

Treball de Final de Grau

ASSAIG CLÍNIC SOBRE VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA  
I L'EFICÀCIA D'UN PROGRAMA D'EDUCACIÓ EN  
LA SEVA PERCEPCIÓ

Projecte de Recerca

Autora: Emma Sanz i Boada

Tutor: Josep Garre Olmo

Universitat de Girona

Facultat d'infermeria

Curs 2023/24

## **Resum**

**Introducció:** La violència obstètrica és una qüestió que ha adquirit més importància en els últims anys per la preocupació i la gravetat de la situació, per la violació dels drets humans que provoca. A partir d'un augment en la visualització de les pràctiques que en són considerades, s'ha iniciat la creació de protocols i estudis relacionats, que aborden el tema de la violència obstètrica relacionat amb els drets de les dones, els drets reproductius, l'atenció sanitària, les bones pràctiques, etc. La importància de l'estudi es basa en la importància de donar una atenció respectuosa a les dones durant el part i el puerperi, centrada en la persona i evitant accions perjudicials o innecessàries que provoquen malestar a la dona durant el procés.

**Objectius:** Aquest treball final de grau pretén avaluar l'eficàcia d'un programa d'educació comunitària per a determinar la percepció de les dones en etapa de puerperi d'haver patit violència obstètrica, segons si les participants han rebut o no un programa d'educació per la salut al respecte.

**Mètodes:** Consisteix en un assaig clínic comunitari, aleatoritzat, controlat i paral·lel, amb un grup d'anàlisi i un grup control per a la comparació dels resultats obtinguts. La comparació es farà a partir d'una escala de valoració de la Violència Obstètrica i la seva anàlisi de dades. A partir d'uns criteris d'inclusió i d'exclusió, es realitzarà l'estudi en diferents ABS de la Regió Sanitària de Girona.

**Paraules clau:** Assaig clínic, violència obstètrica, educació per la salut, programa educatiu, atenció primària, drets sexuals i reproductius.

## **Abstract**

**Introduction:** Obstetric violence is an issue that has become more important in recent years due to the concern and seriousness of the situation, due to the violation of human rights that it causes. Based on an increase of the visualization of the practices that are considered as such, the creation of protocols and related studies has begun, which address the issue of obstetric violence related to women's rights, reproductive rights, Health care, good practices, etc. The importance of this study is based on the importance of giving respectful care to women during the puerperium, focusing on the person and avoiding harmful or unnecessary actions that cause discomfort to the woman during the process.

**Objectives:** The aim of this final degree thesis is to evaluate the effectiveness of a community education program to determine the perception of women in the puerperium stage regarding having suffered obstetric violence, according to whether or not the participants have received an education program about it.

**Methods:** This project consists of a community clinical trial, randomized, controlled and parallel, with an analysis and a control group for the obtained results comparison. The comparison will be made with an Obstetric Violence scale and its data analysis. According to specific inclusion and exclusion criteria, the study will be made in different Basic Health Areas from the Sanitary Region of Girona.

**Key words:** clinical trial, obstetric violence, health education, educational program, primary care, sexual and reproductive rights.

## **LLISTA D'ABREVIACIONS**

ABS: Àrea bàsica de salut

ASPCAT: Agència de Salut Pública de Catalunya

BOE: Boletín Oficial del Estado

CCAA: Comunitats Autònomes

CAPs: Centres d'Atenció Primària

EAPN: Estratègies per l'atenció al part normal

ENCA: *European Network of childbirth associations*

FCF: Freqüència cardíaca fetal

FIGO: Federació internacional de ginecologia i obstetrícia

GPC: Guia de pràctica clínica

IDESCAT: Institut d'estadística de Catalunya

MCS: Model de creences de la salut

NOR-AQ: Qüestionari d'abús de Norvold

OMS/WHO: Organització Mundial de la Salut/ *World Health Organisation*

UCI-N: Unitat de cures intensives neonatal

UN: Nacions Unides (*United Nations*)

VIH: Virus de la immunodeficiència humana

<b>1. MARC TEÒRIC</b> .....	<b>7</b>
1.1. VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA .....	7
1.1.1. DEFINICIÓ .....	7
1.1.2. EPIDEMIOLOGIA I LEGISLACIÓ .....	9
1.1.3. AFECTACIÓ PSICOLÒGICA I FÍSICA .....	12
1.1.4. FACTORS RELACIONATS I IMPLICATS .....	16
1.1.5. RECURSOS I ESTRATÈGIES TEÒRIQUES I PRÀCTIQUES ....	17
1.1.6. VALORACIÓ DE LA VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA.....	19
1.2. EDUCACIÓ PER LA SALUT .....	21
1.2.1. DEFINICIÓ .....	21
1.2.2. ESTRATÈGIES D'EDUCACIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT .....	23
1.2.2.1. ESTRATÈGIES .....	23
1.2.2.2. VARIABLES IMPLICADES.....	25
1.2.3. IMPACTE EN LA MILLORA DE SALUT I CONEIXEMENTS EN LA CIUTADANIA.....	26
1.2.4. ESTRUCTURA D'UN PROGRAMA D'EDUCACIÓ/PROMOCIÓ DE LA SALUT.....	26
1.3. JUSTIFICACIÓ .....	27
<b>2. HIPÒTESIS</b> .....	<b>30</b>
2.1. Hipòtesi principal.....	30
2.2. Hipòtesis secundàries .....	30
<b>3. OBJECTIUS</b> .....	<b>30</b>
3.1. Objectiu principal .....	30
3.2. Objectius secundaris.....	30
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>30</b>
4.1. Disseny de l'estudi .....	30
4.2. Població d'estudi.....	31
4.3. Criteris de participació.....	31
4.4. Procediment de mostreig .....	31
4.5. Mida de mostra .....	32
4.6. Aleatorització i emmascarament .....	32
4.7. Variables d'estudi.....	33
4.8. Procediment de recollida de dades .....	33
4.9. Instruments de mesura .....	34
4.10. Descripció del programa d'educació per la salut.....	34
4.11. Anàlisi estadística .....	37
4.12. Aspectes ètics i legals.....	38
4.13. Pla de treball i cronograma .....	39
4.14. Limitacions .....	42

4.15. Pressupost .....	42
<b>5. IMPLICACIONS PER A LA PROFESSION INFERMERA.....</b>	<b>42</b>
<b>6. BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>43</b>
<b>7. ANNEXOS.....</b>	<b>48</b>
ANNEX 1: Escala de Valoració de la Violència obstètrica: qüestionari.....	48
ANNEX 2: Presentació de les sessions del programa d'educació per la salut.....	50
ANNEX 3: Consentiment informat per a la participació en l'estudi.....	54
ANNEX 4: Quadern de recollida de dades .....	57
ANNEX 5: Infografia violència obstètrica.....	58
ANNEX 6: Enquesta de satisfacció del programa d'educació.....	58

## 1. MARC TEÒRIC

### 1.1. VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA

#### 1.1.1. DEFINICIÓ

La violència obstètrica és un tipus de violència estructural, institucional i de gènere, que inclou pràctiques dels professionals sanitaris cap a les persones en procés d'embaràs i durant el part i el postpart, que es consideren violentes o són percebudes com a tal. Inclou tant les accions no consensuades, doloroses, desinformades, de risc, etc. com l'omissió d'actes que garanteixen seguretat durant l'atenció, i actes inapropiats, incloent-hi discriminació de gènere i raça, abús verbal o físic, tracte despectiu i despersonalitzat, etc. [1]

Segons l'article 4 de la Llei 17/2020 del BOE (última edició al 2021), "*Violencia obstétrica y vulneración de derechos sexuales y reproductivos: consiste en impedir o dificultar el acceso a una información veraz, necesaria para la toma de decisiones autónomas e informadas. Puede afectar a los diferentes ámbitos de la salud física y mental, incluyendo la salud sexual y reproductiva, y puede impedir o dificultar a las mujeres tomar decisiones sobre sus prácticas y preferencias sexuales, y sobre su reproducción y las condiciones en que se lleva a cabo, de acuerdo con los supuestos incluidos en la legislación sectorial aplicable. Incluye la esterilización forzada, el embarazo forzado, el impedimento de aborto en los supuestos legalmente establecidos y la dificultad para acceder a los métodos anticonceptivos, a los métodos de prevención de infecciones de transmisión sexual y del VIH, y a los métodos de reproducción asistida, así como las prácticas ginecológicas y obstétricas que no respeten las decisiones, el cuerpo, la salud y los procesos emocionales de la mujer.*" [2]

Una de les eines utilitzades per a la definició i valoració de la violència obstètrica és la classificació d'aquesta en set categories diferents feta per Bowser i Hill. En aquestes categories es poden incloure les diferents tècniques o pràctiques que són considerades violència obstètrica. Inclou: abús, atenció sense consentiment, no confidencialitat, atenció inapropiada o indigna, discriminació d'acord amb les característiques de la dona, impediment de l'abandó de les instal·lacions, abandó

i desatenció de les cures. A més a més, cal destacar les diferències que es presenten en països d'alt i de baix capital, essent més comuna la sobremedicalització i intervencionisme en els primers, i més comuna la desatenció i infra-medicalització en els darrers. [16]

Adicionalment, representa una violació dels drets humans, sexuals, reproductius i de la salut de la dona, i la seva violació comporta un conflicte ètic i moral cap a les persones que la duen a terme. Son tot un seguit de pràctiques que han perdurat en el temps, però que no han sigut reconegudes ni visibilitzades fins a l'actualitat, on encara s'està treballant per arribar a la seva visualització. Una de les característiques d'aquest tipus de violència també és la inconsciència dels professionals que la practiquen d'estar violant els drets d'aquestes persones i la idea que aquestes accions són normals. [1, 3]

A part de les accions mencionades al BOE, també s'inclouen: no fer un ús d'anestèsics en intervencions doloroses, pràctiques innecessàries i sense consentiment de la dona (com serien les episiotomies o altres tècniques i maniobres d'ajuda al part com la maniobra de Kristeller), no tenir en compte la capacitat de decisió i preferències de la dona durant el part, medicalització excessiva o innecessària, intervencions de risc, no proporcionar els recursos necessaris per a atendre les persones amb seguretat i reducció de riscos, obligatorietat de donar a llum en una posició concreta com seria la litotomia, no fer contacte pell-a-pell immediat, intervencionisme o medicalització excessius, dur a terme cesàries innecessàries, ús d'oxitocina amb l'objectiu d'accelerar el part, no proporcionar aliment ni beguda durant el part, monitoratge fetal continu, amniotomia de rutina (amniorrexis artificial), no permetre acompanyament durant el part, etc.

En els estudis realitzats, es fa èmfasi en un seguit d'accions que prevalen més que altres, com són la falta de consentiment i d'informació, la pràctica d'episiotomies, maniobra de Kristeller i de cesàries innecessàries [1, 3, 4, 5, 23]. Es fa èmfasi, també, en la prevalença de tècniques no recomanades per l'OMS



ni per les guies de pràctica clínica de l'Estat, i que es produeixen amb freqüència a Espanya, com serien el rasurat vaginal, l'ús d'ènemes, la maniobra de Kristeller, no permetre un acompanyant durant el part, falta d'informació i consentiment informat, limitació de moviments i posicions restrictives pel part (litotomia), etc. [23]

L'estudi dels mètodes d'educació, prevenció i actuació davant la violència obstètrica és de vital importància, tant pel benestar de les persones en etapa de peripart com pels professionals sanitaris implicats. També cal tenir en compte que el procés de part, postpart o embaràs pot tenir un impacte emocional important, que també posa la dona en una situació de vulnerabilitat. [1]

### 1.1.2. EPIDEMIOLOGIA I LEGISLACIÓ

La Violència obstètrica ha sigut invisibilitzada i normalitzada fins que, als últims anys, institucions i polítiques han començat a declarar la realitat de la situació. L'OMS comença a fer referència a la violència obstètrica a partir del 2014, i no en valida l'existència oficialment fins al 2019 [6].

A més a més, l'any 2010 es fa un recull de recomanacions per als professionals sanitaris d'obstetrícia i ginecologia per a l'atenció adequada al part [7], centrant-se només en tècniques i resolució de situacions i complicacions que es poden donar durant el part. En aquest manual de recomanacions no es fa menció de l'atenció general a la dona, cosa que canvia a les noves actualitzacions fetes al 2014 [8], on es recomanen pràctiques que, tal com s'indica en els estudis mencionats anteriorment [3, 4, 5], no es realitzen correctament. Algunes d'aquestes recomanacions inclouen: decisió de la dona a l'hora d'escollir la posició del part, informació sobre els riscos i beneficis de l'analgèsia epidural, tècniques analgèsiques farmacològiques i/o no farmacològiques d'elecció per a dona, oferir líquids i aliment lleugers durant el procés de part, donar suport emocional a la dona, atenció d'un/a llevadora per cada dona en procés d'embaràs, presència d'almenys una persona a escollir per la dona durant el part, la dona firma consentiment i és informada de tots els procediments que es duen

a terme, tenint en compte les seves preferències i la seva capacitat de decisió, etc.

