



Satisfacció de les dones durant el procés de part

TREBALL DE FI DE MÀSTER EN PROMOCIÓ DE LA SALUT, RECERCA EN SALUT

Autora: MARTA ROQUETA VALL-LLOSERA
Tutora: Dra. CONCEPCIÓ FUENTES PUMAROLA
Curs 2016-17

“Giving birth should be your greatest achievement, not your greatest fear”
Jane Weideman

*“A tots els professionals que cada dia es dediquen a l’atenció de la dona i fan del part una
experiència positiva i ben recordada per tantes famílies.
Gràcies per fer-ho amb tanta passió i gràcies per seguir millorant.”*

Agraïments

Després d'un llarg any escric aquests agraïments per totes aquelles persones que m'han ajudat a finalitzar el treball de final de màster. L'aprenentatge a nivell personal i professional durant aquest any ha estat intens i molt profitós. La realització d'aquest treball ha estat laboriosa però també ha estat una dedicació que he fet amb passió ja que he tractat un tema que m'interessa molt.

En primer lloc, agrair a tots els participats a l'estudi la seva implicació en millorar l'atenció de les dones i les seves famílies. Sense la seva participació l'estudi no tindria sentit.

En segon lloc, m'agradaria agrair als meus companys i companyes de la planta de maternitat i sala de parts per participar, donar-me suport, ajuda i forces. Sense vosaltres tota aquesta feina no hauria estat possible. En especial vull nombrar a la meva companya V. Campás Jiménez per la seva enorme col·laboració passant enquestes quan jo no podia assistir al hospital, sense ella no hauria estat el mateix. També m'agradaria donar les gràcies a l'adjunta de direcció de l'Hospital Josep Trueta C. Compte Coromines que m'ha donat suport en tot moment fent que les coses fossin més àgils, i animant-me a seguir en moments durs.

Especialment agrair a la Dra. C. Fuentes Pumarola la seva ajuda, suport i consells. Les tutories i el suport han servit de molt per elaborar aquest treball de manera satisfactòria.

Finalment, agrair a la meva parella, la meva família i els meus companys del Màster, el suport incondicional que m'han proporcionat. Gràcies per la vostra comprensió durant aquest any i per donar-me ànims quan els necessitava.

Moltes gràcies a tots.

Marta Roqueta Vall-Ilosera

Girona, 27 Juliol del 2017.

Abreviatures

- **CEQ:** Childbirth Experience Questionnaire
- **CEQ-CP:** Domini de Capacitat Personal al CEQ
- **CEP-P:** Domini de Participació al CEQ
- **CEQ-S:** Domini de Seguretat al CEQ
- **CEQ-SP:** Domini de Suport Professional al CEQ
- **CLU:** Consultant Led Care
- **LLIR:** Llevadora Interina Resident
- **MIR:** Metge Interí Resident
- **MLU/MLC:** Midwifery Led Unit / Midwife Led Care
- **NCT:** National Childbirth Trust
- **NICE:** National Institute of Health and Care Excellence
- **OMS:** Organització Mundial de la Salut
- **RCM:** Royal College of Midwives
- **RCOG:** Royal College of Obstetricians and Gynecologists
- **UCIN:** Unitat Cures Intensives Neonatals

Índex de Figures

Figura 1: Determinants de Salut.....	15
Figura 2: Model Nivell determinants Satisfacció Materna	16
Figura 3: Model determinants Satisfacció Materna Barreres i Facilitadors.....	17
Figura 4: Gràfic de Dispersió: Nivell de Dolor i Setmanes de Gestació.....	47

Índex de Taules

Taula 1: Variables sociodemogràfiques I	32
Taula 2: Variables sociodemogràfiques II	33
Taula 3: Variables Clínicas I	34
Taula 4: Variables Clínicas II	35
Taula 5: Variables Nivell de Satisfacció.....	37
Taula 6: Relació Variables Sociodemogràfiques i Nivell Satisfacció I	39
Taula 7: Relació Variables Sociodemogràfiques i Nivell Satisfacció II	40
Taula 8: Relació Variables Clínicas i Nivell Satisfacció I	42
Taula 9: Relació Variables Clínicas i Nivell Satisfacció II	43

Índex

1. Introducció.....	1
1.1 Canvi de Paradigma: l'atenció centrada en la persona	3
1.2. Procés de part fisiològic.....	4
1.3. Determinants de la satisfacció materna	4
1.4. La Satisfacció Materna.....	8
Comunicació.....	8
Sobreintervenció.....	9
Analgèsia.....	10
Inici de part.....	10
Suport professional <i>one-to-one</i> i acompanyament.....	10
Paritat.....	11
Efectes de la baixa satisfacció.....	12
1.5. Justificació i vinculació amb la promoció de la salut.....	12
2. Objectius.....	14
2.1. Objectiu principal	14
2.2. Objectius específics.....	14
3. Metodologia	14
3.1. Disseny.....	14
3. 2. Àmbit d'estudi	14
3.3. Població.....	14
3.4. Criteris d'inclusió i exclusió	15
Criteris d'inclusió	15
Criteris d'exclusió	15
3.5. Mostra.....	15
3.6. Variables.....	16
Variables sociodemogràfiques.....	16
Variables clíniques	16
Variables relacionades amb la satisfacció	18
3.7. Instruments	19
3.8. Procediment.....	20
3.9. Anàlisi de dades.....	21
3.10. Aspectes ètics.....	21
4. Resultats	22
4.1. Característiques sociodemogràfiques	22
4.2. Característiques Clíniques	23
4.3. La satisfacció de les dones	25
Domini Capacitat Personal (CEQ-CP)	26
Domini Suport Professional (CEQ-SP)	26
Domini de Percepció de Seguretat (CEQ-S).....	26
Domini de Participació (CEQ-P)	26
4.4. Relació entre les variables demogràfiques amb el nivell de satisfacció de les dones i les seves perspectives durant el procés de part.....	28
4.5. Relació entre les variables clíniques amb el nivell de satisfacció de les dones i les seves perspectives durant el procés de part	31
Relació entre risc de part i nivell de satisfacció total CEQ	34
Relació professional atenció amb nivell de satisfacció total	34
Relació entre inici de part i satisfacció total CEQ.....	35
Relació entre utilització oxtòcics i nivell satisfacció total CEQ.....	35

Relació entre tipus de part i nivell de satisfacció total CEQ	35
Relació utilització mesures d'analgèsia i nivell de satisfacció final CEQ	36
Relació entre ingrés UCIN i nivell de satisfacció	36
Relació l'edat gestacional i el nivell de satisfacció	37
5. Discussió	38
5.2. Limitacions.....	44
5.1. Aplicabilitat, Rellevància Clínica i Línies futures de Recerca.....	44
6. Conclusions.....	46
7. Bibliografia	47
Annexos	62
Annex I: Qüestionari Adhoc	62
Annex II: Graella Variables Clíniques.....	64
Annex III: Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)- Espanyol	65
Annexe IV: Consentiment Informat	70
Annex V: Consentiment Informat Castellà.....	71
Annex VI: Carta Informativa de Participació a l'estudi.....	72
Annex VII: Carta Informativa de Participació a l'estudi (castellà).....	73
Annex VIII: Resolució CEIC	76

Resum

Introducció: El nivell de satisfacció materna durant el part és un difícil de mesurar degut a la seva multifactorialitat i influències. El *Qüestionari Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ) validat a l'espanyol s'ha identificat com un bona enquesta validada per determinar els nivells de satisfacció de les dones durant el part.

Objectius: Conèixer la satisfacció de les dones respecte el seu procés de part que van acudir al servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona durant els mesos de Març i Juny del 2017.

Metodologia: Estudi pilot descriptiu i transversal, utilitzant una metodologia quantitativa. Mostra de conveniència de 80 dones que van respondre el qüestionari CEQ. Es va realitzar un anàlisi descriptiu de les variables sociodemogràfiques, clíniques i de satisfacció materna. Es va utilitzar les probes no paramètriques de U-Mann Whitney, Kurskal Wallis i Correlació d'Spearman per l'anàlisi bivariant. Nivells de significància acceptats de ($p < .05$).

Resultats: El nivell de satisfacció de les dones és alt [3,1(DS:0,54)]. El suport professional rebut és ben valorat per les dones [3,75 (DS:0,09)]. La percepció de seguretat [3,12(DS:0,45)], capacitat personal [2,83(DS:0,49)] i participació [2,88(DS:0,54)] també han estat ben puntuades per les dones. Les dones estan més satisfetes quan el professional d'atenció a l'expulsiu és la llevadora ($p < .05$), quan el part és eutòcic ($p < .05$) i d'inici espontani ($p < .05$). La presència de la parella influeix en la percepció de seguretat i control ($p < .05$).

Conclusions: La satisfacció de les dones amb el procés de part és alta i el suport professional és el més ben valorat. La llevadora és el professional de referència per l'atenció al part de Baix risc i que aporta seguretat i satisfacció a les dones. Afavorir la presència de la parella és essencial per assolir una bona participació i control durant el part. S'identifica la necessitat de realitzar un estudi amb mida mostral superior per obtenir resultats estadísticament més robustos.

Key words: *Maternal satisfaction, Pregnant women.* **Mesh Terms:** *Childbirth, Pregnancy, Pregnant Women, Personal Satisfaction, Patient Satisfaction, Midwifery*

Abstract

Introduction: Maternal satisfaction in childbirth experience is difficult to measure due to its multifactorial etiology and influences. The Childbirth Experience Questionnaire CEQ was validated in Spanish as an adequate measurement tool for maternal satisfaction levels in childbirth.

Objectives: Aim to know satisfaction in childbirth of women attended at Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona between March and June 2017.

Methodology: Descriptive and trasnversal pilot study using quantitative data. A convenience sample of 80 women answered the CEQ. Frecunecy distributions and univariate comparisons were used for sociodemographic, clinical and satisfaction variables. Non parametric tests have been used to perform bivariant analysis with U-Mann Whitney, Kurskal Wallis, and Spearman Correlation. Significance levels of acceptance ($p < .05$).

Results: High levels of maternal satisfaction have been found [3,1(DS:0,54)]. Professional suport is the best scored ítem in CEQ [3,75 (DS:0,09)]. Scores in sense of security [3,12(DS:0,45)], own personal capability [2,83(DS:0,49)] and participation [2,88(DS:0,54)], have been high as well. Women are more satisfied if midwife is the professional attending the delivery ($p < .05$). High sighnificant levels of satisfaction have been found when spontaneous vaginal delivery occurs ($p < .05$). Partners presense increases sense of security and control ($p < .05$).

Conclusions: Levels of maternal satisfaction with childbirth are high, and the best item scored. Midwives are identified as the professionals who give more security to the women, reporting high levels of satisfaction. Partners presence is essential to increase participation and sense of control. Furhter research is needed in order to obtain robust results with a higher sample.

Key words: *Maternal satisfaction, Pregnant women.* **Mesh Terms:** *Childbirth, Pregnancy, Pregnant Women, Personal Satisfaction, Patient Satisfaction, Midwifery.*

1. Introducció

El nivell de satisfacció materna durant el part és ítem de difícil categorització i mesura degut a la seva multifactorialitat i múltiples influències ¹. Les expectatives prèvies formades durant l'embaràs, o bé en embarassos anteriors també són barreres del part que poden influenciar en nivells de satisfacció ¹.

Els canvis en l'assistència de la dona durant el part en els últims temps han estat significatius amb la reducció de la morbiditat i mortalitat materna, així com la perinatal al nostre país i a nivell mundial ²⁻⁴. Les millores en la qualitat assistencial també han anat relacionades amb l'augment de l'intervencionisme en el procés de part, tot i que aquest és reconegut com una de les barreres en la satisfacció materna en el part ^{2,5}. Els determinants de la salut estudiats durant el procés de part mesuren l'efectivitat de les cures d'infermeria i l'eficiència de l'atenció dels professionals, però no avaluen les experiències percebudes per part de les dones durant el part ⁶.

De la mateixa manera, aquests canvis en el model d'atenció i en la societat han generat una nova demanda creixent entre la població; l'atenció personalitzada, amb intervencionisme mínim i de qualitat, focalitzant la demanda per l'assistència en el part natural i de baix risc ^{7,8}. Les mateixes línies d'atenció es centren les recomanacions de la OMS amb l'atenció centrada en la persona ⁹.

La millora del sistema sanitari per afavorir la participació de les dones en el seu procés fisiològic està contemplada en els plans de naixement i dels protocols de l'assistència al part a Catalunya i a l'Estat Espanyol ^{4,7,8}. Una de les maneres de poder millorar l'assistència i poder participar en el procés, és sabent la opinió de les dones sobre l'assistència rebuda en el procés de part, les quals poden oferir informació valuosa pels professionals i així poder millorar l'assistència potenciant els punts ben valorats, i al mateix temps reconduir les situacions que no són ben valorades per les dones i les seves famílies.

Les avaluacions de la satisfacció de les persones ateses en els centres de salut són una eina de reconeguda fiabilitat per avaluar la qualitat dels serveis i l'assistència sanitària a nivell global ¹⁰. La satisfacció de les dones va fortament relacionada amb les expectatives de recuperació en salut, del tracte del personal sanitari i de les actituds d'aquests professionals ¹⁰. En conseqüència, per poder explorar les expectatives i satisfacció de la dona durant el part caldrà valorar les influències que interaccionen amb la formació d'aquesta expectativa de part, les quals seran la base del model teòric que ajudarà a desenvolupar una eina per poder avaluar la satisfacció eficientment ¹¹⁻¹³.

En l'actualitat es disposa de molts instruments per poder valorar la satisfacció de les dones en el seu procés de part, i alguns d'aquests validats en espanyol. Els qüestionaris d'atenció sanitària nacional com el *Maternity Survey* ¹⁴ de Regne Unit, permeten tenir una idea aproximada de la percepció de les dones sobre l'atenció sanitària que han rebut durant la gestació, el part i el puerperi, però són poc exactes a l'hora de determinar els nivells de satisfacció de les dones. ¹⁵

Una revisió sistemàtica sobre diferents models de qüestionari de satisfacció de les dones en el procés de part constatà la dificultat de trobar un bon instrument per poder avaluar-la atesa la multifactorialitat del procés i les múltiples variables que poden incidir en aquesta satisfacció, els autors trobaren molta variabilitat entre processos i subjectes entrevistats ¹¹. L'any 2015 es va validar el *ChildBirth Experience Questionnaire* (CEQ) al Regne Unit per Walker et al. ^{15, 16} i seguidament l'any 2016 es va validar el seu ús a l'espanyol per Soriano-Vidal et al ¹⁷, els quals consideraven el CEQ com una bona eina per determinar les percepcions de la dona durant el part a la població espanyola.

En l'actualitat hi ha poca evidència de la satisfacció de les dones en relació al procés de part utilitzant el qüestionari CEQ ¹⁸, identificant una necessitat de més recerca en aquest camp per poder contrastar resultats i mesurar la seva efectivitat. Tanmateix, els nivells de satisfacció de les dones és un tema d'actualitat en el nostre país on els procés de revisió de qualitat dels sistema sanitari està en plena expansió ¹⁹, permetent que s'explorin àrees de l'atenció clínica on s'identifiquin necessitats de millora i al mateix temps promoure la participació de les persones.

1.1 Canvi de Paradigma: l'atenció centrada en la persona

L'any 2016 l'Organització Mundial de la Salut (OMS) ²⁰ va elaborar un document de consens per assegurar uns estàndards de cures i qualitat del servei en el part i la maternitat. Es van identificar la comunicació, la dignitat i el suport emocional com els tres estàndards prioritaris en l'atenció materno-infantil. En conseqüència, a l'hora d'avaluar la satisfacció maternal en el part, els tres estàndards de cures hauran de ser explorats i per tant, també inclosos en les preguntes de tots els qüestionaris de satisfacció materna².

Per poder complir amb els objectius globals *Millenium Goal Standards* (MGS) de la *Global Strategy for Women's and Children's Health*²⁰, no només cal reduir la morbiditat i la mortalitat, cal també basar-se en un model d'atenció que es centra en assegurar la promoció dels drets humans com la dignitat i el respecte per la persona. El model centrat en la persona es basa en la teoria de que cada experiència és personal i única, i per tant, la persona és el centre de les cures de salut i benestar ²¹. En conseqüència, l'OMS defineix com a una experiència positiva de salut el manteniment de la normalitat física i sociocultural de la persona, assegurant que l'embaràs sigui un procés saludable i segur per la dona i el nen, fent que finalitzi en un procés de part normal i amb una experiència positiva de la maternitat, potenciant l'autonomia, la competència i l'autoestima materna ^{20, 21}.

L'evidència suggereix que per assolir una experiència positiva de la maternitat, les dones valoren tenir accés a unes cures efectives, rebre informació rellevant i en un temps adequat, i rebre suport psicosocial i emocional amb respecte per part dels professionals de la salut ²². Els serveis d'obstetrícia i ginecologia tradicionalment s'han centrat en l'atenció al part focalitzant la majoria dels recursos per reduir la morbiditat i la mortalitat materna i neonatal. En conseqüència, l'atenció centrada en la persona i la prioritització de les creences i experiències de les dones i les seves parelles ha estat en segon pla ^{23, 24}. En els últims temps, a l'Estat Espanyol, l'atenció centrada en la persona també és una prioritat en la maternitat ²⁴. Una bona manera de saber les necessitats de les mares i les seves parelles és involucrant-los en el seu propi procés de cures ²⁴⁻²⁶.

1.2. Procés de part fisiològic

L'assistència al part no intervingut és aquella en què es respecta el procés de part fisiològic i la dona finalitza la gestació a terme, d'inici espontani i d'evolució sense complicacions maternes ni fetals ⁷. El 2007 el *Royal College of Obstetricians and Gynecologists* (RCOG), el *Royal College of Midwives* (RCM) i el *National Childbirth Trust* (NCT) ²⁷ van elaborar un document de consens per promoure el part normal, altrament dit part no intervingut, amb la finalitat de poder aconseguir uns alts nivells de satisfacció materna en l'experiència de part i reduir al mateix temps la morbiditat i la mortalitat materna i neonatal associada a l'intervencionisme. Els procediments utilitzats durant el procés de part en un ambient medicalitzat s'anomenen la cascada d'intervenció, la qual està associada a un increment de parts instrumentats i cesàries en els països desenvolupats, augmentant la morbiditat materna per sobre intervencionisme ^{28,29}.

