+y+salud#0>
30. Castellano JM, Peñalvo JL, Bansilal S, Fuster V. Promoción de la salud cardiovascular en tres etapas de la vida: nunca es demasiado pronto, nunca demasiado tarde. *Rev Española Cardiol* [Internet]. Elsevier; 2014 Sep 1 [cited 2015 Dec 22];67(9):731–7. Available from: <http://www.revespcardiol.org/es/promocion-salud-cardiovascular-tres-etapas/articulo/90341407/>
31. Córdoba R, Cabezas C, Camaralles F, Gómez J, Al E. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2014;46(Supl 4):16–23. Available from: <papers3://publication/uuid/C63DF56F-9EA4-406A-8139-ADC419E3A5AA>

32. Calañas-Continente AJ. Alimentación saludable basada en la evidencia. *Endocrinol y Nutr* [Internet]. Elsevier; 2005 May [cited 2014 Sep 3];52(Supl 2):8–24. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1575092205746490>
33. Ros E. Dieta mediterránea y enfermedad cardiovascular. Hipertensión [Internet]. Elsevier; 2008;25(1):9–15. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212824108708636>
34. Rodriguez Roca G., López Abuin J. La dieta mediterránea: una forma de nutrición saludable. *Semer - Med Fam*. 2003;29(6):301–7.
35. Pérez-Manchón D, Álvarez-García GM, González-López E. Motivación para cambiar estilos de vida no saludables y riesgo cardiovascular. *Enfermería Clínica* [Internet]. Elsevier España, S.L.; 2014;24(6):351–5. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1130862114000886>
36. Cervera P, Rigolfas R, Clapés J. Alimentación y dietoterapia: nutrición aplicada en la salud y la enfermedad. 1988.
37. Varela Moreiras G. La Dieta Española. Fortalezas y Debilidades. *Nutr Clin en Med*. 2014;VIII(3):109–20.
38. Olveira Fuster G GRS. Nutrición en el adulto. Tratado de nutrición. Tomo III. Nutrición humana en el estado de salud. 2a edición. Editorial Panamericana, editor. Madrid; 2010.
39. Alemany M. Concepto de dieta mediterránea: ¿un grupo de alimentos saludables, una dieta o una panacea publicitaria? *Med Clin (Barc)*. 2011;136(13):594–9.
40. Salas-Salvadó J. Nutrición y dietética clínica. Elsevier-Masson, editor. 2014. 696 p.
41. Dept. de Salut. Generalitat de Catalunya. Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats. 2015.
42. Ministerio de Sanidad SS e I. La Encuesta Europea de Salud en España 2014 (ine) + La serie ENSE. Tendencias de salud en 30 indicadores. [Internet]. 2015. Available from: www.eese2014.es
43. Gonzalez-Gross M, Valtueña J, Cañada D. Sedentarismo y vida activa. Impacto sobre el Estado Nutricional y la Salud en adultos. *Nutr Clin en Med*. 2014;VIII(2):71–90.

44. Holtz KA, Kokotilo KJ, Fitzgerald BE, Frank E. Exercise behaviour and attitudes among fourth-year medical students at the University of British Columbia
Recherche Comportement et attitudes à l'égard de l'activité physique chez les étudiants en médecine de 4 e année à l'Université de la Colombie-. *Can Fam Physician*. 2013;59:e26–32.
45. Crespo-Salgado JJ, Delgado-Martín JL, Blanco-Iglesias O, Aldecoa-Landesa S. Guía básica de detección del sedentarismo y recomendaciones de actividad física en atención primaria. *Atención Primaria* [Internet]. SEGO; 2014;47(3):175–83. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656714002911>
46. Banegas JR, Lobos JM, Llisterri JL, Gamarra J. Self-perception of cardiovascular health in primary care physicians. CHABS study. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2011 Sep 10 [cited 2014 Sep 3];137(6):262–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21752406>
47. Tenas López MJ, Ballesteros Pérez a. M, Barceló Barceló I, Bueno Ortíz JM, García Galvis J, Guillén Pérez M, et al. Actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco. *Semer - Med Fam* [Internet]. Elsevier; 2008 Mar [cited 2014 Sep 3];34(3):113–8. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359308718628>
48. Díaz-Maroto Muñoz JL, Jiménez Ruiz C a., Alonso Fernández M, Alonso Moreno J, Iglesias Dorado PP, Bassa Massanas À. Recomendaciones de buena práctica clínica en tabaquismo. *Semer - Med Fam* [Internet]. Elsevier; 2009 Jan [cited 2014 Sep 3];35(1):29–38. Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1138359309701790>
49. Zurro AM, Solà GJ. Atención familiar y salud comunitaria [Internet]. First Edit. Atención familiar y salud comunitaria. Elsevier España#241;a, S.L.; 2011. 14 p. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/B978-84-8086-728-3/00024-7>
50. Catalunya G de. Llei d' Ordenació Sanitària de Catalunya 15/1990. Barcelona: Biblioteca de Catalunya. Quaderns de legislació.; 1999.
51. Fletcher J. Exemplary medicine: why doctors should practise what they preach. *CMAJ* [Internet]. Canadian Medical Association; 2013 May 14 [cited 2014 Mar 14];185(8):635. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23670866>

52. Cabezas C, Robledo de Dios T, Marqués F, Ortega R, Nebot M, Megido M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. *Aten Primaria*. 2005;36(Supl.2):27–46.
53. Pérula de Torres L, Llergo-muñoz A, Subías-lorén P. Tiempo estimado para realizar las actividades preventivas recomendadas por el PAPPS en la población adulta. *Atención Primaria* [Internet]. 2005;36. Available from: <http://www.papps.org/upload/file/recomendaciones/2005/04-evaluacion.pdf>
54. Nebot M, Cabezas C, Marqués F, Bimbela JL, Robledo T, Megido X, et al. Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria: un estudio Delphi. *Atención Primaria* [Internet]. Elsevier; 2007 Jun;39(6):285–8. Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0212656707709010>
55. Prochaska JO, DiClemente C. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol*. 1983;51(3):390–5.
56. Moore P, Gómez G, Kurtz S. Comunicación médico-paciente: una de las competencias básicas pero diferente. *Aten Primaria*. 2012;44(6):358–65.
57. Sastre-Fullana P, De Pedro-Gómez JE, Bennasar-Veny M, Fernández-Domínguez JC, Sesé-Abad AJ, Morales-Asencio JM. Consenso sobre competencias para la enfermería de práctica avanzada en España. *Enferm Clin* [Internet]. Elsevier España, S.L.U.; 2015;25(5):267–75. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.007>
58. Rodríguez D, Berenguera A, Pujol-Ribera E, Capella J, Peray JL de, Roma J. Identificación de las competencias actuales y futuras de los profesionales de la salud pública. *Gac Sanit* [Internet]. 2013;27(5):388–97. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911112003020>
59. Benavides FG, Moya C, Segura A, Lluïsa de la Puente M, Portaa M, Amela C. Las competencias profesionales en Salud Pública. *Gac Sanit*. 2006;20(3):239–43.
60. Clèries X. El paciente tiene la palabra. La comunicación en los profesionales de la salud. 1a edició. Viguera E, editor. Barcelona; 2009.
61. Escarrabill J, Clèries X, Sarrado JJ. Competencias transversales de los profesionales que facilitan atención domiciliaria a pacientes crónicos. *Aten*