Així mateix, s'estableix una guia de cura perinatal amb recomanacions per als professionals de l'àmbit, "WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience" (2018), que fa un recull de consells sobre el tracte amb la persona prepart i cures durant l'embaràs [9]. Finalment, al 2019 es va publicar l'última guia de recomanacions de l'OMS: "WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience" [10]. En aquesta guia també es fa èmfasi en la importància de la decisió i preferències de la dona, del consentiment informat i de la correcta educació sanitària, incloent-hi tant els beneficis com els riscos de les diferents opcions que es presenten en situació peripart i durant el part mateix.

Al 2021 es van fer les darreres modificacions del BOE sobre violència obstètrica, incloent-la com a un dels tipus de violència masclista reconeguts i diferenciant-la de la resta, tal com indica a l'article 4 de la Llei 17/2020.

De la mateixa manera, l'article 19 d'aquesta mateixa Llei, està ambientada a la formació professional respecte a la violència masclista. Aquest article fa èmfasi en la importància de la formació contínua sobre violència masclista, causes, característiques i conseqüències. Tot i això, tan sols inclou en la recomanació de formació als professionals sanitaris i jurídics implicats en la gestió de situacions de violència masclista, excloent la resta de professionals que, tot i que no treballin directament en aquest àmbit, es poden trobar amb aquest tipus de situació durant la jornada laboral i que estigui indicada una actuació. [2]

Pel que fa a la legislació catalana, es va modificar la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, donant lloc a la redacció de la Llei 17/2020. Aquestes modificacions fan èmfasi en diferents aspectes relacionats amb la violència masclista, com seria la inclusió a la Llei de la diversitat de gènere, la violència digital, el consentiment sexual i la institucional, entre altres, que

inclou per tant, la violència obstètrica tant en l'acció com en l'omissió de diferents actes. A més a més, menciona la violència obstètrica com a un dels tipus de violència masclista, fent èmfasi en la falta d'informació i consentiment, i en la llibertat de prendre decisions. També es fa menció de la discriminació per embaràs o maternitat, envers els drets sexuals i reproductius de la dona, i la violència institucional, que tenen uns supòsits paral·lels als anteriors. [39]

Segons un estudi transversal dut a terme al 2018-2019 sobre la percepció de les dones d'haver patit violència obstètrica al territori espanyol (Universitat Jaume I



Figura 1: Freqüència de violència obstètrica per CCAA a Espanya [3].

de Castellón i Hospital do Salnés de Pontevedra, Espanya), un 38,3% de les dones incloses en l'estudi percebien haver-ne patit, el 44,4% va percebre haver patit intervencions innecessàries i/o doloroses, i el 83,4% de les quals no van ser informades que havien de firmar un consentiment informat per aquestes tècniques. A més, la segona part d'aquest estudi, enfocada a determinar les taxes d'intervencionisme i medicalització dels

parts a Espanya, conclou que hi ha una alta taxa d'aquests procediments, amb un 34,2% de maniobra de Kristeller i un 39,3% d'episiotomia, tècniques contraindicades i amb conseqüències negatives per a la dona i el nadó. [23]

Aquest mateix estudi proporciona una distribució percentual d'aquesta percepció a Espanya (excloent Ceuta i Melilla, i les dones que han tingut el part fora del país), dividida en les diferents comunitats autònomes, per observar la variabilitat percentual a causa de la descentralització del Sistema Sanitari Espanyol. A Catalunya, s'estima que un 38,2% de les dones tenen la percepció d'haver patit violència obstètrica. [3]

Hi ha pocs estudis que analitzen la prevalença de violència obstètrica a Espanya, però els percentatges oscil·len entre el 38,3% i el 67,4%, cosa que indica que aproximadament la meitat de les persones en situació d'embaràs, part i postpart pateixen violència obstètrica. [3, 4, 5]

Un estudi fet a la Universitat de Talca de Xile, per a partir de la validació d'una escala de valoració de la violència obstètrica, va concloure que un 58,9% de les dones que van participar en l'estudi referien haver patit violència obstètrica. D'aquestes, entre un 20% i un 25% refereixen haver sigut criticades pel personal sanitari per expressar emoció i/o dolor, un 24,9% no poder expressar inquietuds per no rebre resposta o rebre-la de mala manera, un 22,4% obligatorietat de romandre enllitada, un 35% de romandre estirada en decúbit supí, i un 23,2% tenien l'impediment d'estar acompanyades durant el part. [12]

Tot i la falta d'estudis a nivell mundial que valorin la prevalença de la violència obstètrica, hi ha evidència encarada a la prevalença a escala nacional de diferents països, amb altes taxes a Sud-amèrica i Àfrica, on es concentren molts dels estudis realitzats. La prevalença en diferents països mostra la variabilitat de casos en les diferents regions a nivell mundial, amb un 76,4% a Turquia [17], 18,1% a Sri Lanka [18], 14,3% a Suècia [19], 30% a Israel [22], 25% a Brazil, 28,8% a l'Índia [3], etc. Amb tots aquests estudis i conclusions extretes d'altres fonts, es podria dir que hi ha un rang de variabilitat que varia, aproximadament, entre el 15% i el 75% de casos de violència obstètrica en diferents regions a nivell mundial. Aquesta àmplia variabilitat podria ser a causa de diferències en la mida de les mostres, dels casos escollits, de la realitat presentada a cada regió, de les influències culturals en la percepció dels usuaris, les diferències en eines de mesura, etc. [3]

### 1.1.3. AFECTACIÓ PSICOLÒGICA I FÍSICA

La violència obstètrica, com qualsevol mena de violència, té un impacte psicològic, i segons les intervencions realitzades, també en pot tenir de físiques. Cal tenir en compte que a l'etapa del peripart, les dones es troben en una situació

en què són més vulnerables a patir trastorns mentals, pels canvis hormonals i fisiològics que es presenten en aquesta etapa. Durant l'embaràs, un 21,7% de les dones pateixen depressió, tot i que la prevalença és similar en aquelles que no estan en procés d'embaràs. [1, 22]. En el procés de part i peripart, es generen molts sentiments de por, inseguretats, soledat, ansietat, dolor, pèrdua de control, etc. I el fet d'estar en una situació emocionalment inestable, augmenta el risc de patir seqüeles per violència obstètrica [1, 40].

Una de les conseqüències que més es remarca en la literatura [1, 20, 21, 22] és la depressió postpart, amb un risc de 25,4% de les dones que pateixen violència obstètrica de patir-ho. Aquest risc augmenta en dones múltiples, si el nou-nat ha requerit ingress a UCI-N, baix suport de la parella/família, i haver rebut violència emocional o psicoafectiva. La depressió postpart també està relacionada amb complicacions durant el part, factors sociodemogràfics, estat psicològic anterior, pràctiques relacionades amb la violència obstètrica com serien induccions del part innecessàries, falta de contacte pell amb pell amb el nou-nat, tipus de part, etc.

Les afectacions psicològiques greus més comunes, a més de la depressió postpart, inclouen el trastorn d'estrès agut postpart, estrès posttraumàtic i reactivació d'estrès posttraumàtic. [20]

A banda d'això, la realització de cesàries no indicades o innecessàries, té un gran impacte psicològic en la dona, i conseqüències físiques (risques en la fertilitat i futurs embarassos, riscos quirúrgics i anestèsics, infeccions, hemorràgia, entre altres) que cal valorar contraposant els beneficis segons cada cas, tenint en compte les indicacions i la necessitat, també en absència de contraindicacions. Una de les complicacions més remarcades és la dificultat per a futurs embarassos a causa de la cicatriu d'incisió de la cesària, que presenta un risc de ruptura elevat. A Espanya (2019), hi ha una taxa de cesàries del 25%, que coincideix amb la mitjana europea (essent aproximadament un 29% a Catalunya

i un 15% al País Basc, tenint en compte les diferències intraterritorials de l'Estat Espanyol) [29], i un 16,9% de cesàries considerades innecessàries. [23, 40]

Pel que fa a l'afectació psicològica de la cesària, s'inclou la depressió postpart i percepcions negatives respecte a l'experiència del part, en cas de no ser una cesària demanada específicament per la dona. A més a més, amb l'augment del risc d'admissió del nadó a l'UCI-N, també s'incrementa la possibilitat de separació de la mare i el nadó, cosa que presenta més risc psicològic per ambdues bandes [40].

Una de les tècniques que es realitza freqüentment a Espanya és l'amniotomia, que consisteix en la ruptura de membrana amniòtica per provocar una amniorrexis artificial i així accelerar el part. Aquesta tècnica té conseqüències a nivell físic, incloent-hi anormalitats de la freqüència cardíaca fetal (FCF) i un augment del risc d'infecció. Tot i així, cal destacar que a l'informe d'atenció perinatal de l'Estat espanyol d'entre el 2010 i el 2018, comprèn un descens progressiu de la freqüència d'aquesta tècnica, passant d'un 19,5% al 2010 a un 13% al 2018. [23, 25]

La inducció del part a partir de medicalització també és una tècnica que està contraindicada a excepció de casos de risc (Diabetis Mellitus o hipertensió materna, isoimmunització Rh, embaràs perllongat, anomalies fetals, etc.), i que es duu a terme cada cop amb més freqüència (18,61% al 2010 i 34,18% al 2018) [25]. Aquests percentatges superen les recomanacions de la guia d'estratègies per a l'atenció del part normal (EAPN), publicat pel Ministeri de Sanitat Espanyola. Igualment, la inducció del part augmenta el risc de cesària, d'hemorràgia postpart, instrumentació durant el part, analgèsia epidural, episiotomia, falta de contacte pell-a-pell i lactància primerenca. [26, 27]

Actualment, una de les tècniques amb més controvèrsia i crítica és l'episiotomia, que consisteix a fer una incisió perineal per ampliar l'orifici vaginal durant el part. Es qüestiona l'efectivitat, necessitat i complicacions a curt i llarg termini d'aquesta

tècnica, per la qual cosa s'està reduint de manera progressiva la seva incidència a Espanya, també a causa de la visibilització que ha rebut els últims anys (d'un 42,15% al 2010 a un 27,52% al 2018) [25]. L'episiotomia és una tècnica amb poca evidència sobre els seus beneficis, però realitzada igualment de forma rutinària. També, està demostrat un ampli ventall de conseqüències negatives per la dona que deriven de l'aplicació d'aquesta tècnica, com serien els esquinçaments perineals greus (amb necessitat de reparació quirúrgica en 3 de cada 4 casos), disfunció d'esfínters anals i urinaris, dolor, disparèunia, etc. Tanmateix, es presenten dos tipus d'episiotomies comunes, la medial (incisió de la part inferior de la vagina a l'anus) i la medio-lateral (incisió de 40-45° des de la part inferior de la vagina cap a un dels dos costats). L'episiotomia que té menys risc de lesió és la medio-lateral, i tot i així, es duu a terme només en el 22% dels casos [27].

Altrament, els parts instrumentals estan indicats en casos on sigui estrictament necessari (ús de fòrceps, ventosa o espàtula), per les conseqüències que té a nivell matern i neonatal i el seu augment de morbiditat. A part de les lesions immediates que pot produir tant a la mare com al nadó, també augmenta el risc de practicar episiotomies, esquinçaments perineals, etc. A causa del risc del fòrceps comparat amb la ventosa (té un risc inferior), s'ha produït una disminució de l'ús del fòrceps en parts instrumentals, però un augment de l'ús de ventosa. Per tant, tot i el canvi de tècnica utilitzada, la incidència de parts instrumentals s'ha mantingut estable al llarg d'aquest període (18,7% al 2010 i 17,52% al 2018) [9, 25]. Destacar que Espanya és el país europeu amb més taxa de parts instrumentats, amb gairebé un 15% al 2019, comparat amb la mitjana europea de 6,1%. [28]

Paral·lelament a l'ús de tècniques, medicalització i instrumentació del part, un cop fet l'anàlisi de les prevalences d'aquestes tècniques, remarcar els objectius de l'OMS de mantenir-les per sota del 15% (OMS, 2015), i que en totes les mencionades anteriorment, cap compleix aquest criteri. [23]

#### 1.1.4. FACTORS RELACIONATS I IMPLICATS

Hi ha molts factors relacionats amb la presència de la violència obstètrica, alguns més clars que altres, i que augmenten el risc de patir o exercir violència obstètrica. Aquests factors poden estar relacionats amb els professionals o amb els usuaris, amb el context cultural, temps o amb les institucions, entre altres.

Respecte als professionals, el *burnout* (desgast professional) té un paper important a l'hora d'exercir aquest tipus de violència. També hi ha implicada una falta de formació i de coneixement d'aquestes pràctiques, que sovint es consideren normals per l'hàbit de fer-les [1, 3].

