



**PERCEPCIÓ DE LA VIOLÈNCIA
OBSTÈTRICA DELS PROFESSIONALS I
ESTUDIANTS D'INFERMERIA I MEDICINA**

Projecte de recerca

QUERALT JORDÀ CASALS

Tutor: DR. DAVID BALLESTER FERRANDO

Treball de final de grau

Grau en Infermeria

Curs 2023-2024

ÍNDIX DE CONTINGUTS

RESUM	4
1. MARC TEÒRIC	6
1.1. La violència obstètrica	6
1.2. Violència obstètrica com a violència de gènere	7
1.3. Epidemiologia	8
1.4. Legislació a Espanya i a Catalunya de la violència obstètrica	10
1.5. Tipologia de maltractament	11
1.6. Vulneració dels drets humans	18
1.7. Causes de la violència obstètrica	19
1.8. Conseqüències de la violència obstètrica	20
1.8.1. Conseqüències físiques de les dones parteres	20
1.8.2. Conseqüències psicològiques de les dones parteres	21
1.8.3. Conseqüències al recent nascut	22
1.9. Prevenció de la violència obstètrica	22
1.10. La violència obstètrica i el rol de les infermeres	24
2. JUSTIFICACIÓ	26
3. BIBLIOGRAFIA	27
4. OBJECTIUS	33
4.1. Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)	33
5. MATERIALS I MÈTODES	34
5.1. Disseny de l'estudi	34
5.2. Àmbit de l'estudi	34
5.3. Població d'estudi	35
5.4. Mostreig	35
5.5. Mida de la mostra	36
5.6. Criteris de participació	36
5.6.1. Criteris d'inclusió	36
5.6.2. Criteris d'exclusió	37

5.7. Instruments de mesura.....	37
5.8. Recollida de dades	37
5.9. Descripció del procediment.....	39
5.10. Anàlisi i triangulació de les dades	40
5.11. Consideracions ètiques	41
5.12. Limitacions	41
5.13. Aplicacions a la pràctica clínica	42
6. CRONOGRAMA.....	43
7. PRESSUPOST.....	44
8. ANNEXOS	46

RESUM

La violència obstètrica (VO) fa referència a totes aquelles pràctiques mèdiques i actituds del personal sanitari que vulneren els drets de la dona durant l'assistència a l'embaràs, part i postpart. Diferents estudis han mostrat com la violència obstètrica pot provocar un ampli ventall de conseqüències físiques i emocionals, tant a la dona com al nadó.

A Espanya, recents dades sobre violència obstètrica mostren que hi ha un 67,4% de VO percebuda, dividida entre la violència física, verbal i psicoafectiva. D'altra banda, s'identifica la necessitat de conscienciació i prevenció d'aquest tipus de violència, considerada violència de gènere, fent èmfasi a la implantació de mesures per garantir una atenció sanitària basada en el respecte i l'acompanyament a la dona en el procés d'embaràs, part i postpart.

Els objectius principals d'aquest estudi són conèixer la percepció de violència obstètrica que tenen els professionals de salut i els estudiants de graus universitaris que formen part del personal sanitari que atén i acompanya a la dona durant tot l'embaràs i el part.

Es tracta d'un estudi qualitatiu de caràcter fenomenològic observacional que abastarà la regió sanitària de Girona. La població d'estudi seran professionals sanitaris i estudiants de grau de la Universitat de Girona que compleixin els criteris de participació. La mostra se seleccionarà de manera no probabilística seguint el model de mostreig teòric. Es pretén realitzar 22 entrevistes semiestructurades en profunditat a professionals sanitaris dels centres seleccionats i 8 a estudiants de grau d'Infermeria i de Medicina. Un cop dutes a terme, es transcriuran les dades obtingudes amb el programa ATLAS.Ti per tal de categoritzar-les i analitzar-les, tot triangulant-les per aconseguir una major validesa i autenticació.

Paraules clau: Violència obstètrica; Violència de gènere; Percepció; Professionals sanitaris; Estudiants d'infermeria; Estudiants de medicina; Formació.

ABSTRACT

Obstetric violence (VO) refers to all medical practices and attitudes of health personnel that violate women's rights during pregnancy, childbirth and postpartum care. Different studies have shown how obstetric violence can cause a wide range of physical and emotional consequences, both for women and babies.

In Spain, recent data on obstetric violence show how there is 67.4% perceived VO, divided between physical, verbal and psychoaffective violence. On the other hand, the need for awareness and prevention of this type of violence, considered gender violence, is identified, emphasizing the implementation of measures to guarantee health care based on respect and accompaniment to women in the pregnancy, birth and postpartum process.

The main objectives of this study are to know the perception of obstetric violence that health professionals and university degree students have that are part of the health personnel that attends and accompanies women throughout pregnancy and childbirth.

This is a qualitative observational phenomenological study that will cover the health region of Girona. The population of study will be health professionals and undergraduate students of the University of Girona who meet the criteria of participation. The sample will be selected in a non-probabilistic way following the theoretical sampling model. It is intended to carry out 22 in-depth semi-structured interviews with health professionals from the selected centres and 8 to nursing and medical degree students. Once carried out, the data obtained with the ATLAS.Ti program will be transcribed in order to categorize and analyse them, triangulating them to achieve greater validity and authentication.

Keywords: Obstetric violence; Gender violence; Perception; Health professionals; Nursing students; Medical students; Training.

1. MARC TEÒRIC

1.1. La violència obstètrica

La violència obstètrica (VO) és qualsevol conducta o pràctica que degrada, oprimeix i intimida a les dones dins l'atenció a la salut reproductiva, fonamentalment en el període de l'embaràs, part i postpart, de manera directa o indirecta, a l'àmbit públic o privat. Es tracta d'una violació dels drets humans i reproductius de la dona, exercida pels professionals sanitaris, podent ser tant física – ús de procediments innecessaris a l'embaràs i al part, falta de respecte en els ritmes naturals del part, fer un ús excessiu i innecessari de la medicació, realitzar intervencions doloroses sense anestèsia o obligar a parir en una determinada postura – com psicològica – infantilització de les dones, tracte despectiu, autoritari, humiliant, menyspreador i despersonalitzat (1,2).

En altres paraules, tal com va definir J. Ricoy el 2013 (1), una especialista en violència obstètrica i potent activista, també es pot descriure com: “l'acte d'ignorar l'autoritat i l'autonomia que les dones tenen sobre la seva sexualitat, els seus cossos, els seus nadons i les seves experiències de gestació i part. És també l'acte d'ignorar l'espontaneïtat, les postures, els ritmes i els temps que el part requereix per progressar amb normalitat. I és, a més, l'acte d'ignorar les necessitats emocionals de la mare i del nadó en qualsevol moment de l'embaràs, del part i del postpart.”

La VO no és només conseqüència de protocols obsolets i de males praxis mèdiques, sinó que es tracta d'una forma més de violència de gènere: s'infantilitza a les dones, tractant-les d'una manera paternalista, però està tant normalitzada a escala social que resulta difícil la visibilització del problema. I la violència de gènere més perillosa, és precisament aquella que està invisibilitzada (2).

La VO és considerada un problema de salut pública i sistemàtic, que no només viola els drets de les dones a una atenció respectuosa, sinó que també amenaça els drets a la vida, a la salut i a la integritat física d'aquestes (3). Les dones víctimes de violència obstètrica presenten conseqüències tant físiques (seqüeles sexuals, dolor, incontinència, problemes amb la lactància, etc.) com emocionals (síndrome d'estrès posttraumàtic, depressió postpart, rebuig a ser tocada, etc.) (2).