La iniciativa per promocionar el part normalitzat no només va encarada a reduir les taxes de cesàries, sinó també en poder oferir les cures i el suport adequat durant el part perquè les dones puguin gaudir d'un part fisiològic sense complicacions ³⁰, augmentant la sensació de seguretat i capacitat personal de la dona ²⁹. Alguns autors proposen el model d'atenció *Midwifery Led Care* (MLC) o *Midwifery Led Unit* (MLU) per reduir l'intervencionisme durant el part i millorar els nivells de satisfacció de les dones i les seves parelles ^{31,32}. Els models de MLC i MLU han demostrat ser igual de segurs quan les gestants compleixen els criteris d'inclusió de baix risc per poder accedir a les unitats liderades exclusivament per a llevadores ³².

1.3. Determinants de la satisfacció materna

S'han identificat diversos factors d'impacte en la satisfacció de les dones: interacció amb els professionals, informació rebuda, capacitat d'autodecisió de les dones, opcions d'analgèsia i l'entorn de les instal·lacions ³³, els quals són determinants de la satisfacció materna en el nostre entorn sociosanitari.

Srivastava, et al. ³⁴ realitzaren una revisió sistemàtica dels factors determinants de la satisfacció materna en països subdesenvolupats o en vies de desenvolupament.

L'estructura de l'organització i de les instal·lacions són importants per augmentar la satisfacció de les dones ja que les dones es fixen en aquests factors; l'ambient de la sala de parts ³⁵⁻³⁸, la neteja del servei ³⁹, la disponibilitat adequada del personal ³⁶ i del material fungible i medicaments ^{40,41}.

Pel que fa a l'atenció sanitària, les dones valoren positivament: el poc temps d'espera per ser ateses ⁴², l'atenció personalitzada, el tracte interpersonal dels professionals ^{42,43}, la privacitat ⁴⁴, la competència professional ⁴⁵, i el fet de rebre suport emocional ⁴³.

Pel que fa a la satisfacció relacionada amb els resultats de part, les dones valoren més positivament tenir un fill sa ^{45,46}. Altres factors valorats són: detectar el fàcil accés als serveis d'atenció a la dona, l'accés gratuït a l'atenció sanitària ⁴⁷, factors propis de la mare, com la paritat ⁴⁸ o l'estrès ⁴⁹, factors socioeconòmics ⁵⁰ i culturals com el nivell d'estudis ^{37,51}, o bé si és la primera experiència de part ⁴⁸.

El fet que la majoria d'estudis inclosos en la revisió de Srivastava et al. ³⁴ fossin de models assistencials diferents al nostre, pot influir en que no tots els determinants esmentats tinguin un impacte a la nostra població. Així doncs, per poder esbrinar quins són els determinants en la satisfacció de les gestant en el procés s'ha considerat imprescindible l'elaboració d'un mapa conceptual (Figura 1) agrupant conceptes amb la base del model de determinants de la salut ⁵², per poder identificar barreres i facilitadors de la satisfacció en el part. A nivell individual i familiar es podrà influir de manera directa sobre aquests determinants i, per tant, seran els determinants en els quals els professionals de la salut podran incidir.

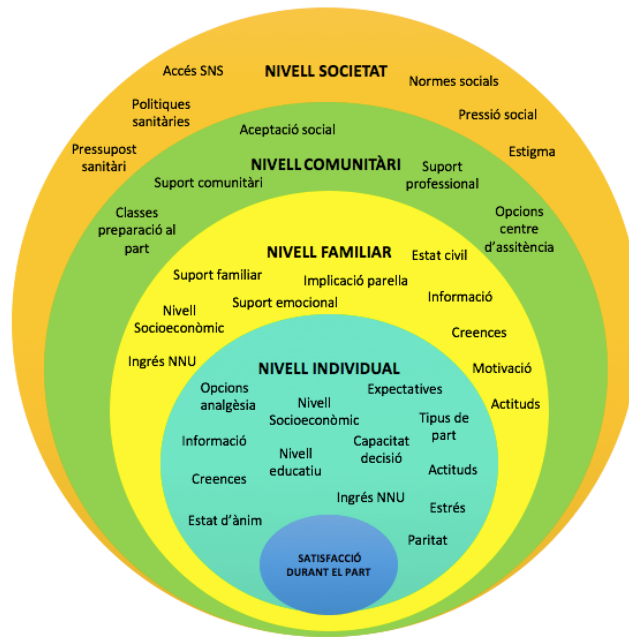


Figura 1. Determinants Satisfacció Materna basat en Model Determinants de la Salut⁵²
(Font Pròpia)

La satisfacció de les persones en gran part depèn de les seves pròpies percepcions durant l'atenció sanitària¹⁰. El procés de part per tant no ha de ser diferent, ja que és una atenció sanitària sigui a nivell hospitalari, a nivell de casa de parts o a nivell domiciliari^{53, 54}.

Classificant els determinants segons el nivell de proximitat i l'efecte sobre la satisfacció materna en el procés del part, hi ha determinants a nivell distal, intermig i proximal segons el model de Orsi et al.⁵⁵ (Figura 2). En conseqüència, els determinants del nivell proximal són els que més impacte tenen sobre la satisfacció en el procés de part, i per tant haurien de ser els determinants on s'hauria de dedicar més atenció com a professionals de la salut per poder assolir una bona satisfacció i al mateix temps assegurar una bona experiència al part. Per tant, la satisfacció depèn en gran part de l'interacció amb els professionals sanitaris⁵⁶, els quals tenen una gran responsabilitat per poder assolir les expectatives dels futurs pares.

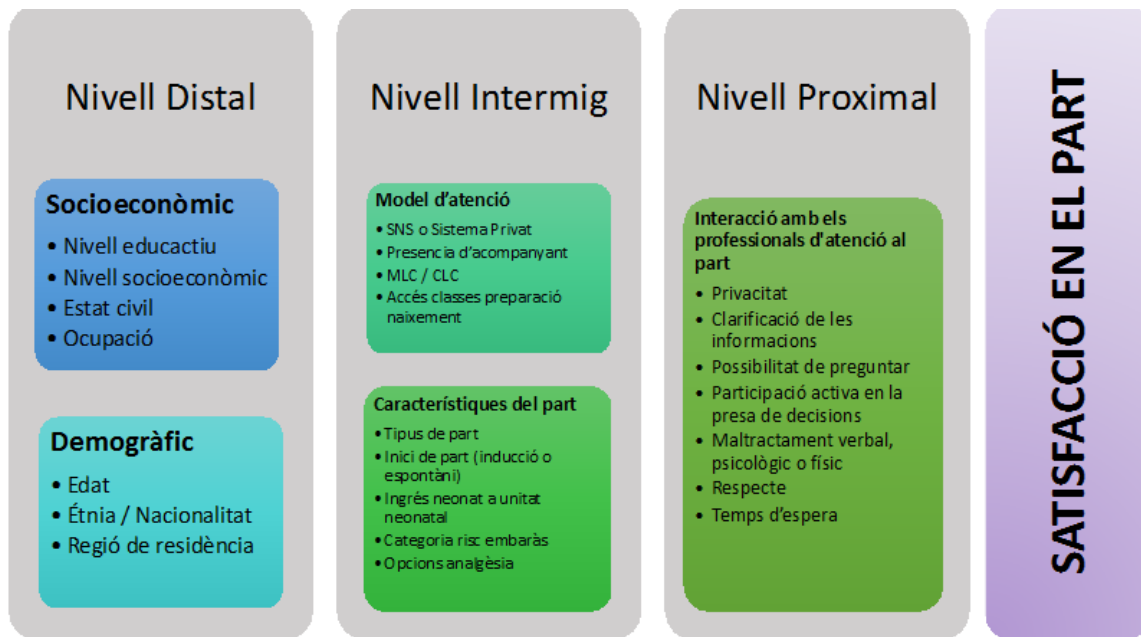


Figura 2: Nivells Determinants Satisfacció Materna (Font Pròpia): Basat en el Model de Oris et al.⁵⁵

Finalment, agrupant tots els determinants es poden identificar els facilitadors i les barreres de la satisfacció en el procés de part, centrant l'atenció en la dona i la parella per promoure el part humanitzat. El model assistencial actual tot i ser un determinant no central, té un impacte important, ja que determina l'organització de les institucions, la direcció de les polítiques socials i sanitàries sobre l'atenció al part i a la gestació. Tanmateix, pot tenir un efecte vector cap a les percepcions i creences culturals de la societat respecte les expectatives referents al procés de part².

Revalidant les bases de la promoció per la salut, l'Educació per la Salut (EpS), l'apoderament i l'atenció centrada en la persona aporten una major participació de les dones, el que aporta satisfacció personal sobre els processos de salut. Si entenem la salut com un concepte global d'una persona bio-psicosocial, la satisfacció en el procés de part també pot formar part d'aquesta definició de salut si entenem el procés de manera holística i integradora^{2,3,57,58}, es pot representar gràficament amb un mapa conceptual inspirat en el model de Dzakpasu et al.⁵⁹(Figura 3).

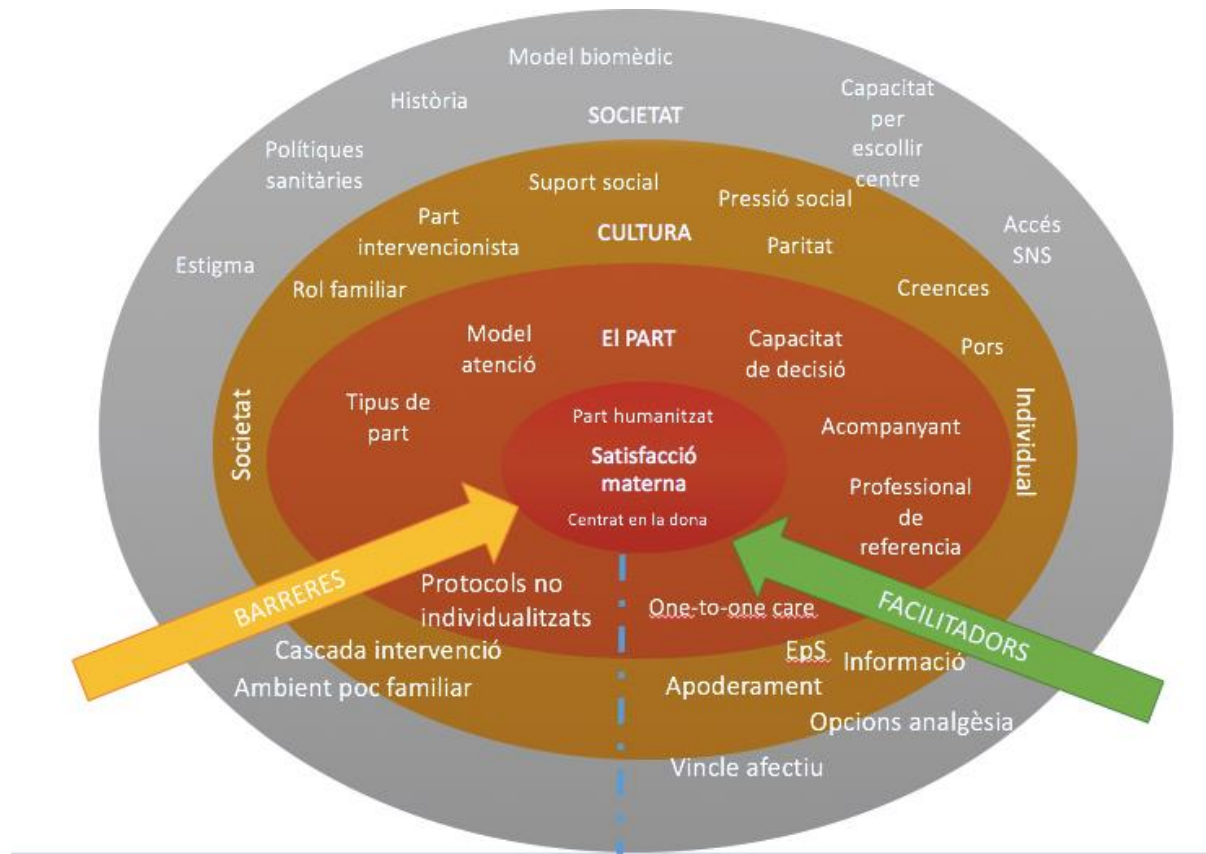


Figura 3: Mapa conceptual de barreres i facilitadors de la satisfacció materna (Font pròpia): basat en el Model de Dzakpasu et al. ⁵⁹

1.4. La Satisfacció Materna

Segons els àmbits d'estudi, aquests són els determinants on més impacte poden tenir els professionals de la salut i, per tant, millorar els nivells de satisfacció materna:

Comunicació

Es calcula que 1 de cada 5 dones queda insatisfeta amb el seu procés de part, sobretot quan hi ha un part instrumentat o una cesària en el procés del part ^{29,60}. Aquesta insatisfacció pot portar a disfuncions sexuals i reaccions d'aversió en futures gestacions ⁶⁰, a més de possibles queixes formals i, fins i tot, demandes contra l'hospital i els mateixos professionals ⁵⁹. Moltes vegades aquesta insatisfacció és deguda a una comunicació poc efectiva per part dels professionals ⁵⁶.

La informació relacionada amb els drets i deures de les persones ateses, i el dret de rebre informació contrastada sobre els procediments durant el procés de part proporcionen sensació de seguretat a les dones i les seves parelles, donant oportunitat per prendre decisions informades i augmentant el nivell de satisfacció

materna ⁶¹. Les expectatives d'informació a rebre també són importants, ja que tenen un impacte en el nivell de satisfacció maternal, ressaltant la necessitat que siguin clares i concises, amb llenguatge pla i intel·ligible per les dones ⁶.

Un document elaborat per l'OMS ⁶³ proporciona pautes per poder proporcionar una comunicació efectiva amb les dones i les seves parelles, tenint en compte les diferències socioculturals i afavorint la comunicació bidireccional entre els professionals i les dones. Evitar donar informacions a les dones i a les seves parelles basades en les opinions personals és important per evitar les pràctiques defensives i al mateix temps afavorir el descontentament i la poca comprensió per part de les dones ^{64, 65}. En conseqüència, el professional ha de tenir present la importància de mantenir una continuïtat de cures ja que les informacions a la dona poden variar d'un professional a un altre, alternant la percepció de confiança cap al professional ⁶⁶.

Sobreintervenció

Una de les possibles barreres davant la satisfacció de les dones durant el part pot ser la sobreintervenció mèdica durant el part ⁶. L'any 1997 l'OMS ⁶⁷ va llençar les primeres recomanacions per a reduir la intervenció durant el part en dones categoritzades de baix risc per afavorir els beneficis de la no intervenció per a la dona i el nadó. Des de llavors, diferents organitzacions com l'RCOG ⁶⁸ i el *National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) ⁵³ entre d'altres, varen elaborar més informes aportant evidència sobre les pràctiques durant el part de baix risc que reafirmaven les recomanacions de l'informe de l'OMS ⁶⁷.

L'evidència suggereix que els parts perllongats i amb alta medicalització, com les induccions de part o els parts instrumentats, el nivell de satisfacció de les dones és baix ⁶⁹. En canvi, els parts vaginals són percebuts com el mètode preferit de part, i quan aquest succeeix, el nivell de satisfacció de les dones és molt alt ¹³.

Malauradament, actualment encara hi ha intervencionisme innecessari en moltes unitats obstètriques, incrementant el risc de morbiditat i fins i tot de seqüeles psicològiques i emocionals que poden afectar l'establiment del vincle entre mare i fill ^{70,72}. Conseqüentment, el paper de la llevadora és primordial per assegurar que els desitjos dels futurs pares siguin respectats, igualment que s'exerceixi el mínim

d'intervencions i s'utilitzin pràctiques basades en l'evidència durant el part de baix risc ⁷².

Analgèsia

La reducció de dolor durant el part ha demostrat també millorar els nivells de satisfacció materna en un 60% ⁷³. La sensació de dolor és una percepció única de cada persona i per tant, tot i tenir instruments com l'Escala Analgèsica Visual (EVA) per conèixer la intensitat del dolor manifestada per les dones, no es pot valorar la durada d'aquest dolor ⁷⁴. Les dones prefereixen el dolor de baixa intensitat però d'intensitat llarga abans que un dolor molt intens però de curta durada ⁷⁴. Per tant, la valoració del dolor intrapart és un tema a explorar ⁷⁴, calen més instruments i estudis per saber com gestionar el dolor de les gestants intrapart, per proporcionar seguretat i confort a la persona afectada. Disposar i utilitzar recursos per valorar i pal·liar el dolor forma part de les competències de les llevadores, que si, a més, tenen la possibilitat de donar un suport *one-to-one*, aquest facilita l'establiment del vincle amb la dona ⁷⁷. Tal com suggereix Hoddnet et al. ¹³, el dolor pot ser un factor a explorar però sembla no ser determinant en la satisfacció al part ja que intervenen múltiples factors culturals i d'expectatives de la dona.

Inici de part

Per gestionar el dolor també s'ha de tenir en compte el tipus d'inici de part, ja que el dolor pot ser percebut de manera més intensa quan les contraccions són provocades per medicació, a diferència de quan apareixen de manera espontània ⁷⁵. Les dones amb un procés de part espontani i, per tant, no induït i amb menys nivell d'intervenció, refereixen millors nivells de satisfacció ⁷⁶. Tanmateix, els nivells de satisfacció també són més elevats quan el part és vaginal en comparació amb parts distòcics o cesàries ⁶⁹.

Suport professional *one-to-one* i acompanyament

Una revisió sistemàtica suggereix que el suport continuat durant el part té un impacte en la millora en els nivells de satisfacció de les dones, ja que la satisfacció està associada amb la capacitat de transmetre suport emocional, millorar el confort de la dona i advocar per els seus interessos, el que farà que augmenti la percepció de control d'ella mateixa ^{13,2}. *El one-to-one care* aporta seguretat a les dones i a les

seves parelles, a més de facilitar la creació d'un vincle entre els professionals i les parelles i poder establir una relació de confiança, augmentant els nivells de satisfacció també ⁷⁷.

Rebre el suport d'un acompanyant durant el part, sigui la parella o una altra persona, redueix les necessitats d'analgèsia de la dona, les probabilitats de cesària o part instrumentat, i menys possibilitats d'insatisfacció amb l'experiència de part ^{3,5,13,33 78}. A més a més, la presència de la parella també està relacionada amb menys probabilitats de parts instrumentats o cesàries, augmentant la possibilitat de tenir un part eutòcic ⁵. L'establiment del vincle efectiu també es veu potenciat per la parella si aquesta és present ³.

És important proporcionar informació detallada sobre la necessitat de tenir un acompanyant en el part, de manera que la dona pot planificar el seu procés de part amb una persona que sigui de la seva confiança, ja que és un factor determinant en la satisfacció materna ⁷⁹. Les dones aprecien la presència d'un acompanyant, sobretot si és la parella, i valoren més positivament l'experiència de part si el personal sanitari informa degudament i involucra la parella en la presa de decisions ^{6, 77}.