- Primaria [Internet]. *SEGO*; 2015;47(2):75–82. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2014.02.009>
62. Godin G, Bélanger-Gravel A, Eccles M, Grimshaw J. Healthcare professionals' intentions and behaviours: a systematic review of studies based on social cognitive theories. *Implement Sci*. 2008;3:36.
 63. Krasner M, Epstein R, Beckman H, Suchman A, Chapman B. Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. 1284-1293. *Jama Intern Med*. 2009;302(12):1284–93.
 64. Kreuter M, Shobhina G, Bull F. How Does Physician Advice Influence Patient Behavior? *Arch Fam Med*. 2009;9(May 2000):426–33.
 65. Kay MP, Geoffrey KM, B Del Mar C. Doctors do not adequately look after their own physical health. *MJA*. 2004;181(7):368–70.
 66. Flocke S a, Crabtree BF, Stange KC. Clinician reflections on promotion of healthy behaviors in primary care practice. *Health Policy* [Internet]. 2007 Dec [cited 2014 Mar 14];84(2-3):277–83. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2728451&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 67. Fonseca M, Fleitas G, Tamborero G, Benejam M, Leiva A. Estilos de vida de los médicos de atención primaria: percepción e implicaciones sobre la prevención cardiovascular. *Semer - Med Fam* [Internet]. 2013;39(8):421–32. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359313000166>
 68. Brien KO. *Virtual Mentor*. 2007;9(7):511–3.
 69. Geense WW, van de Glind IM, Visscher TLS, van Achterberg T. Barriers, facilitators and attitudes influencing health promotion activities in general practice: an explorative pilot study. *BMC Fam Pract* [Internet]. *BMC Family Practice*; 2013 Jan [cited 2014 Mar 14];14(1):20. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3575260&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
 70. Díaz-Sampedro E, López-Maza R, González-Puente M. Eating habits and physical activity in hospital shift workers. *Enfermería clínica* [Internet]. 2010 [cited 2014 Sep 3];20(4):229–35. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20493748>

71. Elosua R, Garcia M, Aguilar a, Molina L, Covas MI, Marrugat J. Validation of the Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire In Spanish Women. Investigators of the MARATDON Group. *Med Sci Sports Exerc.* 2000;32(8):1431–7.
72. Elosua R, Marrugat J, Molina L, Pons S, Pujol E. Validation of the Minnesota Leisure Time Physical Activity Questionnaire in Spanish Men. *Am J Epidemiol.* 1994;139(12).
73. Schröder H, Covas MI, Marrugat J, Vila J, Pena a, Alcántara M, et al. Use of a three-day estimated food record, a 72-hour recall and a food-frequency questionnaire for dietary assessment in a Mediterranean Spanish population. *Clin Nutr [Internet].* 2001 Oct [cited 2014 Jul 21];20(5):429–37. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11534938>
74. Schröder H, Benitez Arciniega A, Soler C, Covas M-I, Baena-Díez JM, Marrugat J. Validity of two short screeners for diet quality in time-limited settings. *Public Health Nutr.* 2012;15(04):618–26.
75. Institut Català de la Salut. Dades sociodemogràfiques del personal sanitari del Institut Català de la Salut. [Internet]. Barcelona; 2015. Available from: <http://www.gencat.cat/ics/professionals/index.htm>
76. Ministerio de Sanidad. Llei 28/2005 Medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Madrid: Boletín Oficial del Estado. Gobierno de España.; 2005.
77. Ministerio de Sanidad SS e I. Ley 42/2010, de 30 de diciembre, por la que se modifica la Ley 28/2005, de 26 de diciembre, de medidas sanitarias frente al tabaquismo y reguladora de la venta, el suministro, el consumo y la publicidad de los productos del tabaco. Boletín Oficial Del Estado. 2010. p. 109188–94.
78. Moreuo SanPedro E, Roales Nieto JG, Blanco Coronado JL. Tobacco use among Spanish physicians and medical students. *Tob Control.* 2006;15(3):272.
79. Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Künzi B, Bovier P a. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2007;7:5.

80. Rohlfis I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Salut, gènere i exercici professional. 2007; Available from: http://www.fgalatea.org/pdf/salut_cat.pdf
81. Smith DR, Leggat P a. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. *BMC Public Health*. 2007;7:115.
82. Wada K, Yoshikawa T, Goto T, Hirai A, Matsushima E, Nakashima Y, et al. Lifestyle habits among physicians working at hospitals in Japan. *Japan Med Assoc J*. 2011;54(5):318–24.
83. Pericàs J, Ayensa J, Milan J, Contreras P, Serra F, Sureda A. El hàbit tabàquico en el colectivo de colegiados en enfermería de la comunidad de las Islas Baleares. *Index de Enfermeria*. 2007;58:26–30.
84. Berkelmans A, Burton D, Page K, Worrall-Carter L. Registered Nurses' smoking behaviours and their attitudes to personal cessation. *J Adv Nurs [Internet]*. 2011 Jul [cited 2014 Sep 3];67(7):1580–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21366668>
85. Bannasar Veny M, Pericas Beltran J, Gonzalez Torrente S, Segui Gonzalez P, Aguilo Pons A, Tauler Riera P. Self-perceived factors associated with smoking cessation among primary health care nurses: a qualitative study. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2011;19(6):1437–44.
86. Loprinzi PD, Beets MW. Need for increased promotion of physical activity by health care professionals. *Prev Med (Baltim) [Internet]*. Elsevier Inc.; 2014;69C:75–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25230367>
87. Aguilar Shea AL, Vera García M, Outomuro Cadavid A, Cabrera Vélez R, Martín Díaz M, Bernardo Fernández T. La salud de los médicos de familia: ¿ practicamos lo que predicamos? *Aten Primaria [Internet]*. 2011 Jun [cited 2014 Feb 14];43(6):305–11. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656710004166>
88. Borgan SM, Jassim GA, Marhoon ZA, Ibrahim MH. The lifestyle habits and wellbeing of physicians in Bahrain: a cross-sectional study. *BMC Public Health [Internet]*. *BMC Public Health*; 2015;15(1):655. Available from:

<http://www.biomedcentral.com/1471-2458/15/655>

89. Márquez Moreno R, Beato Víbora P, Tormo García M. Hábitos de vida, de alimentación y evaluación nutricional en personal sanitario del hospital de Mérida. *Nutr Hosp*. 2015;31(4):1763–70.
90. Winston J, Johnson C, Wilson S. Barriers to healthy eating by National Health Service (NHS) hospital doctors in the hospital setting: results of a cross-sectional survey. *BMC Res Notes*. 2008;1:69.
91. Rosta J, Aasland OG. Changes in alcohol drinking patterns and their consequences among norwegian doctors from 2000 to 2010: A longitudinal study based on national samples. *Alcohol Alcohol*. 2013;48(1):99–106.
92. Rosta J. Hazardous alcohol use among hospital doctors in Germany. *Alcohol Alcohol*. 2008;43(2):198–203.
93. Rohlf I, Arrizabalaga P, Artazcoz L, Borrell C, Fuentes M, Valls C. Salut, estils de vida i condicions de treball dels metges i metgesses de Catalunya. Fundació Galatea. Barcelona: Fundació Galatea; 2007.
94. Mata E, Castañeda M, González D, Hernández C. Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el personal de enfermería. *Med Int Mex [Internet]*. 2006;22:81–4. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2006/mim062a.pdf>
95. Bruguera M, Guri J, Arteman A, Grau VJ, Carbonell J. La Atención de los médicos hacia el cuidado de su propia salud. Resultados de una encuesta postal. *Med Clin [Internet]*. 2001;117(13):492–4. Available from: <file:///p/Biblioteca/Materies/3 Clinica/3 Practica clinica/Ref ID 6783.pdf> \n<http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13020886> Accessed July 04, 2005
96. Bazargan M, Makar M, Bazargan-Hejazi S, Ani C, Wolf KE. Preventive, lifestyle, and personal health behaviors among physicians. *Acad Psychiatry [Internet]*. 2009;33(4):289–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19690108>
97. Domeyer-klenske A, Rosenbaum M. When Doctor Becomes Patient: challenges and strategies in Caring for Psysician-Patients. 2012;44(7):6–7.

98. Tyzuk K. Physician health: A review of lifestyle behaviors and preventive health care among physicians. *B C Med J.* 2012;54(8):419–23.
99. Vidal Marín M, Díaz Santos Dueñas A, Jiménez Serrano C, Quejigo García J. Modificación de ciertas actitudes frente a la alimentación en estudiantes de enfermería tras cursar la asignatura de nutrición y dietética. *Nutr Clin y Diet Hosp.* 2012;32(1):49–58.

ANNEXOS

Annex 1. Carta de presentació i sol·licitud de permís a la Direcció d'Atenció Primària de l'Institut Català de la Salut de la regió sanitària de Girona.

Annex 2. Informe del Comitè Ètic d'Investigació Clínica del IDIAP Jordi Gol per a la realització de l'estudi.

Annex 3. Carta dirigida als directors i adjunts dels centres d'atenció primària de les ABS de la regió sanitària de Girona demanant la col·laboració en la resposta del qüestionari.

Annex 4. Presentació de l'estudi als professionals sanitaris d'atenció primària.

Annex 5. Qüestionari sobre hàbits i estils saludables.

Annex 6. Guió per als grups de discussió focal.

Annex 7. Document del consentiment informat per a la participació a grups focals.

Annex 8. Ampliació de taules de resultats. (De taula 40 a taula 45)

Annex 1

A l'atenció de:

Dra. SARA RODRÍGUEZ REQUEJO
Directora d'Atenció Primària de Girona
(Institut Català de la Salut)

IRIS FORCADA i PARRILLA, amb DNI 45539377K, domiciliada a Lloret de Mar, al Passatge Bandina, 10; com a Diplomada Universitària en Infermeria, treballadora de l'EAP de Blanes i Doctorant a la Universitat de Girona dins el programa de Doctorat en Ciències Socials, de l'Educació i de la Salut,

M'adreço a vostè per presentar-li el meu projecte de Tesis Doctoral ***“Els hàbits de salut dels professionals sanitaris d'atenció primària”*** i demanar-li l'autorització per poder realitzar uns qüestionaris a tots els professionals sanitaris d'atenció primària de la regió sanitària de Girona. La tramesa dels mateixos seria via el correu electrònic de la feina i es garanteix la total confidencialitat de les mateixes.

Per organitzar la tramesa necessària el suport de l'Àrea de Sistemes d'Informació i Comunicacions del ICS. És per això que us sol·licito permís per tal de fer-los aquesta petició.

Juntament amb aquesta carta de presentació, li adjunto el protocol de recerca on es detalla pas a pas el treball que es vol realitzar.

Voldria informar-li que el Director i l'adjunta de Cures i Processos del meu centre, el Dr. Albert Alum i la Sra. Mercè Torres estan informats d'aquesta investigació i de la trobada amb vostè.

Atentament,

Iris Forcada Parrilla

Blanes, 7 de Novembre de 2012



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

Rosa Morros Pedrós, Presidenta del Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol.

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 29/05/2013, ha avaluat el projecte ***Els hàbits de salut dels professionals sanitaris d'Atenció Primària*** amb el codi **P13/054** presentat per l'investigador/a **Iris Forcada Parrilla**

Considera que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Barcelona, a 08/07/2013

Annex 3

Benvolguts/des Companys/es:

Em dic Iris Forcada, sóc infermera d'atenció primària i de la Facultat d'Infermeria de la Universitat de Girona; actualment estic realitzant un estudi sobre "Hàbits de salut dels professionals sanitaris d'atenció primària".

Com a Directors/ res i Adjunts/ es i referents de cures d'una de les àrees bàsiques de salut de l'Institut Català de Salut de la SAP Girona em dirigeixo a vosaltres mitjançant aquest mail per demanar-vos la vostra col.laboració i la del vostre equip de professionals. Per poder avançar en la primera part de la investigació, vull recollir dades dels professionals sanitaris i necessito que em responguin a un breu qüestionari.