L'expressió de “violència obstètrica” té connotacions significatives molt fortes, de manera que incomoda profundament a obstetres i llevadores, provocant així un ampli

rebuig d'aquest terme entre alguns professionals de la salut que no accepten que les seves pràctiques es vegin qüestionades (4).

Fent una anàlisi històrica de la violència obstètrica hem pogut observar que, tot i que sigui un terme que està en ple debat i hi ha molta controvèrsia al respecte, ja apareix publicat a principis del segle XIX en mans del doctor James Blundell, qui l'utilitzava per denunciar les terribles pràctiques a les quals eren sotmeses les embarassades d'aquella època. En la llengua castellana no s'han trobat referències fins a finals del segle XX, però sí que hi ha constància d'emprar els conceptes de “parts violents” o “parts forçats” per descriure tècniques de ruptura de membranes i dilatació del coll uterí per aconseguir avançar el part (4). A partir de la primera dècada dels 2000, es va començar a fer ressò sobre aquest concepte, tot i que no va ser fins al 2014, quan l'Organització Mundial de la Salut (OMS) s'hi va pronunciar amb l'objectiu de prevenir i erradicar la falta de respecte i el maltractament cap a la dona durant l'atenció al part. En aquest informe es va fer èmfasi en el maltractament físic i verbal, pràctiques humiliants, procediments mèdics sense consentiment, falta de confidencialitat, negació a administrar analgèsics i diverses negligències durant el part. A més, es van proposar iniciatives per assolir canvis i es va reclamar suport per part dels governs (3,5,6).

1.2. Violència obstètrica com a violència de gènere

Per començar a parlar de violència de gènere (VG), primer cal tenir clar què és la violència. Aquesta va estar descrita per l'OMS el 2003 com: “L'ús intencional de la força o del poder físic, de fet o com amenaça, contra un mateix, una altra persona o un grup de comunitat, que causi o tingui moltes probabilitats de causar lesions, mort, danys psicològics, trastorns del desenvolupament o privacions” (7).

La VG va ser definida per primer cop el 1993 per la Organització de Nacions Unides (ONU) com a: “tot acte de violència basat en la pertinença al sexe femení que tingui o pugui tenir com a resultat un dany o patiment físic, sexual o psicològic per a la dona, així com les amenaces de tals actes, la coacció o la privació arbitrària de la llibertat, tant si es produeixen en la vida pública com en la privada” (2). El 2011, al Conveni d'Istanbul, es va reconèixer la VG com una violació dels drets humans i com una forma de discriminació cap a les dones.

Existeix el “triangle de la violència”, denominat per Johan Galtung (4), el qual estableix una relació entre els tres tipus de violència que hi ha a la societat; la violència cultural, l'estructural i la directa.

- **Violència cultural:** es troba en totes les manifestacions culturals dins d'una societat (obres d'art, la ciència, la religió, etc.).
- **Violència estructural:** s'origina en les estructures socials i sorgeix de les injustícies i les desigualtats. Es tracta de no satisfer les necessitats de supervivència, llibertat, benestar, identitat, etc.
- **Violència directa:** és la violència que s'exerceix directament sobre les persones de manera física o verbal. La violència directa s'origina a partir dels altres dos tipus de violència, de manera que aquesta és la visible i les altres dues són les invisibles.

Fent referència al triangle de la violència, podem observar com la VG sorgeix de la violència cultural i estructural, essent només la directa, la que normalment es veu. Així doncs, les estructures socials fomenten aquesta desigualtat entre gèneres, assignant superioritat a l'home i sotmetent la llibertat de la dona. Aquest fet genera jerarquies a l'àmbit sanitari que es transmeten mitjançant comportaments patriarcals autoritaris i de menyspreu cap a la dona (2,4).

La VO és una forma de VG i no s'ha de confondre amb la negligència mèdica. Té el seu origen en qüestions de gènere, és a dir, és provocada per l'asimetria en les relacions de poder entre les dones i els homes, on es perpetua la subordinació i desvaloració de tot el femení davant el masculí, producte d'una cultura patriarcal (8).

A Catalunya, molt recentment, s'ha introduït el terme de VO com a violència masclista, el que correspon a violència de gènere segons la llei catalana, per catalogar les pràctiques ginecològiques i obstètriques que no respecten les decisions, el cos, la salut i els processos emocionals de la dona (9).

1.3. Epidemiologia

És molt complicat establir una prevalença clara i ferma de violència obstètrica a Espanya, a altres països o arreu del món, ja que és un concepte que encara no està acceptat per la majoria dels membres de comunitats mèdiques, ni fins i tot, per la societat. Tot i això, les xifres aproximades de VO arreu del món oscil·len entre el 18,3 i el 75,1% (10).

Respecte a Espanya, el 2020 es va realitzar un estudi pel Departament d'Obstetrícia de Pontevedra per determinar la percepció de violència obstètrica a Espanya mitjançant una mostra representativa de les comunitats autònomes. El resultat va mostrar que un 38,8% de les dones indicava haver patit violència obstètrica durant el procés de part. Dins aquest percentatge, el 44,4% va percebre que s'havia sotmès a procediments innecessaris i/o dolorosos, pels quals en un 83,4% no s'havia demanat el consentiment informat (CI) (10).

Diversos departaments d'Infermeria d'universitats espanyoles i el CIBER d'Epidemiologia i Salut Pública d'Espanya, van portar a terme conjuntament un estudi que estudiava la prevalença de VO a Espanya i els factors associats que predisposen a la seva aparició. Hi van participar un total de 899 dones que van parir tant a hospitals públics com privats, i a domicili. Les xifres van indicar que hi havia un 67,4% de VO global percebuda, la qual es va dividir en la física (54,5%), la verbal (25,1%) i psicoafectiva (36,7%). Amb els resultats obtinguts, es va concloure que la prevalença de la VO és alta, destacant especialment la violència física. D'aquesta manera, s'evidencia com les pràctiques clíniques no recomanades per l'evidència científica són viscudes per les dones com un comportament violent cap a elles (11).

Analitzant les dades sociodemogràfiques en diferents estudis, es demostra que les dones poden ser víctimes de VO independentment de la seva edat, nivell educatiu i estat socioeconòmic. Tot i això, s'ha pogut comprovar que el dèficit de coneixement sobre VO augmenta la prevalença de patir-ne, ja que el desconeixement implica l'acceptació de qualsevol mesura que prenguin els professionals de salut. De totes maneres, les dones múltiples tenen més probabilitats de patir VO, conjuntament amb aquelles a qui se'ls ha induït al part, no se'ls ha respectat el pla de part inicial o han acudit a centres privats (11,12).

Per tant, com hem comentat anteriorment, no hi ha una dada específica que demostrï el percentatge de VO a Espanya o al món, però aquestes xifres alarmants han fet que es consideri la VO un problema de salut pública i de respecte dels drets humans. És important difondre aquest tema perquè les dones puguin reconèixer i gaudir dels seus drets, per tal que l'experiència de part sigui un fet no traumàtic (10,12).

1.4. Legislació a Espanya i a Catalunya de la violència obstètrica

A Espanya, actualment hi ha diverses legislacions que poden enquadrar-se en la violència de gènere i/o en la violència contra els pacients en general, enfocant-se així en el dret a la salut com un dret humà.

A partir de la dècada dels 2000, sobretot, van començar a formular-se lleis orgàniques i Reals Decrets que buscaven erradicar la violència masclista, implementar mesures de protecció integral contra la violència de gènere i establir igualtat efectiva entre dones i homes. Tot i això, en moltes lleis no s'abastava la violència de gènere si no era dins de la parella, deixant així al descobert tota la VG de caràcter laboral, sanitària, i d'altres (4).