Paritat

S'ha observat que la satisfacció de les dones també pot ser variable segons la seva paritat ⁸⁰. Les dones primigràvides manifesten majors índexs de satisfacció amb el suport rebut per part dels professionals que les dones múltiples⁸⁰. Els autors justifiquen el possible biaix de resultats degut a que els professionals poden assumir que les dones múltiples ja tenen experiència i informació, i per tant reben menys suport i atenció que les dones primigràvides que no tenen informació ni experiència prèvia ⁸⁰. Tot i així, Williams and Calnan ⁸¹ també van trobar diferències significatives amb els nivells de satisfacció segons l'edat quan es puntuaven les cures rebudes durant el part, i les dones de major edat puntaven més bé que les de menor edat. En canvi, només va trobar coincidències en satisfacció i edat en alguns aspectes de control i atenció de la gestació amb el *WOMB's questionnaire*, argumentant que l'augment de satisfacció estava relacionat amb la major proporció de múltiples amb edats més elevades ⁸⁰. Cal especificar doncs, que la majoria de resultats no

establien una relació significativa, per tant els resultats no són aplicables a la població general ⁸², tot i així ens serveix per exemplificar la varietat de resultats en satisfacció amb el part segons els autors, considerant-lo com a possible determinant, i per valorar els instruments de mesura.

Efectes de la baixa satisfacció

L'impacte de la baixa satisfacció de les dones amb el procés del part ha demostrat tenir un impacte negatiu també sobre l'establiment de la lactància materna de manera efectiva, incrementant nivells d'estrès post-traumàtic, depressió post part i un increment de cesàries electives per decisió materna en futurs embarassos ^{83,84}. Conseqüentment, la satisfacció no només és un ítem important a l'hora de mesurar les nostres actuacions, sinó també és un factor d'impacte en la salut de les embarassades, puérperes i els seus nadons.

1.5. Justificació i vinculació amb la promoció de la salut

L'experiència personal del procés de part és multifactorial, tal i com s'ha esmentat anteriorment, i està altament determinada per un judici personal i subjectiu ⁸⁵. Tot i aparentar un procés poc complicat des del punt de vista dels professionals, les dones poden percebre el procés de part traumàtic i amb sensació de pèrdua de control, el que pot augmentar les interaccions interpersonals de caràcter hostil i no respectuoses ^{86,87}. Conseqüentment, és primordial saber l'opinió de les dones sobre el procés de part ja que la nostra percepció com a professionals es pot allunyar molt de la percepció de les dones implicades.

L'atenció centrada en la persona és l'estratègia proposada per l'OMS⁶⁷ i adoptada pel Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya ⁸⁸, per poder assolir els objectius de desenvolupament en salut del nou mil·lenni amb una assistència integrada. Aquest nou model de salut pretén col·locar les persones i la comunitat al centre de l'atenció dels serveis sanitaris, de manera que es facin més accessibles, comprensibles i que responguin a les necessitats de la població. Les millores del model de salut proposat són considerables, entre elles la satisfacció de les dones. Conseqüentment, en compliment de les noves orientacions de l'OMS, el Departament de Salut i complint els criteris ètics d'autonomia i beneficència, el

model d'atenció centrat en la persona té com a objectiu poder incrementar la participació de les persones i millorar la satisfacció d'aquestes.

L'any 2010 es va desenvolupar a Suècia el *Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ)¹⁶, que mesurava 4 dimensions de les experiències durant el part: capacitat personal (*own capacity*), suport professional (*professional suport*), sensació de seguretat (*percieved safety*) i participació (*participation*). Mesurar l'impacte de les intervencions de l'experiència de les dones durant el procés de part es considera igual d'important que l'impacte que poden tenir els resultats de les cesàries, la perimortalitat o la morbiditat⁸⁹. Tot i ser un tema primordial, la satisfacció de les dones no s'ha inclòs a cap dels estudis aleatoritzats controlats durant els últims deu anys a nivell internacional¹⁵, pel que fa pensar que tot i ser un tema d'actualitat, precisa més recerca i evidència, el que ajudaria a definir la pràctica clínica i millorar l'atenció holística a la persona.

L'opinió i la satisfacció de les dones embarassades durant el procés de part és un component important per poder avaluar la qualitat dels serveis de ginecologia i obstetrícia i d'aquesta manera millorar l'atenció¹¹. Quan es vol conèixer la satisfacció de les dones, és important no preguntar directament per aquesta satisfacció, ja que els qüestionaris elaborats sense validar solen sobreestimar els nivells de satisfacció de les persones, tal i com suggereix Heines H et al.⁸⁴. És necessari doncs, preguntar ítems secundaris que faran que el nivell de satisfacció sigui menor o major, com per exemple; la continuïtat de les cures, l'accés a aquestes cures, les habilitats interpersonals, el nivell de competència i la durada del procés⁹⁰.

L'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona és el centre de referència de les comarques de Girona per el control de la gestació i assistència al part d'alt risc i molt alt risc, degut a l'associació esmentada i segons l'evidència trobada, es vol conèixer la percepció de les dones assistides al centre esmentat amb l'objectiu de millorar l'assistència les dones de sala de parts, realitzar propostes de millora i dinamitzar el servei i la institució per incrementar la qualitat dels serveis prestats tenint com a centre la persona atesa.

2. Objectius

2.1. Objectiu principal

Conèixer la satisfacció respecte a l'atenció al part de les dones que acudeixen al servei d'Obstetrícia i Ginecologia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.

2.2. Objectius específics

- 1) Conèixer la relació entre les variables demogràfiques amb el nivell de satisfacció de les dones i les seves perspectives durant el procés de part.
- 2) Conèixer la relació de les variables clíniques, amb el nivell de satisfacció de les dones i les seves perspectives durant el procés de part.

3. Metodologia

3.1. Disseny

S'ha realitzat un estudi descriptiu i transversal, utilitzant una metodologia quantitativa durant els mesos de març a juny del 2017. La mostra escollida va ser un grup de dones embarassades de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, que ja és el centre de referència de patologia obstètrica i alt risc de les comarques de Girona. A més és el centre al qual treballa i per tant hi tinc fàcil accés.

3.2. Àmbit d'estudi

Unitat de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, planta de maternitat (4^a A).

3.3. Població

Dones assistides durant el part a la Unitat de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, Sala de Parts, durant els mesos de Març, Abril, Maig i Juny del 2017.

3.4. Criteris d'inclusió i exclusió

Criteris d'inclusió

- Puérperes que hagin estat assistides durant el part al Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona.
- Parts vaginals eutòcics i parts vaginals instrumentats.
- Cesàries amb treball de part.

Criteris d'exclusió

- Cesàries programades.
- No voluntat de participar a l'estudi.
- No presència al servei durant la recollida de dades.
- Parts extramurs.
- Dificultat idiomàtica que impedeixi l'ompliment del qüestionari.
- No haver contestat a la totalitat de les preguntes del qüestionari.

3.5. Mostra

La mitjana de parts mensuals al Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona és de 115 parts, per tant tenint present un interval de confiança del 95%, un marge d'error del 5% i una distribució de la mostra del 50%, la mida de la mostra calculada és de 297 dones.

Atesa la impossibilitat d'aconseguir una mostra completa en el temps disponible per realitzar l'estudi, es va decidir utilitzar un tipus de mostreig no probabilístic i de conveniència ja que es seleccionava la mostra que acudia al centre de referència durant el control d'embaràs segons la seva pròpia elecció del centre d'assistència al part entre els mesos de març i juny del 2017. La mostra obtinguda es va utilitzar per realitzar un estudi pilot, i posteriorment s'anirà reclutant més participants per tal de tenir la mostra representativa.

La mostra obtinguda de 90 dones es va recollir des del dia 28 d'abril fins el dia 30 de juny del 2017 a la planta de maternitat de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona. Del total de 90 participants, es van excloure 10 dones (11,1%); 4 per no

disposar de totes les dades requerides a l'estudi, i 6 per no complir els criteris d'inclusió ja que eren cesàries programades i no cesàries en treball de part. Conseqüentment, **la mostra final d'estudi va ser de 80 dones.**

3.6. Variables

Variables sociodemogràfiques

- **Edat:** Edat de les participants, variable quantitativa discreta.
- **Població de residència:** Població en la qual les participants resideixen i per tant tenen el domicili habitual. Variable qualitativa nominal. Es va agrupar en rural i urbana per l'anàlisi bivariant.
- **Nivell d'estudis:** Nivell d'estudis finalitzat de les participants, Variable qualitativa ordinal amb 4 categories: Primaris, Obligatoris (ESO), Superiors (Batxillerat, FP), Universitaris.
- **Estat d'ocupacional:** Estat ocupacional de les participants en el moment de l'estudi. Variable qualitativa nominal amb 4 categories: Tasques de la llar, Empleada, Contractada, en Situació d'atur/Estudiant. Es va agrupar en dicotòmica per l'anàlisi bivariant (empleada/no empleada).
- **Nacionalitat:** Nacionalitat de les participants. Variable qualitativa nominal. Es va agrupar en nacional i immigrant per l'anàlisi bivariant.
- **Estat civil:** Estat civil de les participants en el moment de l'estudi. Variable qualitativa nominal amb 4 categories: soltera, viu en parella, casada, viuda. Es va agrupar en dicotòmica per l'anàlisi bivariant (soltera/en parella).

Variables clíniques

- **Tipus de part:** Tipus de part segons el tipus d'expulsiu ocorregut. Variable qualitativa nominal en 4 categories: vaginal sense anestèsia (natural), vaginal amb anestèsia peridural, vaginal instrumentat, cesària intrapart. Es va agrupar com a part eutòcic o distòcic per l'anàlisi bivariant.
- **Paritat:** quantitat de fills de les participants abans d'aquest últim embaràs. Variable qualitativa nominal dividida en 2 grups: nul·líparas (cap fill anterior), múltiples (1 o més fills anteriors).
- **Professional d'assistència a l'expulsiu:** variable qualitativa nominal dicotòmica; llevadores/LLIRs o ginecòlegs/MIRs.

- **Edat gestacional:** Setmanes de gestació en el moment del part, variable quantitativa contínua.
- **Inici de part:** Manera com s'ha iniciat al part, té dues possibles respostes: part espontani o part induït. Variable qualitativa dicotòmica.
- **Utilització oxitòcics:** La utilització d'oxitòcics durant el procés de part. Variable qualitativa dicotòmica, 2 possibles respostes: si o no.
- **Utilització d'analgèsia intrapart:** variable qualitativa dicotòmica, dos possibles respostes: si o no.
- **Mesures d'analgèsia intrapart:** Variable qualitativa nominal multi resposta amb opció de 7 categories: bossa d'aigua calenta, dutxa/banyera, massatge, pilota, anestèsia peridural, anestèsia raquídia/general, o absència de mesures d'analgèsia.
- **Mesures d'analgèsia agrupades:** variable qualitativa nominal de 4 categories: sense analgèsia, analgèsia farmacològica, analgèsia no farmacològica i analgèsia combinada (farmacològica i no farmacològica).
- **Categorització de risc de l'embaràs:** Estat de categorització de risc de l'embaràs abans del part. Variable qualitativa nominal amb dues categories: baix/mig risc o alt risc.
- **Assistència a classes de preparació al naixement:** variable qualitativa dicotòmica (si/no).
- **Seguiment de l'embaràs:** Tipologia de seguiment de l'embaràs, amb 3 opcions de resposta: seguiment per centres sanitaris públics, seguiment per centres sanitaris privats i seguiment mixt. Variable qualitativa nominal.
- **Canvi d'hospital de referència:** Variable Qualitativa nominal dicotòmica (si o no).
- **Motiu de canvi d'hospital de referència:** Motiu pel qual les gestants van canviar l'hospital escollit al principi de l'embaràs per l'assistència al part. Variable qualitativa nominal amb 3 respostes possibles: criteris de risc, motius personals o bé altres.
- **Presència acompanyant:** Presència d'acompanyat durant el procés de part. Variable qualitativa dicotòmica (si o no).
- **Acompanyant:** Persona que acompanya a la dona durant el procés de part. Variable qualitativa nominal amb 4 respostes possibles: parella, familiar, amic/amiga, altres.

- **Ingrés a Unitat de Cures Intensives Neonatal (UCIN):** Ingrés del nou-nat a la UCIN durant les primeres 24h de vida. Variable qualitativa dicotòmica (si o no).

Variables relacionades amb la satisfacció

Totes les variables que mesuren la satisfacció són qualitatives ordinals amb 4 categories: totalment d'acord, bastant d'acord, bastant en desacord, totalment en desacord. Es van categoritzar numèricament a l'escala de Likert amb valors del 1 (totalment en desacord) al 4 (totalment d'acord).

La variable **Puntuació Final CEQ** és el sumatori de la puntuació de tot el qüestionari de satisfacció, i té un valor mínim de 1 punt (menys satisfacció) i un valor màxim de 4 punts (molta satisfacció).

Cada pregunta del qüestionari correspon a una variable, i aquestes s'agrupen en 4 variables de dominis puntuats també del 1 al 4 a l'escala de Likert. Els dominis són els següents:

Domini de Capacitat Personal (CEQ-CP)

- *En general durante el parto, ¿sentiste dolor?». Variable amb puntuació invertida.*
- *Me sentí capaz durante el parto.*
- *Me sentí fuerte durante el parto.*
- *En general durante el parto, ¿sentiste que tenías control?.*
- *Me sentí feliz durante el parto.*
- *Me sentí capaz de manejar bien la situación.*
- *Me sentí cansada durante el parto. Variable amb puntuació invertida.*
- *El parto fue como esperaba.*

Domini de Percepció de Seguretat (CEQ-S)

- *Me sentí muy bien atendida por la matrona.*
- *La matrona dedicó la atención necesaria a mi pareja.*
- *La matrona me dedicó la atención necesaria.*
- *La matrona me mantuvo informada sobre todo lo que estaba pasando durante el parto.*
- *La matrona entendió mis necesidades.*

Domini de Suport Professional (CEQ-SP)

- *En general durante el parto, ¿te sentiste segura?*

- *Me ponen triste algunos recuerdos del parto.* Variable amb puntuació invertida.
- *Me dio seguridad la competencia de los profesionales*
- *Tengo muchos recuerdos negativos del parto.* Variable amb puntuació invertida.
- *Tengo muchos recuerdos positivos del parto*
- *Tenía miedo durante el parto.* Variable amb puntuació invertida.

Domini de Participació en el part (CEQ-P)

- *Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada*
- *Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé*
- *Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor*

3.7. Instruments

Es va utilitzar un qüestionari adhoc (Annex I) per la recollida de dades sociodemogràfiques de les gestants. Les variables clíniques es van recollir mitjançant una graella (Annex II), i es van completar les dades amb variables obtingudes a partir de l'accés al llibre de parts i a la base de dades SIAO on es registren totes les dades del part.

Per la recollida de dades de les variables relacionades amb el nivell de satisfacció al part i les perspectives de les gestants envers al procés es va utilitzar el Qüestionari *Childbirth experience questionnaire (CEQ) validat al Espanyol*¹⁷ (Annex III).

El qüestionari CEQ consta de 22 ítems amb l'exploració de les variables detallades anteriorment. Les 22 preguntes del qüestionari estan agrupades en 4 dominis: capacitat personal (8 ítems que exploren la sensació de control, sentiments personals durant el part i la sensació de dolor de part), suport professional (5 ítems sobre la informació rebuda i les cures rebudes per part de la llevadora), la percepció de seguretat (6 ítems relacionats amb la sensació de seguretat i memòries del part) i la participació (3 ítems que exploren les possibilitats personals que influeixen en la posició, els moviments i l'analgèsia durant el part). 19 preguntes de les 22 es responen amb puntuació a l'escala de Likert del 1 al 4, de totalment en desacord (1

punt) a totalment d'acord (4 punts). Només 3 preguntes de les 22 es valoren amb l'Escala Visual Analògica (EVA), amb valors categòrics del 0 al 10, que per ser valorats a l'escala de Likert es van agrupar en puntuacions del 1 al 4 (0-4, 5-6, 7-8, 9-10).

Els **ítems** que es pregunten de manera negativa es van invertir les puntuacions de l'escala (1 totalment d'acord – 4 totalment en desacord).

3.8. Procediment

Un cop el projecte d'estudi va estar aprovat i revisat per el CEIC de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, es va realitzar una sessió informativa per als professionals sanitaris dels servei de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona per demanar la seva col·laboració a l'estudi de manera voluntària.

El qüestionari es passava entre les 24 i les 48 hores després del part, just abans de donar l'alta hospitalària del servei de maternitat a la 4^a planta de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona a les dones que complien els criteris d'inclusió. Abans de complimentar el qüestionari calia que les participants haguessin firmat el consentiment informat i la carta informativa que se'ls entregava conforme acceptaven participar a l'estudi. El qüestionari s'emplenava de manera anònima, individual, i sense el personal sanitari present. Posteriorment, es col·locava dins d'una carpeta sense identificació. La investigadora principal passava a recollir tots els qüestionaris un cop per setmana per recollir les dades obtingudes entre els mesos de Maig i Juny.

Un cop realitzada la recollida de dades sociodemogràfiques (qüestionari Adhoc) (Annex I) i del nivell de satisfacció (Qüestionari CEQ validat a l'espanyol)¹⁷ (Annex III), es realitzava una recollida de dades clíniques del llibre de parts i de la base de dades SIAO mitjançant una graella de recollida de dades (AnnexII). Amb totes les dades es va procedir a fer l'anàlisi estadístic i a la seva interpretació, discussió i conclusió durant els mesos de Juny i Juliol.

3.9. Anàlisi de dades

En primer lloc, es va realitzar un estudi sobre la distribució de les dades quantitatives mitjançant la prova de Kolmogorov-Smirnov que va determinar que es requerien models de prova no paramètrica.

Es va realitzar un anàlisi descriptiu univariant amb els estadístics descriptius de tendència central (mitjana i mediana) i dispersió (desviació estàndard o rang interquartílic) de les variables numèriques. Les variables categòriques s'expressaven en freqüències i percentatges.

Per l'anàlisi bivariant es va utilitzar la prova de U de Mann-Whitney per una variable quantitativa i una qualitativa en dos grups independents i la prova Kurskal Wallis per a més de dos grups independents. Per l'anàlisi bivariant de dues variables quantitatives es va realitzar la correlació de Spearman.

Els resultats es van considerar significatius si el $p.\text{valor} < 0,05$. Per l'anàlisi es va utilitzar el programa estadístic SPSS per a Windows.

3.10. Aspectes ètics

El projecte d'estudi es va presentar a la direcció d'infermeria de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona, al cap del Servei de Ginecologia i Obstetrícia, a la supervisora d'infermeria de Sala de Parts i Maternitat, i al CEIC de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta per a la seva aprovació (Annex IV, V, VI, VII, VIII). Es va obtenir l'aprovació de CEIC (Annex VIII).