Així mateix, s'està estudiant la diferència de tracte entre els sistemes públics i privats, i tot i la poca bibliografia que hi ha al respecte, es veu que al sistema de salut privat hi ha més qualitat per les intervencions i els aspectes físics del part, però més deshumanització, menys atenció psicològica, més intervencionisme i una proporció més alta de casos de violència obstètrica. En canvi, en el sistema de salut públic, tot i haver-hi més escassetat de recursos, material i inversió en procediments, hi ha menys prevalença de violència obstètrica pel tracte i suport a la situació de peripart i part. [3, 40]

Altres factors determinants que es poden trobar implicats en la incidència de la violència obstètrica són l'estat civil, l'edat (inversament proporcional a la prevalença de violència obstètrica), estat socioeconòmic, laboral i educatiu, paritat, raça, gènere, etc. A més a més de la necessitat d'educació sanitària per als professionals que estan implicats en l'àmbit obstètric o de gènere, la falta de visibilització i informació que hi ha al respecte, evidència, etc.

Igualment, s'ha determinat com a factor protector la presència d'un Pla de Part, que ajuda a determinar les intervencions i el consentiment queda més remarcat en aquest pla, a més de ser una guia per a la dona per a entendre millor la situació i que dona una oportunitat per a decidir sense pressió i de manera més informada. [1, 3, 4]



### 1.1.5. RECURSOS I ESTRATÈGIES TEÒRIQUES I PRÀCTIQUES

L'evidència consultada ha remarcat la importància de prendre mesures per a evitar la violència obstètrica i per proporcionar a les famílies un entorn segur i adequat per al part i l'atenció al peripart. Per això, hi ha un seguit d'iniciatives i associacions que tenen com a objectiu la millora de les condicions maternals i neonatals i la visibilització de desigualtats en aquest àmbit.

Una de les iniciatives que més es remarca a nivell internacional és la “Mother-baby friendly birthing facilities initiative”, una iniciativa creada per diverses entitats (FIGO (Federació Internacional de Ginecologia i Obstetrícia), l'associació internacional de pediatria, la Confederació internacional de Llevadores, “White Ribbon Alliance”, i l'OMS) per promoure unes instal·lacions sanitàries i un tracte per part del personal sanitari adequat i adaptat al part, incloent estratègies per a protegir els drets i el benestar de les dones durant aquesta etapa.

Aquesta iniciativa proposa uns criteris amb els respectius indicadors per definir unes instal·lacions adequades pel part. Aquestes inclouen poder escollir la posició del part, permetre aigua i menjar, no discriminació cap a les dones VIH positives, permetre i fomentar l'acompanyament escollit per la dona durant el part, privacitat, atenció culturalment adequada, no abús físic/verbal/emocional/financer, atenció maternal gratuïta o de baix cost, no pràctiques de rutina no recomanades, control del dolor farmacològic i no farmacològic, pell-a-pell i lactància, establiment de protocols de protecció de drets i no discriminatòries. [30]

Altres associacions a nivell internacional serien “Make mothers matter” a nivell Europeu, ENCA (European Network of Childbirth Associations), i altres associacions a nivell nacional de diferents països arreu del Mon.

Paral·lelament, a nivell Nacional hi ha diverses associacions amb els mateixos objectius, com serien “El parto es nuestro”, “Proyecto de humanización a la atención perinatal en Andalucía”, “Asociación nacer en casa”, i l’associació “Dona llum”, entre altres, incloent-hi també associacions de llevadores arreu d’Espanya.

L’associació “El parto es nuestro” és una associació sense ànim de lucre que proporciona informació sobre el part, peripart i feminisme ambientat a l’àmbit obstètric, donant suport a les dones que han patit alguna forma de violència obstètrica, i que pretén millorar les condicions d’atenció a mares i fills durant l’embaràs, el part i el postpart. [31]

Per altra banda, la “Asociación nacer en casa”, està format per un grup de llevadores que fan assistència durant l’embaràs, el part i el post-part de manera domiciliària i enfocant les cures al respecte a la família atesa. [32]

Finalment, “Dona llum” és una associació sense ànim de lucre centrada a Catalunya, formada per un grup de dones que defensen el tracte digne i respectuós durant les etapes compreses al peripart. Tenen com a objectiu promoure l’aplicació de l’evidència científica coneguda per a respectar els drets de les mares i els nadons, a més a més de defensar la seva dignitat i les seves necessitats. [33]

A part de les diferents associacions mencionades, hi ha un seguit de guies que recullen diferents recomanacions per al tracte a la dona durant l’embaràs i el part, mencionades anteriorment. Les que presenten una major rellevància són les guies de l’OMS, “Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool: a systematic standard based participatory approach” [8], “WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience” [9], i “WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience” [10]. A més a més, a nivell Espanyol es destaca la guia de pràctica clínica (GPC) d’atenció al part normal [27].

Respecte a Catalunya, cal destacar el “Protocol d’atenció i acompanyament al naixement a Catalunya” (2<sup>a</sup> ed., 2020), un document que també fa èmfasi en els drets de la dona, la identitat de gènere, la importància d’un pla de naixement, disminució del nombre de cesàries, la protecció de la dona víctima de violència masclista, la detecció d’anomalies i complicacions, etc. Tal com concreta l’Agència de Salut Pública de Catalunya (ASPCAT), “L’objectiu final és garantir una atenció respectuosa a la maternitat i, en conseqüència, organitzar l’atenció sanitària de manera que preservi la dignitat, la privacitat i la confidencialitat de les embarassades i les criatures”. [34]

#### 1.1.6. VALORACIÓ DE LA VIOLÈNCIA OBSTÈTRICA

Actualment, hi ha una escala de valoració validada al 2021 per a la mesura de la violència obstètrica [12, ANNEX 1], creada a partir d’un qüestionari creat per l’associació “El parto es nuestro” [13] (Test de Violència Obstètrica, 2014), i el qüestionari validat d’abús de Norvold (NOR-AQ) [14, 15], s’ha creat una escala per a la valoració de la violència obstètrica per un grup investigador de la Facultat de Psicologia de la Universitat de Talca de Xile, i a partir d’un estudi se n’ha fet la validació.

Es tracta d’una escala que consta de 14 preguntes amb resposta dicotòmica de “Sí” o “No” [Annex 1], que se centra en la capacitat de decisió de la dona, el consentiment informat i el sentiment de seguretat i comprensió per part del personal sanitari. A partir d’aquesta escala, es va fer un estudi per veure la prevalença de violència obstètrica i permetre així l’ús d’aquesta escala, a més a més d’ajudar a les dones a identificar si han patit aquest tipus de violència.

Aquesta escala inclou les situacions més comunes que es consideren violència obstètrica, i es valoren amb una escala gradual de tipus Likert (amb 5 respostes possibles 1 = No descriu gens el que em va passar, fins a 5 = Definitivament això em va passar).

Per altra banda, el qüestionari d'abús de Norvold, és una eina validada que mesura l'abús físic, emocional, sexual i el sistema de salut de les dones. És una eina que, inicialment, es va utilitzar per mesurar la prevalença d'abús a les dones en els àmbits mencionats anteriorment, i fer una comparació en els 5 països nòrdics diferents (Suècia, Noruega, Dinamarca, Finlàndia i Islàndia).

Tanmateix, a causa de l'ús de les set categories d'abús de Bowser i Hill com a eina complementària en la definició de violència obstètrica, també s'han emprat aquestes categories com a eina per identificar aquestes situacions. [16]

## 1.2. EDUCACIÓ PER LA SALUT

### 1.2.1. DEFINICIÓ

Quan es parla d'educació per la salut, es fa de manera conjunta amb els conceptes de promoció de la salut i d'alfabetització per la salut, ja que un no pot existir sense l'altre. Aquests conceptes es troben definits per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) a la Guia per l'Educació de la Salut, "Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies" (2012).

Segons aquesta guia, l'OMS defineix l'educació per la salut com *"el conjunt d'oportunitats construïdes conscientment per aprendre, incloent alguna forma de comunicació dissenyada per millorar el coneixement de salut, la millora del coneixement, el desenvolupament d'habilitats per a la vida, que condueixen a la salut personal i comunitària"*. Aquestes estratègies es duen a terme en diferents àmbits, com serien escoltes, llocs de treball, comunitats, centres sanitaris, etc. I es focalitzen en temes relacionats amb la prevenció de malalties i la promoció de la salut (nutrició, exercici físic, salut sexual, salut mental, hàbits saludables/tòxics, etc.).

Per altra banda, la promoció de la salut és *"el procés de permetre que les persones incrementin el control de la seva salut i poder-la millorar"*. La promoció per la salut té tres pilars bàsics, segons l'OMS: bona governança (establiment de polítiques protectores de salut), ciutats saludables (planificació urbana, mesures preventives, institucions i centres de salut, etc.), i alfabetització per la salut.

Finalment, l'alfabetització per la salut es defineix com *"el grau amb el que les persones son capaces d'accedir, entendre, avaluar i comunicar la informació per atendre les demandes de diferents contextos de salut per promoure i mantenir la salut durant el llarg de la vida"*. [35]

Aquests conceptes i molts d'altres, es troben definits a la Carta d'Ottawa, presentada a la primera conferència internacional de promoció de la salut (Ottawa, 1986). En aquesta conferència, es va iniciar un diàleg amb diferents

representants de diferents àmbits (salut, política, organitzacions socials, etc.) de 38 països diferents, per acordar uns objectius de salut a implementar i arribar a

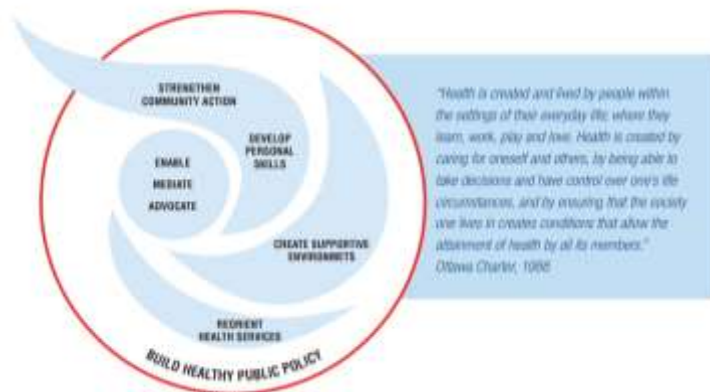


Figura 2: àrees de promoció de la salut de la Carta d'Ottawa (OMS, 1986) [37]

partir de l'any 2000. Amb això, es van comprometre a invertir en salut, la seva educació i promoció, i a reduir les diferències i desigualtats en salut. A partir de les estratègies establertes en aquesta conferència, recollides a la Carta d'Ottawa, s'han anat

fent modificacions i variacions a causa dels canvis socials, polítics i de l'entorn, adaptant aquestes estratègies a les necessitats variables de la població.

A partir de la idea de millorar i vetllar per la promoció de la salut, a la Carta d'Ottawa es van establir 5 àrees d'acció per a la promoció de la salut: reorientar els serveis de salut, crear entorns de suport, enfortir l'acció comunitària, desenvolupar habilitats personals, permetre, mediar i advocar per la salut a partir de polítiques de salut públiques. [36, 37]

A més a més, al 2016 es va fer la darrera conferència internacional per a la promoció de la salut, a Shanghai, on es va desenvolupar la "*Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for sustainable development*". Consisteix en una declaració feta amb objectius a realitzar al 2030, que complementa la salut personal i comunitària amb el desenvolupament sostenible de les mesures proposades. Fa una anàlisi de les dificultats i oportunitats que es presenten actualment, de les mesures transformatives que es podrien implementar, i ho relaciona amb la sostenibilitat. [37]

## 1.2.2. ESTRATÈGIES D'EDUCACIÓ I PROMOCIÓ DE LA SALUT

### 1.2.2.1. *ESTRATÈGIES*

En l'àmbit de la promoció de la salut, es fan servir diversos models cognitivo-conductuals per a elaborar estratègies que potenciïn l'eficàcia i predisposin a l'acció per part de la població per a una millora de la salut individual i col·lectiva. Aquests models han estat determinats per diferents aspectes de la psicologia i models d'aprenentatge estudiats, com serien la teoria conductista (tot comportament es pot explicar amb una relació estímul-resposta) o la cognitiva (el comportament és el resultat d'atorgar un valor a les conseqüències de l'acció i valora la probabilitat que es produeixi un resultat esperat) [38]. Alguns d'aquests models, explicats en la Guia d'Educació per la Salut de l'OMS (2012) [35], inclouen:

1. **El model racional:** incrementar el coneixement d'una persona influeix en el canvi conductual.
2. **Model de creences de salut:** basada en sis factors de percepció personal i situacional (susceptibilitat, gravetat, beneficis, obstacles, factors que predisposen a l'acció, eficàcia pròpia).
3. **Model del canvi transteòric:** el canvi està determinat en 5 etapes diferents (pre-contemplació, contemplació, preparació, acció i manteniment). A partir d'aquestes etapes, es determinen unes accions o altres, tenint en compte les necessitats individuals que venen donades, en part, per l'etapa del canvi en la que es troba la persona.