Entre aquestes lleis, extretes del *Boletín Oficial del Estado* (BOE), les més destacades en relació amb la violència de gènere, violència masclista i a aquestes dues vinculades a l'atenció sanitària, podrien ser (13):

- Llei 41/2002, del 14 de novembre, bàsica reguladora de l'autonomia del pacient i de drets i obligacions en matèria d'informació i documentació clínica.
- Llei Orgànica 1/2004, del 28 de desembre, de Mesures de Protecció Integral contra la Violència de Gènere.
- Llei Orgànica 3/2007, del 22 de març, per la igualtat efectiva de dones i homes.
- Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista, modificada amb la Llei 17/2020, del 22 de desembre (Llei aprovada al Parlament de Catalunya).
- Real Decret-Llei 9/2018, del 3 d'agost, de mesures urgents pel desenvolupament del Pacte d'Estat contra la violència de gènere.

No ha estat, però, fins al 2021, que s'ha inclòs el concepte de violència obstètrica a l'àmbit legal. Això es va fer a Catalunya mitjançant l'aprovació de la Llei 17/2020, del 22 de desembre, de modificació de la Llei 5/2008 del 24 d'abril, del dret de les dones a erradicar la violència masclista. En aquesta modificació sobre l'article 3 d'aquesta llei, es parla sobre els drets sexuals i reproductius en el marc del sistema sanitari català, i es va definir la violència institucional de les administracions com un dels àmbits on es produeix violència masclista. D'aquesta manera, es va introduir el terme de violència masclista per reivindicar tota l'estructura sistèmica institucional que permet aquest tipus de violència, la reproduïx i la manté impune. A més, a la modificació de l'article 4 d'aquesta mateixa llei, es van definir les formes de violència masclista, en la qual es va incloure la violència obstètrica i la vulneració de drets sexuals i reproductius de les dones.

Recentment, també, el Govern de Catalunya, ha impulsat un pla per a l'abordatge de la violència obstètrica i la vulneració dels drets sexuals i reproductius, el qual preveu una reducció de les cesàries i d'altres intervencions sense causa justificada, potenciar la participació de les dones en la presa de decisions i la millora en l'accés a la medicina reproductiva (9,14).

1.5. Tipologia de maltractament

Hi ha molts tipus de maltractaments que constitueixen la violència obstètrica, donat que és un terme subjectiu i que depèn de l'experiència de cada mare. Es considera VO totes aquelles pràctiques que produeixen un efecte negatiu de caràcter físic o psicològic a la partera. Per tant, hi pot haver una àmplia tipologia de maltractament a evidenciar.

Per tal d'exposar les diferents tipologies de maltractaments, ens hem basat en una taula extreta del llibre "El Concepto «violencia obstétrica» y el debate actual sobre la atención al nacimiento"(4), que a la vegada es va basar en una revisió sistemàtica de medicina de Bohren et al. (15) que exposa una tipologia de VO que es fonamenta en la classificació de l'evidència relacionada amb el maltractament de les dones durant tot el procés de part, derivades de les síntesis d'evidència. A partir d'aquesta, es proposa classificar el tipus de maltractament obstètric segons la taula 1.

Taula 1. Tipologies de maltractament. Font: Modificada de Josefina Goberna-Tricas i Margarita Boladeras (4).

Maltractament físic
És l'ús de força física exercida pels sanitaris durant tot el procés de part. Pot tenir lloc mitjançant l'abús de la força física (cops, pessics, bufetades amb la mà o amb instrumental) o amb la <u>immobilització física</u> .
Abús sexual
Es pot considerar abús sexual i violació tota manera de comentaris o actes inapropiats per part d'un/a professional sanitari/ària durant l'atenció a l'embaràs, part i/o postpart.
Maltractament verbal
És descrit com l'ús d'un llenguatge aspre, groller, faltes de respecte, judicis i/o comentaris acusatoris. Es considera maltractament verbal tota mena d'insults, faltes de respecte, comentaris malsonants, humiliacions, judicis per l'activitat sexual, l'estat civil i/o l'edat. També formaria part d'aquesta tipologia la culpabilització a la dona per diferents motius, amenaces cap a aquesta i negatives a respondre preguntes o a complir el pla de part recomanat.

Estigmatització i discriminació
Realitzar comentaris, crítiques o estigmatitzar les dones tant per característiques demogràfiques com ara l'ètnia, la religió, l'edat, l'estatus econòmic i/o l'estat civil, com per estats mèdics com la infecció pel virus de la immunodeficiència humana (VIH).
Incompliment dels estàndards
<p>Ho constitueix la manca de demanda del consentiment informat. En molts processos, tècniques i procediments, es produeix una absència del procés de CI, consistent en proporcionar informació verídica i permetre la lliure decisió. També forma part d'aquest maltractament la violació dels drets de confidencialitat de les persones ateses.</p> <p>També incompleixen els estàndards alguns procediments i exàmens físics no indicats per diferents motius mèdics, desaconsellats o prohibits per organitzacions sanitàries. Hi pertanyen en aquest bloc els exàmens vaginals dolorosos i/o innecessaris, la negació de l'administració de medicaments per alleugerir el dolor i la pràctica d'intervencions quirúrgiques no consentides (<u>maniobra de Hamilton, administració d'ènema, tectes vaginals continus, ús d'oxitocina sintètica, inducció al part, amniorrexi artificial, episiotomia, maniobra de Kristeller, part instrumental i cesàries innecessàries</u>).</p> <p>Per altra banda, també hi és present la negligència i l'abandonament, que consisteix en la manca o absència d'experts o de suport durant el procés de dilatació final i/o de part, negligències mèdiques o llargues esperes.</p>
Deficient relació entre dones i personal sanitari
<p>Es defineix per establir una comunicació ineficaç caracteritzada per una escassa comunicació, desconsideració de les preocupacions o interessos de les dones, problemes de llenguatge i/o interpretació i actituds deficientes per part del personal. També seria VO l'absència de cures de suport a la dona per part del personal sanitari, o la denegació o absència d'acompanyants durant el <u>procés de part</u>.</p> <p>Promoure una pèrdua d'autonomia de la dona és un maltractament representat pel tracte cap a la dona com a subjectes passius durant el part, la <u>denegació d'aliments, líquids o mobilitat</u>, la falta de respecte per les <u>posicions que prefereixen les dones</u>, deshumanització de la dona i reclusió a les instal·lacions sanitàries.</p>
Condicions i limitacions del sistema de salut
<p>Aquestes fan referència a la problemàtica i limitacions del sistema sanitari que influeixen directament en l'assistència al part.</p> <p>Ho serien la manca de recursos, la condició física de les instal·lacions, factors limitants de l'actuació dels professionals, manca de personal, limitació de subministraments i manca de privacitat.</p> <p>La manca de polítiques també hi influeixen i la cultura assistencial, com el xantatge i l'extorsió, les estructures de cobrament confuses i les peticions irracionals per part de les sanitàries.</p>

A continuació, s'explica amb més detall tots els procediments o pràctiques ressaltats en la taula anterior per tal justificar la seva no recomanació sanitària basada en l'evidència científica.

Immobilització o litotomia: la total llibertat de moviments és important perquè es produeixi una dilatació a un ritme adequat, ja que aquests promouran el descens del cap del nadó i conseqüentment, la dilatació (2).