És un estudi aprovat pel Comitè Directiu d'Atenció Primària de Girona i un estudi aprovat i avaluat positivament pel Comitè Ètic d'Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol amb el codi P13/054 ja que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Us demano si ho podeu reenviar als professionals del vostre equip (Infermeria, Medicina de Família i Pediatria) i a que els animeu a participar-hi per tal de poder tenir un màxim de respostes que permetin arribar a conclusions significatives.

Aquest és l'enllaç del qüestionari: <http://www.icsgirona.cat/enquestes/index.php/138438/lang-ca> picant damunt s'obrirà l'aplicació per a poder contestar.

Agraeixo per endavant la vostra confiança i col.laboració; i quedo a la vostra disposició per respondre a qualsevol dubte o a facilitar més informació sobre l'estudi.

Moltes gràcies.

Iris Forcada.

Girona, 22 de Novembre de 2013.

Annex 4



Benvolguts companys:

Em dic Iris Forcada i sóc infermera d'Atenció Primària i de la Universitat de Girona.

Juntament amb la UdG i l'ICS estem realitzant un estudi sobre hàbits de salut dels professionals sanitaris d'Atenció Primària de la regió sanitària de Girona.

Estem convençuts que és un tema atractiu, del que hi ha poca bibliografia al respecte i d'on podem treure molta informació sobre la nostra pràctica habitual de la qual, a partir d'aquí podem realitzar intervencions comunitàries que de ben segur ens beneficiaran a tots.

Per això us demano la vostra col·laboració i us animo a contestar les preguntes d'aquest qüestionari que respecta els requisits ètics de confidencialitat i de bona pràctica clínica vigents.

Annex 5

QÜESTIONARI: “Els hàbits de salut dels professionals sanitaris d’atenció primària”

1. Sexe?

- Home
- Dona

2. Quina edat tens?

- 18-24 anys
- 25-34 anys
- 35-44 anys
- 45-54 anys
- 55-65 anys

3. Quina és la teva talla en cm, aproximadament?

4. Quin és el teu pes en kg, aproximadament?

5. A quin sector d’atenció primària de la regió sanitària treballes?

- Nord
- Sud
- Marítim

6. Quina és la teva categoria laboral?

- Infermer/a
- Metge/essa de família
- Pediatre/a

7. Fas guàrdies d’atenció continuada?

- Si
- No

8. Quants anys fa que treballes a atenció primària?

- Menys de 5 anys
- Entre 6 i 10 anys
- Entre 11 i 20 anys
- Entre 21 i 30 anys
- Entre 31 i 35 anys
- Més de 36 anys

9. Fumes?

- Si
- No

10. Quants dies a la setmana camines depressa?

- 1 dia
- 2 dies
- 3 dies o més
- cap (no cal que contestis la pregunta núm.11)

11. Quants minuts de mitjana al dia?

- Entre 15 i 30 minuts
- Entre 30 i 45 minuts
- Més de 60 minuts

12. Quants dies a la setmana passeges tranquil·lament?

- 1 dia
- 2 dies
- 3 dies o més
- cap (no cal que contestis la pregunta núm.13)

13. Quants minuts de mitjana al dia?

- Menys de 30 minuts
- Entre 30 i 60 minuts
- Més de 60 minuts

14. Quants dies a la setmana fas esport?

- 1 dia
- 2 dies
- 3 dies o més
- cap (no cal que contestis la pregunta núm.15)

15. Quants minuts de mitjana al dia?

- Menys de 30 minuts
- Entre 30 i 60 minuts
- Més de 60 minuts

16. Marca amb una creu la casella que més s'acosti a la teva situació actual sobre hàbits alimentaris.

| | Menys 1 cop al dia | 1 cop al dia | 2 cops o més al dia |
|--------------------|---------------------------|---------------------|----------------------------|
| Pa | | | |
| Verdura/amanida | | | |
| Fruita | | | |
| Llet/iogurt | | | |
| Pasta/arròs | | | |
| Oli d'oliva | | | |
| Cereals | | | |
| 1 beguda OH- | | | |

| | menys de 4 cops/set | 4 a 6 cops/set | 7 cops o més a la set |
|-----------------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1 peça de carn | | | |
| Formatge | | | |
| Embotits | | | |
| Pastisseria | | | |
| Mantega | | | |
| Olis vegetals | | | |
| Fast-food | | | |

| | menys de 2 cops/set | 2 a 3 cops/set | 4 cops o més a la set |
|----------------|----------------------------|-----------------------|------------------------------|
| 1 peça de peix | | | |
| Llegums | | | |
| Fruits secs | | | |

Annex 6

Preguntes i situacions a plantejar als participants als grups de discussió focal.

1. Quins hàbits de salut considereu més rellevants per mantenir la salut?
2. Creieu que els professionals sanitaris tenen en compte els hàbits saludables?
3. Penseu que la situació és igual en el grup d'infermers/infermeres que en el de metges/metgesses?
4. Perquè penseu que els professionals sanitaris no practiquen hàbits saludables?
5. Què us sembla que es podria fer per millorar la incorporació dels hàbits saludables?
6. Creieu que poden interferir els hàbits del propi professional sanitari alhora de recomanar i/o aconsellar als pacients??
I la manera com es porta a terme aquest consell.....(motivació del professional, empatia....) creieu que pot interferir??
7. Com penseu que podríem millorar a nivell professional??

Document del consentiment informat per a la participació a grups focals.

Títol de la investigació: Els hàbits de salut dels professionals sanitaris d'atenció primària.

Investigadora: Iris Forcada Parrilla

Universitat de Girona. Facultat d'Infermeria. Programa de Doctorat en Biologia Molecular, Biomedicina i Salut. Línia Salut i Atenció Sanitària.

Finalitat de la investigació: Conèixer la percepció sensorial dels professionals sanitaris respecte els seus hàbits de salut i estils de vida i veure com aquests afecten al consell de promoció de la salut que ells donen als seus pacients.

Nom i Cognoms del participant:

He rebut informació sobre l'estudi i he pogut formular les preguntes sobre les qüestions que m'han generat dubte. Entenc que la meva participació és voluntària i que puc retirar-me del mateix en qualsevol moment sense haver de donar explicacions i sense que això tingui cap repercussió.

Signatura del/a participant:

Signatura de la investigadora principal:

Girona, 1 de març de 2016.