Es va informar les participants de l'objectiu de l'estudi, les quals van ser voluntàries i van precisar de firmar un Consentiment Informat (Annex IV, V) i un full informatiu (Annex VI, VII), amb cap conseqüència derivada de la decisió de no participar en l'estudi. Es va garantir l'anonimat de les dades seguint la Llei Orgànica Espanyol de protecció de dades de caràcter personal 15/1999.

4. Resultats

4.1. Característiques sociodemogràfiques

Participaren a l'estudi 80 dones. La mitjana **d'edat** és de 32,35 (DS 4,73) anys, una mediana 33 i una moda 34 anys. L'edat mínima va ser de 22 anys i l'edat màxima de 43 anys. A la Taula 1 i Taula 2 es descriuen totes les variables demogràfiques expresades en freqüència i percentatge.

Taula 1: Variables Sociodemogràfiques I

Variables sociodemogràfiques	
Àmbit de residència* (n=80)	
Urbà	45 (56,3)
Girona	41 (51,2)
Salt	2 (2,5)
Rural	35(43,8)
Banyoles	7 (8,8)
Blanes	4 (5,0)
Celrà	2 (2,5)
Altres (<i>1 habitant x població</i>)	24 (30,0)
País origen* (n=80)	
Autòctona	
Espanya	63 (78,75)
Immigrant	
Honduras	6 (7,5)
Romania	4 (5,0)
Marroc	3 (3,75)
Ucraïna	2 (2,5)
Rússia	1 (1,25)
Senegal	1 (1,25)
Nivell Estudis* (n=80)	
Primàris/ESO	25 (31,25)
Superiors(Batxillerat/FPS)	18 (22,5)
Universitaris	37 (46,25)
Situació Ocupació* (n=80)	
Treball actiu	
Empleada	54 (67,5)
Autònoma	2 (2)
Treball no actiu	
Tasques de la llar	16 (20)
Atur	8 (8)

Variables qualitatives: valors expresats en N (%).*

Taula 2: Variables Sociodemogràfiques II

Variables sociodemogràfiques	
Estat Civil*	(n=80)
Parella	73(91,3)
Viu en parella	36 (45)
Casada	37 (46,3)
Soltera	7 (8,8)
Assistència classes preparació naixement*	(n=80)
Si	41 (51,2)
No	39 (48)
Acompanyant present durant el procés de part*	(n=80)
Si	78(97,5)
Parella	72 (90)
Familiar	6 (7,5)
No	2 (2,5)
Seguiment de l'embaràs*	(n=80)
Sanitat Pública	65 (81,3)
Sanitat Privada	8 (10)
Mixte	7 (8,8)
Hospital escollit per assistència al part*	(n=80)
Hospital Dr.Josep Trueta	61 (76,3)
Altres	19 (23,8)
Motiu canvi de centre d'assistència al part*	(n=19)
Criteris de risc	18 (94,7)
Personals	1 (5,3)
Edat **	(n=80)
	32,35
	(4,712)

Variables qualitatives: valors expresats en N (%).*

*Variables quantitatives**: valors donats en mitjanes (DS).*

4.2. Característiques Clíniques

L'edat gestacional en el moment del part és expresada en setmanes de gestació (SG) i la mitjana observada va ser de 38,52 SG (DS 2,583). La partitad de les gestants, va ser representada per 38 dones nul·líparees (47,5%) i 42 dones múltiples (52,5%). El 56,3% de les dones estaven categoritzades d'alt o molt alt risc.

Pel que fa al **tipus de part** observat, el **part eutòcic amb anestèsia peridural** va ser el més observat amb una freqüència de 30 dones (37,50%), i les **mesures d'analgèsia més utilitzades** vam ser les **farmacològiques**, 30 dones (37,5%).

L'anàlisi descriptiu de les variables clíniques s'exposa a la Taula 3 i Taula 4.

Taula 3: Variables Clíniques I

Variables Clíniques	Mostra (n=80)
Mesures analgèsia	
Termoteràpia	20/80(25)
Hidroteràpia	15/80 (18,8)
Massatge	10/80 (12,5)
Esferodinàmia	32/80 (40)
Analgèsia Peridural	55/80 (68,8)
Anestèsia Raquidea	3/80 (3,8)
Sense mesures	8/80 (10)
Analgèsia	
Si	72(90)
No	8(10)
Mesures Analgèsia grups	
Cap mesura	8(10)
No farmacològica	15(18,8)
Farmacològica	30(37,5)
No farmacològica + farmacològica	27(33,8)
Ingrés UCI neonatal	
Si	15 (18,8)
No	65 (81,3)
Edat gestacional	38,52 (82,2583)

Variables qualitatives: valors expresats en N (%)*.

*Variables quantitatives**: valors donats en mitjanes (DS)*.

Taula 4: Variables clíniques II.

Variables Clíniques	Mostra (n=80)
Paritat	
Nul·lípara	38 (47,5)
Multipara	42 (52,5)
Avalluació risc de part	
Baix/Mig	35 (43,8)
Alt/Molt alt	45 (56,3)
Inici de part	
Espontàni	53 (66,3%)
Induït	27 (36,3)
Oxitòxics	
Si	47 (58,8)
No	33 (41,3)
Tipus de Part	
Eutòcic	
Natural	23 (28,7)
Vaginal	30 (37,5)
Distòcic	
Instrumentat	16 (20)
Cesarea Intrapart	11 (13,75)
Professional atenció expulsiu	
Llevador/LLIR	40 (50)
Ginecòleg/MIR	40 (50)

Variables qualitatives: valors expressats en N (%).*

*Variables quantitatives**: valors donats en mitjanes (DS).*

4.3. La satisfacció de les dones

Les **preguntes del CEQ** han estat classificades cadascuna amb una variable per poder realitzar l'anàlisi estadístic i el descriptiu. De cada pregunta tenia 4 possibles respostes de l'escala de Likert; Totalment d'acord (4 punts), bastant d'acord (3 punts), bastant en desacord (2 punts), i totalment en desacord (1 punt). Les preguntes del qüestionari CEQ s'ha agrupat en 4 dominis.

La variable **Puntuació final del CEQ** agrupa la puntuació mitjana de satisfacció per totes les variables de domini del CEQ, amb una puntuació mínima d'1 punt i màxima de 4 punts. La puntuació mitjana total a l'escala de Likert va ser de 68,88 punts (DS

10,106), una mediana de 70 punts i una moda de 71 punts, amb un mínim 35 punts i un màxim de 85 punts. La **mitjana agrupada** de la satisfacció total al CEQ a l'escala de Likert va ser de **3,13 punts (DS 0,54)**.

Domini Capacitat Personal (CEQ-CP)

La variable quantitativa **domini capacitat personal (CEQ-CP)** agrupa els nivells de satisfacció per 8 variables. La puntuació mitjana a l'escala de Likert total del CEQ-CP va ser de 22,71 punts (DS 4,39), una mediana i una moda de 23 punts, amb un mínim 10 punts i un màxim de 30 punts. La mitjana agrupada del domini CEQ-CP va ser de **2,83 punts (DS 0,45)**.

Domini Suport Professional (CEQ-SP)

La variable quantitativa **Domini Suport Professional (CEQ-SP)** agrupa els nivells de satisfacció per 5 variables amb diferents. La puntuació mitjana a del domini CEQ-SP va ser de 18,75 punts (DS 2,30), una mediana i una moda de 20 punts amb un mínim 8 punt i un màxim de 20 punts. La mitjana agrupada del domini CEQ-SP a l'escala de Likert va ser de **3,75 punts (DS 0,09)**.

Domini de Percepció de Seguretat (CEQ-S)

La variable **Domini Percepció de Seguretat (CEQ-S)** agrupa els nivells de satisfacció per 6 variables amb diferents nivells de satisfacció. La puntuació mitjana del domini CEQ-S va ser de 18,77 punts (DS 3,90), una mediana i una moda de 19 punts i una moda de 21 punts, amb un mínim 8 punts i un màxim de 24 punts. La mitjana agrupada del domini CEQ-SP a l'escala de Likert va ser de **3,12 punts (DS 0,45)**.

Domini de Participació (CEQ-P)

La variable **Domini de Participació (CEQ-P)** agrupa els nivells de satisfacció per 3 variables amb diferents nivells de satisfacció a l'escala de Likert (1-4). La puntuació mitjana del domini CEQ-P va ser de 8,63 punts (DS 2,69), una mediana de 9 punts i una moda de 12 punts, amb un mínim 3 punts i un màxim de 12 punts. La mitjana agrupada del domini CEQ-SP a l'escala de Likert va ser de **2,88 punts (DS 0,49)**.

A la Taula 5 es mostren els resultats obtinguts de les preguntes de l'escala de satisfacció CEQ (Likert) expresats en mitjana, desviació estàndar, mediana i, màxim i mínim per cada variable.

Taula 5: Variables Satisfacció de les dones

Puntuació CEQ Likert (n=80)			
Variables CEQ	Σ Mitjana (DS)*	Me**	Mitjana(DS) Likert*
Domini Capacitat Personal (CP-CEQ)	22,71 (4,39)	23	2,83(0,45)
En general durant el part vaig sentir dolor	2,26 (1,14)	2	
Em sentia segura/capaç	3,26 (1,03)	3	
Em sentia forta	3,11 (0,90)	3	
En general durant el part vaig tenir el control	2,80 (1,00)	3	
Em sentia feliç	3,10 (1,00)	3	
Sentia que manejava la situació	3,25 (0,83)	3	
Estava cansada durant el part	2,05 (0,98)	2	
El part va ser com esperava	2,88 (1,03)	3	
Domini Suport Professional (SP-CEQ)	18,75 (2,30)	20	3,75(0,09)
Em vaig sentir molt ben atesa per la llevadora	3,79 (0,52)	4	
La llevadora va dedicar suficient atenció a la meua parella	3,81 (0,51)	4	
La llevadora em va dedicar suficient atenció	3,61 (0,70)	4	
La llevadora em va mantenir correctament informada del procés	3,84 (0,37)	4	
La llevadora va entendre les meves necessitats	3,70 (0,66)	4	
Domini Percepció de seguretat (S-CEQ)	18,77 (3,91)	19	3,12(0,45)
En general durant el part em vaig sentir segura	3,20 (0,99)	3,5	
Algunes memories del part em fan estar trista	3,15 (1,14)	4	
La impressió de competència professional em feia sentir segura	3,75 (0,59)	4	
Tinc bastants records negatius del part	3,15 (0,97)	3	
Tinc bastants records positius del part	3,15 (1,04)	4	
Estava espantada durant el part	2,38 (1,12)	2	
Domini Participació (P-CEQ)	8,64 (2,69)	9	2,88(0,49)
Em semblava que odia escollir estar dreta, movent-me o estirada	2,09 (0,64)	4	
Em semblava que podia escollir la posició d'expulsiu	2,64 (1,19)	3	
Em semblava que podia escollir entre diferents mesures d'analgèsia	3,08 (1,19)	3	
Valoració Final CEQ	68,87(10,11)	70	3,13(0,54)

Variable quantitativa expresada en mitjana(DS)*, mediana**

4.4. Relació entre les variables demogràfiques amb el nivell de satisfacció de les dones i les seves perspectives durant el procés de part

Les diferents variables sociodemogràfiques estudiades es van contrastar amb les variables de satisfacció del qüestionari CEQ per buscar possibles diferències significatives entre el nivell de satisfacció de les dones.

Les variables de satisfacció escollides per fer el contrast de relacions van ser: **Domini de Capacitat Personal (CP-CEQ)**, **Domini de Participació (P-CEQ)**, **Domini de Seguretat (S-CEQ)**, **Domini de Suport Professional (SP-CEQ)** i **Puntuació Final del CEQ (CEQ)**. També es van explorar les variables **Nivell de dolor**, **Nivell de Seguretat** i **Nivell de Control** que són preguntes del mateix qüestionari CEQ.

Els resultats obtinguts amb la comparació de les variables sociodemogràfiques i les variables que mesuren la satisfacció es mostren a la Taula 6. Els resultats significatius van ser els següents:

L'**estat civil** de les dones es va relacionar amb la percepció de participació durant el procés de part ($p \leq 0,05$). Les dones que casades o amb parella van tenir puntuacions més elevades en el **domini de participació** en el CEQ que les dones que eren solteres.

L'**hospital de referència** escollit per l'assistència al part es va relacionar amb la sensació de control i la percepció de participació durant el procés. Les dones que havien escollit l'hospital Josep Trueta com a primera opció de part tenien **nivells de seguretat** superiors ($p \leq 0,05$) i de **domini de participació** en el CEQ ($p \leq 0,05$) en comparació amb les dones que havien escollit altres hospitals en primera opció.

Taula 6: Relació Variables Sociodemogràfiques i Variables del Nivell de Satisfacció (II).

Variables sociodemogràfiques				Variables Nivell satisfacció												
		CP-CEQ		SP-CEQ			S-CEQ			P-CEQ			CEQ Final			
Mostra (n=80)	N	R	Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor
Edat *	32,35		-0,001	0,99		0,47	0,68		-0,27	0,81		-0,27	0,81		-0,42	0,71
Àmbit residència**			779,5	0,98		734	0,54		691	0,35		708	0,44		707	0,43
Urbà	45	40,32			39,31			42,64			18,46			42,29		
Rural	35	40,73			42,03			37,74			42,62			38,2		
Origen **			465	0,41		479	0,44		502	0,69		471	0,36		458	0,36
Autòctona	63	39,38			39,61			39,97			39,48			39,27		
Immigraent	17	44,65			43,79			42,47			44,29			45,06		
Nivell Estudis***			1,889	0,29		2,502	0,27		2,614	0,27		0,316	0,85		0,252	0,88
Primàris/ESO	25	40,54			44,44			34,34			42,64			38,78		
Superiors(Batxillerat/FPS)	18	46,64			46,64			44,17			39,36			42,31		
Universitaris	37	37,49			37,49			40,62			39,61			40,78		
Situació Ocupació**			604	0,47		622	0,90		650	0,82		615,5	0,56		658,5	0,89
Treball actiu	56	43,33			40,92			39,58			38,19			41,06		
Treball no actiu	24	39,29			40,32			40,89			41,49			40,26		
Estat Civil**			242	0,82		164	0,07		179	0,19		101	0,008**		148,5	0,82
Soltera	7	27,43			27,43			29,57			18,43			25,21		
Parella	73	41,75			41,75			41,55			42,62			41,97		
Assistència classes preparació naixement**			762	0,72		731,5	0,422		739	0,559		793,5	9,53		793,5	0,95
No	41	41,41			42,16			39,02			40,65			40,65		
Si	39	39,54			38,76			42,05			40,35			40,35		
Acompanyant present durant el procés de part **			69,00	0,78		18,5	0,03**		70,5	0,816		22,5	0,08		39	0,229
No	78	36,00			10,75			36,75			12,75			21,00		
Si	2	40,62			41,26			40,60			41,21			41,00		
Seguiment de l'embaràs***			0,82	0,66		0,61	0,74		1,18	0,55		0,18	0,91		0,712	0,701
Sanitat Pública	65	39,54			40,42			39,16			41,02			39,46		
Sanitat Privada	8	47,31			37,13			45,44			38,38			45,75		
Mixte	7	41,64			45,07			47,29			38,07			44,14		
HUJT escollit per assistència al part**			579,50	1,00		507,50	0,34		460,50	0,12		336,50	0,005**		464,50	0,193
Si	61	769,50			697,50			650,50			526,50			654,50		
No	19	2470,50			2542,50			2589,50			2713,50			2585,50		
Motiu canvi de centre d'assistència al part**			5,00	0,46		1,500	0,13		1,50	0,17		1,00	0,14		4,00	0,36
Criteris de risc	18	10,22			10,42			10,42			9,56			10,28		
Personals	1	6,00			2,50			2,50			18,00			5,00		

Estadístics: U Man-Whitney**, Kurskal Wallis***, i Correlació d'Spearman*. **p.valor>0,05 amb risc a.** Variable qualitativa: Freqüències (N) i Rang promig R.

Taula 7: Relació Variables Sociodemogràfiques i Variables del Nivell de Satisfacció (I).

Variables sociodemogràfiques		Dolor			Control			Seguretat		
Mostra (n=80)	N	R	Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor
Edat *	32,35		0,92	0,419		0,75	0,507		0,168	0,136
Àmbit residència**			665,5	0,218		783,5	0,968		759,5	0,768
Urbà	45	37,79			40,59			41,12		
Rural	35	43,99			40,39			39,7		
Origen **			428,5	0,19		409,5	0,122		435,5	0,201
Autòctona	63	42,2			38,5			38,91		
Immingrant	17	34,21			47,91			46,38		
Nivell Estudis***			2,084	0,353		0,063	0,969		0,067	0,967
Primàris/ESO	25	44,86			40,58			39,7		
Superiors(Batxillerat/FPS)	18	42,11			39,39			41,39		
Universitaris	37	36,77			40,99			40,61		
Situació Ocupació**			618,5	0,571		600,5	0,448		522,5	0,108
Treball actiu	56	38,27			43,48			46,73		
Treball no actiu	24	41,46			39,22			37,83		
Estat Civil**			201,5	0,338		191,5	0,256		163,5	0,089
Soltera	7	48,21			31,36			27,36		
Parella	73	39,76			41,38			41,76		
Assistència classes preparació naixement **			694,5	0,292		685,5	0,252		779,5	0,834
No	41	43,06			37,72			40,01		
Si	39	37,81			43,42			41,01		
Acompanyant present durant el procés de part**			16,000	0,047**		10	0,029**		62,000	,592
No	78	71,50			6,50			32,50		
Si	2	39,71			41,37			40,71		
Seguiment de l'embaràs ***			,300	0,861		1,091	,580		0,488	0,784
Sanitat Pública	65	39,92			41,08			41,18		
Sanitat Privada	8	44,38			33,00			39,50		
Mixte	7	41,50			43,64			35,36		
HUJT escollit per assistència al part **			432,00	0,082		259,50	0,555		367,50	0,009**
Si	61	917,00			719,50			557,50		
No	19	2323,00			2520,50			2682,50		
Motiu canvi de centre d'assistència al part **			5,50	0,508		1,00	0,130		1,500	0,154
Criteris de risc	18	10,19			10,44			10,42		
Personals	1	6,50			2,00			2,50		

U Man-Whitney**, Kurskal Wallis**, i Correlació d'Spearman*. **p.valor>0,05** amb risc a. Variable qualitativa: Freqüències (N) i Rang promig R

La **presència d'acompanyant** durant el procés de part es va relacionar amb el **nivell de sensació de control** i el **nivell de dolor**. Les dones que tenien acompanyant durant el part van obtenir una sensació de control superior ($p \leq 0,05$). Quan no hi havia presència d'acompanyant, per contra, els nivells de dolor eren inferiors ($p \leq 0,05$). També es van obtenir puntuacions superiors en el domini de suport professional en el CEQ en les dones que tenien acompanyant ($p \leq 0,05$).