La lliure deambulació durant el període de dilatació es relaciona amb una menor necessitat d'ús de fàrmacs oxitòtics, analgèsics i d'intervencions obstètriques com fòrceps o cesàries (16).

Tot i els avantatges esmentats, a molts hospitals, de manera protocol·lària, s'obliga a parir en una posició forçosa de litotomia, de manera que es dificulta la sortida del nadó i s'augmenta l'ús de l'episiotomia, incrementant així també el risc de patiment fetal i el dolor. Aquest patiment fetal augmenta el risc d'acabar sent un part instrumentat o per cesària (2).

Maniobra de Hamilton: aquesta tècnica consisteix a desprendre les membranes amniòtiques de les parets uterines per tal d'ajudar a induir el part, ja que es produeix un augment de les prostaglandines.

Actualment, és una maniobra que està desaconsellada per l'OMS per les conseqüències que comporta. Està demostrat que pot produir contraccions, molt de dolor, hemorràgies i un trencament prematur de membranes. No obstant, se sol realitzar de manera protocol·lària a les 40 setmanes de gestació, i a més, en nombroses ocasions, sense informar a la dona ni demanar el consentiment informat (2).

Administració d'un ènema: durant el procés de part, en molts hospitals s'administra de manera protocol·lària un laxant per via rectal per netejar el còlon de la partera, evitant així que aquesta defeqüi durant el part (2).

L'evidència demostra que no té cap utilitat científica, ja que no redueix les taxes d'infecció materna o neonatal, ni les dehiscències de les episiotomies, i tampoc millora la satisfacció materna. Tot i això, encara que el seu ús obligatori va descendint, es continua utilitzant de manera protocol·lària. L'Estratègia d'Atenció al Part Normal (EAPN) desaconsella l'administració rutinària d'ènemes i recomana aplicar-ne només opcionalment amb consentiment informat i per voluntat materna (16).

Tactes vaginals durant el part: els tactes vaginals són exploracions en les quals es palpen les estructures pelvianes i de l'úter mitjançant la introducció dels dits cor i índex dins la vagina de la dona embarassada. D'aquesta manera, els professionals sanitaris

poden saber si l'úter està ben tancat i com està la dilatació total (en cas de mares primerenques, l'esborrament del coll de l'úter).

Aquesta tècnica se sol realitzar des del segon trimestre de l'embaràs, i a mesura que s'apropa el final d'aquest, cada vegada són més freqüents i nombrosos, fins a arribar al punt que durant el part aquests són continuats.

Segons l'EAPN, s'hauria de limitar el nombre de tactes vaginals als mínims imprescindibles, ja que aquests són dolorosos i augmenta el risc d'infecció. Per altra banda, és una violació de la intimitat de les dones i més si es duen a terme sense tenir el consentiment d'aquestes (2,16).

Ús d'oxitocina sintètica: l'oxitocina sintètica és una hormona que s'administra per via intravenosa per induir i/o accelerar el part. Aquesta comporta una gran cascada d'intervencionisme, ja que l'oxitocina sintètica produeix unes contraccions molt fortes i doloroses, essent necessària l'administració d'anestèsia epidural per suportar-les (2).

Tot i que l'oxitocina està catalogada com a medicament d'alt risc i compta amb una llarga llista d'efectes secundaris, a molts centres hospitalaris s'utilitza de manera protocol·lària, quasi sempre en dosis inadequades, sense tenir en compte els efectes secundaris d'aquesta, com ho serien la taquisistòlia, hipertonia, hiperestimulació uterina i malestar fetal agut, afegint també la cascada d'intervencionisme ja esmentada que desencadena (16-18).

L'OMS ha conclòs que l'administració d'oxitocina s'ha d'emprar sota una indicació vàlida i evidenciada, ja que es considera una intervenció major. A més, l'Associació d'Aliments i Fàrmacs (FDA) i l'Institut per l'Ús Segur dels Medicaments (ISMP) d'Espanya han confirmat la gran probabilitat de causar danys greus o inclús la mort en les persones ateses si es fa servir l'oxitocina incorrectament. La EAPN conclou la limitació d'ús d'oxitocina als casos de necessitat (16,17).

Inducció al part: les induccions al part comporten molts riscos i es recomana realitzar-les només quan els beneficis superin els riscos. Generalment, es fan mitjançant l'aplicació d'un gel de prostaglandines per via vaginal o l'administració d'oxitocina sintètica. Tota inducció de part provoca una cascada d'intervencionisme, impedit que el part progressi de manera natural i fent que fins al 50% dels casos acabi en cesària (2).

Amniorrexi artificial: l'amniorrexi artificial és el trencament provocat de la bossa amniòtica, sigui acompanyada o no de perfusió d'oxitocina. És una pràctica utilitzada

comunament en obstetrícia per tal d'augmentar les contraccions i disminuir la durada del part (17).

Ni L'EAPN ni la OMS aconsellen dur a terme amniorrexis artificial ni perfusió d'oxitocina de forma rutinària en parts vaginals que progressen de forma normal (16).

Aquesta tècnica està justificada en cas que hi hagi una detenció del procés (unes quatre hores aproximadament) i quan s'ha d'extreure sang al fetus per mesurar el pH del nadó sempre que hi hagi una greu sospita de benestar fetal (2).

Episiotomia: l'episiotomia és un tall en el perineu realitzat per augmentar l'obertura vaginal i així facilitar la sortida de la presentació fetal a l'exterior. També es pot fer suposadament per evitar esquinçaments.

L'evidència científica actual demostra que les episiotomies tenen un risc major d'esquinçaments de tipus més greu. De manera general, cura i cicatritza millor un esquinçament vaginal produït de manera natural durant l'expulsiu que no pas amb una episiotomia, ja que la cicatrització d'aquesta és més lenta perquè requereix sutura, és més dolorosa i pot arribar a produir incontinència urinària i fecal, i disparèunia. Això és degut al fet que amb les episiotomies se sol tallar "de més" afectant el múscul. També s'hi associa una major freqüència d'esquinçaments de tercer i quart grau (2,19).

És una pràctica iniciada en el segle XVIII i utilitzada actualment tot i l'evidència que demostra que l'episiotomia rutinària no aporta beneficis. L'EAPN i l'OMS desaconsellen el seu ús rutinari a causa dels potencials efectes adversos ja esmentats (16).

Maniobra de Kristeller: aquesta tècnica tracta d'empènyer fortament l'abdomen de la partera durant l'expulsiu per tal d'exercir pressió sobre el fons uterí, augmentant així la pressió abdominal i ajudant a descendir el nadó (17).

És una maniobra que ha causat molta controvèrsia arreu del món degut als seus riscos potencials de morbiditat materna i fetal. Està demostrat que no millora les taxes de parts vaginals espontànies, no redueix les taxes de parts instrumentals i és ineficaç en la disminució de la durada de la segona etapa del treball de part (16).

A les parteres pot suposar un despreniment de placenta, un prolapse urogenital, un esquinçament uterí, hemorràgies, contusions i fractures, a més del gran dolor que causa la pressió que exerceixen sobre la panxa.

Per altra banda, provoca àmplies conseqüències al nadó; fractures d'espatlla o clavícula, esquinçaments musculars, hematomes, lesions en òrgans interns, hipòxia, increment de la pressió intracranial, etc. (20).

Per aquests motius, avui dia està desaconsellada per la Societat Espanyola de Ginecologia i Obstetrícia (SEGO) i l'OMS, i s'ha prohibit a diversos països. Tot i això, l'EAPN indica que actualment a Espanya s'utilitza en més del 26% dels parts (16).