A més a més, hi ha altres models i teories, que tenen en compte altres variables com la influència de les normes socials, la necessitat d'establir missatges individualitzats i adaptats a la població diana, creença en les pròpies capacitats, etc. [35]

Aquests models i teories creen una base per a l'elaboració d'estratègies per a la promoció i educació per la salut. Aquestes van ser determinades en un inici a la

Conferència d'Ottawa per a la promoció de la salut (1986), i darrerament a la Conferència de Shanghai (2016). Aquestes conferències es fan de manera periòdica cada cert període de temps per establir les bases i estratègies de salut de manera cohesionada internacionalment, equitativament i sosteniblement, tocant temes com l'estil de vida, la qualitat de vida, la salut, prevenció, desenvolupament sostenible, dificultats i oportunitats, etc. [36, 37]

A l'última conferència internacional sobre la promoció de la salut (Shanghai, 2016), es manifesten diverses estratègies per aconseguir els objectius de salut, la promoció de salut i el desenvolupament sostenible, que inclouen ciutats saludables, polítiques relacionades amb industrialització de productes tòxics (tabac, alcohol, etc.), salut mental, avanços tecnològics i el seu impacte en la manera de relacionar-se amb l'entorn, malalties infeccioses, iniquitats socials que no permeten accés a una salut bàsica, etc. Enfoca els obstacles per a la salut al sobre consumisme, l'explotació de recursos naturals, els canvis ecològics i els errors i debilitats dels sistemes de salut.

Paral·lelament, es determinen les estratègies d'acord amb els 17 objectius principals per al desenvolupament sostenible, determinats per les Nacions Unides (UN): no pobresa, no fam, bona salut i benestar, educació de qualitat, igualtat de gènere, aigua i productes sanitaris nets, energia neta i assequible, creixement econòmic i de treball, indústria, innovació i infraestructura, reducció d'iniquitat, ciutats i comunitats sostenibles, consum i producció responsable, acció climàtica, conservació marina, conservació dels ecosistemes terrestres, pau i justícia, aliança mundial [43].

Igualment, és important implementar en qualsevol programa, el codi ètic per assumir una responsabilitat moral cap a la comunitat, la professió, la integritat educacional i sanitària, la recerca, etc. [35] Podem trobar les bases del codi ètic de Catalunya enfocat al servei públic, aprovat l'octubre del 2021 per la Generalitat de Catalunya, que proposa unes bases ètiques comunes pels serveis públics de la regió. Aquest codi ètic fa èmfasi en la importància de l'objectivitat i



imparcialitat, de la professionalitat, centralitzar la persona, respectant les persones i els seus drets, equitat, col·laboració, empatia, informació, protecció, accessibilitat, inclusivitat, visibilització, entre altres. [41]

#### 1.2.2.2. VARIABLES IMPLICADES

El resultat de la promoció i educació per la salut ve determinat per diversos factors, que poden ser tant personals com contextuals. Segons el Model de Creences de la Salut (MCS), els 6 factors personals implicats en la predisposició a l'acció per a la millora de la salut són els següents [35, 38]:

- **Susceptibilitat percebuda:** les percepcions personals sobre les probabilitats de patir una condició determinen les probabilitats d'acció per part de l'individu.
- **Gravetat percebuda:** la percepció que la falta de salut en un àmbit concret és major o menor, també pot determinar l'acció o l'evitació de la situació.
- **Beneficis percebuts:** l'acció pot venir determinada per la creença que hi ha un benefici que pesi més que la conseqüència de no prendre responsabilitat per l'estat de salut.
- **Obstacles percebuts:** percepció dels costos i sacrificis de prendre acció.
- **Factors que predisposen a l'acció:** recordatoris, crida d'atenció, etc.
- **Eficàcia pròpia:** creença en les pròpies capacitats per dur a terme un canvi.

També, és important comptar amb altres variables com la participació de la comunitat en les diferents etapes del desenvolupament del programa, una bona planificació (identificació del problema, objectius, determinar la població diana i les característiques contextuals i ambientals, cohesió de grup educador, etc.), fer una bona avaluació dels recursos disponibles i de les capacitats de la comunitat per assolir els objectius proposats, la comprensió del programa adequada a la població diana, integració del programa (accessibilitat), proporcionar canvis a llarg termini, alteració de les normes d'una comunitat (implica l'exposició per part

d'una part majoritària de la població diana i la seva participació), fer una bona recerca i avaluació del programa implementat. [35]

### 1.2.3. IMPACTE EN LA MILLORA DE SALUT I CONEIXEMENTS EN LA CIUTADANIA

La promoció de la salut ha demostrat tenir un impacte en la millora de la salut poblacional i comunitària, per la visualització i conscienciació de l'autocura i responsabilitat de la pròpia salut. Diverses intervencions relacionades amb l'exercici físic i la nutrició als llocs de treball han mostrat efectivitat, a més a més d'intervencions relacionades amb la prevenció de problemes de salut mental a partir d'educació en salut electrònica i intervencions relacionades, sobretot després de la pandèmia Covid-19 [44, 47, 48].

També, hi ha hagut una millora en alteracions músculoesquelètiques en grups diana en els que s'han implementat estratègies d'educació de la salut en aquest àmbit, especialment en zones de treball on els treballadors passen moltes hores asseguts. [44]

La promoció de la salut en nens i adolescents està més relacionada amb la salut mental i salut oral, mentre que als centres de treball es relaciona més freqüentment amb salut músculoesquelètica o consum de tòxics [35, 45, 46].

### 1.2.4. ESTRUCTURA D'UN PROGRAMA D'EDUCACIÓ/ PROMOCIÓ DE LA SALUT

Un programa de salut, enfocat a la promoció de la salut i la prevenció de malalties, ha de tenir una estructura bàsica, a més a més de les característiques individuals de cada programa adaptades al context i a la població diana.

A partir d'evidència, es fa una planificació general del pla d'implementació: s'avalua la necessitat d'un programa i la disponibilitat dels recursos dels quals disposem, juntament amb uns objectius a assolir pel programa i una avaluació

d'implementació de programes de promoció de la salut en aquesta població concreta. A més a més, cal determinar la població diana i l'àmbit d'aplicació (escoles, llocs de treball, comunitat, centres de salut, etc.). Finalment, determinar el temps i espai d'implementació del programa, els costos i els riscos.

Un cop feta la planificació, s'elabora el programa, es fa una bona promoció d'aquest programa per garantir l'accessibilitat de la població diana al programa, i si precisa es fa una coordinació amb altres serveis i recursos per complementar el programa i la seva efectivitat. Per l'elaboració, cal determinar les eines i intervencions a fer, els mètodes d'avaluació que s'utilitzaran un cop implementat el programa, recollida de dades i mètodes de seguiment.

Seguidament, un cop implementat el programa, cal fer una avaluació dels resultats, per conèixer les variables que permeten uns bons resultats i assolir els objectius proposats, i les que no, cosa que també permet conèixer la població i les seves necessitats i característiques envers la promoció de la salut. Segons el tipus de programa i els seus objectius, es faran servir unes eines d'avaluació o unes altres.

Finalment, un cop feta l'avaluació, es recomana fer un pla de continuïtat o manteniment, per aconseguir que els resultats obtinguts es mantinguin a llarg termini. [48]

### 1.3. JUSTIFICACIÓ

Hi ha estudis que avaluen els coneixements que té la població i els professionals sanitaris sobre violència obstètrica, i s'ha vist que hi ha alts percentatges de desconeixença sobre el tema. Entre 27% i 80% de les persones a la regió de centre i Sud-amèrica refereix no tenir suficient informació sobre el tema per gestionar-lo o refereix no conèixer el concepte. Part d'aquest problema recau en el fet que es tracta d'una pràctica invisibilitzada, i la dificultat per definir i identificar les accions o omissions que serien considerades violència obstètrica, sobretot pel fet que aquesta adopta moltes formes diferents (psicològica, verbal,

mèdica, física, etc.) i per la normalització i naturalització de moltes d'aquestes accions [1, 20, 49].

Igualment, l'evidència mostra que les dones que reben educació sanitària respecte a la violència obstètrica, tenen una major percepció d'haver-la patit, cosa que indica que hi ha pràctiques habituals inadequades (o la seva omisió) que han estat normalitzades [1, 3, 4].

A més a més, la importància recau en la necessitat de millora, que s'enfoca a reduir la taxa de violència obstètrica, importància mencionada indirectament en el codi ètic de Catalunya [41] i en la Carta de Drets i Deures, actualitzada al 2015, que no han estat complertes en la seva totalitat en els casos presentats de violència obstètrica. La Carta de Drets i deures està basat en un model sanitari centrat en la persona, diferents principis ètics (llibertat, autonomia, igualtat, dignitat, etc.) i que remarca el dret de les persones a rebre una bona educació per la salut. Alguns dels drets més vulnerats en casos de violència obstètrica inclouen el dret a rebre un tracte respectuós, rebre educació sanitària i obtenir informació, intimitat i confidencialitat, decidir qui pot estar present durant els actes, dret al consentiment, planificació de decisions anticipades, etc. A més dels drets de les persones ateses al servei, inclou un conjunt de deures per part dels professionals, destacant el deure a respectar els drets inclosos i no inclosos al document. [42]

Tot i la presència d'educació sanitària respecte el procés de prepart, part i postpart, i abundància de recursos per preparació del part (inclòs el Pla de Part), hi ha una manca de programes educatius en l'àmbit de violència obstètrica, tot i l'alta prevalença que presenta arreu del món.

## 2. HIPÒTESIS

### 2.1. Hipòtesi principal

Les dones que reben un programa d'educació relacionat amb la violència obstètrica tenen una major percepció d'haver patit alguna forma de violència obstètrica durant el procés de part institucionalitzat.

### 2.2. Hipòtesis secundàries

- Les dones més joves tenen una major percepció d'haver patit violència obstètrica.
- Les dones amb un nivell socioeconòmic més elevat tenen una major percepció d'haver patit violència obstètrica.
- El grau de satisfacció per participar en el programa d'educació per la salut serà acceptable.

## 3. OBJECTIUS

### 3.1. Objectiu principal

Determinar l'efecte d'un programa de salut relacionat amb la violència obstètrica per avaluar la diferència en la percepció de les dones en etapa del puerperi d'haver patit violència obstètrica durant el part institucionalitzat segons si han rebut un programa d'educació per a la salut sobre violència obstètrica o no.

### 3.2. Objectius secundaris

- Determinar l'efecte de la diferència d'edat de les dones en la seva percepció d'haver patit violència obstètrica.
- Determinar l'efecte del nivell socioeconòmic en la percepció de les dones d'haver patit violència obstètrica.
- Determinar el grau de satisfacció per participar en un programa d'educació per la salut sobre violència obstètrica.

## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Disseny de l'estudi

Assaig clínic comunitari, aleatoritzat, controlat i paral·lel. L'estudi constarà d'un grup d'anàlisi i un grup control per a la comparació dels resultats obtinguts. Es realitzarà en diferents ABS de la Regió Sanitària de Girona, tenint en consideració uns criteris d'inclusió i exclusió específics, amb una duració de 6 mesos.

### 4.2. Població d'estudi

Dones en etapa de prepart amb expectatives de tenir un part institucionalitzat durant el període establert per l'estudi.

### 4.3. Criteris de participació

- Inclusió: dones embarassades de >20 setmanes de gestació al moment d'implementació de l'estudi, edat 25-40, regió ABS de Girona, que tinguin expectatives de fer un part institucionalitzat, nul·líparas, embaràs únic, dones que estiguin disposades a participar en les sessions programades del programa d'educació, haver firmat un consentiment informat per a l'estudi.

- Exclusió: patologia psiquiàtrica, dones amb necessitats mèdiques que dificultin la implementació de l'estudi (ingrés hospitalari durant l'estudi, complicacions durant el part, etc.), barrera idiomàtica entre la participant i els/les investigadors/es, àmbit laboral relacionat amb obstetrícia i ginecologia, dificultat de comprensió del programa, haver participat anteriorment en un programa similar o del mateix àmbit.

### 4.4. Procediment de mostreig

Es durà a terme un mostreig per conglomerats entre les ABS (Àrees Bàsiques de Salut) de la regió sanitària de Girona, que d'acord amb la classificació de l'Institut d'Estadística de Catalunya, es divideixen en l'àrea nord i l'àrea sud (Taula 1) [50]. La unitat mostral de la primera etapa seran les ABS i la unitat mostral de la segona etapa seran dones ateses. Es realitzarà un mostreig de conveniència per al reclutament de les participants.

Taula 1: Classificació de les ABS de la Regió Sanitària de Girona	
ABS Girona Nord	ABS Girona Sud
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Bàscara</li> <li>● Besalú</li> <li>● La Bisbal d'Empordà</li> <li>● Camprodon</li> <li>● L'Escala</li> <li>● Figueres</li> <li>● La Jonquera</li> <li>● Llançà</li> <li>● Olot</li> <li>● Palafrugell</li> <li>● Palamós</li> <li>● Perelada</li> <li>● Ripoll-Sant Joan de les Abadesses</li> <li>● Roses</li> <li>● Sant Feliu de Guíxols</li> <li>● Torroella de Montgrí</li> <li>● Vilafant</li> <li>● Ribes de Freser-Campdevàno</li> <li>● Sant Joan les Fonts</li> <li>● La Vall de'n Bas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Anglès</li> <li>● Arbúcies-Sant Hilari</li> <li>● Banyoles</li> <li>● Blanes</li> <li>● Calella</li> <li>● Canet de Mar</li> <li>● Cassà de la Selva</li> <li>● Celrà</li> <li>● Girona-1: Santa Clara</li> <li>● Girona-2: Can Girbert del Pla</li> <li>● Girona-3: Montilivi</li> <li>● Girona-4: Taialà-Girona</li> <li>● Lloret de Mar</li> <li>● Malgrat de Mar</li> <li>● Salt</li> <li>● Santa Coloma de Farners</li> <li>● Sarrià de Ter</li> <li>● Sils-Vidreres-Maçanet de la Selva</li> <li>● Pineda de Mar</li> <li>● Breda-Hostalric</li> <li>● Tordera</li> </ul>

#### 4.5. Mida de mostra

Acceptant un risc alfa de 0.05 i un risc beta inferior al 0.2 en un contrast bilateral, calen 60 subjectes en el primer grup i 60 en el segon per detectar com estadísticament significatiu la diferència entre dues proporcions, que pel grup 1 s'espera que sigui de 0.15 i el grup 2 de 0.4. S'estima una taxa de pèrdues de seguiment del 20%.