Annex 8

Taula 40. Característiques sociodemogràfiques dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral i sexe.

| Característiques sociodemogràfiques | | INFERMER/A | | | METGE/ESSA | | | PEDIATRES | | | TOTAL n= 354 |
|-------------------------------------|-----------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|
| | | homes n=30 (13,69) | dones n=189 (86,3) | tots n=219 (61,86) | homes n=45 (40,17) | dones n=67 (59,82) | tots n=112 (31,63) | homes n=9 (39,13) | dones n=14 (60,86) | tots n=23 (6,49) | |
| Edat en anys | 18-24 | 9 (4,1) | 17 (7,7) | 26 (11,8) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 26 (7,3) |
| | 25-34 | 6 (2,7) | 33 (15,06) | 39 (17,8) | 2 (1,78) | 6 (5,3) | 8 (7,1) | 0 (0) | 2 (8,09) | 2 (8,7) | 49 (13,7) |
| | 35-44 | 10 (4,5) | 48 (21,9) | 58 (26,5) | 15 (13,3) | 30 (26,7) | 46 (40,7) | 1 (4,34) | 1 (4,34) | 2 (8,7) | 105 (29,4) |
| | 45-54 | 2 (0,9) | 42 (19,1) | 44 (20,1) | 13 (11,6) | 19 (16,9) | 32 (28,3) | 2 (8,09) | 4 (17,39) | 6 (26,1) | 83 (23,2) |
| | 55-65 | 3 (1,3) | 49 (22,3) | 52 (23,7) | 15 (13,3) | 12 (10,7) | 27 (23,9) | 6 (26,08) | 7 (30,43) | 13 (56,5) | 94 (26,3) |
| Regió de treball | Nord | 12 (5,47) | 40 (18,26) | 52 (23,7) | 15 (13,3) | 26 (23,2) | 41 (36,6) | 5 (21,7) | 9 (39,3) | 15 (65,2) | 107 (30,3) |
| | Sud | 7 (3,19) | 66 (30,1) | 73 (33,3) | 14 (12,5) | 24 (21,4) | 38 (33,9) | 2 (8,69) | 2 (8,69) | 4 (17,3) | 115 (32,6) |
| | Marítim | 11 (5,02) | 83 (37,8) | 94 (42,9) | 16 (14,2) | 17 (15,1) | 33 (29,4) | 1 (4,34) | 3 (13,04) | 4 (17,3) | 131 (37,1) |
| Guàrdies atenció continuada | Si | 24 (10,9) | 108 (49,3) | 132 (60,27) | 26 (23,2) | 40 (35,7) | 66 (58,9) | 3 (13,04) | 2 (8,69) | 5 (21,7) | 203 (57,3) |
| | No | 6 (2,7) | 81 (36,9) | 87 (39,72) | 19 (16,9) | 27 (24,1) | 47 (41,9) | 6 (26,08) | 12 (52,1) | 18 (78,3) | 151 (42,6) |
| Experiència professional en anys | £ 5 | 8 (3,65) | 23 (10,5) | 31 (14,15) | 1 (0,89) | 2 (1,78) | 3 (2,67) | 0 (0) | 1 (4,3) | 1 (4,3) | 35 (9,9) |
| | [6,10] | 3 (1,36) | 43 (19,6) | 46 (21) | 5 (4,46) | 11 (9,82) | 16 (14,2) | 1 (4,3) | 1 (4,3) | 1 (4,3) | 63 (17,8) |
| | [11, 20] | 12 (5,47) | 43 (19,6) | 55 (25,1) | 14 (12,5) | 30 (26,78) | 44 (39,2) | 1 (4,3) | 5 (21,7) | 6 (26,1) | 105 (29,7) |
| | [21, 30] | 5 (2,28) | 43 (19,6) | 48 (21,9) | 13 (11,6) | 16 (14,28) | 29 (25,8) | 2 (8,69) | 1 (4,3) | 3 (13,1) | 80 (22,7) |
| | [31, 35] | 2 (0,9) | 23 (10,5) | 25 (11,4) | 12 (10,7) | 7 (6,25) | 19 (16,9) | 4 (17,3) | 5 (21,7) | 9 (39,1) | 53 (15) |
| | ³ 36 | 0 (0) | 14 (6,39) | 14 (6,39) | 0 (0) | 1 (0,89) | 1 (0,89) | 1 (4,3) | 1 (4,3) | 2 (8,69) | 17 (4,8) |

Taula 41. Activitat física dels professionals sanitaris d'atenció primària per categoria laboral i sexe.