El part instrumental: un part instrumental es descriu com aquell part vaginal en el qual s'aplica fòrceps, espàtules o ventoses sobre el cap fetal per tal d'obtenir la presentació mitjançant tracció i/o ampliant el canal de part (19).

Són procediments que poden produir lesions immediates i seqüeles tardanes, a part que el seu ús augmenta la realització d'episiotomies, la producció d'esquinçaments, lesions a òrgans propers, fractures del còccix, dolor en el puerperi o crònic i la reducció de les taxes de durada de lactància materna. En el nounat pot provocar ferides, cefalohematomes, hemorràgies i fractures intracrànials, a part de dolor, marques i equimosis els primers dies de vida (17).

Per aquests motius, l'EAPN recomana evitar realitzar parts instrumentals tret d'indicació patològica. S'ha de respectar els temps de durada del període de l'expulsiu del treball de part, i si és necessari, instrumentant-lo mitjançant l'ús de ventoses com a primera opció (16).

Cesàries innecessàries i didàctiques: una cesària és considerada una cirurgia major, ja que es tracta d'una incisió quirúrgica a l'abdomen i a l'úter en la qual es tallen 5 capes diferents de teixit per extreure un nadó d'aquestes cavitats. Comporta taxes de morbimortalitat materna i fetal sensiblement major que la de parts normals, amb seqüeles per la mare i el nounat.

Les complicacions maternes poden ser lesions de bufeta, d'úter o de vasos sanguinis, hemorràgies, coàguls, infeccions, dolor en la cicatrització, dolor pelvià, disparèunia, problemes intestinals, entre d'altres. A més, augmenta el risc d'infertilitat posterior, d'avortaments espontanis posteriors, d'embarassos ectòpics, de problemes placentaris i de ruptura uterina. Pot causar un gran impacte psicològic a les dones, augmentant les probabilitats de desenvolupar depressió postpart i no desenvolupar un vincle amb el nadó des del primer moment, disminuint així les taxes de lactància materna exitosa.

Generalment, les dones a les quals se'ls hi practica una cesària, corren un risc de 5 a 7 vegades major que un part vaginal (2).

També existeixen riscos en quant els nadons; els valors d'Apgar són més baixos de mitjana, tenen possibilitats de ser lesionats pel bisturí, augment dels problemes respiratoris i són cinc vegades més sovint ingressats en la Unitat de Cures Intensives Neonatals que els que neixen per part vaginal. Per descomptat, amb les cesàries de repetició els riscos augmenten, essent la recuperació cada vegada més complicada, i comportant dues vegades més risc de mort materna en comparació amb un part vaginal.

Tot i que l'OMS recomana entre un 10 i un 15% de cesàries, Espanya té un percentatge molt més elevat, sobretot a algunes clíniques privades. Han passat de ser una cirurgia excepcional en cas de complicacions maternes o fetals a convertir-se en una via rutinària de naixement d'un de cada quatre o cinc nadons.

A més, no es té en compte que durant el part vaginal el nadó obté bacteris vaginals del canal del part de la mare, fet que s'ha demostrat beneficiós pel sistema immunitari. Així doncs, al realitzar una cesària, es priva al nadó d'aconseguir aquest avantatge immunològic. (2,16).

Acompanyament durant el procés: l'acompanyament durant el procés de part s'ha mostrat molt beneficiós, ja que hi ha menor probabilitat d'analgèsia, de parts vaginals instrumentals i de cesàries, augmenta la satisfacció materna i forma part de l'objectiu d'humanització.

Tanmateix, hi ha polítiques d'hospitals o conductes mèdiques que no permeten l'acompanyament matern en determinades situacions no justificades. L'EAPN recomana l'acompanyament matern durant tot el procés de manera ininterrompuda i des de les etapes més primerenques (16).

Consum de menjar i beguda: en molts hospitals es limita o s'impedeix a les parteres a menjar i a beure segons el desig d'aquestes, i s'administra protocol·làriament sèrums per via intravenosa per evitar la deshidratació (2). L'EAPN recomana permetre la ingesta de líquids i aliments lleugers segons les necessitats de les gestants, considerant que l'evidència demostra que una restricció de líquids i aliments a la mare durant un temps prolongat pot produir deshidratació i cetosis (16).

Rasurat perineal: el rasurat vaginal o perineal és una intervenció que es realitza durant el procés de part perquè antigament es considerava que la presència de pèl púbic reduïa infeccions i facilitava la sutura quirúrgica (2).

Actualment, no hi ha evidència científica que ho corrobore, fins i tot s'ha demostrat que l'ús rutinari d'aquesta tècnica pot augmentar el risc d'infeccions a causa de la colonització de microorganismes, deixant de banda que les dones experimenten incomoditat quan el pèl torna a créixer, molèsties, malestar i prurit.

La recomanació de la EAPN és evitar la pràctica rutinària d'aquesta tècnica. Només s'aconsella fer-la quan es consideri necessària, com en cas de sutura, i rasurant parcialment la zona (16).

Falta d'intimitat, presència de massa persones: hi ha molts parts massificats, on entra i surt personal, sense respecte per la intimitat de les dones, no només podent parar la seva dinàmica, sinó que a més, faran que les parteres se sentin insegures i estressades tant física com psíquicament. En molts hospitals, la presència d'estudiants de pràctiques només afegeix més soroll als parts que, són esdeveniments d'intimitat sexuals, i com a tals, resulten fàcilment pertorbables (2).

Separació mare-nadó: estan científicament demostrats els beneficis que comporta el pell a pell immediat de la mare amb el nounat a ambdós. Ajuda a establir el vincle, a la lactància materna i a l'adaptació de la vida extrauterina. Hi ha una major recuperació i més ràpida de l'estrès, normalització de la glucèmia, l'equilibri àcid-base i la temperatura. A més a més, amb el pell a pell, la mare secreta oxitocina, que facilitarà la disminució de la grandària uterina i evitarà experiències emocionals negatives (16).

1.6. Vulneració dels drets humans

L'OMS, dins el marc de treball del *Human Reproduction Programme*, el 2014, va classificar el maltractament cap a les dones durant l'atenció al part com un important problema de salut pública i de drets humans (4). Aquests es basen en el respecte dels drets sexuals i reproductius, definint la salut sexual i reproductiva com una part inalienable, integral i indivisible dels drets humans universals (21).

A milers d'institucions de salut d'arreu del món es violen sistemàticament els drets reproductius de les dones durant el procés de part, convertint-los en formes naturalitzades de violència. Segons uns informes publicats al *Instituto de Género Derecho y Desarrollo* (INSEGNAR), els drets que són habitualment violats en l'atenció obstètrica són (21):

- Dret a la integritat personal, tal com dicta l'article 5 de la Convenció Americana sobre Drets Humans (CADH), el qual implica el dret a no ser lesionat ni agredit físicament ni ser víctima de danys mentals que impedeixin conservar l'estabilitat psicològica o emocional.
- Dret a la privacitat i a la intimitat, que forma part de l'article 12 de la Declaració Universal de Drets Humans, que és el dret al respecte i al reconeixement de la dignitat. Es pot vulnerar a través de l'exposició innecessària del cos de les dones i sense oferir-li-les la possibilitat de decidir sobre el seu cos.
- Dret a la informació i a la presa de decisions lliures i informades sobre la seva salut, tal com especifica l'article 6 de la Declaració Universal sobre Bioètica i Drets Humans: "Tota intervenció mèdica preventiva, diagnòstica i terapèutica només es portarà a terme amb el previ consentiment lliure i informat de la persona interessada". En moltes circumstàncies, es realitzen pràctiques mèdiques sense el consentiment ni el previ avís d'aquestes, anul·lant així tota possibilitat de les dones de prendre decisions sobre la seva salut sexual i reproductiva.
- Dret a no rebre tractes cruels, inhumans i degradants, d'acord amb l'article 5 de la Declaració Universal de Drets Humans. Es considera violència obstètrica aquelles agressions manifestades mitjançant mostres d'insensibilitat davant el dolor, infantilització de la dona, insults i comentaris humiliants que, clarament, vulneren aquest dret humà.