#### 4.6. Aleatorització i emmascarament

Es durà a terme una aleatorització dels centres seleccionats mitjançant la pàgina random.org. Assumint un nombre de 10 participants per centre, serà necessari aleatoritzar 12 CAPs en dos grups:

<https://www.random.org/sequences/?min=1&max=12&col=2&format=html&rnd=new>

A causa de la naturalesa de la intervenció, l'emascament total és complex, per aquest motiu el grup que no rebi la intervenció del programa d'educació per la salut, rebrà informació genèrica sobre la violència obstètrica durant una de les visites de control de l'embaràs.

#### 4.7. Variables d'estudi

Seràn avaluades prèviament a l'inici de la implementació de l'estudi, i avaluades de nou al final de l'estudi per valorar els resultats i fer una comparació dels grups seleccionats.

- Variable dependent: Percepció d'haver patit violència obstètrica en relació amb la implementació d'un programa d'educació sobre el tema durant el part. És una variable qualitativa, normal i dicotòmica.
- Variable independent: Rebre o no un programa d'educació per la salut relacionat amb la violència obstètrica durant el part.
- Covariables: Edat, nivell socioeconòmic, tipus de part, àmbit de percepció de violència (els actes o omissions en els que s'ha percebut la violència obstètrica), el grau d'invasió o gravetat dels àmbits percebuts com a violents.

#### 4.8. Procediment de recollida de dades

Es farà una selecció de la mostra a partir de les consultes en l'àmbit d'atenció primària de diferents ABS de la Regió Sanitària de Girona, proposant la participació en l'estudi a les dones que assisteixin a les visites obstètriques durant el període d'estudi. Un cop s'accepti la participació a l'estudi, es programarà una visita en la qual es passarà un qüestionari per a la recollida de dades inicial i per determinar els diferents factors i criteris d'inclusió/exclusió, les covariables i altres dades rellevants per a l'estudi [ANNEX 4], a més a més de firmar el consentiment informat per a la participació a l'estudi. Es dividirà la mostra de participants en dos grups creats aleatòriament per a la posterior comparació dels resultats. S'aplicarà el programa d'educació per la salut en l'àmbit de violència obstètrica en una part de la mostra de manera grupal, i l'omissió d'aquesta implementació en l'altra part de la mostra. A l'última, se li farà una visita informativa en la que s'explicaran els conceptes bàsics i es



proporcionarà una infografia general sobre violència obstètrica [ANNEX 5] per reduir el risc de sobre-informació i evitar biaixos en els resultats de l'estudi.

Un cop implementat el programa d'educació i haver passat el part de les participants, es farà una valoració de les experiències i de la percepció dels grups sobre haver patit o no violència obstètrica durant el part. Aquesta avaluació es farà a partir d'un qüestionari de valoració de violència obstètrica durant una entrevista clínica a les participants de l'estudi i una posterior anàlisi de les dades recollides. A més a més, es farà una recollida de dades encarada a la satisfacció de les participants sobre el programa d'educació rebut, per a possibles futures intervencions, un cop finalitzada l'última sessió del programa educatiu.

#### 4.9. Instruments de mesura

Percepció d'haver patit violència obstètrica: es determinarà mitjançant una escala creada per un grup de recerca de la Universitat de Talca de Xile - (Facultat de Psicologia), que consta de 14 preguntes amb resposta dicotòmica ("Sí" o "No"), i que inclou les situacions més habituals considerades violència obstètrica. Es valoraran les respostes amb una escala gradual de tipus Likert, amb 5 respostes possibles (1= no descriu gens el que em va passar; 5 = definitivament això em va passar). [ANNEX 1]

Covariables: s'utilitzarà un quadern de recollida de dades dissenyat per aquest propòsit, amb preguntes sociodemogràfiques (edat, nivell d'estudis, ingressos econòmics mensuals), sobre antecedents de salut i característiques de l'embaràs i el part [ANNEX 4].

#### 4.10. Descripció del programa d'educació per la salut

El programa portarà el títol "Violència obstètrica: programa per a un part respectuós".

**Descripció:** Programa d'educació per a la salut per a donar a conèixer la violència obstètrica, conèixer les diferents maneres en què aquesta es manifesta i proporcionar recursos i guies per a l'assistència a un part respectuós i lliure de violència obstètrica. Es desenvoluparà el programa en tres sessions dividides a

partir de blocs temàtics, impartits presencialment i grupalment amb altres participants.

Cada sessió consistirà en una introducció en format de presentació, per introduir la sessió i proporcionar informació a les participants, i una segona part més dinàmica per a posar en pràctica els coneixements adquirits en cada sessió i consolidar la informació, fomentant la cohesió de grup entre les participants.

Les sessions es duran a terme en una aula dedicada específicament al programa, d'un dels centres d'atenció primària de la regió. Aquesta aula ha de tenir el material necessari per a la projecció del material docent (presentació en format Power Point) (projector i almenys una paret blanca o una pantalla per a la projecció de la presentació), ha de ser espaiós per poder tenir una disposició de les persones de forma circular per facilitar la integració de les participants en els debats i discussions. A més a més, ha de disposar de cadires còmodes i suficients per al número d'integrants del grup. Serà una aula aïllada dels sorolls ambientals per fomentar un espai tranquil i que permeti l'expressió d'idees i opinions personals en un ambient còmode.

La il·luminació de l'aula ha de ser càlida i suau, per proporcionar una atmosfera acollidora; i l'entrada ha de ser accessible a qualsevol persona amb limitació de la mobilitat o altres necessitats especials.

### **Bloc 1: Conèixer la violència obstètrica**

- Definició i característiques: introducció explicant el que és la violència obstètrica, introduint el concepte i en què consisteix, afegint exemples de les situacions més comunes. Inclourà dades epidemiològiques: sobre la incidència i la percepció: la incidència a nivell nacional Espanyol i la situació actual en la percepció que hi ha al respecte. Explicació per conscienciar de la importància de la situació i de la necessitat d'implementar més educació al respecte a la població general i implicada en l'àmbit.
- Activitat: discussió i debat sobre com hauria de ser un part respectuós, les característiques d'un part lliure de violència obstètrica, consentiment

informat, dret a la presa de decisions, comunicació adient entre la dona i els professionals implicats al procés de peripart, tracte respectuós, etc. S'explica com hauria de ser un part respectuós, posant consciència en els actes normalitzats que són considerats com a violència obstètrica, i fent referència als drets que es treballaran més profundament a la sessió del Bloc 2.

- Recursos didàctics: presentació format "Power Point" [ANNEX 2], discussió i debat grupal.
- Objectius d'aprenentatge: Comprensió sobre el que és la violència obstètrica i les diferents situacions més comunes que la representen. Es pretén donar un punt de perspectiva per entendre l'afectació real que té i conscienciar de la importància del seu estudi, promoció i prevenció.

## **Bloc 2: Drets, ètica i recursos disponibles**

- Definició i característiques: drets durant el part, posant èmfasi al consentiment informat, el dret a la informació, intimitat i confidencialitat, llibertat en la presa de decisions, comunicació de preferències, pla de part, etc. Es farà servir com a guia la Carta de Drets i Deures de la Ciutadania en relació amb la Salut. S'informarà sobre recursos de suport i es parlarà dels diferents recursos públics i privats per a la prevenció i l'actuació davant d'un cas de violència obstètrica (organitzacions i associacions, grups de suport, aspectes legals, etc.), per guiar i acompanyar les persones que es trobin en aquesta situació.
- Recursos didàctics: presentació format "Power Point" [ANNEX 2], discussió i debat grupal.
- Activitat: elaboració esquemàtica d'un pla de part, a partir de la discussió i reflexió de les preferències individuals i grupals, per a tenir una guia en una posterior elaboració del pla de part individualment amb el professional sanitari de referència.
- Objectius d'aprenentatge: entendre els drets que tenen les dones durant el part, conscienciar sobre la llibertat en la presa de decisions durant el

procés i facilitar recursos útils en diferents situacions relacionades.  
Reflexió sobre els propis interessos i preferències per una major seguretat durant el part.

### **Bloc 3: Casos pràctics**

- Definició i característiques: A partir de la presentació de casos pràctics, es fa una anàlisi de les diferents situacions i es discuteix, entre totes les participants, les formes d'abordatge més adients, eines a utilitzar en cada cas, estratègies de prevenció i identificació de les diferents pràctiques incorrectes en cada cas.
- Es deixarà un espai pel debat entre les participants, intercanvi d'idees, resolució de dubtes i preocupacions, i es proporcionarà la bibliografia utilitzada i recursos addicionals a petició de les participants per a permetre un major desenvolupament i informació en cas d'interès individual en la temàtica.
- Recursos didàctics: presentació format "Power Point" [ANNEX 2], discussió i debat grupal.
- Objectius d'aprenentatge: posar en pràctica l'aprenentatge durant les altres dues sessions, i consolidar els coneixements, el pensament crític i la discussió amb altres participants.

A l'inici de cada sessió es farà un control d'assistència per assegurar el control de la fiabilitat de l'anàlisi de dades finals, i es passarà un qüestionari de satisfacció del programa al final de la tercera sessió [ANNEX 6].

#### **4.11. Anàlisi estadística**

Es realitzarà una anàlisi estadística descriptiva de les variables d'estudi. S'utilitzaran mesures de tendència central i dispersió per a les variables quantitatives. S'utilitzarà la mitjana i la desviació estàndard per a aquelles variables que segueixin una distribució normal, mentre que per a les variables no-normals s'utilitzarà la mediana i el rang interquartílic.

Es realitzarà una comparació de la distribució de les covariables entre els grups per garantir l'absència de biaixos a l'aleatorització i que ambdós grups són homogenis respecte a aquestes variables.

Per assolir l'objectiu principal es determinaran les diferències entre els grups respecte a la prevalença de violència obstètrica percebuda entre ambdós grups. S'utilitzarà el contrast de Khi-quadrat per comparar ambdues proporcions i es calcularà l'odds ratio per determinar la magnitud de l'associació. Per assolir els objectius secundaris es replicarà l'anàlisi estratificada per la variable edat i nivell socioeconòmic de les participants.

L'anàlisi de l'eficàcia de la intervenció es farà per intenció de tractar i s'imputarà el darrer valor registrat dels casos que hagin abandonat el programa.

El grau de satisfacció es determinarà mitjançant el càlcul de la mesura de tendència central apropiada (mitjana o mediana) i el seu interval de confiança segons la distribució de puntuació en el qüestionari sobre satisfacció amb el programa d'educació per la salut.

Tots els contrastos d'hipòtesis es duran a terme per a un nivell de significació (risc alfa) del 5% i els intervals de confiança es calcularan per a un nivell de confiança de 95%. Les anàlisis estadístiques es duran a terme al programa d'anàlisi estadística Jamovi.

#### 4.12. Aspectes ètics i legals

- Previ l'inici a la participació de l'estudi, es requereix l'obtenció d'un consentiment informat de totes les participants. Aquest consentiment ha de ser firmat un cop informat del procediment, els objectius de l'estudi, els riscos i beneficis i de resoldre qualsevol dubte que pugui sorgir durant aquest. Cal remarcar la importància d'informar del dret a retirar-se de l'estudi en qualsevol moment sense penalització.

- S'han d'implementar mesures per a la protecció de la confidencialitat de dades i la privacitat de les participants de l'estudi. La informació i les dades obtingudes durant el procés d'anàlisi, entrevista clínica i la resta de l'estudi han de ser gestionades tan sols per l'equip investigador implicat i que tingui el permís de

gestió de dades segons el consentiment informat firmat. No es farà la divulgació d'informació personal i privada a terceres persones ni al públic general, excepte en cas de permís explícit de les participants.

- Cal implementar mesures de protecció per a les participants durant el període d'estudi i proporcionar accés a recursos de suport a les participants que ho requereixin per la pròpia experiència en violència obstètrica.

- La tria de participants ha de fer-se de manera equitativa, inclusiva i no discriminatòria.

- L'estudi ha de complir amb les regulacions ètiques institucionals i lleis nacionals i/o internacionals aplicables al cas.