4.5. Relació entre les variables clíniques amb el nivell de satisfacció de les dones i les seves perspectives durant el procés de part

El contrast entre les diferents variables clíniques estudiades i les variables del CEQ s'exposen a la Taula 8 i Taula 9. Els resultats estadísticament significatius s'han explicat més detalladament.

Taula 8: Relació Variables Obstètriques i Clíniques, amb Variables del Nivell de Satisfacció (I).

Variables Obstètriques i Clíniques		Variables Nivell satisfacció											
Mostra (n=80)	N	R	CP-CEQ		SP-CEQ		S-CEQ			P-CEQ			
			Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor	R	Estadístic	pvalor
Edat gestacional	38,52 (DS 82,2583)		-0,013	0,907		0,05	0,657		0,158	0,161		0,151	0,182
Paritat			660,00	,182		780,50	,843		752,00	,656		661,00	,182
Nul·lípara	38 (47,5)	36,87			40,04			39,29			36,89		
Múltipara	42 (52,5)	41,83			40,92			41,6			43,76		
Avaluació risc de part			784,500	,977		782,500	,955		633,000	,132		513,5	0,007*
Baix/Mig	35 (43,8)	40,41			40,36			44,91			48,33		
Alt/Molt alt	45 (56,3)	40,57			40,61			37,07			34,41		
Professional atenció expulsiu			746,5	0,606		746,50	0,545		534	0,01*		471,5	0,001*
Llevador/LLIR	40 (50)	41,84			39,16			47,15			48,71		
Ginecòleg/MIR	40 (50)	39,16			41,84			33,85			32,29		
Inici de part			604	0,255		690	0,76		431	0,004*		459,5	0,008*
Esponatani	53 (66,3%)	42,6			40,98			45,87			45,33		
Induït	27 (36,3)	36,37			39,56			29,96			31,02		
Oxitòcics			762,5	0,899		682,5	0,285		581	0,56		531,5	0,016*
No	47 (58,8)	40,89			37,68			46,39			47,89		
Si	33 (41,3)	40,22			42,48			36,36			35,32		
Tipus de Part			603,5	0,253		593	0,143		362,5	0,00*		373,5	0,00*
Eutòcic	53 (66,2)	42,61			38,19			47,16			46,95		
Distòcic	26 (33,8)	36,35			45,04			27,43			27,83		
Analgèsia			285,500	0,968		249	0,462		205,5	0,184		155	0,031*
Si	72(90)	40,81			45,38			50,81			57,13		
No	8(10)	40,47			39,96			39,35			38,65		
Mesures Analgèsia grups			1,639	0,651		1,268	0,737		9,168	0,027*		17,594	0,001*
Cap mesura	8(10)	40,81			45,38			50,81			57,13		
Farmacològica	15(18,8)	43,37			37,65			37,28			29,97		
No Farmacològica	30(37,5)	42,37			40,93			53,50			56,16		
No farmacològica + farmacològica	27(33,8)	35,96			41,98			33,80			38,59		
Ingrés UCI neonatal			477,00	0,897		469,50	0,794		354,00	0,098		212,5	0,001*
No	15 (18,8)	40,66			40,22			42,55			44,73		
Si	65 (81,3)	39,80			41,70			31,60			22,17		

U Man-Whitney**, Kurskal Wallis**, i Correlació d'Spearman*. **p.valor>0,05 amb risc a.** Variable qualitativa: Freqüències (N) i Rang promig R

Taula 9: Relació Variables Obstètriques i Clíniques, amb Variables del Nivell de Satisfacció (II).

Variables Obstètriques i Clíniques												
Mostra (n=80)	N	R	Dolor		R	Control		R	Seguretat		CEQ Final	
			Estadístic	pvalor		Estadístic	pvalor		Estadístic	pvalor	R	Estadístic
Edat gestacional	38,52 (DS 82,2583)		-0,253	0,023*		0,103	0,364		0,101	0,371	1	0,380
Paritat			745,0	0,595		742,00	0,574		782,00	,867	702,50	,357
Nul·lípara	38 (47,5)	39,11			39,03			40,08			37,99	
Multipara	42 (52,5)	41,76			41,83			40,08			42,77	
Avaluació risc de part			511	0,005*		673,5	0,249		687,500	0,292	658,500	,210
Baix/Mig	35 (43,8)	32,6			43,73			43,36			44,19	
Alt/Molt alt	45 (56,3)	46,64			37,97			38,28			37,63	
Professional atenció expulsu			559	0,016*		672	0,199		632	0,079	584	0,037*
Llevador/LLIR	40 (50)	34,48			43,7			44,7			45,9	
Ginecòleg/MIR	40 (50)	46,53			37,3			36,3			35,1	
Inici de part			693,5	0,816		675,5	0,671		655,5	0,507	454	0,008*
Esportani	53 (66,3%)	40,08			41,25			41,63			45,43	
Induït	27 (36,3)	41,31			39,02			38,28			30,81	
Oxitòcics			560	0,028*		717,5	0,554		723,5	0,581	651,5	0,225
No	47 (58,8)	33,97			42,26			42,08			44,26	
Si	33 (41,3)	45,09			39,27			39,39			37,86	
Tipus de Part			562,5	0,105		633,5	0,354		527,5	0,038*	443,5	0,006*
Eutòcic	53 (66,2)	37,61			42,05			44,05			45,63	
Distòcic	26 (33,8)	46,17			37,46			33,54			30,43	
Analgèsia			192,000	,109		260	,639		272,000	,780	217	0,254
Si	72(90)	28,50			44,00			38,50			49,38	
No	8(10)	41,83			40,11			40,72			39,51	
Mesures Analgèsia grups			21,062	0,00*		1,605	0,658		4,704	0,195	6,298	0,098
Cap mesura	8(10)	28,50			44,00			38,50			49,38	
Farmacològica	15(18,8)	54,00			37,17			36,50			37,73	
No Farmacològica	30(37,5)	24,90			45,43			50,90			51,20	
No farmacològica + farmacològica	27(33,8)	37,72			40,43			39,76			35,00	
Ingrés UCI neonatal			276,00	0,007*		487,50	1,00		467,50	0,789	342,00	0,073
No	15 (18,8)	37,25			40,50			40,19			42,74	
Si	65 (81,3)	54,60			40,50			41,83			30,80	

U Man-Whitney**, Kurskal Wallis**, i Correlació d'Spearman*. **p.valor>0,05 amb risc a.** Variable qualitativa: Freqüències (N) i Rang promig R

Relació entre risc de part i nivell de satisfacció total CEQ

La **categorització del risc** de part es va relacionar amb el **nivell de dolor** durant el part. Les dones amb una categorització de risc alt o molt alt van obtenir puntuacions de dolor més elevades ($p \leq 0,05$) a la pregunta *En general, sentiste dolor durante el parto?*, comparat amb les dones que estaven categoritzades de risc baix o mig.

La **categorització del risc** de part també es va relacionar amb la **percepció de participació** en el part. Les dones amb una categorització de risc baix o mig van puntuar més positivament a les preguntes del domini de participació al part, en comparació amb les dones de risc alt o molt alt ($p \leq 0,05$). Les dones de risc baix o mig tenien percepció d'haver participat més en seu procés de part que les dones de risc alt o molt alt.

Relació professional atenció amb nivell de satisfacció total

El **professional d'atenció a l'expulsiu** es va relacionar amb la **nivell de dolor** percebut per les dones durant en el part. Les dones ateses per Ginecòlegs o Metges Interins Residents (MIRs) tenien una percepció d'intensitat del dolor més alta, en comparació amb les dones que havien estat ateses per llevadores o Llevadores Interines Residents (LLIRs) durant l'expulsiu ($p \leq 0,05$).

També es van obtenir resultats estadísticament significatius en la relació entre el **professional d'atenció a l'expulsiu** i la puntuació en el **domini de percepció de seguretat** i el **domini de participació**. Les dones ateses Llevadores o LLIRs van puntuar més alt les preguntes del Domini de Percepció de Seguretat ($p \leq 0,05$) i el Domini de Participació ($p \leq 0,05$), en comparació amb les dones que havien estat ateses Ginecòlegs o MIRs durant l'expulsiu.

Els resultats obtinguts en les **puntuacions Finals del CEQ** en **satisfacció materna** eren més elevats significativament en les dones ateses per llevadores, en comparació amb les dones ateses per Ginecòlegs o MIRs durant l'expulsiu ($p \leq 0,05$).

Relació entre inici de part i satisfacció total CEQ

El tipus **d'inici de part** es va relacionar amb les puntuacions del **domini de seguretat**, el **domini de participació** i la puntuació **final del CEQ**. Les dones amb inici de **part espontani** van puntuar les preguntes del **domini de seguretat** més positivament que les dones que havien tingut un inici de part induït ($p \leq 0,05$). Les dones amb part espontani van obtenir puntuacions de satisfacció més altes en el **domini de participació**, en comparació amb les dones amb inici de part induït ($p \leq 0,05$). Les **puntuacions finals del CEQ** també van ser significativament més elevades en dones amb **part espontani** comparat amb dones de part induït ($p \leq 0,05$).

Relació entre utilització oxitòcics i nivell satisfacció total CEQ

La **utilització d'oxitòcics** durant el procés de part es va relacionar amb la percepció del **nivell de dolor**. Les dones a les quals se'ls havia administrat oxitòcics intrapart van puntuar una percepció de **nivell del dolor** més alta que les dones a les quals no se'ls havia administrat ($p \leq 0,05$). També es van obtenir resultats amb diferències significatives entre la **utilització d'oxitocina** i les puntuacions en el **domini de participació**. Les dones a les quals no se'ls ha administrat oxitòcics intrapart van puntuar el nivell de participació més satisfactòriament, en comparació amb les dones a les quals se'ls havia administrat oxitòcics ($p \leq 0,05$).

Relació entre tipus de part i nivell de satisfacció total CEQ

El **tipus de part** es va relacionar amb les puntuacions del **domini de seguretat**, el **domini de participació** i la puntuació **final del CEQ**. Les dones que havien tingut un **part eutòcic** van puntuar més positivament el **domini de seguretat** ($p \leq 0,05$) i el **domini de participació** ($p \leq 0,05$, en comparació amb les dones que havien tingut un part distòcic (instrumentat o cesària). També es van obtenir resultats significatius en les puntuacions de nivell de seguretat i puntuació final de satisfacció del CEQ. Les dones amb **part eutòcic** van puntuar més positivament el **nivell de satisfacció** ($p \leq 0,05$) i el nivell de **satisfacció final del CEQ** ($p \leq 0,05$), comparat amb les dones que havien tingut un part distòcic.

Relació utilització mesures d'analgèsia i nivell de satisfacció final CEQ

La **utilització d'analgèsia** durant el procés de part es va relacionar amb la **percepció de participació**. Les dones que no van utilitzar cap mesura d'analgèsia intrapart van respondre les preguntes del **domini de percepció de participació** amb puntuacions més altes que les dones que havien utilitzat analgèsia intrapart ($p \leq 0,05$).

La **utilització de mesures analgèsiques de tipus farmacològic** es va relacionar amb el **nivell de dolor** intrapart. Les dones que havien utilitzat **exclusivament mesures d'analgèsia de tipus farmacològic** van referir **nivells de dolor** més elevats, que les dones que havien utilitzat mesures no farmacològiques, mesures combinades o sense mesures ($p \leq 0,05$).

Les dones que van utilitzar **exclusivament mesures d'analgèsia de tipus no farmacològic** van puntuar més alt les preguntes del **domini de percepció de seguretat**, en comparació amb les dones que havien utilitzat mesures farmacològiques, mesures combinades o sense mesures ($p \leq 0,05$).

Les dones que **no van utilitzar cap tipus de mesura d'analgèsia** van puntuar les preguntes del **domini de participació** amb valors més elevats ($p \leq 0,05$), que les dones que havien utilitzat qualsevol tipus d'analgèsia.

Relació entre ingrés UCIN i nivell de satisfacció

L'**ingrés del nadó** a la UCIN (Unitat Cures Intensives Neonatals) durant les primeres 24 hores de vida va estar relacionat amb el **domini de participació**. Les dones de les quals el nadó no havia estat ingressat a la UCI neonatal durant les primeres 24 hores van puntuar les preguntes del domini de participació més satisfactòriament, comparat amb les dones que si havien tingut el nadó ingressat ($p \leq 0,05$). Per altra banda, les dones de les quals el nadó havia estat ingressat a la UCIN neonatal durant les primeres 24 hores van manifestar **nivells de dolor** més elevats comparat amb les dones que no havien tingut el nadó ingressat ($p \leq 0,05$).

Relació l'edat gestacional i el nivell de satisfacció

Es van obtenir resultats significatius relacionant l'edat gestacional amb el nivell de dolor intrapart ($r: 0,283$; $p\text{valor}:0,011$). Tot i així, al generar el gràfic de dispersió (Figura 4) es pot observar que no es segueix un model de recta lineal ($R^2:0,078$), el que suggereix una tendència d'augment de dolor intrapart quan de la variable edat gestacional augmenta també.

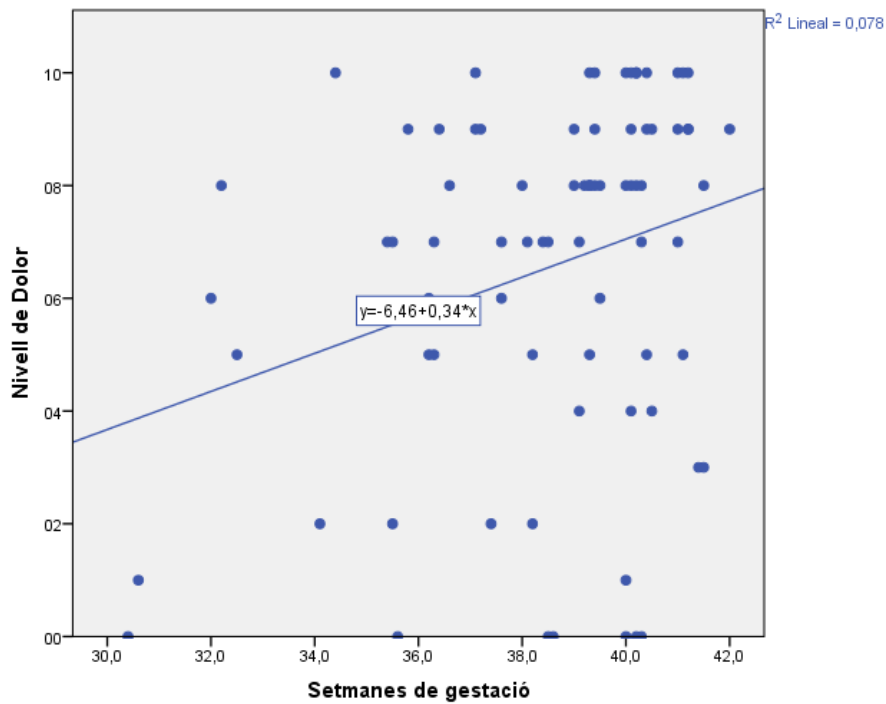


Figura 4: Gràfic de Dispersió: Nivell de Dolor i Edat Gestacional

5. Discussió

La majoria d'estudis realitzats en enquestes de satisfacció sobre el procés de part, les dones puntuen amb bons nivells la seva experiència i l'assistència rebuda, tot i que, si la satisfacció és avaluada de manera qualitativa amb preguntes obertes, solen aparèixer puntualitzacions sobre aspectes que no els han agradat o que canviarien⁸⁵. Tanmateix, és bastant poc habitual que les dones es sentin completament satisfetes amb les cures rebudes durant el procés del part⁸².

L'objectiu principal d'aquest estudi era conèixer la satisfacció de les dones amb el seu procés de part, ateses al Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona entre els mesos de Març i Juny del 2017. La satisfacció general de les dones del present estudi ha estat de punts 3,13 punts sobre 4 punts totals a l'escala de Likert. En conseqüència, la satisfacció de les dones ha estat bona, però millorable en alguns dominis. Els resultats obtinguts en satisfacció estan en consonància amb els resultats de Cogndon et al.¹⁸, tant amb la puntuació total en el CEQ (3,1 punts) com en els dominis de Seguretat, Participació i Capacitat Personal. **Els resultats obtinguts en el domini de suport professional del present estudi van ser més lleugerament més alts (3,75 punts) que els de Congdon et al.¹⁸ (3,6 punts).**

Altres estudis van obtenir nivells de satisfacció de les dones en el procés de part semblants als del present estudi^{11,92}, tot i així **no es poden comprar els resultats amb els del present estudi, ja que els instruments de mesura de la satisfacció són molt diferents al CEQ.**

En relació amb els resultats obtinguts en el present estudi per objectiu específic de conèixer la relació entre les variables demogràfiques amb el nivell de satisfacció de les dones no es van trobar diferències significatives entre les variables sociodemogràfiques **edat, població de residència, nivell d'estudis, situació laboral, assistència a classes de preparació al naixement**, i les variables del **nivell de satisfacció** en el procés de part. Tot i així, **cal interpretar els resultats del present estudi amb precaució ja que la mida mostral de**

l'estudi actual és insuficient i hi ha controvèrsia de resultats entre diversos autors en i l'estudi actual ^{80,82,91-94}. Corroborant els resultats del present estudi, altres autors que van estudiar la satisfacció al part tampoc van trobar diferències significatives entre aquestes variables sociodemogràfiques ^{91,92}. En contrast, Smith et al. ⁸⁰ suggerien que les dones nul·líparas referien pitjors nivells de satisfacció, i altres autors van constatar que les dones de major edat estaven més satisfetes⁸². Per altra banda, altres autors van constatar que la satisfacció entre les dones que acudien a les classes de preparació a part era major en comparació amb les que no havien acudit a cap classe durant l'embaràs ^{93,94}.

A la present investigació les dones amb parella estable i/o amb presència d'acompanyant van referir nivells més alts en el Domini de Participació. Les dones amb acompanyant durant el part van referir tenir més sensació de control i més percepció de suport per part dels professionals. També van referir menys sensació de dolor quan no hi havia acompanyant. Els nivells de satisfacció no van ser significativament més alts. Cal tenir en compte que només dues dones no van tenir acompanyant i van tenir una cesària, motiu pel qual es requeriria una mida mostral més gran per poder contrastar aquests resultats adequadament. Segons suggereix l'OMS a la Guia de Pràctica clínica del Part Normal ³, la presència d'acompanyant ajuda a la dona a tenir més sensació de seguretat i a participar en el procés de part ja que se sent implicada. Maillefer et al⁶ i Sandall et al.¹³, també indicaven que la implicació de l'acompanyant en el procés de part feia que les dones valoressin l'experiència més positivament, sobretot si l'acompanyant era la parella de la dona, però no mencionaven la participació. Altres autors també identificaven la presència de la parella durant el procés de part com a un factor determinant en la satisfacció materna ^{79,96}. Conseqüentment, s'identifica com a prioritària la necessitat d'afavorir la presència de la parella en tot moment durant el part.