Tenint en compte aquests drets anteriorment esmentats, podem deduir que en qualsevol situació de violència obstètrica es vulneren alguns d'aquests drets. Com ara, podria ser-ho mitjançant l'administració de medicaments en contra de la voluntat de la dona o sense el seu consentiment informat, portant a terme tècniques que vulneren la seva intimitat i privacitat sense informació prèvia i amb un tracte deshumanitzant, abolint la capacitat de presa de decisions de la dona durant el procés de part respecte a aquest, etc. (7).

1.7. Causes de la violència obstètrica

Com ja s'ha anat comentant al llarg d'aquest treball, les causes de les males pràctiques que constitueixen violència obstètrica poden ser múltiples, ja que s'estenen des d'una mala atenció sanitària, fins a conductes fruit d'una societat patriarcal en la qual s'ignoren els drets de les dones.

És important contemplar les causes estructurals que possibiliten la VO, considerant que hi ha estudis que exposen que les raons per les quals es medicalitza el procés de part, es

discrimina i es jutja a les dones, no és per desconeixement tècnic o normatiu del personal de salut, sinó que és una conseqüència de conductes autoritàries i masclistes dins del camp de la medicina (22).

Per altra banda, hi ha estudis que assenyalen que la VO podria estar associada a la síndrome de *burnout*, caracteritzat per la despersonalització i esgotament emocional, entre els professionals sanitaris que atenen el part. Aquest estat d'insatisfacció, fatiga i irritabilitat, comporta una alta probabilitat de conduir a tractes deshumanitzats i pràctiques negatives implicades en la VO (1,23).

També s'ha assenyalat com a possible causa de violència obstètrica la falta de formació i d'informació que condueix als professionals de la salut a no poder identificar ni gestionar aquestes pràctiques (23).

1.8. Conseqüències de la violència obstètrica

La violència obstètrica pot causar danys físics i psicològics de diferents magnituds, que poden ser permanents o no, tant a la mare com al nadó. Les més remarcades són les que tenen lloc durant el postpart, però també es poden produir durant el procés de part. Rebre un mal tracte o fer ús de tècniques innecessàries i doloroses poden complicar el procés de l'expulsiu, l'estat psicològic matern, el patiment fetal, i en casos extrems, poden provocar la mort de la mare o el nadó (18).

1.8.1. Conseqüències físiques de les dones parteres

Les conseqüències físiques s'estenen des d'hematomes, petites lesions o ferides superficials derivades de pràctiques com contencions o cops, a la pèrdua de l'úter i disparèunia, per exemple. Les conseqüències més habituals o destacades d'un part amb pràctiques que es consideren VO són:

Lactància materna: està demostrada la relació proporcional que hi ha entre un part instrumentat i els problemes en la lactància; com més intervingut estigui el part, més probabilitats hi haurà que es desenvolupin problemes en la lactància (7).

L'ús d'antibiòtics durant el part pot produir obstruccions i mastitis a causa d'una alteració en la flora bacteriana causada per aquesta medicació. També, l'administració de sèrum intravenós augmenta les probabilitats d'ingurgitacions, provocant així problemes d'adherència. A més, les cesàries compliquen les postures d'alletament matern atès el dolor que provoquen (24).

Incontinència urinària i/o fecal: en molts procediments i tècniques ja explicades prèviament, una de les conseqüències maternes és la incontinència urinària de diferents graus. Es calcula que un 10% de les dones que tenen un part vaginal pateixen incontinència severa que es pot complicar encara més amb els anys si no es tracta correctament. La incontinència, a més, també pot ser fecal, produint així greus seqüeles psicològiques en la dona i alterant la seva qualitat de vida (24).

Hemorràgies: fins a un 5% dels casos, tenen lloc hemorràgies puerperals, generalment causades per una atonia uterina, en la qual l'úter no és capaç de contraure's correctament. Aquest fenomen té més risc d'esdevenir si les contraccions han estat manipulades artificialment mitjançant l'administració d'oxitocina sintètica (7,24).

Esquinçaments: en els parts instrumentats, el risc de patir esquinçaments greus és considerablement més alt que en un part normal respectat, en el qual generalment els esquinçaments que es produeixen són menors i no requereixen punts de sutura per a la seva recuperació. Més d'un 4% de les dones en parts instrumentats tenen esquinçaments de quart grau (travessa l'esfínter anal i el teixit subjacent), provocant així un gran dolor durant els mesos posteriors al part i un major risc d'incontinència fecal (7,24).

1.8.2. Conseqüències psicològiques de les dones parteres

Per altra banda, les conseqüències també poden ser psicològiques i alterar el comportament i l'estat d'ànim de la mare, provocant així altres repercussions físiques. Aquestes són:

Depressió postpart: és fisiològic patir tristesa momentània per la baixada dels nivells hormonals després del part. Es produeix habitualment una alteració de l'estat d'ànim, però que remet en uns dies de manera autònoma. El fet d'haver patit un part traumàtic i/o violència obstètrica, fa augmentar el risc de patir una depressió postpart real més seria que requereix tractament perquè no remet sola (5,7,18,24).

Estrès posttraumàtic: els estudis demostren que totes les dones que desenvolupen un trastorn d'estrès posttraumàtic després del part, refereixen haver patit cuidats inadequats i irrespectuosos, ni haver tingut cap control sobre la seva experiència de part (5,7,18,24).

Seqüeles emocionals: encara que no es desenvolupi una depressió postpart i/o un trastorn d'estrès posttraumàtic en un part amb VO, poden quedar seqüeles emocionals que seran fruit del sentiment d'humiliació, desapoderament i maltractament (5,7,18,24).

1.8.3. Conseqüències al recent nascut

És molt important que el nadó comenci l'alletament matern tan aviat com sigui possible, però a vegades aquest procés es pot veure dificultat per diferents motius. La separació de la mare i el nadó en el moment del naixement, impedeix directament la lactància materna immediata i disminueix considerablement les probabilitats d'èxit de la lactància materna.

Per altra banda, hi ha una sèrie de tècniques realitzades durant el part que dificulten també l'alletament matern. Aquestes serien, per exemple, l'administració de l'anestèsia durant el procés de part, que pot provocar que el nadó estigui més endormiscat, dificultant així la tècnica de succió. També, l'administració d'oxitocina provoca un estat més irritable en els nounats que dificulta la lactància materna.

El fet que es tracti d'un part provocat i induït, pot comportar que el nadó sigui immadur amb poca força per mamar i succionar, dificultant el desenvolupament normal de la lactància materna i conseqüentment, el creixement del nadó (7,18).

1.9. Prevenció de la violència obstètrica

El primer pas per prevenir la violència obstètrica ha de ser el reconeixement de l'existència d'aquestes pràctiques que la constitueixen. A partir de l'involucrament i el compromís del personal sanitari, es podran elaborar i executar estratègies de canvi efectives en tots els sistemes de salut per erradicar la violència que s'exerceix contra les dones durant el procés de part (1,2).