#### 4.13. Pla de treball i cronograma

##### Pla de treball

- Revisió de la literatura: Grup investigador.
- Definició dels objectius del programa: Grup investigador.
- Creació i disseny del material educatiu: Col·laboratiu entre l'equip investigador i els professionals encarregats de presentar el programa.
- Desenvolupament de material informatiu, educatiu i burocràtic: Col·laboratiu entre l'equip investigador i els professionals encarregats de presentar el programa.
- Presentació del projecte al CEIC: Equip investigador.
- Reserva dels espais didàctics: Equip investigador.
- Coordinació de l'equip: Equip investigador i investigadors principals.
- Selecció de la població diana: Equip investigador.
- Firma del consentiment informat: Participants a partir de la transmissió per part dels professionals sanitaris de referència a les consultes obstètriques d'atenció primària.
- Organització i distribució dels grups participants: Equip investigador.

- Execució de la primera sessió: Professionals en obstetrícia encarregats específicament per a l'execució del programa.
- Execució de la segona sessió: Professionals en obstetrícia encarregats específicament per a l'execució del programa.
- Execució de la tercera sessió: Professionals en obstetrícia encarregats específicament per a l'execució del programa.
- Realització d'enquesta de satisfacció: Professionals sanitaris de referència a les consultes obstètriques d'atenció primària.
- Implementació del qüestionari de valoració de la violència obstètrica: Professionals sanitaris de referència a les consultes obstètriques d'atenció primària.
- Anàlisi de dades i elaboració de conclusions: Equip investigador.
- Presentació dels resultats finals: Equip investigador.

## Cronograma

Activitats	Fase de planificació			Fase d'implementació					Fase d'avaluació	
	Novembre 2023	Desembre 2023	Gener 2024	Febrer 2024	Març 2024	Abril 2024	Maig 2024	Juny 2024	Juliol 2024	Agost 2024
Revisió de la literatura										
Definició dels objectius del programa										
Creació i disseny del programa d'educació										
Desenvolupament de material informatiu, educatiu i burocràtic										
Presentació del projecte al CEIC										
Reserva dels espais didàctics										
Coordinació de l'equip										
Selecció de la població diana										
Firma del consentiment informat										
Organització i distribució dels grups participants										
Execució de la primera sessió										



Execució de la segona sessió										
Execució de la tercera sessió										
Realització d'enquesta de satisfacció										
Implementació del qüestionari de valoració de violència obstètrica										
Anàlisi de dades i elaboració de conclusions										
Presentació dels resultats finals										

#### 4.14. Limitacions

Una de les principals limitacions de l'estudi pot ser la presència d'un biaix d'informació segons el grup social, l'ètnia o el moment del part. A més a més, també podria haver-hi limitacions en l'estudi pels professionals implicats en el part, l'assistència al programa d'educació, possible retirada de l'estudi, les complicacions durant el part, el biaix d'informació entre les participants del grup que no rep el programa d'educació (per coneixements previs o recerca pròpia), etc.

#### 4.15. Pressupost

Taula 2: Pressupost dels recursos materials			
Material	Quantitat	Preu/unitat	Total
Impressió de qüestionaris (B/N)	120 x 3 pgs.	0,03€	10,8€
Impressió d'infografies (color)	60 x 1 pg.	0,04	2,4€
Impressió consentiment informat (B/N)	120 x 3 pgs.	0,03€	10,8€
Impressió quadern de recollida de dades (B/N)	120 x 2 pgs.	0,03€	7,2€
Impressió enquesta de satisfacció (B/N)	60 x 2 pgs.	0,03€	3,6€
Bolígrafs	20	0,40€	8€
<b>Subtotal</b>			<b>42,8€</b>

Taula 3: Pressupost dels recursos humans			
Recurs	Hores	Preu/hora	Total
Professionals d'atenció primària que realitzen el programa	1h x 3 sessions	65€	195€
<b>Subtotal</b>			<b>195€</b>

Taula 4: Pressupost dels recursos addicionals			
Material	Quantitat	Preu/unitat	Total
Programa d'anàlisi estadística Jamovi	1	0€ (gratuït)	0€
Reserva aula de formació amb mobiliari (taules i cadires)	3 aules x 3 sessions (9h)	120€/h	1080€
Pantalla de presentació/projector	1	Inclusa a l'aula	0€

<b>Subtotal</b>	<b>1080€</b>
-----------------	--------------

Taula 5: Pressupost total	
Concepte	Total
Recursos materials	42,8€
Recursos humans	195€
Recursos addicionals	1080€

<b>Subtotal</b>	<b>1317,8€</b>
-----------------	----------------

## 5. IMPLICACIONS PER A LA PROFESSIONI INFERMERA

La violència obstètrica es manifesta en un conjunt de pràctiques als centres sanitaris, que impliquen una vulneració dels drets i de la dignitat de les dones que la pateixen. La professió infermera té, entre altres, l'objectiu de vetllar pel benestar de les persones i els seus drets fonamentals en l'atenció sanitària. Aquest estudi remarca la importància de la formació sanitària en l'àmbit de la violència obstètrica, per poder donar una atenció respectuosa i de qualitat a les persones que la requereixin. Per això és important fomentar el paper de la infermeria en l'àmbit obstètric, centrant-se en el dret d'autonomia de la persona i evitant qualsevol acte que pugui ser considerat com a violent.

A més a més, és important ampliar els coneixements en aquest àmbit per part de tot el professional sanitari, per poder treballar en col·laboració per a la prevenció i l'actuació en casos de violència obstètrica, i poder prendre mesures per al canvi cap a una atenció obstètrica que respecti els drets humans, la decisió de la dona durant el procés i permeti donar una atenció adequada.

Finalment, remarcar la importància del paper d'infermeria en la promoció i l'educació de la salut, i en la cerca de visibilitzar, crear protocols, programes i estudis per a la visibilització d'aspectes de salut com el mencionat, per a una millora constant de l'atenció sanitària i la defensa dels drets humans.

## 6. BIBLIOGRAFIA

- [1] Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gaceta Sanitaria [Internet]. maig 2021;35(3):211-2. Disponible a: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112021000300001](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112021000300001)
- [2] Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista [Internet]. BOE-A-2021-464, 17/2020 diciembre, 2020 p. de 3096 a 3113. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2021-464>
- [3] Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. IJERPH [Internet]. 22 octubre 2020;17(21):7726. Disponible a: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>
- [4] Martínez-Galiano JM, Martínez-Vázquez S, Rodríguez-Almagro J, Hernández-Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. Elsevier, Women and Birth [Internet]. Setembre 2021;34(5):e526-36. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1871519220303590?dgcid=coauthor>
- [5] Un nuevo estudio demuestra un maltrato significativo de las mujeres durante el parto – OMS. 9 octubre 2019 [Internet]. 2024; Disponible a: <https://www.who.int/es/news/item/09-10-2019-new-evidence-shows-significant-mistreatment-of-women-during-childbirth>
- [6] Oliveira Brandão T, Martínez-Pérez A. Violencia gineco-obstétrica y justicia reproductiva. Una reflexión psicoantropológica. Revista Religación [Internet]. 25 novembre 2022;7(34):e210990. Disponible a: <https://revista.religacion.com/index.php/religacion/article/view/990>

[7] Nino Berduzili TA, Atrem Chernov GC, Dmytro Dobrianskyi PG. EJSI/Ukraine & World Health Organization. Effective Perinatal Care – midwifery/obstetrical care. World Health Organization [Internet]. Regional Office for Europe, 2010. Disponible a: <https://iris.who.int/handle/10665/108600>

[8] World Health Organization. Regional Office for Europe. Hospital care for mothers and newborn babies: quality assessment and improvement tool: a systematic standard based participatory approach, 2a edició (2014). World Health Organization [Internet]. Regional Office for Europe. Disponible a: <https://iris.who.int/handle/10665/137340>

[9] World Health Organization. (2018). WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. World Health Organization [Internet]. Disponible a: <https://iris.who.int/handle/10665/250796>

[10] World Health Organization. (2019). WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. World Health Organization [Internet]. Disponible a: <https://iris.who.int/handle/10665/260178>

[11] María Jiménez Pacheco. Impacto psicológico de la Violencia Obstétrica. Una revisión bibliográfica. [Internet] [Trabajo de Fin de Grado: Revisión bibliográfica]. Cádiz: Universidad de Cádiz; 2020. Disponible a: <https://rodin.uca.es/handle/10498/25116>

[12] Cárdenas Castro M, Salinero Rates S. Validación de la escala de violencia obstétrica y pruebas de la invarianza factorial en una muestra de mujeres chilenas. Interd, Scielo [Internet] . 21 maig 2021;38(2):209-23. Disponible a: <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v38n2/1668-7027-Interd-38-02-00223.pdf>

[13] Cheli Blasco. Test de violencia obstétrica [Internet]. El parto es nuestro. 2014. Disponible a: <https://www.elpartoesnuestro.es/blog/2014/08/18/test-de-violencia-obstetrica>

[14] Swahnberg IMK. The NorVold Abuse Questionnaire (NorAQ): Validation of new measures of emotional, physical, and sexual abuse, and abuse in the health care system among women. The European Journal of Public Health. Pubmed

[Internet]. 1 desembre 2003;13(4):361-6. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14703325/>

[15] Observatorio de salud de la mujer. Catálogo de instrumentos para cribado y frecuencia del maltrato físico, psicológico y sexual. Ministerio de sanidad y consumo. España, Andalucía. 2006 [Internet]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero\\_vg\\_01.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/genero_vg_01.pdf)

[16] Perrotte V, Chaudhary A, Goodman A. "At Least Your Baby Is Healthy" Obstetric Violence or Disrespect and Abuse in Childbirth Occurrence Worldwide: A Literature Review. OJOG [Internet]. 2020;10(11):1544-62. Disponible a: <https://www.scirp.org/journal/paperinformation?paperid=104116>

[17] Aşci Ö, Bal MD. The prevalence of obstetric violence experienced by women during childbirth care and its associated factors in Türkiye: A cross-sectional study. Elsevier [Internet] setembre 2023;124:103766. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0266613823001699>

[18] Perera D, Munas M, Swahnberg K, Wijewardene K, Infanti JJ, on behalf of the ADVANCE Study Group. Obstetric Violence Is Prevalent in Routine Maternity Care: A Cross-Sectional Study of Obstetric Violence and Its Associated Factors among Pregnant Women in Sri Lanka's Colombo District. Pubmed [Internet]. 13 agost 2022;19(16):9997. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9408297/>

[19] Annborn A, Finnbogadóttir HR. Obstetric violence a qualitative interview study. Midwifery, Elsevier [Internet]. febrer 2022;105:103212. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613821002874>

[20] Martínez-Vázquez S, Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Delgado-Rodríguez M, Martínez-Galiano JM. Relationship between perceived obstetric violence and the risk of postpartum depression: An observational study. Pubmed [Internet]. Maig 2022;108:103297. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35272086/>

- [21] Goaz Melet S, Feldman N, Padoa A. [Obstetric Violence – Since when and where to: implications and preventive strategies]. Harefuah, Pubmed [Internet]. Setembre 2022;161(9):556-61. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36168158/>
- [22] Mónica Flores-Ramos. La salud mental en la mujer embarazada. Scielo México [Internet]. Gener 2013; 27 (3): 143-144. Disponible a: [https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0187-53372013000300001](https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0187-53372013000300001)
- [23] Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part II): Interventionism and Medicalization during Birth. IJERPH, Pubmed [Internet]. 29 desembre 2020;18(1):199. Disponible a: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/1/199>
- [24] Mena-Tudela D, Iglesias-Casás S, González-Chordá VM, Valero-Chillerón MJ, Andreu-Pejó L, Cervera-Gasch Á. Obstetric Violence in Spain (Part III): Healthcare Professionals, Times, and Areas. IJERPH, Pubmed [Internet]. 24 març 2021;18(7):3359. Disponible a: <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/7/3359>
- [25] Sanz Sebastián C., Gogorcena Aoiz M.A. Atención perinatal en España: Análisis de los recursos físicos, humanos, actividad y calidad de los servicios hospitalarios [Internet]. Ministerio de Sanidad; julio 2020. Disponible a: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe\\_Atencion\\_Perinatal\\_2010-2018.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/Informe_Atencion_Perinatal_2010-2018.pdf)
- [26] Espada-Trespalacios X, Ojeda F, Nebot Rodrigo N, Rodriguez-Biosca A, Rodriguez Coll P, Martin-Arribas A, et al. Induction of labour as compared with spontaneous labour in low-risk women: A multicenter study in Catalonia. Sexual & Reproductive Healthcare. Pubmed [Internet]. Setembre 2021;29:100648. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34332215/>