| Activitat física | | INFERMER/A | | | METGE/ESSA | | | PEDIATRES | | | Total |
|------------------|--------------------------------|--------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|------------|-------------|------------|------------|
| | | homes | dones | tots | homes | dones | tots | homes | dones | tots | |
| | | n=30 (13,69) | n=189 (86,3) | n=219 (61,8) | n=45 (40,1) | n=67 (59,8) | n=112 (31,6) | n=9 (39,1) | n=14 (60,8) | n=23 (6,4) | n=354 |
| Exercici físic | caminar ràpid 1d/set | 0 (0) | 16 (5,9) | 16 (4,5) | 4 (4,8) | 10 (3,7) | 14 (4) | 2 (2,4) | 1 (0,4) | 3 (0,8) | 33 (9,3) |
| | caminar ràpid 2d/set | 1 (1,2) | 20 (7,4) | 21 (5,9) | 7 (8,3) | 13 (4,8) | 20 (5,6) | 0 (0) | 2 (0,7) | 2 (0,6) | 43 (12,1) |
| | caminar ràpid 3d o més/set | 5 (6) | 59 (21,9) | 64 (18,1) | 9 (10,7) | 14 (5,2) | 23 (6,5) | 4 (4,8) | 6 (2,2) | 10 (2,8) | 97 (27,4) |
| | caminar cap dia/set | 24 (28,6) | 94 (34,8) | 118 (33,3) | 25 (29,8) | 30 (11,1) | 55 (15,5) | 3 (3,6) | 5 (1,9) | 8 (2,3) | 181 (51) |
| Temps | entre 15 i 30 minuts | 3 (9,4) | 40 (29,6) | 43 (25,7) | 12 (37,5) | 9 (6,7) | 21 (12,6) | 1 (3,1) | 5 (3,7) | 6 (3,6) | 70 (41,9) |
| | entre 30 i 45 minuts | 0 (0) | 35 (25,9) | 35 (21) | 4 (12,5) | 19 (14,1) | 23 (13,8) | 3 (9,4) | 4 (3) | 7 (4,2) | 65 (38,9) |
| | més de 60 minuts | 3 (9,4) | 17 (12,6) | 20 (12) | 4 (12,5) | 6 (4,4) | 10 (6) | 2 (6,2) | 0 (0) | 2 (1,2) | 32 (19,2) |
| Exercici físic | passejar tranquil 1d/set | 2 (2,4) | 21 (7,8) | 23 (6,5) | 5 (6) | 7 (2,6) | 12 (3,4) | 1 (1,2) | 1 (0,4) | 2 (0,6) | 37 (10,5) |
| | passejar tranquil 2d/set | 2 (2,4) | 40 (14,8) | 42 (11,9) | 9 (10,7) | 13 (4,8) | 22 (6,2) | 0 (0) | 5 (1,9) | 5 (1,4) | 69 (19,5) |
| | passejar tranquil 3d o més/set | 7 (8,3) | 52 (19,3) | 59 (16,7) | 13 (15,5) | 19 (7) | 32 (9) | 3 (3,6) | 2 (0,7) | 5 (1,4) | 96 (27,1) |
| | passejar tranquil cap dia/set | 19 (22,6) | 76 (28,1) | 95 (26,8) | 18 (21,4) | 28 (10,4) | 46 (13) | 5 (6) | 6 (2,2) | 11 (3,1) | 152 (42,9) |
| Temps | menys de 30 minuts | 2 (5) | 35 (22,7) | 37 (19,1) | 11 (27,5) | 17 (11) | 28 (14,4) | 2 (5) | 2 (1,3) | 4 (2,1) | 69 (35,6) |
| | entre 30 i 60 minuts | 3 (7,5) | 45 (29,2) | 48 (24,7) | 10 (25) | 16 (10,4) | 26 (13,4) | 1 (2,5) | 3 (1,9) | 4 (2,1) | 78 (40,2) |
| | més de 60 minuts | 6 (15) | 28 (18,2) | 34 (17,5) | 4 (10) | 6 (3,9) | 10 (5,2) | 1 (2,5) | 2 (1,3) | 3 (1,5) | 47 (24,2) |
| Exercici físic | fer esport 1d/set | 0 (0) | 22 (8,1) | 22 (6,2) | 1 (1,2) | 7 (2,6) | 8 (2,3) | 2 (2,4) | 4 (1,5) | 6 (1,7) | 36 (10,2) |
| | fer esport 2d/set | 4 (4,8) | 33 (12,2) | 37 (10,5) | 12 (14,3) | 15 (5,6) | 27 (7,6) | 2 (2,4) | 2 (0,7) | 4 (1,1) | 68 (19,2) |
| | fer esport 3d o més/set | 16 (19) | 45 (16,7) | 61 (17,2) | 14 (16,7) | 15 (5,6) | 29 (8,2) | 2 (2,4) | 2 (0,7) | 4 (1,1) | 94 (26,6) |
| | fer esport cap dia/set | 10 (11,9) | 89 (33) | 99 (28) | 18 (21,4) | 30 (11,1) | 48 (13,6) | 3 (3,6) | 6 (2,2) | 9 (2,5) | 156 (44,1) |
| Temps | menys de 30 minuts | 0 (0) | 6 (4,2) | 6 (3) | 1 (1,9) | 4 (2,8) | 5 (2,5) | 0 (0) | 1 (0,7) | 1 (0,5) | 12 (6,1) |
| | entre 30 i 60 minuts | 11 (20,8) | 66 (45,8) | 77 (39,1) | 11 (20,8) | 27 (18,8) | 38 (19,3) | 2 (3,8) | 6 (4,2) | 8 (4,1) | 123 (62,4) |
| | més de 60 minuts | 9 (17) | 27 (18,8) | 36 (18,3) | 15 (28,3) | 6 (4,2) | 21 (10,7) | 4 (7,5) | 1 (0,7) | 5 (2,5) | 62 (31,5) |

Taula 42. Consum diari d'alimentació dels professionals sanitaris per categoria laboral i sexe.