A l'estudi actual també es van observar nivells de satisfacció més alts en el Domini de Suport Professional. Una revisió sistemàtica de Hodnett et al.¹³, va constatar que el suport continuat durant el part, proporcionat per la parella o bé per un professional, augmentava la satisfacció i la sensació d'autocontrol de les dones

durant el procés de part. Sandall et. al.⁷⁵ també suggerien que l'anomenat *one-to-one care* o suport continuat, augmentava els nivells de satisfacció.

Els resultats obtinguts en aquest treball s'han observat un **increment de la sensació de seguretat i participació en les dones que escullen l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta com a primera elecció per l'assistència al part.** Diferents estudis constaten que la sensació de seguretat està directament relacionada amb la capacitat de decisió de les dones per triar el lloc d'assistència al part⁹⁵, així com identifiquen diferències entre les dones que escollien el lloc d'assistència al part, i la participació i implicació dels dos membres de la parella⁹⁶.

Un dels objectius específics era conèixer la relació entre les variables clíniques amb el nivell de satisfacció de les dones, i s'han identificat com a determinants en un increment de la satisfacció de les dones la llevadora com a professional d'atenció a l'expulsiu, el part eutòcic i l'inici de part espontani.

L'evidència trobada a aquest estudi suggereix que **el part categoritzat d'alt risc, l'administració d'oxitocina intrapart, i l'assistència de l'expulsiu atesa per ginecòlegs o MIRs, incrementen dels nivells de dolor de les dones. Tot i així, cal remarcar que no s'han trobat diferències significatives en el nivell de satisfacció i les variables esmentades.** Els resultats obtinguts s'han d'interpretar amb cautela degut a la presència de dades atípiques. Es requeriria una mostra més gran per interpretar els resultats adequadament. Segons Dunn et al.⁶⁹, el nivell de satisfacció de les dones és més baix amb parts perllongats i amb alta intervenció. Altres autors observaren que en les gestacions d'alt risc l'intervencionisme era més freqüent, el qual s'ha identificat com a una barrera per la satisfacció al part¹³. Aquesta troballa pot anar en consonància amb l'alta intervenció tal i com suggereix altres autors, la utilització d'oxitocina intrapart per augmentar la dinàmica uterina o bé per produir-la està relacionada amb l'augment del dolor i més utilització de l'analgèsia peridural⁹⁹, i la satisfacció de les dones també era menor quan s'administrava oxitocina intrapart¹⁰⁰. A més a més, segons Jones et al.⁷⁵, la sensació de dolor pot augmentar depenent de la mobilitat, la posició de part, el sentiment de por i l'ansietat durant el part. En conseqüència, **segons les referències anteriors^{13,69,99,100}, l'intervencionisme i la poca mobilitat associada**

al part d'alt risc són factors que dificulten el maneig del nivell de dolor, si a més té en compte que el ginecòleg és el professional de referència en atenció del part d'alt risc, els resultats obtinguts en el present estudi relacionant el professional d'atenció i el nivell de dolor poden estar determinats per altres variables confusores. Per tant, els resultats s'han interpretar amb precaució i es considera necessari una mida mostral més gran per contrastar els resultats obtinguts.

Al present estudi, les dones amb part eutòcic van puntuar més alt els dominis de seguretat i participació, i la puntuació de satisfacció final també era més elevada, comparada amb les dones que van tenir parts distòcics o cesàries. **També es va observar puntuacions majors en el domini de participació quan el part era categoritzat de baix risc.** Tot i així cal esmentar que els resultats obtinguts en les puntuacions finals del CEQ s'han **d'interpretar amb cautela degut a la presència de dades atípiques. Es precisa una mostra més gran per contrastar els resultats obtinguts.** L'estudi de Tesfaye et al.⁹⁶, es van trobar resultats semblants entre les dones que havien tingut un part eutòcic tenien nivells de satisfacció més alts comparats amb les dones que havien tingut un part per cesària. Un estudi qualitatiu realitzat per Dahlberg et al.¹⁰¹ va determinar que el *one-to-one care*, permetia a la llevadora poder afrontar les cures centrades en la dona de manera holística, proporcionant ben estar i creixement personal a la dona i la parella, incrementant la sensació d'apoderament de tota la família. El part eutòcic i de baixa intervenció és el mètode d'elecció per les dones, i els resultats de satisfacció materna són millors¹¹.

Segons un estudi de Henderson i Redshaw⁷⁶, l'inici de part induït està relacionat amb més dolor, i en canvi les dones amb inici de part espontani refereixen més satisfacció general en tot el procés. Altres autors també van relacionar la intervenció en el procés de part i la satisfacció, les dones que se'ls respectava un part fisiològic amb intervenció mínima i de tipus eutòcic, tenien nivells de satisfacció més elevats que les dones amb parts distòcics o cesàries⁶⁷. Corroborant els resultats dels autors esmentats^{76,67}, s'ha observat al present estudi que **l'inici espontani del part està relacionat amb més puntuació en els dominis de seguretat i participació.** També es va trobar **més satisfacció quan l'inici de part era espontani,** igual que

Henderson i Redshaw ⁷⁶. Tot i això, cal **interpretar els resultats obtinguts amb cautela per a la presència de dades atípiques** al grup de dones amb part espontani.

Els resultats obtinguts a l'estudi actual van mostrar que les dones que tenien més dolor utilitzaven mesures d'analgèsia farmacològica. Hodnett et al.¹³ suggerien que el dolor no pot ser un factor determinant amb la satisfacció de les dones en el part, ja que pot dependre de diferències culturals i expectatives que s'ha creat prèviament la dona. Els resultats de diversos estudis constaten que les dones que van utilitzar analgèsia farmacològica van tenir més intervenció en el part i més parts instrumentats ^{77, 103}

A la present investigació s'observà que les dones que van utilitzar mesures farmacològiques van tenir un nivell de dolor significativament més alt que les dones que utilitzaven altres mètodes d'analgèsia, mètodes combinats o bé sense analgèsia. Jones et al.⁷⁵ suggerien que amb d'utilització de l'analgèsia peridural els nivells de dolor es reduïen significativament, resultats que no s'ha observat en aquest estudi. Caldria una mostra més gran per poder contrastar els resultats obtinguts.

Els resultats obtinguts al present estudi no han mostrat un augment de la satisfacció en el qüestionari CEQ amb la utilització d'analgèsia no farmacològica, però sí un augment en la sensació de seguretat de les dones. També es va observar una puntuació més alta en el domini de participació en dones que no van utilitzar cap tipus de mesura analgèsica. Una revisió sistemàtica de Jones et al.⁷⁵ va constatar que la utilització de mètodes no farmacològics augmentava la satisfacció de les dones i millorava la percepció de l'experiència del part, tot i que la seva eficàcia per reduir la sensació de dolor no era estadísticament significativa si la comparaven amb els mètodes farmacològics. Tampoc van obtenir diferències significatives entre la sensació de seguretat, satisfacció i sensació de control entre grups de dones que utilitzaven mesures d'analgèsia farmacològica i no farmacològica ⁷⁵. Per altra banda, Behruzi et al. ¹⁰², van constatar que les dones que no utilitzaven cap tipus d'analgèsia referien més participació en el procés de part.

Una altra troballa interessant del nostre estudi va ser obtenir diferències significatives en el nivell de dolor segons el professional d'atenció a l'expulsiu, els nivells de dolor eren més alts si el professional d'atenció era un ginecòleg o MIR, comparat amb llevadores o LLIRs. La percepció del dolor de les dones és determinada pel significat social i cultural del dolor, i una possible intervenció per reduir els nivells de dolor és l'apoderament de la dona per sentir-se capaç de donar a llum i acceptar el dolor com a potenciador del part, reduint les necessitats d'analgèsia ¹⁰⁴. Withburn et al.¹⁰⁴ també suggeria que el dolor de les dones pot ser suggestionat per les persones que l'acompanyen en el part. Resultats semblats va obtenir Hodneet et al.^{13,33}, la sensació de dolor podia ser alterada per el cuidador principal del part, tot i que no especificava quina categoria professional. L'anomenat *Midwifery-Led Care* (MCL) és el model d'atenció de baix risc centrat en la dona, on el professional de referència durant el part és la llevadora¹⁰⁵. Segons un estudi fet per McLachlan et al.¹⁰⁶, les dones ateses amb el model de MLC manifesten una satisfacció major amb l'experiència de part, amb més capacitat i sensació de control, i amb uns nivells de dolor inferiors, comparat amb el model d'atenció generalitzat o *Consultant-Led Care* (CLC). En conseqüència, s'identifica la necessita de potenciar la llevadora com a professional de referència en l'atenció al part.

Les mares de nens ingressats a la UCI neonatal van tenir puntuacions més baixes en el Domini de Participació al CEQ en comparació amb les mares que els nadons no van ser ingressats. Tot i així, cal interpretar els resultats amb cautela degut a la **presència de dades atípiques** en el grup de dones que el nadó no ha estat ingressat. Segons Heidari et al.¹⁰⁸, es va identificar la separació de mare i fill com un esdeveniment difícil de manejar per les mares, aquestes van percebre que la interacció i participació amb el seu fill es va veure disminuïda i van sorgir dificultats per establir el vincle efectiu. Un altre estudi va identificar nivells de satisfacció més baixos en dones amb fills ingressats a la unitat immediatament després del part¹⁰⁹, **aquests resultats no s'ha observat en l'estudi present, tot i que si van referir nivells de dolor més elevats.** Aquests increment en el nivell de dolor manifestat per les dones en el present estudi, es podria explicar pel possible desencadenant de l'esdeveniment estressant de la separació entre mare i fill, tal

com Wong et al.¹¹⁰, van constatar. Pels autors les reaccions d'estres o ansietat ocasionades durant el part podien incrementar els nivells de dolor de la dona, produint un impacte negatiu cap a l'experiència de part i afegint dificultats per controlar els nivells de dolor intrapart¹¹⁰.

5.2. Limitacions

La mida **mostral** és insuficient per assolir el 95% IC amb un marge d'error del 5%. Es pot considerar aquest treball com un estudi pilot.

Degut a que el tipus de **mostreig** és **de conveniència**, no es poden extrapolar els resultats a la població general.

El tipus **d'estudi transversal i descriptiu** no permet establir causalitat de les troballes degut a que està ubicat en un espai temporal determinat.

Es contempla un **biaix de desitgibilitat social** al tractar-se d'un qüestionari autoadministrat.

Per altra banda, també va suposar una limitació amb dones amb **barrera idiomàtica** augmentant la dificultat d'obtenció de la mostra i reduint la variabilitat de dades.

El **qüestionari era auto completat i anònim**, pel que evitava el **biaix de l'investigador** i donava la possibilitat de que l'enquestada fos completament sincera amb les seves respostes.

5.1. Aplicabilitat, Rellevància Clínica i Línies futures de Recerca.

L'estudi pot aportar coneixements sobre les percepcions, nivell de satisfacció i sensacions durant el part de les dones que acudeixen al Servei de Ginecologia i Obstetrícia de l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta de Girona. La informació obtinguda pot ser de gran interès per a els professionals d'aquest servei, ja que l'atenció centrada a les persones va encarada a millorar la pràctica clínica sabent les opinions i percepcions de les dones. Es van poder identificar barreres i facilitadors de part amb els resultats obtinguts al CEQ, s'identifica la necessitat de millora amb

l'apoderament de la dona perquè participi amb el procés de part, i es senti més segura i capaç d'ella mateixa, tal i com recomana l'OMS^{2,3,5}. També es corroboren els resultats del Domini de Suport Professional, els quals poden ser determinats per bones practiques clíniques dels professionals i d'un bon acompanyament durant el part. La millora de l'atenció i el servei també serà de gran interès per a millorar protocols, dinamitzar l'equip i guanyar prestigi per a la institució.

Els resultats obtinguts són de gran interès ja que només es va trobar un estudi amb resultats del qüestionari CEQ¹⁸, identificant la necessitat de recerques amb una mostra més gran per obtenir resultats significatius i comprovar-ne la validesa.

Les avaluacions de satisfacció realitzades de manera quantitativa ens serveixen per poder determinar quina és la satisfacció de les gestants de manera global, però no ens aporten dades de les causes d'insatisfacció de les dones i dels punts a millorar en la nostra atenció¹¹³. Per tant la recerca quantitativa de la satisfacció hauria d'anar complementada per una recerca de dades qualitatives per poder ampliar i interpretar millor aquestes dades.

El disseny d'estudi pilot implica la necessitat d'ampliar la mostra per futurs estudis i buscar representativitat a la població general. Això facilitaria l'utilització de proves paramètriques més robustes, aportant més validesa interna a l'estudi. Convindria un estudi multicèntric per assegurar representativitat de la població d'estudi.

La possibilitat de tenir un model d'atenció de baix risc liderat per llevadores disminueix la possibilitat d'intervenció en el procés de part, i també incrementa els nivells de satisfacció de les dones^{111, 112}. En conseqüència, la recerca en d'implementació i promoció d'aquest nou model d'atenció es considera prioritària, tal i com s'ha implementat a altres països com Regne Unit, Austràlia o Nova Zelanda.

6. Conclusions

La satisfacció de les dones ateses a l'Hospital Universitari Dr. Josep Trueta en el seu procés de part és molt bona, i l'ítem més ben valorat és el suport rebut per part dels professionals. La opinió de les dones es considera essencial per la millora de l'atenció.

La presència de la parella durant el part és determinant per assolir bons nivells d'autocontrol i de participació durant el part. Fet que justifica la política de portes obertes de sala de parts durant les 24 hores per poder afavorir el vincle entre la parella i el seu procés.

El part eutòcic aporta més seguretat, més participació i més satisfacció a les dones. La satisfacció de les dones també és més alta quan l'inici del part és espontani i s'utilitzen mesures d'analgèsia no farmacològica. Les característiques d'aquest tipus de part són l'anomenat part no intervingut, el que justifica clarament les preferències de les dones, identificant la necessitat d'oferir una atenció al part normal d'una manera holística i centrada en la persona.

Per contra, el part d'alt risc i d'inici induït, atès per ginecòlegs o MIRs, està relacionat amb nivells de dolor intrapart majors i menys participació. Les dones també han manifestat nivells de dolor més alts i menys participació en el procés de part quan hi ha hagut separació de mare i fill per necessitats d'ingrés a la UCIN.

La llevadora és el professional de referència que ha aportat més satisfacció i seguretat a les dones durant el procés de part. És necessari obrir línies de recerca per potenciar el model d'atenció liderat per llevadores (MLC) en el nostre entorn, no només per evitar l'alt intervencionisme i assegurar una bona qualitat assistencial, sinó també perquè hi ha un incrementa de la satisfacció materna.

7. Bibliografia

1. Gibbins J, Thomson AM. Women's expectations and experiences of childbirth. *Midwifery*. 2001;17:302-13.
2. Standards for Improving Quality of Maternal and Newborn Care in Health Facilities [internet]. Geneva: The World Health Organization (WHO); 2016. [cited July 2017]. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/249155/1/9789241511216-eng.pdf>
3. WHO recommendations on health promotion interventions for maternal and newborn health 2015 [internet]. Geneva: The World Health Organization (WHO); 2015. [cited July 2017]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/172427/1/9789241508742_report_eng.pdf
4. Protocol d'assistència natural al part normal [internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2007 [cited July 2017]. Disponible a: http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/protocols_i_recomanacions/17_salut_maternoinfantil/documents_prof/protocola_assistencianatural_part.pdf
5. WHO recommendations for augmentation of labour. [internet]. Geneva: The World Health Organization (WHO); 2014. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112825/1/9789241507363_eng.pdf
6. Maillefer F, De Labrusse C, Cardia-Vonèche L, Hohlfeld P i Stoll B. Women and health care providers' perceptions of a midwife-led unit in a Swiss university hospital: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* [internet]. 2015 [consultat 30 gener 2017];15:56. Disponible a: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0477-4>
7. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica dels Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal [internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya: Departament de Salut; 2013 [cited July 2017]. Disponible a: http://portal.guiasalud.es/GPC/GPC_472_PartNormal_Aguas_compl_cat.pdf
8. Estrategia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España; 2007 [cited July

- 2017]. Disponible a:
<http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/estrategiaPartoEnero2008.pdf>
9. WHO Global Strategy on People-centred and Integrated Health Services: interim Report [internet]. Geneva: The World Health Organization (WHO); 2015. [cited July 2017]. Available from:
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/155002/1/WHO_HIS_SDS_2015.6_eng.pdf
10. Bowling A, Rowe G, Lambert N, Waddington M, Mahtani KR, C. Kenten, Howe A and Francis SA. The measurement of patients' expectations for health care: a review and psychometric testing of a measure of patients' expectations. Health Technology Assessment [internet]; 2012 [consultat 30 gener 2017];16:30. Disponible a:
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK99051/pdf/Bookshelf_NBK99051.pdf
11. Swayer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H i Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. BMC Pregnancy and Childbirth [internet]; 2013 [consultat 30 gener 2017];108. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23656701>
12. Goodman P, Mackey M, Tavakoli A. Factors related to childbirth satisfaction. Journal of Advanced Nursing [Internet]. 2004 [cited 5 March 2017];46(2):212-219. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
13. Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2013. [cited 5 March 2017]. Disponible a:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003766.pub5/abstract>
14. Redshaw M and Heikkila K. Delivered with care: a national survey of women's experience of maternity care 2010 [internet]. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford; 2010 [consultat juny 2017]. Disponible a:
<https://www.npeu.ox.ac.uk/delivered-with-care>
15. Walker KF, Wilson P, Bugg GJ, Dencker A i Thornton JG. Childbirth experience questionnaire: validating its use in the United Kingdom. BMC Pregnancy and Childbirth [internet]. 2015 [consultat 30 gener 2017]; 15:86. Disponible a:
<http://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0513-4>

16. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H and Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. BMC Pregnancy and Childbirth [internet]. 2010[consultat juny 2017]; 10:81. Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/10/81>
17. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Mestre N, Dencker A i Rochart-Martinez M. The Spanish versión of childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): reliability and validity assessment. BMC Pregnancy and Childbirth [internet]. 2016 [consultat 30 gener 2017];16:372. Disponible a: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-016-1100-z>
18. Congdon JL, Adler NE, Epel ES, Laraia BA, and Bush NR. A Prospective Investigation of Prenatal Mood and Childbirth Perceptions in an Ethnically Diverse, Low-Income Sample. BIRTH issues in perinatal care [internet]. 2016 [consultat juny 2017];43:2. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/birt.12221/abstract>
19. Pla de Salut de Catalunya 2016-2020. Un sistema centrat en la persona: públic, universal i just [internet]. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. 2016 [consultat juny 2017] Disponible a: http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/Pla_salut/pla_salut_2016_2020/Documents/Pla_salut_Catalunya_2016_2020.pdf
20. The Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health (2016-2030), Survive Thrive Transform [internet]. Every Woman Every Child: Sustainable Development Goals; 2015 [consultat juny 2017]. Available from: <http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/>
21. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [internet]. Geneva: The World Health Organization (WHO) [internet]; 2016 [citat Juliol 2017]. Disponible a: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250796/1/9789241549912-eng.pdf?ua=1>
22. Downe S, Finlayson K, Tunçalp Ö, Gülmezoglu AM. What matters to women: a scoping review to identify the processes and outcomes of antenatal care provision that are important to healthy pregnant women. BJOG [internet]. 2016; [consultat juny 2017] 123(4):529–39. doi:10.1111/1471-0528.13819.