- [27] Ministerio de Sanidad y política social. Guía de práctica clínica sobre la atención al parto normal [Internet]. 1a ed. San Sebastián, España; 2010. 316 p. Disponible a: [https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC\\_472\\_Parto\\_Normal\\_Osteba\\_compl.pdf](https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_472_Parto_Normal_Osteba_compl.pdf)
- [28] EuroPeristat. European Perinatal Health Report [Internet]. 2020. Disponible a: [https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat\\_Fact\\_sheets\\_2022\\_for\\_upload.pdf](https://www.europeristat.com/images/Euro-Peristat_Fact_sheets_2022_for_upload.pdf)
- [29] Keag OE, Norman JE, Stock SJ. Long-term risks and benefits associated with cesarean delivery for mother, baby, and subsequent pregnancies: Systematic review and meta-analysis. Myers JE, editor. PLoS Med [Internet]. 23 gener 2018;15(1):e1002494. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29360829/>
- [30] Miller S, Lalonde A. The global epidemic of abuse and disrespect during childbirth: History, evidence, interventions, and FIGO's mother–baby friendly birthing facilities initiative. Intl J Gynecology & Obste [Internet]. octubre 2015;131(S1). Disponible a: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1016/j.ijgo.2015.02.005>
- [31] El Parto es Nuestro [Internet]. Disponible a: <https://www.elpartoesnuestro.es/>
- [32] Dona Llum– Associació Catalana per un Part Respectat – Treballem per a aconseguir uns parts més respectats i segurs, i uns naixements més feliços. [Internet]. Disponible a: <https://www.donallum.org/>
- [33] Asociación Nacer en Casa [Internet]. Disponible a: <https://nacerencasa.org/>
- [34] Mercè Armelles Sebastià MIAG, Laia Asso Ministral EBM, Rosa Cabedo Ferreiro ECM. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya [Internet]. 2a ed. Barcelona; 2020. 178 p. Disponible a: [https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio\\_salut/emb-aras\\_part\\_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol\\_part\\_i\\_puerperi.pdf](https://salutpublica.gencat.cat/web/.content/minisite/aspcat/promocio_salut/emb-aras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf)



- [35] World Health Organization (WHO). Health education: theoretical concepts, effective strategies and core competencies [Internet]. 2012. Disponible a: [https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB\\_2012\\_EN\\_1362.pdf](https://applications.emro.who.int/dsaf/EMRPUB_2012_EN_1362.pdf)
- [36] Nutbeam D, Corbin JH, Lin V. The continuing evolution of health promotion. Health Promotion International. Pubmed [Internet]. 13 desembre 2021;36: 1-3. Disponible a: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8667547/>
- [37] World Health Organization (WHO). Report on the 9th Global conference for health promotion: All for health, health for all [Internet]. Shanghai, Xina; 2017. Disponible a: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/259183/WHO-NMH-PND-17.5-eng.pdf?sequence=1>
- [38] Soto Mas Francisco, Lacoste Marín Jesús A., Papenfuss Richard L., Gutiérrez León Aida. El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Jul; 71( 4 ): 335-341. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000400002&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000400002&lng=es)
- [39] Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008, del dret de les dones a erradicar la violència masclista [Internet]. 17/2020 des 22, 2020. Disponible a: <https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/l/2020/12/22/17>
- [40] Lavender T, Hofmeyr GJ, Neilson JP, Kingdon C, Gyte GM. Caesarean section for non-medical reasons at term. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 14 març 2012 [citat 27 desembre 2023]; Disponible a: <https://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD004660.pub3>
- [41] Govern obert, Gencat. Codi ètic del servei públic de Catalunya [Internet]. . Disponible a: <http://governobert.gencat.cat/ca/integritat-publica/codi-etic-del-servei-public-de-catalunya/>
- [42] Drets i deures de la ciutadania. CatSalut. Servei Català de la Salut [Internet]. Disponible a: <https://catsalut.gencat.cat/ca/coneix-catsalut/presentacio/drets-i-deures-de-la-ciutadania/index.html>

[43] Agenda for sustainable development: United Nations. (2015) *Transforming Our World: The 2030 Agenda for Sustainable Development*. United Nations, New York. <https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld/publication>

[44] Proper KI, Van Oostrom SH. The effectiveness of workplace health promotion interventions on physical and mental health outcomes – a systematic review of reviews. *Scand J Work Environ Health*, PubMed [Internet]. Novembre 2019; 45(6): 546-59. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31134284/>

[45] Le LKD, Esturas AC, Mihalopoulos C, Chiotelis O, Bucholc J, Chatterton ML, et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: A systematic review of economic evaluations. Patel V, editor. *PubMed [Internet]*. 11 maig 2021; 18(5): e1003606. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33974641/>

[46] Fraihat N, Madae'en S, Bencze Z, Herczeg A, Varga O. Clinical Effectiveness and Cost-Effectiveness of Oral-Health Promotion in Dental Caries Prevention among Children: Systematic Review and Meta-Analysis. *IJERPH*, PubMed [Internet]. 25 juliol 2019; 16(15): 2668. Disponible a: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31349691/>

[47] Breuer E, Morris A, Blanke L, Pearsall M, Rodriguez R, Miller BF, et al. A theory of change for community-initiated mental health care in the United States. *Cambridge Prisms: Global Mental Health [Internet]*. 2023;10:e56. Disponible a: <https://www.cambridge.org/core/journals/global-mental-health/article/theory-of-change-for-communityinitiated-mental-health-care-in-the-united-states/BCE803CB8D1AC4E6AEA823BA0D0C1084>

[48] W. Valente T. *Evaluating Health promotion programs*. New York: Oxford University Press; 2002.

[49] Jojoa-Tobar Elisa, Cuchumbe-Sánchez Yuler Darío, Ledesma-Rengifo Jennifer Briyith, Muñoz-Mosquera María Cristina, Campo Adriana María Paja, Suarez-Bravo Juan Pablo. Violencia obstétrica: haciendo visible lo invisible. *Rev. Univ. Ind. Santander. Salud [Internet]*. 2019 June; 51( 2 ): 135-146. Available

from: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-08072019000200135&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072019000200135&lng=en)

[50] Idescat. Codis territorials i d'entitats. Àrees bàsiques de salut [Internet]. Disponible a: <https://www.idescat.cat/codis/?id=50&n=39>

[51] Ottawa Charter: World Health Organisation. (1986) Ottawa Charter for Health Promotion. World Health Organisation, Geneva. <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/first-global-conference>

## 7. ANNEXOS

### ANNEX 1: Escala de Valoració de la Violència obstètrica: qüestionari

#### Escala de Valoració de la violència obstètrica

1. El personal de salut va fer comentaris irònics, desqualificadors o en to de burla sobre el teu comportament?  
Sí  No
2. Et van tractar amb sobrenoms o diminutius (p.e. "mami", "gordi", etc.) o com si fossis incapaç de comprendre els processos pels quals estaves passant?  
Sí  No
3. Et vas sentir infantilitzada o anul·lada per l'equip mèdic com si fossis incapaç de prendre decisions sobre el que et passava abans, durant o després del part?  
Sí  No
4. Vas ser criticada d'alguna manera per expressar les teves emocions (plorar, cridar de dolor, etc.) durant el treball de part i/o el part?  
Sí  No
5. Et va ser difícil o impossible preguntar o manifestar les teves pors o inquietuds perquè no et responien o ho feien de mala manera?  
Sí  No
6. Et van realitzar procediments mèdics sense demanar-te consentiment o sense explicar-te per què eren necessaris?  
Sí  No

7. En el moment del part, et van obligar a romandre estirada cap amunt encara que manifestessis la teva incomoditat en aquesta posició?

Sí  No

8. Vas ser obligada a quedar-te enllitada, impedit-te caminar o buscar posicions segons les teves necessitats?

Sí  No

9. Se't va impedir estar acompanyada per algú de confiança?

Sí  No

10. Se't va impedir el contacte immediat amb el nadó recent nascut abans que el/la neonatòleg se l'emportés per fer un control (acariciar-lo, tenir-lo en braços, etc.)?

Sí  No

11. Després del part, et van fer sentir que no havies estat a l'altura del que s'esperava de tu (que no havies col·laborat)?

Sí  No

12. L'experiència de l'atenció al part et va fer sentir vulnerable, culpable o insegura en algun sentit?

Sí  No

13. Després del part se't va negar la possibilitat d'utilitzar algun dispositiu o realitzar algun procediment de control de natalitat (DIU, lligadura de trompes, etc.)?

Sí  No

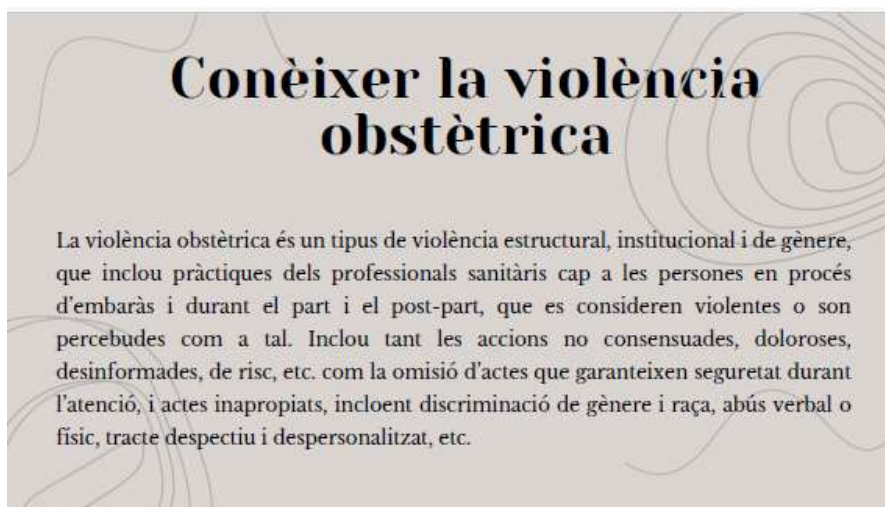
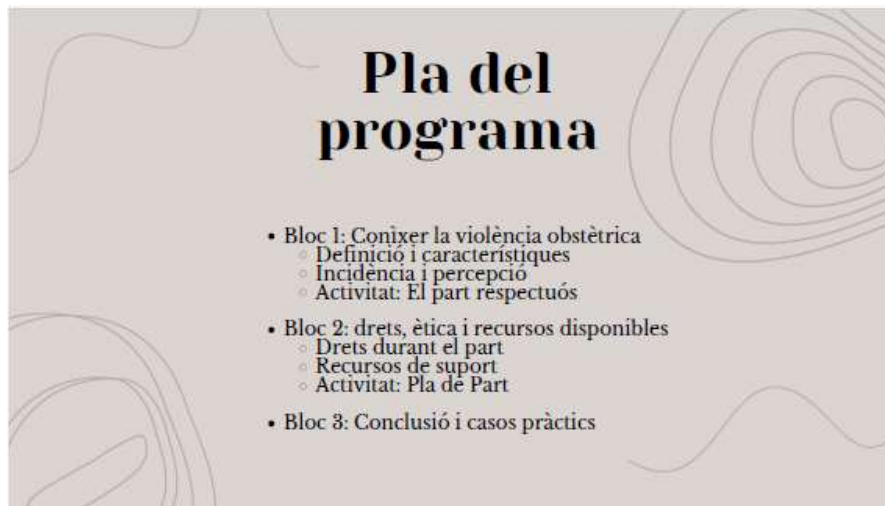
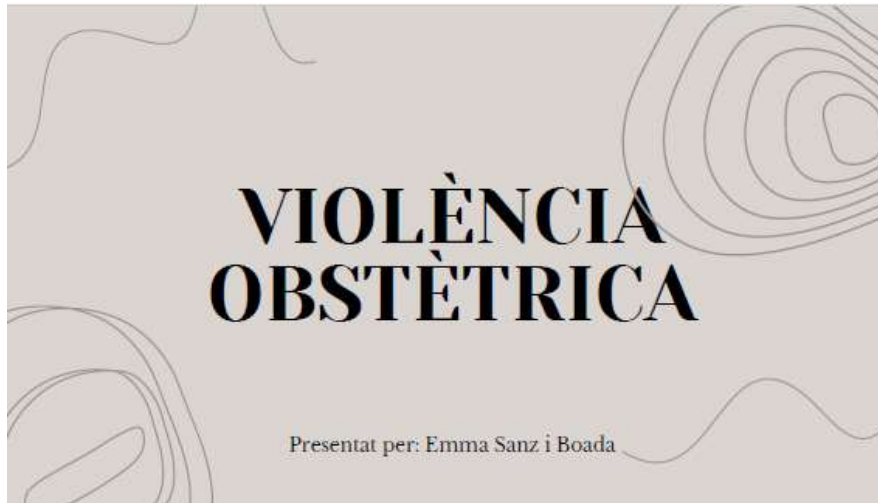
14. Durant el treball de part o posteriorment, et vas sentir exposada a la mirada d'altres persones desconegudes per tu?