| Consum diari d'alimentació | | Infermer/a | | | Metge/essa | | | Pediatres | | | Tots n=354 |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|---------------------|----------------------|--------------------|---------------------|-------------------|---------------|
| | | homes n=30 13,6% | dones n=189 86,3% | tots n=219 61,8% | homes n=45 40,1% | dones n=67 59,8% | tots n=112 31,63% | homes n=9 39,1% | dones n=14 60,8% | tots n=23 6,4% | |
| Pa | Menys d'un cop al dia | 3 (3,6) | 29 (10,8) | 32 (14,6) | 9 (10,7) | 5 (1,9) | 14 (12,5) | 2 (2,4) | 1 (0,4) | 3 (13) | 49 (13,8) |
| | 1 cop al dia | 19 (22,5) | 102 (38,1) | 121 (55,2) | 15 (17,9) | 41 (15,3) | 56 (50) | 3 (3,6) | 11 (4,1) | 14 (60,8) | 191 (53,9) |
| | 2 cops o més al dia | 8 (9,5) | 56 (20,9) | 6 (29,2) | 21 (25) | 21 (7,8) | 42 (37,5) | 4 (4,8) | 2 (0,7) | 6 (26,2) | 112 (31,6) |
| Verdura/amanida | Menys d'un cop al dia | 6 (7,1) | 5 (1,9) | 11 (5) | 3 (3,6) | 4 (1,5) | 7 (6,2) | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (4,3) | 19 (5,36) |
| | 1 cop al dia | 16 (19) | 93 (34,7) | 109 (49,7) | 25 (29,8) | 37 (13,8) | 63 (56,2) | 2 (2,4) | 11 (4,1) | 13 (56,5) | 184 (51,9) |
| | 2 cops o més al dia | 8 (9,5) | 89 (33,2) | 97 (44,2) | 17 (20,2) | 26 (9,7) | 43 (38,3) | 6 (7,1) | 3 (1,1) | 9 (39,1) | 149 (42) |
| Fruita | Menys d'un cop al dia | 5 (6) | 8 (3) | 13 (5,9) | 4 (4,8) | 5 (1,9) | 9 (8) | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (4,3) | 23 (6,5) |
| | 1 cop al dia | 16 (19) | 69 (25,7) | 85 (38,8) | 13 (19,5) | 21 (7,8) | 34 (30,3) | 1 (1,2) | 9 (3,4) | 10 (43,4) | 129 (36,6) |
| | 2 cops o més al dia | 9 (10,7) | 110 (41) | 119 (54,3) | 28 (33,3) | 41 (15,3) | 69 (61,6) | 7 (8,3) | 5 (1,9) | 12 (52,1) | 200 (56,8) |
| Llet/iogurt | Menys d'un cop al dia | 5 (6) | 11 (4,1) | 16 (7,3) | 2 (2,4) | 8 (3) | 10 (8,9) | 2 (2,4) | 3 (1,1) | 5 (21,7) | 31 (8,75) |
| | 1 cop al dia | 2 (25) | 94 (35,1) | 115 (52,5) | 30 (35,7) | 33 (12,3) | 66 (58,9) | 4 (4,8) | 7 (2,6) | 11 (47,8) | 189 (53,3) |
| | 2 cops o més al dia | 4 (4,8) | 82 (30,6) | 8 (39,2) | 13 (15,5) | 26 (9,7) | 39 (34,8) | 3 (3,6) | 4 (1,5) | 7 (30,4) | 132 (37,2) |
| Pasta/arròs | Menys d'un cop al dia | 8 (9,5) | 74 (27,6) | 82 (37,4) | 21 (25) | 32 (11,9) | 53 (47,3) | 2 (2,4) | 4 (1,5) | 6 (26) | 141 (39,8) |
| | 1 cop al dia | 18 (21,4) | 96 (35,8) | 114 (52) | 20 (23,8) | 32 (11,9) | 52 (46,4) | 5 (6) | 9 (3,4) | 14 (60,8) | 180 (50,8) |
| | 2 cops o més al dia | 4 (4,8) | 17 (6,3) | 21 (9,5) | 4 (4,8) | 3 (1,1) | 7 (6,2) | 2 (2,4) | 1 (0,4) | 3 (13) | 31 (8,75) |
| Oli d'oliva | Menys d'un cop al dia | 3 (3,6) | 8 (3) | 11 (5) | 2 (2,4) | 7 (2,6) | 9 (8) | 1 (1,2) | 1 (0,4) | 2 (8,6) | 22 (6,21) |
| | 1 cop al dia | 14 (16,7) | 92 (34,3) | 106 (48,4) | 16 (19) | 30 (11,2) | 46 (41) | 1 (1,2) | 7 (2,6) | 8 (34,7) | 160 (45,1) |
| | 2 cops o més al dia | 13 (15,5) | 87 (32,5) | 100 (45,6) | 27 (32,1) | 30 (11,2) | 57 (51) | 7 (8,3) | 6 (2,2) | 13 (56,5) | 170 (48,2) |
| Cereals | Menys d'un cop al dia | 16 (19) | 84 (31,5) | 100 (45,6) | 23 (27,4) | 38 (14,2) | 61 (54,4) | 4 (4,8) | 8 (3) | 12 (52,1) | 173 (48,8) |
| | 1 cop al dia | 11 (13,1) | 89 (33,3) | 100 (45,6) | 19 (22,6) | 29 (10,9) | 48 (42,8) | 4 (4,8) | 6 (2,2) | 10 (43,4) | 158 (44,6) |
| | 2 cops o més al dia | 3 (3,6) | 13 (4,9) | 16 (7,3) | 3 (3,6) | 0 (0) | 36 (32,1) | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (4,3) | 20 (5,64) |
| 1 beguda OH | Menys d'un cop al dia | 22 (26,2) | 146 (54,7) | 168 (76,7) | 32 (38,1) | 63 (23,6) | 95 (84,8) | 6 (7,1) | 11 (4,1) | 17 (73,9) | 280 (79) |
| | 1 cop al dia | 6 (7,1) | 31 (11,6) | 37 (16,8) | 10 (11,9) | 4 (1,5) | 14 (12,5) | 3 (3,6) | 3 (1,1) | 6 (26) | 57 (16,10) |
| | 2 cops o més al dia | 2 (2,4) | 9 (3,4) | 11 (5) | 3 (3,6) | 0 (0) | 3 (2,6) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 14 (3,95) |

Taula 43. Consum setmanal (4/7) d'aliments dels professionals sanitaris per categoria laboral i sexe.

| Consum setmanal (4/7) | | Infermer/a | | | Metge/essa | | | Pediatres | | | Tots n=354 |
|-----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|---------------------|----------------------|---------------------|--------------------|---------------------|-------------------|---------------|
| | | homes n=30 13,6% | dones n=189 86,3% | tots n=219 61,8% | homes n=45 40,1% | dones n=67 59,82% | tots n=112 31,6% | homes n=9 39,1% | dones n=14 60,8% | tots n=23 6,4% | |
| 1 peça de carn | Menys de 4 cops/set | 10 (12) | 74 (27,8) | 84 (38,3) | 15 (18,1) | 32 (12) | 47 (41,9) | 3 (3,6) | 4 (1,5) | 7 (30,4) | 138 (39,9) |
| | 4 a 6 cops/set | 18 (21,7) | 94 (35,3) | 112 (51,1) | 26 (31,3) | 34 (12,8) | 60 (53,5) | 5 (6) | 10 (3,8) | 15 (65,2) | 187 (52,8) |
| | 7 cops o més/set | 2 (2,4) | 17 (6,4) | 19 (8,6) | 3 (3,6) | 1 (0,4) | 4 (3,5) | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (4,3) | 24 (6,7) |
| Formatge | Menys de 4 cops/set | 10 (11,9) | 64 (23,9) | 74 (33,7) | 9 (10,7) | 27 (10,1) | 36 (32,1) | 2 (2,4) | 5 (1,9) | 7 (30,4) | 117 (33) |
| | 4 a 6 cops/set | 18 (21,4) | 99 (36,9) | 117 (53,4) | 32 (38,1) | 34 (12,7) | 66 (58,9) | 7 (8,3) | 6 (2,2) | 13 (56,5) | 196 (55,3) |
| | 7 cops o més/set | 2 (2,14) | 24 (9) | 26 (11,8) | 4 (3,6) | 6 (2,2) | 10 (8,9) | 0 (0) | 3 (1,1) | 3 (13) | 39 (11) |
| Embotits | Menys de 4 cops/set | 11 (13,1) | 96 (35,8) | 107 (48,8) | 22 (26,2) | 46 (17,2) | 68 (60,7) | 5 (6) | 9 (3,4) | 14 (60,8) | 185 (52,2) |
| | 4 a 6 cops/set | 16 (19) | 82 (30,6) | 98 (44,7) | 20 (23,8) | 18 (6,7) | 38 (33,9) | 4 (4,8) | 5 (1,9) | 9 (39,1) | 145 (40,9) |
| | 7 cops o més/set | 3 (3,6) | 9 (3,4) | 12 (5,4) | 3 (3,6) | 3 (1,1) | 6 (5,3) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 18 (5) |
| Pastisseria | Menys de 4 cops/set | 20 (23,8) | 128 (47,8) | 148 (67,5) | 37 (44) | 53 (19,8) | 90 (80,3) | 8 (9,5) | 13 (4,9) | 21 (91,3) | 259 (81,6) |
| | 4 a 6 cops/set | 10 (11,9) | 52 (19,4) | 62 (28,3) | 7 (8,3) | 14 (5,2) | 21 (18,7) | 1 (1,2) | 1 (0,4) | 2 (8,6) | 85 (24) |
| | 7 cops o més/set | 0 (0) | 7 (2,6) | 7 (3,1) | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (0,8) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 8 (2,25) |
| Mantega | Menys de 4 cops/set | 23 (27,4) | 145 (54,1) | 168 (76,7) | 39 (46,4) | 56 (20,9) | 95 (84,8) | 7 (8,3) | 14 (5,2) | 21 (91,3) | 283 (79,9) |
| | 4 a 6 cops/set | 7 (8,3) | 36 (13,4) | 43 (19,6) | 6 (7,1) | 10 (3,7) | 16 (14,2) | 2 (2,4) | 0 (0) | 2 (8,6) | 61 (17,2) |
| | 7 cops o més/set | 0 (0) | 6 (2,2) | 6 (2,7) | 0 (0) | 1 (0,4) | 1 (0,8) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 7 (1,9) |
| Olis vegetals | Menys de 4 cops/set | 21 (25) | 129 (48,1) | 150 (68,4) | 32 (38,1) | 54 (20,1) | 86 (76,7) | 6 (7,1) | 12 (4,5) | 18 (76,2) | 254 (71,7) |
| | 4 a 6 cops/set | 9 (10,7) | 48 (17,9) | 57 (26) | 9 (10,7) | 11 (4,1) | 20 (17,8) | 2 (2,4) | 2 (0,7) | 4 (17,3) | 81 (22,8) |
| | 7 cops o més/set | 0 (0) | 10 (3,7) | 10 (4,5) | 4 (4,8) | 2 (0,7) | 6 (5,3) | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (4,3) | 17 (4,80) |
| Fast-food | Menys de 4 cops/set | 25 (29,8) | 155 (57,8) | 180 (82,1) | 39 (46,4) | 61 (22,8) | 100 (89,2) | 8 (9,5) | 14 (5,2) | 22 (95,6) | 302 (85,3) |
| | 4 a 6 cops/set | 5 (6) | 28 (10,4) | 33 (15) | 6 (7,1) | 6 (2,2) | 12 (10,7) | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (4,3) | 46 (12,9) |
| | 7 cops o més/set | 0 (0) | 4 (1,5) | 4 (1,8) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 4 (1,12) |