23. Ten H-BP, De Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. Lancet [internet]. 2014;384:1226-35 [consultat juny 2017]. Available from: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2).
24. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud [internet]. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2010 [citado Juliol 2017]. Disponible a: <http://www.mspsi.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/pncalidad/PlanCalidad2010.pdf>
25. Epstein RM, Street RL. The Values and Value of Patient-Centered Care. American Academy of Family Physicians [internet]. 2011;9:100-3 [consultat juny 2017]. Available from: <http://www.annfammed.org/content/9/2/100.short>
26. Staniszewska S, Herron-Marx S, Mockford C. Measuring the impact of patient and public involvement: the need for an evidence base. Int J Qual Heal Care [internet]. 2008;20:373-4 [consultat juny 2017]. Available from: <http://ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18836184>.
27. NCT/RCOG/RCM. Making normal birth a reality: consensus statement from the Maternity Care Working Party, our shared views about the need to recognise, facilitate and audit normal birth [internet]; 2007. [consultat juny 2017] Disponible a: http://bhpelopartonormal.pbh.gov.br/estudos_cientificos/arquivos/normal_birth_consensus.pdf.
28. NHS Institute for Innovation and Improvement. Delivering quality and value. Focus on: caesarean section. Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement [internet]; 2006. [consultat juny 2017]. Disponible a: <https://www.qualitasconsortium.com/index.cfm/reference-material/delivering-value-quality/focus-on-csection/>
29. Green JM, Baston H, Easton S et al. Greater expectations? Inter-relationships between women's expectations and experiences of decision making, continuity, choice and control in labour, and psychological outcomes: summary report. Leeds: Mother & Infant Research Unit [internet]; 2003. [consultat juny 2017]. Available from: www.leeds.ac.uk/miru/

30. Thomas J, Paranjothy S, and Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Clinical Effectiveness Support Unit. National sentinel caesarean section audit report. London: RCOG Press [internet]; 2001. [consultat juny 2017]. Disponible a: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/research--audit/nsocs_audit.pdf
31. Ruiz-Mirazo E, Lopez-Yarto M, McDonald S. Group prenatal care versus individual prenatal care: A systematic review and meta-analyses. J Obstet Gynaecol Can [internet]; 2012;34(3):223–9. [consultat juny 2017]. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22385664>
32. Kearney L, Kynn M, Craswell A, Reed R. The relationship between midwife-led group-based versus conventional antenatal care and mode of birth: a matched cohort study. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2017 [cited 25 July 2017];17(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5244557/>
33. Hodnett E. Pain and women's satisfaction with the experience of childbirth: A systematic review. American Journal of Obstetrics and Gynecology [Internet]. 2002;186(5):S160-S172. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12011880>
34. Srivastava A, Avan B, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2015;15(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0525-0>
35. Duong DV, Binns CW, Lee AH, Hipgrave DB. Measuring client-perceived quality of maternity services in rural Vietnam. Int J Qual Health Care [internet]; 2004;6:447–52. Disponible a: <https://academic.oup.com/intqhc/article/16/6/447/1805865/Measuring-client-perceived-quality-of-maternity>
36. D'Ambruoso L, Abbey M, Hussein J. Please understand when I cry out in pain: women's accounts of maternity services during labour and delivery in Ghana. BMC Public Health [internet];2005;5:140. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16372911>
37. Jallow IK, Chow Y-J, Liu T-L, Huang N. Women's perception of antenatal care services in public and private clinics in the Gambia. Int J Qual Health Care

- [internet]; 2012;24:595–600. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22789667>
38. Tetui M, Ekirapa EK, Bua J, Mutebi A, Tweheyo R, Waiswa P. Quality of Antenatal care services in eastern Uganda: implications for interventions. *Pan Afr Med J* [internet];2012;13:27. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3527020/>
39. Dzomeku MV. Maternal satisfaction with care during labour: A case study of the Mampong-Ashanti district hospital maternity unit in Ghana. *Int J Nurs Midwifery*. 2011;3:30–4. Disponible a: <http://www.academicjournals.org/journal/IJNM/article-abstract/154DAFD809>
40. Cham M, Sundby J, Vangen S. Availability and quality of emergency obstetric care in Gambia's main referral hospital: women-users' testimonies. *Reprod Health* [internet];2009;6:5. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19366451>
41. Butawa NN, Babayo T, Idris H, Adiri F, Taylor K. Knowledge and perceptions of maternal health in Kaduna State, Northern Nigeria. *Afr J Reprod Health* [internet]. 2010;14:71–6. Disponible a:
<https://www.ajol.info/index.php/ajrh/article/view/109284>
42. Liabsuetrakul T, Petmanee P, Sanguanchua S, Oumudee N. Health system responsiveness for delivery care in Southern Thailand. *Int J Qual Health Care* [internet];2012;24:169–75. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22215759>
43. Changole J, Bandawe C, Makanani B, Nkanaunena K, Taulo F, Malunga E, et al. Patients' satisfaction with reproductive health services at Gogo Chatinkha Maternity Unit, Queen Elizabeth Central Hospital, Blantyre, Malawi. *Malawi Med J* [internet];2010;22:5–9. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22755472>
44. Simbar M, Nahidi F, Dolatian M. Assessment of quality of prenatal care in Shahid Beheshti Medical Science University Centers. *Int J Health Care Qual Assur*. 2012;25:166–76.

45. George A. Quality of reproductive care in private hospitals in Andhra Pradesh. Women's perception. *Econ Polit Wkly* [internet]. 2002;37:1686–92. Disponible a: https://www.jstor.org/stable/4412050?seq=1#page_scan_tab_contents
46. Chunuan SK, Kochapakdee WC. Patient Satisfaction with Nursing Care Received during the Intrapartum Period. *Thai J Nurs Res*. 2003;7:83–92.
47. Aniebue UU, Aniebue PN. Women's perception as a barrier to focused antenatal care in Nigeria: the issue of fewer antenatal visits. *Health Policy Plan* [internet]. 2011;26:423–8. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20572093>
48. Oladapo OT, Osiberu MO. Do sociodemographic characteristics of pregnant women determine their perception of antenatal care quality? *Matern Child Health J*[internet];2009;13:505–11. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19435014>
49. Hung C, Yu C, Liu C, Stocker J. Maternal satisfaction with postpartum nursing centres. *Res Nurs Health* [internet];2010;33:345–54. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20572093>
50. Bazant ES, Koenig MA. Women's satisfaction with delivery care in Nairobi's informal settlements. *Int J Qual Health Care* [internet]; 2009;21:79–86. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19208648>
51. Enabudoso E, Isara AR. Determinants of patient satisfaction after cesarean delivery at a university teaching hospital in Nigeria. *Int J Gynaecol Obstet* [internet];2011;114:251–4. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21696726>
52. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm: Stockholm Institute for Further Studies; 1991.
53. NICE Guidelines. Intrapartum care for healthy women and babies [internet]. National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2014[consultat juny 2017]. Disponible a: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>
54. Position Statement Continuity of midwife-led care [internet]. The Royal College of Midwives (RCM);2016. Disponible a:

<https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Continuity%20of%20midwife-led%20care.pdf>

55. d'Orsi E, Brüggemann OM, Grilo Diniz CS, Marques de Aguiar J, Ranier Gusman C, Alves Torres J et al . Social inequalities and women's satisfaction with childbirth care in Brazil: a national hospital-based survey. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2014 [cited 2017 July 24] ; 30(Suppl 1): S154-S168. Available from: http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0154.pdf
56. Siassakos D, Clark J, Sibanda T, Attilakos G, Jefferys A, Cullen L et al. A simple tool to measure patient perception of operative birth. *Bjog-Int J Obstet Gy.* 2009; 116(13):1755-61. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2009.02363.x/abstract>
57. Interventions in Normal Labour and Birth [internet]. The Royal College of Midwives (RCM) and University of Central Lancashire; 2016 [consultats juny 2017]. Disponible a: https://www.rcm.org.uk/sites/default/files/Labour%20Interventions%20Report%20A4%2020pp%202016_3.pdf
58. Better Births. Improving outcomes of maternity services in England. A five year forward view for maternity care [internet]. National Maternity Review; 2016 [consultat juny 2017]. Disponible a: <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/02/national-maternity-review-report.pdf>
59. Dzakpasu S, Kaczorowski J, Chalmers B, Heaman M, Duggan J, & Neusy E. (2008). The Canadian Maternity Experiences Survey: Design and Methods. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada* [internet]; 2008;30(3), 207–216. doi:10.1016/S1701-2163(16)32757-8. Disponible a: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/1471-2393-13-205?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>
60. Rijnders M, Baston H, Schönbeck Y, van der Pal K, Prins M, Green J et al. Perinatal Factors Related to Negative or Positive Recall of Birth Experience in Women 3 Years Postpartum in the Netherlands. *Birth*;2008;35(2):107-116.
61. Hickson GB, Clayton EW, Entman SS, Miller CS, Githens PB, Whettengoldsten K. et al. Obstetricians prior malpractice experience and patients satisfaction with care. *JAMA* 1994; 272: 1583-7.
62. Matejic B, Santric Milicevic M, Vasic V, Djikanovic B. Maternal satisfaction with organized perinatal care in Serbian public hospitals. *BMC Pregnancy and*

- Childbirth[internet];2014:14:14. Disponible a: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2393-14-14>
63. WHO. A handbook for building skills: Counselling for maternal and newborn health care. Geneva: The World Health Organization: Maternal, Newborn, Child and Adolescent Health[internet].;2013. Available at: www.who.int/maternal_child_adolescent/en/
64. MacKenzie-Bryers H., Van Teijlingen E. Risk, theory, social and medical models: a critical analysis of the concept of risk in maternity care. Midwifery [internet]; 2010;26,488–496. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20719418>
65. Kruske S, Young K, Jenkinson B, Catchlove A. Maternity care providers' perceptions of women's autonomy and the law. BMC Pregnancy and Childbirth [internet]; 2013;13, 84. <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-13-84>.
66. Jenkins M, Ford J, Todd A, Forsyth R, Morris J, Roberts C. Women's views about maternity care: How do women conceptualise the process of continuity? Midwifery[internet];2015;31:25–30. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613814001296?via%3Dihub>
67. WHO, 1997. Safe motherhood. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Department of Reproductive Health and Research. World Health Organization [internet], Geneve. Disponible a: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/who_frh_msm_9624/en/
68. Royal College of Obstetricians and Gynecologist. High quality women's health care: a proposal for change. London: RCOG [internet], 2011. Disponible a: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/highqualitywomenshealthcareproposalforchange.pdf>
69. Dunn E, Herlihy C. Comparasion of maternal satisfaction following vaginal delivery after a caesarean section and caesarean section after previous vaginal delivery. Eur J Obstet Gynecolo Reprod Biol [internet]; 2005;121(1):56-60. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15950369>

70. Koo V, Lynch J i Cooper S. Risk of postnatal depression after emergency delivery. *J Obstet Gynecol Res* [internet]; 2003. [consultat 30 gener 2017];29(4):246-50. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12959147>
71. Roew-Murray HJ i Fisher JR. Operative intervention in delivery is associated with compromised early mother-infant interaction. *Birt J Obstet Gynecol*[internet]. 2001;108(10):1068-75. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11702839>
72. EURO-PERISTAT Project with SCPE and EUROCAT. The health and care of pregnant women and babies in Europe in 2010. *European Perinatal Health Report*[internet];2013. Disponible a: http://www.europeristat.com/images/European%20Perinatal%20Health%20Report_2010.pdf
73. Nirmalan P. The Impact of Labour Epidural Analgesia on the Childbirth Expectation and Experience at a Tertiary Care Center in Southern India. *JCDR* [Internet];2014. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4003692/>
74. Carvalho B, Hilton G, Wen L i Weiniger CF. Prospective longitudinal cohort questionnaire assessment of laboring women's preferences both pre-and post-delivery for either reduced pain intensity for a longer duration or greater pain intensity for a shorter duration. *BJA* [internet]; 2014: 113(3):468-73. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24907280>
75. Jones L, Othman M, Dowswell T, Alfirevic Z, Gates S, Newburn M, Jordan S, Lavender T, Neilson JP. Pain management for women in labour: an overview of systematic reviews. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [internet]; 2012, Issue 3. Art. No.: CD009234. DOI: 10.1002/14651858.CD009234.pub2. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD009234.pub2/full>
76. Henderson J, Redshaw M. Women's experience of induction of labor: a mixed methods study. *Acta Obstet Gynecol Scand*; 2013: 67–1159. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23808325>
77. Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife –led continuity models versus other models of care for childbearing women (Review) [internet]. *Cochrane Database of Systematic Reviews*; 2016 [consultat juliol 2017], Issue 4.

- Art. No.: CD004667. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmedhealth/PMH0012935/>
78. WHO Safe Childbirth Checklist Implementation Guide: Improving the quality of facility-based delivery for mothers and newborns [internet]. Geneva: The World Health Organization (WHO); 2015. [cited july 2017]. Available from: http://www.who.int/patientsafety/implementation/checklists/childbirth-checklist_implementation-guide/en/
79. G Banda, G Kafulafula, E Nyirenda, F Tuaulo, L Kalilani. Acceptability and experience of supportive companionship during childbirth in Malawi [internet]. BJOG An International Journal of Obstetrics and Gynecology; 2010 [consultat]. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/j.1471-0528.2010.02574.x/asset/j.1471-0528.2010.02574.x.pdf?v=1&t=j5ba1v20&s=a88554a2e1f29cee70a6db137ca9d8fd73e306cf>
80. Somers-Smith MJ. A place for the partner? Expectations and experiences of support during childbirth. Midwifery [internet]; 1999, 15.2: 101-108. Disponible a: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613899900062>
81. Williams S, Calnan M. Key Determinants of Consumer Satisfaction With General Practice. Family Practice [Internet]; 1991 [cited 1 March 2017]; 8(3):237-242. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1959723>
82. Lewis L, Hauck Y, Ronchi F, Crichton C, Waller L. Gaining insight into how women conceptualize satisfaction: Western Australian women's perception of their maternity care experiences. BMC Pregnancy and Childbirth [Internet]. 2016 [cited 1 July 2017]; 16(1). Available from: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-015-0759-x>
83. Reisz S, Jacobvitz D, George C. Birth and motherhood: childbirth experience and mothers' perceptions of themselves and their babies. Infant Ment Health J. [internet]; 2015; 36:167-78. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25704337>
84. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. Issues Innovations Nurs Pract [internet]; 2004; 46:212-219. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15056335>

85. Haines H, Hildingsson I, Pallant J, Rubertsson C. The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*[internet]; 2013;42(4):428–41. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23773005>
86. Sorenten DS i Tschetter L. Prevalence of Negative Birth Perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. 2009. [internet]. 2009 [consultat 30 gener 2017]:46(1): 11-26.
Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1744-6163.2009.00234.x/abstract>
87. Ford E, Ayers S, Bradley R. Exploration of cognitive model to predict post-traumatic stress symptoms following childbirth. *J Anxiety Disord* [internet]; 2010; 24(3):353-9. Disponible a: https://www.researchgate.net/publication/41531868_Exploration_of_a_cognitive_model_to_predict_post-traumatic_stress_symptoms_following_childbirth
88. Pla Interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS). Desplegament 2017-2020. Generalitat de Catalunya [internet]; Disponible a: http://presidencia.gencat.cat/web/.content/departament/plans_sectorials_i_interdepartamentals/PIAISS/docs/PIAISS_Resum_pla_treball.pdf
89. Borg Cunen N, McNeill J, Murray K. A systematic review of midwife-led interventions to address post partum post-traumatic stress. *Midwifery*[internet]; 2014;30(2):170-84. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24238899>
90. Begley CM, Gross MM, Dencker A, Benstoem C, Berg M, Devane D. Outcome measures in studies on the use of oxytocin for the treatment of delay in labour: a systematic review. *Midwifery*[internet]; 2014;30(9):975-82. Disponible a: [http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138\(14\)00173-9/fulltext](http://www.midwiferyjournal.com/article/S0266-6138(14)00173-9/fulltext)
91. Rudman A, El-Khoury B and Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care – a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing* [internet]; 2007,59: 474–487. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x/abstract>
92. Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [internet];. 2017;22(3):219-224. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494952/>

93. Ghobashi M, Khandekar R. Satisfaction among expectant mothers with antenatal care services in the musandam region of Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J* [internet];2008;8:325–32. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3074854/>
94. Langer A, Villar J, Romero M, Nigenda G, Piaggio G, Kuchaisit C. Are women and providers satisfied with antenatal care? Views on a standard and a simplified, evidence-based model of care in four developing countries. *BMC Womens Health*. 2002;2:7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC122068/>
95. Leonardi Baldisserotto M, ThemeFilha MM and Granado Nogueira da Gama S. Good practices according to WHO's recommendation for normal labor and birth and women's assessment of the care received: the "birth in Brazil" national research study, 2011/2012. *Reproductive Health* [internet]; 2016, 13(Suppl 3):124. Disponible a: <https://reproductive-health-journal.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12978-016-0233-x?site=reproductive-health-journal.biomedcentral.com>
96. Tesfaye R, Worku A, Godana W and Lindthjorn B. Client Satisfaction with Delivery Care Service and Associated Factors in the Public Health Facilities of Gamo Gofa Zone, Southwest Ethiopia: In a Resource Limited Setting. *Hindawi Publishing Corporation Obstetrics and Gynecology International* [internet];2016: Article ID 5798068, 7 pages. <http://dx.doi.org/10.1155/2016/5798068>
97. Jafari E, Mohebbi P, Mazloomzadeh S. Factors Related to Women's Childbirth Satisfaction in Physiologic and Routine Childbirth Groups. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [internet]; 2017;22(3):219-224. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5494952/>
98. Murray-Davis B, McDonald H, Rietsma A, Coubrough M, Hutton E. Deciding on home or hospital birth: Results of the Ontario choice of birthplace survey. *Midwifery*[internet]2014;30(7):869-876. Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2014.01.008>.
99. Alfirevic Z, Kelly AJ, Dowswell T. Intravenous oxytocin alone for cervical ripening and induction of labour. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [internet]; 2009. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD003246.pub2/full>