Sí  No

Cognoms, nom: \_\_\_\_\_

Lloc i data: \_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## ANNEX 2: Presentació de les sessions del programa d'educació per la salut



## Característiques

### PSICOLÒGIQUES

- Falta d'informació
- No consentiment informat
- No respecte de les preferències i presa de decisions
- No pell a pell immediat
- No permetre acompanyament durant el part
- Posicions restrictives

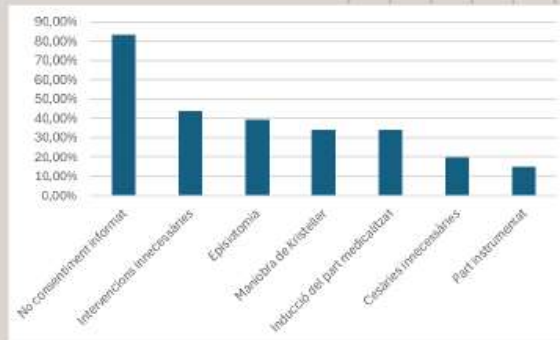
### FÍSQUES

- Falta anestèsics
- Pràctiques innecessàries o contraindicades
- Medicalització excessiva
- Cesàries innecessàries
- No proporcionar aliment ni beguda
- Monitorització fetal continua
- Amniotomia de rutina
- Rasurat vaginal/ènemes

## Incidència

Entre el 38 i el 67% de les dones a Espanya tenen la percepció d'haver patit violència obstètrica

El més comú en violència obstètrica



## ACTIVITAT: EL PART RESPECTUÓS

DEBAT GRUPAL.

### PREGUNTES GUIA

1. Quins drets tinc durant el part?
2. Tinc clar tot el procés de part?
3. Com em vull sentir durant el part?
4. Com vull viure el part, i qui vull tenir al meu costat?
5. Coneixo les diferents opcions sobre les que puc decidir?



# Un part lliure de violència obstètrica

- Llibertat i autonomia en la presa de decisions
- Consentiment informat
- Resolució de dubtes i preocupacions
- Tracte respectuós
- No excés de medicalització i instrumentalització del part
- Analgesia adient a les tècniques i desitjos personals
- Evitar tècniques i cesàries innecessàries
- Permetre a terceres persones d'elecció de la dona estar presents durant el part
- Drets: intimitat, confidencialitat, informació i educació sanitària, planificació de decisions anticipades (Pla de Part), etc.

## Drets durant el part

### Dret a la informació

- Consentiment informat
- Resolució de dubtes

### Dret a decidir

- Qui pot estar present
- Procediments
- Renúncia al tractament
- Informació de les diferents opcions

### Dret a la intimitat

- Privacitat
- Individualització
- Confidencialitat

### Dret a rebre un tracte respectuós

- Equitat
- No discriminació
- Respecte

## Recursos

### INTERNACIONAL

"Mother-baby friendly birthing facilities initiative"

"Make mothers matter"

### NACIONAL

- "El parto es nuestro"
- "Proyecto de humanización a la atención perinatal en Andalucía"
- "Asociación nacer en casa"

### REGIONAL (CATALUNYA)

"Dona llum"

## ACTIVITAT: ELABORACIÓ D'UN PLA DE PART

1. Acompanyament
2. Espai físic
3. Confort
4. Procediments i control fetal
5. Control del dolor
6. Teràpies alternatives/complementàries
7. Treball de part
  - a. Caminar
  - b. Posició
  - c. Estimulació
  - d. Cordó umbilical
8. Atenció al nadó; profilaxis, pell a pell, lactància
9. Altres preferències

## ACTIVITAT: CAS PRÀCTIC

### Cas 1

La Laura, dona a llum a l'hospital per primera vegada, i el personal sanitari que l'atén decideix realitzar una episiotomia per a ajudar a l'expulsió del nadó. La Laura no ha sigut informada de cap alternativa ni ha expressat estar d'acord amb aquesta decisió.

- Accions
- Prevenció
- Discussió grupal

### Cas 2

La Clara ha de donar a llum, i expressa la seva preferència de ser acompanyada per la seva mare durant el procés. El personal sanitari li nega la opció per la previsió de complicacions durant el part, que acaba essent un part sense cap problema. La Clara s'ha sentit ignorada, sola i poc compresa pel personal, fent de l'experiència una de negativa.

- Accions
- Prevenció
- Discussió grupal

## Bibliografia a destacar

- Mercè Armelles Sebastià MIAG, Laia Asso Ministral EBM, Rosa Cabedo Ferreiro ECM. Protocol d'atenció i acompanyament al naixement a Catalunya [Internet]. 2a ed. Barcelona; 2020. 178 p. Disponible a: [https://salutpublica.gencat.cat/web/contenut/minisite/aspcat/promocio\\_salut/embaras\\_part\\_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol\\_part\\_i\\_puerperi.pdf](https://salutpublica.gencat.cat/web/contenut/minisite/aspcat/promocio_salut/embaras_part_puerperi/protocol-part-i-puerperi/protocol_part_i_puerperi.pdf)
- Mena-Tudela D, Iglesias-Casas S, González-Chorda VM, Cervera-Gasch A, Andreu-Pejó L, Valero-Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. IJERPH [Internet]. 22 octubre 2020;17(21):7726. Disponible a: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>
- Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària. Departament de Salut, generalitat de Catalunya. Octubre 2015.

### ANNEX 3: Consentiment informat per a la participació en l'estudi

#### **Consentiment informat per a la participació en un estudi comunitari**

**Títol de l'estudi:** Assaig comunitari per determinar l'eficàcia d'un programa d'educació per determinar la percepció de les dones en etapa del puerperi sobre haver patit violència obstètrica en un part institucionalitzat.

**Investigadora principal:** Emma Sanz i Boada

Per decidir participar en aquest estudi, és important que es compreguin les implicacions d'aquest, els seus drets i els riscos i beneficis que comporta la seva participació. Aquest document proporciona informació sobre l'estudi al qual es vol participar.

Llegeixi atentament aquest document i no dubti en contactar l'equip investigador en cas de dubtes o preocupacions. Un cop firmat el consentiment informat, se li proporcionarà un exemplar del document firmat.

Igualment, sàpiga que té el dret a retirar-se de l'estudi en qualsevol moment sense cap penalització.

**Objectiu de l'estudi:** L'objectiu de l'estudi és avaluar l'efectivitat d'un programa d'educació per la salut en la percepció de les dones d'haver patit violència obstètrica durant el part. Altres objectius inclouen l'avaluació d'aquesta efectivitat en funció d'altres variables com serien l'edat, els coneixements previs en l'àmbit, o l'estat socioeconòmic de les participants.

**Procediment de l'estudi:** Al participar en aquest estudi, amb una duració aproximada de 6 mesos, se li demanarà l'assistència a unes sessions educatives grupals sobre violència obstètrica i salut obstètrica i maternal. Igualment, se li demanarà que assisteixi a una entrevista clínica de recollida de dades abans d'iniciar les sessions i després del part.

Per a la selecció de participants, s'aplicaran uns criteris d'inclusió i d'exclusió, que ha de complir per a poder participar en aquest estudi

- Criteris d'inclusió: dones embarassades de >20 setmanes de gestació al moment d'implementació de l'estudi, edat 25-40, regió ABS de Girona, que tinguin expectatives de fer un part institucionalitzat, nul·lípare, embaràs únic, dones que estiguin disposades a participar a les sessions programades del programa d'educació, haver firmat un consentiment informat per a l'estudi.
- Criteris d'exclusió: patologia psiquiàtrica, dones amb necessitats mèdiques que dificultin la implementació de l'estudi (ingrés hospitalari durant l'estudi, complicacions durant el part, etc.), barrera idiomàtica entre la participant i els/les investigadors/es, dificultat de comprensió del programa, haver participat anteriorment en un programa similar o del mateix àmbit.

**Riscos:** no es preveuen riscos en la participació a l'estudi.

**Beneficis:** s'espera que la participació en l'estudi i a les sessions educatives li proporcionin coneixements sobre la violència obstètrica i sobre la pròpia salut maternal, els drets obstètrics i una major comprensió del tema. A més a més, la seva participació a l'estudi contribuirà als avenços en investigació en aquest àmbit.

**Drets i confidencialitat:** Tota la informació personal proporcionada per l'estudi es mantindrà estrictament confidencial. El seu nom i altra informació no serà divulgada a terceres persones sense consentiment, excepte quan la llei ho requereixi, tal com indica la Ley Orgánica 3/2018, del 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, publicada al BOE (Boletín Oficial del Estado). Les dades proporcionades seran conegudes tan sols per les persones autoritzades i directament implicades en la investigació, i l'equip investigador es compromet a complir la confidencialitat de tots els/les participants en l'estudi.

Igualment, té el dret a retirar-se de l'estudi en qualsevol moment i per qualsevol motiu, sense conseqüències negatives ni penalitzacions. Si decideix retirar-se de l'estudi, se li demanarà que informi a l'equip investigador.

Un cop finalitzat l'estudi, serà informat/da dels resultats d'aquest, per l'equip investigador o pel personal sanitari de referència.

### **Consentiment**

Al firmar aquest document de consentiment informat, vostè o el seu representant legal autoritza la revisió de la informació relacionada amb l'estudi a l'equip investigador. Indica que ha llegit i entès la informació proporcionada, que ha realitzat les preguntes necessàries a l'equip i han estat respostes de forma clara, i que està d'acord en participar a l'estudi voluntàriament.

### **Participant**

Nom i cognoms

DNI o document identificatiu

(o representant legal)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma participant

Lloc i data

(o representant legal)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Investigador/a principal**

Nom i cognoms

\_\_\_\_\_

Firma

Lloc i data

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



ANNEX 4: Quadern de recollida de dades

**Quadern de recollida de dades: estudi comunitari per a l'avaluació de la  
percepció de la violència obstètrica**

Nom, cognoms (participant): \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Aquest quadern té com a objectiu fer una recollida de dades de forma individual per a poder fer una bona implementació de l'estudi i tenir en compte diverses variables que podrien afectar el resultat. Llegeix atentament les preguntes i consulta al professional de referència per a qualsevol dubte.

1. Quantes setmanes de gestació portes actualment?

0-12 sg (T1)  12-24 sg (T2)  >24 sg (T3)

2. Tens intenció de fer un part institucionalitzat?

Sí  No

3. És el teu primer embaràs?

Sí  No

4. Quin tipus d'embaràs tens?

Únic  Múltiple

5. Marca amb una creu els antecedents de salut que presentis:

Diabetis	<input type="checkbox"/>	Hipertensió arterial	<input type="checkbox"/>	Coagulopatia	<input type="checkbox"/>
Cardiopatia	<input type="checkbox"/>	Endocrinopatia	<input type="checkbox"/>	Obesitat	<input type="checkbox"/>

6. Has participat anteriorment en algun estudi o programa relacionat amb la violència obstètrica i els drets sexuals i reproductius?

Sí  No

7. Quin nivell d'estudis més alt tens?

Primària	<input type="checkbox"/>	Secundària (ESO)	<input type="checkbox"/>	Batxillerat/FP	<input type="checkbox"/>
Grau	<input type="checkbox"/>	Màster/ postgrau	<input type="checkbox"/>	Altres	<input type="checkbox"/>

8. Quina professió duus a terme?

Salut	<input type="checkbox"/>	Educació	<input type="checkbox"/>	Justícia	<input type="checkbox"/>
Empresa	<input type="checkbox"/>	Habitatge	<input type="checkbox"/>	Altres	<input type="checkbox"/>

9. Els teus ingressos mensuals et permeten cobrir les necessitats bàsiques i d'habitatge? (habitatge, alimentació, productes higièncs, productes de neteja, roba, aigua, llum, etc.).

Sí, completament	<input type="checkbox"/>	Sí, amb intranquil·litat	<input type="checkbox"/>
Difícilment	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>

Lloc i data: \_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma

\_\_\_\_\_



ANNEX 5: Infografia violència obstètrica



## ANNEX 6: Enquesta de satisfacció del programa d'educació

### Enquesta de satisfacció del programa de salut sobre violència obstètrica

Nom, cognoms: \_\_\_\_\_

Data de naixement: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Aquesta enquesta pretén fer una avaluació del programa de salut implementat per part de les participants per a una millora de l'anàlisi de dades i possibles sessions futures en cas de re-implementació del programa. Respon totes les preguntes, amb una puntuació de 1 a 5, on 1 implica que estàs completament d'acord amb la afirmació i 5 que no hi estàs gens d'acord. Si ho trobes convenient, afegeix comentaris i observacions a l'apartat d'observacions al final del qüestionari.

	1	2	3	4	5
He trobat útil la informació del programa, que m'ha permès ampliar els meus coneixements sobre violència obstètrica.					
L'assistència al programa m'ha permès identificar millor les situacions en què es donen violència obstètrica					
He pogut aplicar els coneixements del programa a la meua experiència personal					
Considero que els continguts del programa han estat adequats, rellevants i útils					
El programa m'ha ajudat a sentir-me més empoderada durant el meu procés d'embaràs, part i post-part.					
Em sento capaç d'identificar i abordar situacions de violència obstètrica en futurs embarassos					
La durada del programa ha estat adequada					
L'espai de les sessions ha fomentat la interacció amb les altres participants i ha creat un ambient segur i còmode per a l'expressió d'experiències, opinions i dubtes					
Globalment, estic satisfeta amb el programa, la seva implementació i els coneixements adquirits					

**Preguntes addicionals:**

1. Creus que hi ha algun aspecte a modificar en la implementació del programa?
2. Hi ha algun tema o aspecte que consideres important i que t'hauria agradat elaborar durant el programa?
3. Observacions:

Lloc i data: \_\_\_\_\_, \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Firma