Taula 44. Consum setmanal (2/4) d'aliments dels professionals sanitaris per categoria laboral i sexe.

| Consum setmanal (2/4) | | Infermer/a | | | Metge/essa | | | Pediатres | | | Tots n=354 |
|-----------------------|---------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------|---------------------|--------------------|---------------|
| | | homes n=30 13,69% | dones n=189 86,3% | tots n=219 61,86% | homes n=45 40,17% | dones n=67 59,82% | tots n=112 31,63% | homes n=9 39,1% | dones n=14 60,8% | tots n=23 6,49% | |
| 1 peça de peix | Menys de 2 cops/set | 14 (16,7) | 69 (25,7) | 83 (37,8) | 12 (14,3) | 32 (11,9) | 44 (39,2) | 4 (4,8) | 3 (1,1) | 7 (30,4) | 134 (37,8) |
| | 2 a 3 cops/set | 14 (16,7) | 106 (39,6) | 120 (54,7) | 27 (32,1) | 33 (12,3) | 60 (53,5) | 4 (4,8) | 10 (3,7) | 14 (60,8) | 194 (54,8) |
| | 4 cops o més/set | 2 (2,4) | 12 (4,5) | 14 (6,3) | 6 (7,1) | 2 (0,7) | 8 (7,1) | 1 (1,2) | 1 (0,4) | 2 (8,6) | 24 (6,7) |
| Llegums | Menys de 2 cops/set | 14 (16,7) | 87 (32,5) | 101 (46,1) | 13 (15,5) | 41 (15,3) | 54 (48,2) | 5 (6) | 9 (3,4) | 14 (60,8) | 169 (47,7) |
| | 2 a 3 cops/set | 15 (17,9) | 89 (33,2) | 104 (47,4) | 27 (32,1) | 26 (9,7) | 53 (47,3) | 3 (3,6) | 4 (1,5) | 7 (30,4) | 164 (46,3) |
| | 4 cops o més/set | 1 (1,2) | 11 (4,1) | 12 (5,4) | 5 (6) | 0 (0) | 5 (4,4) | 1 (1,2) | 1 (0,4) | 2 (8,6) | 19 (5,36) |
| Fruits secs | Menys de 2 cops/set | 12 (14,3) | 81 (30,2) | 93 (42,4) | 16 (19) | 40 (14,9) | 56 (50) | 4 (4,8) | 9 (3,4) | 13 (56,5) | 162 (45,7) |
| | 2 a 3 cops/set | 14 (16,7) | 69 (25,7) | 78 (35,6) | 13 (15,5) | 18 (6,7) | 31 (27,6) | 4 (4,8) | 3 (1,1) | 7 (30,4) | 121 (34,1) |
| | 4 cops o més/set | 4 (4,8) | 37 (13,8) | 41 (18,7) | 16 (19) | 9 (3,4) | 25 (22,3) | 1 (1,2) | 2 (0,7) | 3 (13) | 69 (19,4) |

Taula 45. Qualitat de la dieta dels professionals sanitaris per categoria laboral i sexe.

| N % | Infermer/a | | | Metge/essa | | | Pediатres | | | TOTAL |
|----------------|-------------|--------------|--------------|-------------|-------------|--------------|------------|-------------|------------|------------|
| | Homes | Dones | Tots | Homes | Dones | Tots | Homes | Dones | Tots | |
| Qualitat dieta | n=30 (13,6) | n=189 (86,3) | n=219 (61,8) | n=45 (40,1) | n=67 (59,8) | n=112 (31,6) | n=9 (39,1) | n=14 (60,8) | n=23 (6,4) | n=354 |
| Inadequada | 5 (6) | 6 (2,2) | 11 (5,02) | 1 (1,2) | 2 (0,7) | 3 (3,57) | 0 (0) | 0 (0) | 0 (0) | 14 (3,97) |
| Adequada | 25 (29,8) | 167 (62,5) | 192 (87,6) | 40 (47,6) | 65 (24,3) | 105 (91,6) | 8 (9,5) | 14 (5,2) | 22 (95,6) | 319 (90,6) |
| Saludable | 0 (0) | 13 (4,9) | 13 (4,9) | 4 (4,8) | 0 (0) | 4 (4,8) | 1 (1,2) | 0 (0) | 1 (1,2) | 18 (5,11) |