És imprescindible proporcionar a l'alumnat i als professionals sanitaris eines per detectar i conèixer la VO perquè els parts tinguin un tracte respectuós i humanitzat. S'ha de garantir que en els cursos educatius s'inclogui informació sobre els drets sexuals i reproductius (22). Seria interessant la implantació d'un pla de part que respecti plenament l'autonomia de les dones, i de programes que visibilitzin la VG o VM a l'àmbit sanitari.

Respecte a la síndrome de *Burnout* anteriorment comentada i descrit com una possible causa de VO, seria una bona eina de prevenció implementar cursos i actuacions mèdiques que donessin estratègies per fer front de manera exitosa a les situacions de desgast professional. També, per evitar aquesta síndrome, des de les administracions s'hauria de garantir els suficients recursos materials i humans, tot contemplant temes relacionats amb els drets humans, sexuals i reproductius (22,23).

També és important fomentar les investigacions per estimar la prevalença i la caracterització de l'abús exercit pel personal sanitari cap a la dona durant el part i els contextos institucionals que afavoreixen aquest abús.

S'han d'aconseguir intervencions que reforcin l'autonomia de les usuàries perquè aquestes tinguin el dret a tenir un ambient harmònic, comprensiu i de total confiança durant l'embaràs, el part i el postpart (1,23).

Avui dia, hi ha diverses organitzacions socials i sanitàries que lluiten en contra la violència de gènere i la violència obstètrica dins l'àmbit de la salut. *El Parto es Nuestro*, *Dona Llum*, i *Plataforma Pro Derechos del Nacimiento*, són exemples d'associacions espanyoles que busquen millorar l'atenció a les dones durant el procés d'embaràs, part i postpart, i de visibilitzar la violència obstètrica que pateixen les dones i les greus conseqüències que comporta.

L'OMS, per exemple, va publicar el 2018 una representació esquemàtica de recomanacions basades en els drets que poseeixes per rebre una atenció prenatal apropiada i lliure de violència, representada a la Figura 1.

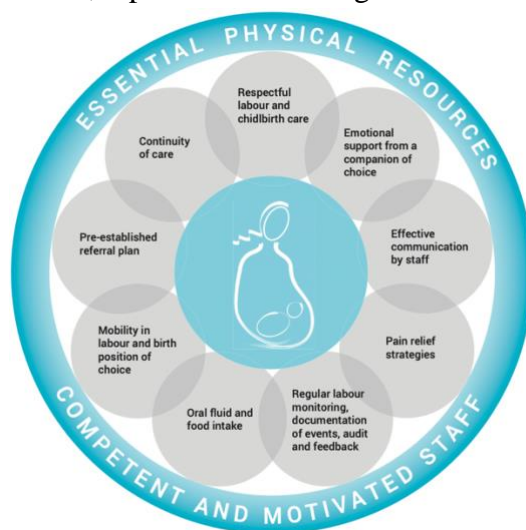


Figura 1. Representació esquemàtica del model de cuidats durant el part de l'OMS.

Font: OMS (25).

Des del Govern espanyol, es va realitzar l'EAPN (16), la qual ja s'ha mencionat al llarg d'aquest projecte, amb l'objectiu d'humanitzar el part tot aportant evidència científica que recolza l'abolició de pràctiques, a vegades innecessàries, que són invasives, doloroses i que posen en risc la vida materna i fetal. També, al llarg dels anys, s'han establert lleis que busquen erradicar la VG i potenciar l'autonomia de les persones ateses al sistema sanitari, fent èmfasi en la importància i obligació professional de demanar el CI.

1.10. La violència obstètrica i el rol de les infermeres

La infermeria és una professió que té un paper clau en l'acompanyament de les persones de manera holística, tant sanes com malaltes, en tots els processos de salut al llarg de la vida.

És important, en l'àmbit de l'obstetrícia, destacar el gran paper dels llevadors i les llevadores, donat que és una dels professionals sanitaris que més està en contacte amb la dona durant el prepart, part i postpart.

Diferents estudis realitzats a escala internacional, coincideixen en la importància del paper i l'actuació que tenen les infermeres i llevadores en la reestructuració del model d'atenció obstètrica (18).

La literatura demostra que el rol de la infermera i la llevadora en el part humanitzat és clau per la prevenció de la violència obstètrica, partint de la base de l'educació sanitària. A partir de l'embaràs i els controls gestacionals, es pot proporcionar informació sobre els parts humanitzats i lliures de violència, tot exposant els drets sexuals i reproductius que posseeixen (26). A més, la figura de la llevadora és crucial en l'assistència al part i a l'hora de reduir la incidència de la VO, ja que és qui podria proporcionar un tracte humanitzat basat en el respecte, l'empatia i en l'acompanyament, tot orientant adequadament les dones en el procés d'embaràs i part. Les llevadores i les infermeres són els professionals sanitaris que tenen més contacte directe i estret amb les dones durant tot el procés de maternitat, de manera que són un personatge clau per protegir, defensar i apoderar-les davant la VO (26,27).

Com s'ha comentat anteriorment, però, el més important és el reconeixement de l'existència de violència obstètrica als hospitals i centres sanitaris. Segons un estudi realitzat a infermeres obstètriques al Brasil, va concloure que hi ha una gran part del personal que no reconeix determinades pràctiques com una violació dels drets de les dones gestants o parteres. La majoria dels participants d'aquest estudi, en analitzar la percepció que tenien sobre la VO, van acceptar que el desconeixement de la població femenina és un factor de vulnerabilitat en relació amb el risc de patir VO (28).

Centrant-me en estudis espanyols, el 2022 es va fer una anàlisi a la Universitat Jaume I i a la Universidad de Almería que cercava els coneixements actuals sobre la violència obstètrica en el context sanitari espanyol. Es va dur a terme mitjançant entrevistes, a les quals es va identificar la violència obstètrica com una violència estructural de gènere,

destacant les intervencions rutinàries i innecessàries i la sobremedicació de la mare o el nadó, sense deixar de banda els maltractaments verbals i els factors que inhibeixen l'autonomia de la dona. Molts participants van referir la importància en la influència de la formació en VO en el procés propi de creació de coneixement i desenvolupament de capacitats per reconèixer i respondre a escenaris denominats com a violència obstètrica que es produeixen durant la pràctica clínica. Alguns participants referien que el terme "violència obstètrica" podia fer sentir incòmode per la gravetat que comporta, però es van adonar que denominant-lo així era una manera de ser conscients del problema, ja que realment és l'associació de violència a les professions sanitàries que es basen en l'atenció a la persona i vetllen pel seu benestar (29).

Focalitzant-me en els estudiants de ciències de la salut, segons un estudi espanyol realitzat recentment, els estudiants de medicina solen tenir una percepció més baixa sobre la VO en comparació amb els estudiants d'infermeria o les especialistes per ser llevadores (30). En un altre estudi dirigit per diversos departaments d'obstetrícia i ginecologia d'hospitals i universitats valencianes el 2020, es va avaluar la percepció dels estudiants de ciències de la salut sobre la VO després d'una intervenció educativa. Els resultats d'aquest estudi van mostrar que, tant els estudiants de ciències de la salut com els professionals sanitaris, integren i normalitzen la violència obstètrica a mesura que progressen professionalment i adopten coneixements envers el tema. En quant a la identificació de possibles canvis, es va demostrar que mitjançant activitats formatives destinades a visibilitzar aquest tipus de violència, es pot conscienciar als estudiants i permet identificar pràctiques i accions considerades violència obstètrica (31).