100. Hannah M, Ohlsson A, Wang E, Matlow A, Foster G, Willan A, et al. Maternal colonization with group B Streptococcus and prelabor rupture of membranes at term: the role of induction of labor. *AJOG*; 1997;177(4):780-5.
101. Dahlberg U, Aune I. The women's birth experience: The effect of interpersonal relationships and continuity of care. *Midwifery* [internet]; 2013 (29), 407-415. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23399319>
102. Behruzi R, Hatem M, Goulet L and Fraser W. The facilitating factors and barriers encountered in the adoption of a humanized birth care approach in a highly specialized university affiliated hospital. *BMC Womens Health* [internet]; 2011, 11:53. Disponible a: <http://www.biomedcentral.com/1472-6874/11/53>
103. Weeks F, Pantoja L, Ortiz J, Foster J, Cavada G and Binfa L.. Labor and Birth Care Satisfaction Associated With Medical Interventions and Accompaniment During Labor Among Chilean Women. *Journal of Midwifery & Women's Health* [internet];2017(62)196–203. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jmwh.12499/epdf>
104. Whitburn LY, Jones LE, Davey MA and Small R. The meaning of labour pain: how the social environment and other contextual factors shape women's experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* [internet]; 2017:17:157. Disponible a: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12884-017-1343-3?site=bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com>
105. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *The National Sentinel Caesarean Section Audit Report*. London: RCOG Clinical Effectiveness Support Unit, 2001. [ISBN 1–900364–66–2. Disponible a: https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/research--audit/nscs_audit.pdf
106. McLachlan H, Forster D, Davey M, Farrell T, Gold L, Biro M, Albers L, Flood M, Oats J. and Waldenström U. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* [internet];2012(119):1483–1492. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x/epdf>
107. Harvey S, Rach D, Stainton M.C. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery*[internet];2002(18).260-267. Disponible a:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613802903177?via%3DiHub>

108. Heidari H, Hasanpour M, Fooladi M. The experiences of parents with infants in Neonatal Intensive Care Unit. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* [internet];2013;18(3):208-213. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748539/>
109. Waldenström U, Rudman A and Hildingsson I. Intrapartum and postpartum care in Sweden: women's opinions and risk factors for not being satisfied. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* [internet];2006,85:551–560.. Disponible a: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04323.x/abstract>
110. Wong CA. Advances in labor analgesia. *Int J Women's Health*[internet]; . 2009;1:139–54. Disponible a: <https://www.dovepress.com/advances-in-labor-analgesia-peer-reviewed-article-IJWH>
111. Carolan-Olah M, Kruger G, Garvey-Graham A. Midwives' experiences of the factors that facilitate normal birth among low risk women at a public hospital in Australia. *Midwifery* [internet]; 2015 (31): 112–121. Disponible a: http://ac.els-cdn.com/S0266613814001806/1-s2.0-S0266613814001806-main.pdf?_tid=e2051770-6dfd-11e7-9bc8-00000aab0f6b&acdnat=1500632464_771d30046a64fc70f36a5260cf6c7de8
112. Kennedy H, Shannon MT. Keeping birth normal: research findings on midwifery care during childbirth. *J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs* [internet];, 2006: (33) 1552-6909. Diponible a: http://ac.els-cdn.com/S0266613807001131/1-s2.0-S0266613807001131-main.pdf?_tid=8c5a2a86-6dfd-11e7-b60e-00000aab0f02&acdnat=1500632321_f4a4cfd5216b780336e4dc579f7a663e
113. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qualitative Health Research* [internet]; 2012;22(7):897–910. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22427456>

Annexos

Annex I: Qüestionari Adhoc

Encuesta de datos personales y del parto. En las preguntas de respuesta abierta responde lo más breve y acurado posible. Cuando haya preguntas multirespuesta responde la opción o opciones más adecuadas marcándolas con una "X".

1) Edad: _____

2) Fecha del parto: ____/____/____

3) Nivel de estudios:

- Primarios
- Obligatorios (ESO)
- Secundarios (Bachillerato/Formación Profesional)
- Universitarios

4) Población de residencia: _____

5) Nacionalidad: _____

6) Situación laboral:

- Tareas de la casa
- Empleada
- Autònoma
- Desempleo

7) Estado civil:

- Soltera
- Vive en pareja
- Casada
- Separada/divorciada
- Viuda

8) ¿Había usted realizado clases de preparación al parto durante la gestación?

- Sí
- No

9) ¿Dónde realizaba usted las visitas de seguimiento del embarazo?

- Sanidad Pública
- Sanidad Privada
- Mixta
- Otros (especifique):

10) Medidas de analgesia utilizadas durante el parto (marcar más de una si es necesario):

- Bolsa de agua caliente
- Ducha o bañera de agua caliente
- Pelota
- Masaje
- Entonox (óxido nitroso)
- Anestesia epidural
- Otros (especifique): _____

11) ¿Tenía usted acompañante durante el proceso de parto?

- Sí
- No

12) En caso afirmativo en la pregunta nº11, ¿Quién era su acompañante?

- Pareja
- Familiar
- Amigo/amiga
- Otros (especifique): _____

13) ¿Había usted escogido el Hospital Univesitari Dr. Josep Trueta como centro de referencia para su parto al principio del embarazo?

- Sí
- No

14) Si usted realizaba controles del embarazo en otro centro hospitalario o clínica privada que no sea el Hospital Univesitari Dr. Josep Trueta de Girona; ¿Cual fue el motivo de cambio de centro?

- Derivación del ginecólogo por criterios de riesgo
- Motivos personales
- Otros (especifique): _____

Annex II: Graella Variables Clínicas

SETMANES DE GESTACIÓ:

CATEGORITZACIÓ RISC: Baix o Mig Alt o Molt Alt

PARITAT: Nul·lípara Multípara

TIPUS DE PART: Natural Eutòcic Instrumentat Cesària intrapart

INICI DE PART: Espontàni Inducció

OXITOCINA: Sí No

ANALGÈSIA: Sense

Pilota Massatge Bossa aigua Dutxa

Analgèsia Peridural

Analgèsia Raquídea

PROFESSIONAL EXPULSIU: Llevadora/LLIR Ginecòleg/MIR

INGRÉS UCIN: Sí No

Annex III: Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)- Espanyol

Cuestionario sobre tus experiencias durante el parto. Uno de los objetivos de los profesionales es, en el área materno-infantil de tu departamento de salud, el de ofrecer una experiencia positiva durante el parto. Así pues, el propósito de este cuestionario es conocer tus experiencias durante el parto, y comparar tus respuestas con las de otras madres, para poder evaluar la atención que ofrecemos. Por favor, es importante que respondas todas las cuestiones. Marca con una "X" la respuesta más adecuada-

1. El parto fue como esperaba.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Me sentí fuerte durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Tenía miedo durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Me sentí capaz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Me sentí cansada durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Me sentí feliz durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Tengo muchos recuerdos positivos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Tengo muchos recuerdos negativos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Me ponen triste algunos recuerdos del parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11.Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13.La matrona me dedicó la atención necesaria.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

14.La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. La matrona entendió mis necesidades.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Me sentí muy bien atendida por la matrona.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. Me dio seguridad la competencia de los profesionales.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Me sentí capaz de manejar bien la situación.

Totalmente de acuerdo	Bastante de acuerdo	Bastante en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

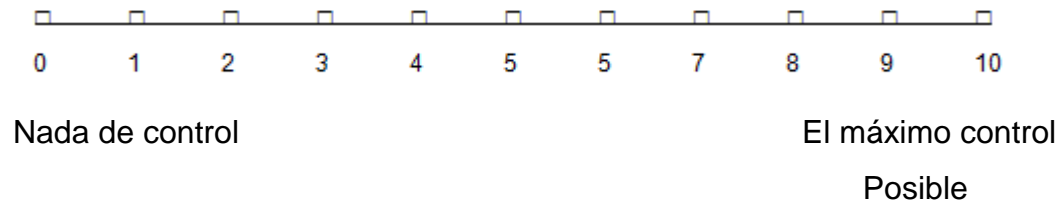
20. En general, durante el parto, ¿sentiste dolor?

0 1 2 3 4 5 5 7 8 9 10

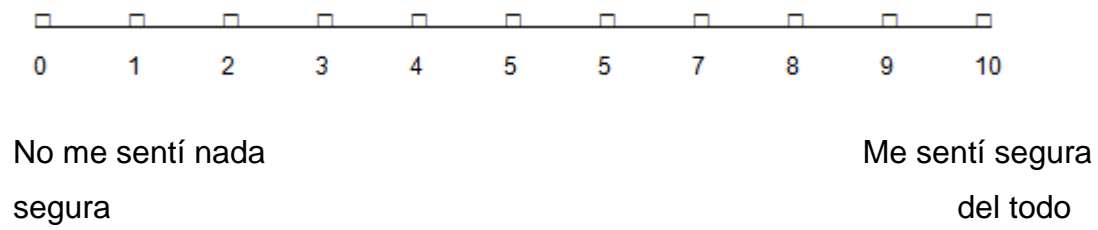
Ningún dolor

El peor dolor
Imaginable

21. En general, durante el parto, ¿sentiste que tenías control?



22. En general, durante el parto, ¿te sentiste segura?



Annexe IV: Consentiment Informat

Nom i cognoms de la participant:

M'han demanat la participació a l'estudi "Satisfacció de les dones durant el procés de part". Contestaré a les preguntes del questionari a partir del qual es pretén recollir la informació per poder realitzar aquesta investigació.

He llegit la informació corresponent a l'estudi mitjançant el full informatiu i he entès les indicacions que els investigadors de l'estudi m'han aportat referent als objectius del treball, en què consisteix la meua contribució en la investigació i he contestat satisfactòriament l'enquesta que se m'ha entregat. Els investigadors han respòs a tots els dubtes que he plantejat de manera satisfactòria. Per tot això dono voluntàriament el meu consentiment per participar en el investigació.

He rebut suficient informació sobre l'estudi i he parlat amb l'investigador/a:

Per altra banda entenc que puc abandonar l'estudi:

- Quan ho desitgi.
- Sense haver de donar cap explicació.
- Sense que hi hagi cap penalització a canvi.
- Amb la seguretat que les dades recollides referents a la meua persona serán destruïdes.

Declaro que he llegit i conec el contingut d'aquest document, comprenc els compromisos que assumeixo i els accepto. Per això signo aquest consentiment informat de forma voluntària per manifestar el meu desig de participar en aquest estudi d'investigació fins que decideixi el contrari. Amb la signatura d'aquest document no renuncio a cap dels meus drets.

Signatura de la participant:

Lloc i data:

Annex V: Consentiment Informat Castellà

Nombre y apellidos de la participante:

Me han solicitado la participación al estudio "Satisfacció de les dones durant el procés de part". Contestaré a las preguntas del cuestionario con el que se pretende obtener información para realizar esta investigación.

Declaro que he leído la información del estudio mediante la hoja informativa y he entendido las indicaciones que los investigadores del estudio referente a los objetivos de este y en que consiste mi contribución en la investigación. He contestado satisfactoriamente la encuesta que se me ha entregado. Los investigadores han respondido a todas las dudas que les he planteado de manera satisfactoria. Por este motivo doy voluntariamente mi consentimiento para participar en la investigación.

He recibido suficiente información sobre el estudio y he sido informado por el investigador/a:

Entiendo que puedo abandonar el estudio:

- Cuando lo desee.
- Sin dar ninguna explicación.
- Sin ninguna penalización a cambio.
- Con la seguridad de que los datos recogidos referentes a mi persona serán destruidos.

Declaro que he leído y conozco el contenido de este documento, comprendo los compromisos que asumo y acepto. Por esto firmo el consentimiento informado de forma voluntaria para manifestar mi deseo de participar en éste estudio de investigación hasta que no diga lo contrario. Con la signatura de éste documento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Signatura de la participante:

Lugar y fecha:

Annex VI: Carta Informativa de Participació a l'estudi

Títol de l'estudi: **“SATISFACCIÓ DE LES DONES DURANT EL PROCÉS DE PART”**

L'objectiu del present estudi és conèixer la satisfacció de les dones durant el seu procés de part. Per fer-ho serà necessari complimentar un qüestionari anomenat *Childbirth Experience Questionnaire (CEQ)*¹⁷, traduït a l'espanyol. El CEQ consta de 22 ítems amb pregunta tancada i agrupats en 4 dominis: capacitat personal (8 ítems que exploren la sensació de control, sentiments personals durant el part i la sensació de dolor de part), suport professional (5 ítems sobre la informació rebuda i les cures rebudes per part de la llevadora), la percepció de seguretat (6 ítems relacionats amb la sensació de seguretat i memòries del part) i la participació (3 ítems que exploren les possibilitats personals que influeixen en la posició adoptada, els moviments i l'analgèsia durant el part).

Les dades recollides mitjançant el qüestionari de l'estudi seran introduïdes a una base de dades en format electrònic, i posteriorment es procedirà a un anàlisi de dades estadístic per poder interpretar resultats, identificar diferències i recollir possibles propostes de millora. El procediment de recollida de dades es realitzarà de manera anònima, usant un codi de participació no relacionat amb dades personals de les participants. El tractament, la comunicació i la cessió de les dades de caràcter personal de les participants a l'estudi es mantindran segons estableix la Llei Orgànica 15/1999 del 13 de Desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. Segons la legislació esmentada vostè pot exercir el dret d'accés, modificació, oposició i cancel·lació de les dades personals recollides a l'estudi. Per fer ús de qualsevol dels drets només cal dirigir-se a l'investigador principal de l'estudi. No es preveu la transferència internacional de les dades recollides. Les dades derivades de l'estudi poden ser publicades a revistes científiques o bé exposades a reunions científiques, sempre preservant l'anonimat dels participants.

La participació a l'estudi serà voluntària i condicionada a la signatura d'un consentiment informat. Es convidarà a participar a totes les dones que compleixin els criteris d'inclusió, se'ls facilitarà informació referent als objectius i metodologia de

l'estudi i es deixarà un temps de reflexió després de la invitació. La signatura del consentiment informat mantindrà el principi d'autonomia de les participants. S'informarà degudament a totes les participants del seu dret a retirar-se de l'estudi en qualsevol moment sense conseqüències per a elles i a la vegada que es garantirà la destrucció de les dades recollides fins al moment.

Es precisen aproximadament uns 10 minuts per complimentar el qüestionari CEQ.

Gràcies per la seva participació.

No dubti en preguntar qualsevol dubte al respecte.

Marta Roqueta Vall-Ilosera, Investigadora principal.



Annex VII: Carta Informativa de Participació a l'estudi (castellà)

Título del estudio: **“PERCEPCIONES DE LES MUJERES DURANTE EL PROCESO DE PARTO”**

El objetivo del presente es conocer las percepciones de las mujeres durante su proceso de parto. Con esta finalidad será necesario complimentar el cuestionario *Childbirth Experience Questionnaire* (CEQ) traducido a la lengua española. El cuestionario consta de 22 ítems con preguntas cerradas y agrupado en 4 dominios: capacidad personal (8 ítems que exploran la sensación de control, sentimientos personales durante el parto y la sensación de dolor de parto), soporte profesional (5 ítems sobre la información y los cuidados recibidos por parte de la matrona), la percepción de seguridad (6 ítems relacionaos con la sensación de seguridad y las memorias del parto) y la participación (3 ítems que exploran les posibilidades personales que pueden influenciar en la posición adoptada, los movimientos y la analgèsia durante el parto).

Los datos recogidos mediante el cuestionario del estudio serán introducidos en una base de datos en formato electrònic, y posteriormente se procederá a un anàlisis de datos estadístico para poder interpretar los resultats, identificar diferencias y recoger posibles propuestas de mejora. El procedimiento de recojida de datos se realizará de manera anónima, usando un código de participación no relacionado con los datos personales de las participantes. El trato, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de las participantes del estudi se mantendrán según la “Llei Orgànica 15/1999 del 13 de Desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal”. Según la legislación mencionada usted puede ejercer su derecho al acceso, modificación, oposició i cancelació de sus datos personals recogidos en éste estudio. Para hacer uso de cualquiera de sus derechos sólo tiene que dirigirse al investigador principal del estudio. No esta previsto la transferencia internacional de los datos recogidos. Los datos derivados del estudio pueden ser publicados a revistas científicas o bién presentados a reuniones científicas, siempre preservando el anonimato de los participantes.

La participació en el estudi serà voluntaria i condicionada a la signatura de un consentiment informato. Se invitarà a participar a totes les dones que completen els criteris de inclusió, i se les facilitarà informació referent a els objectius i la metodologia del estudi, deixant un temps de reflexió després de la invitació. La signatura del consentiment informato mantindrà el principi de autonomia de les participants. Se informarà adebidament a totes les participants de su dret a retirar-se del estudi en qualsevol moment sense conseqüència alguna per a elles, i a la vegada garantint la destrucció de les dades recollides fins al moment.

Se precisa aproximadament uns 10 minuts per a complir el qüestionari.

Gràcies per la su col·laboració.

No dubi en preguntar qualsevol dubte al respecte.

Marta Roqueta Vall-Ilosera, Investigadora principal



Annex VIII: Resolució CEIC



Hospital Universitari de Girona
Doctor Josep Trueta

Avinguda de França s/n.
17007 Girona
Telèfon 972 940 200
www.gencat.net/ics/trueta

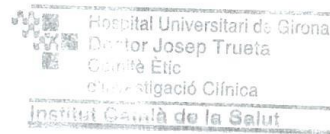
Marta Riera Juncà, Secretària del Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, amb domicili a l'Hospital Universitari de Girona Dr. Josep Trueta Avinguda de França s/n 17007 Girona

CERTIFICA

Que el Comitè d'Ètica d'Investigació CEI GIRONA, segons consta en l'acta de la reunió celebrada el dia 28/03/2017 ha avaluat el projecte: **Satisfacció en les dones durant el procés de part**, prot.v:21/04/17 amb el Sra. MARTA ROQUETA VALL-LLOSERA com a investigador principal.

Que els documents s'ajusten a les normes ètiques essencials i per tant, ha decidit la seva aprovació.

I, perquè consti, expedeixo aquest certificat.



Girona, a 28/04/2017