Per altra banda, l'any 2021 es va realitzar un estudi per conèixer la percepció de VO als estudiants d'infermeria, medicina i fisioteràpia que van participar al Congrés de Medicina Feminista del Consell Estatal d'Estudiants de Medicina (CEEM). En aquest cas, es va observar a les conclusions una alta sensibilitat generalitzada de la mostra de participants en relació amb la VO. Cal destacar, però, que els estudiants participants tenien una percepció de violència obstètrica, prèvia a l'activitat, classificada com a mitjana-alta, ja que quasi la meitat del grup assegurava haver rebut estudis amb perspectiva de gènere (32). D'aquesta manera, es pot afirmar com aplicant un aprenentatge amb perspectiva de gènere, augmenten els coneixements i la sensibilització de temes relacionats amb la VG, incloent-hi així la VO.

Aquest últim estudi esmentat, va concloure la necessitat d'elaborar i proporcionar espais docents que serveixin de formació per a generar coneixements sensibilitzats en qüestions de gènere, tant a estudiants de graus sanitaris com a professionals sanitaris, fomentant així una bona atenció integral a la dona i promovent l'erradicació de la VO (32).

2. JUSTIFICACIÓ

Com a conclusió de la revisió realitzada i tenint en compte la relació inversament proporcional que s'estableix entre el coneixement que té la dona sobre la VO i la incidència d'aquesta, considerem crucial estendre el coneixement de la població general sobre aquest tipus de violència, considerada violència de gènere.

En trets generals, i tot i que en els darrers anys ha tingut molt de ressò el concepte de violència obstètrica, falta molt recorregut pel seu reconeixement a nivell mèdic i institucional. Sense la seva total acceptació, no es poden implementar mesures que siguin 100% eficaces, ja que el canvi hauria de sorgir a partir de la voluntat de canvi personal que hauria de tenir cada professional sanitari. Així doncs, ens agradaria recalcar el paper que poden exercir les universitats a l'hora de transmetre coneixements sobre la violència obstètrica, la rellevància, incidència, conseqüències i legislació que té aquesta. Sensibilitzar i informar els estudiants universitaris de l'àmbit de la salut comportaria un augment de consciència respecte al tema, que probablement milloraria l'atenció a la dona i afavoriria l'execució d'estratègies de prevenció i erradicació de violència masclista i obstètrica.

En definitiva, el coneixement és la clau per exercir una bona praxis i garantir la salut i el benestar de les persones ateses. Aplicant-ho en aquest cas, acompanyant, tractant i cuidant degudament a la dona durant tot el procés de part perquè es pugui desenvolupar lliure de violència obstètrica, evitant així que es pugui convertir en una experiència traumàtica per la dona.

Així doncs, hem trobat interessant realitzar aquest projecte focalitzant-lo en conèixer la percepció que tenen els professionals sanitaris respecte la violència obstètrica, ja que és de qui més depèn la salut de la dona, tant física com mental, durant el procés de part. I com a futurs professionals de la salut, identificar també el coneixement que tenen els estudiants de graus sanitaris envers la violència obstètrica i tot el que aquesta comporta.

3. BIBLIOGRAFIA

1. Rodríguez Mir J, Martínez Gandolfi A. La violencia obstétrica: una práctica invisibilizada en la atención médica en España. Gac Sanit [Internet]. 2021 [citado 19 de diciembre 2023];35(3):211-2. Disponible a: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0213911120301898>
2. Garcia Margarita E. Partos arrebatados: la violencia obstétrica y el mercado de la sumisión femenina. Madrid: Editorial Ménades; 2021.
3. Informe del Observatorio español de la violencia obstétrica [Internet]. España: Asociación El Parto Es Nuestro; 2016 [citado 19 de diciembre 2023]. Disponible a: <https://www.elpartoesnuestro.es/sites/default/files/public/OVO/informeovo2016.pdf>
4. Goberna-Tricas J, Boladeras M. Violencia obstétrica y el debate actual sobre la atención al nacimiento. Madrid: Editorial Tecnos; 2018.
5. Martos Ramió S. Violència obstètrica percebuda i risc de depressió pospart: TFG [Internet]. Girona: Universitat de Girona. Facultat d'infermeria; 2022 [citado 19 de diciembre 2024]. Disponible a: <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/22031/MartosRamioSandra-TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
6. World Health Organization. The prevention and elimination of disrespect and abuse during facility-based childbirth [Internet]. Suíssa: World Health Organization; 2015 [citado 20 de diciembre 2023]. Disponible a: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/134588/WHO_RHR_14.23_eng.pdf?sequence=1
7. Margarita García E, Rodríguez Mir J. La violencia obstétrica como violencia de género: estudio etnográfico de la violencia asistencial en el embarazo y el parto en España y de la percepción de usuarias y profesionales [Internet]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2018 [citado 20 de diciembre 2023]. Disponible a: https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/684184/garcia_garcia_eva_margarita.pdf
8. Saucedo Ramírez MD, Hernández Mier C, Ceballos García GY. La violencia obstétrica en la vulneración de los derechos humanos de las mujeres. Rev CONAMED [Internet]. 2021 [citado 22 de diciembre 2023];26(3):149-55. Disponible a: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=101680>

9. Cardona Motger D, Amat Escútia M. Diagnosi de violència institucional. Violència obstètrica i violència sobre els drets sexuals i reproductius en el marc del sistema sanitari català. Revisió documental [Internet]. Catalunya: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2021 [citad 22 desembre 2023]. Disponible a: https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Serveis-sanitaris/violencies-masclistes/model-atencio-salut/analisi-i-diagnosi/diagnosi-violencia-institucional-obstetrica-acc.pdf
10. Mena Tudela D, Iglesias Casás SI, González Chordá VM, Cervera Gasch Á, Andreu Pejó L, Valero Chilleron MJ. Obstetric Violence in Spain (Part I): Women's Perception and Interterritorial Differences. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2020 [citad 22 desembre 2023];17(21):7726. Disponible a: <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/21/7726>
11. Martínez Galiano JM, Martínez Vazquez S, Rodríguez Almagro J, Hernández Martínez A. The magnitude of the problem of obstetric violence and its associated factors: A cross-sectional study. *Women Birth* [Internet]. 2021 [citad 22 desembre 2023];34(5):e526-36. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519220303590>
12. Santana Vieira TF, Cunha Lima MA, Almeida Costa T, Maciel Teixeira LA, Bezerra Muniz M. Conhecimento das mulheres sobre violência obstétrica: Uma revisão sistemática / Women's knowledge about obstetric violence: A systematic review. *Braz J Health Rev* [Internet]. 2020 [citad 22 desembre 2023];3(4):9912-25. Disponible a: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/14493>
13. Legislación. Búsqueda sencilla. En: Agencia Estatal Boletín Oficial del Estado [Internet]. Madrid; 2024 [citad 3 gener 2024]. Disponible a: <https://www.boe.es/buscar/legislacion.php>
14. Ley 17/2020, de 22 de diciembre, de modificación de la Ley 5/2008, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. DOGC, núm. 8303, (24/12/2020) [Internet]. Disponible a: <https://www.boe.es/eli/es-ct/1/2020/12/22/17>
15. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, Souza JP, et al. The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* [Internet]. 2015 [citad 22 desembre

- 2023];12(6):e1001847. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4488322/>
16. Informe sobre la Atención al Parto y Nacimiento en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citad 22 de desembre 2023]. Disponible a:
https://www.sanidad.gob.es/en/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAP_N_revision8marzo2015.pdf
17. Intervenciones médicas. En: El Parto Es Nuestro [Internet]. Espanya; 2024 [citad 22 de desembre 2023]. Disponible a:
<https://www.elpartoesnuestro.es/informacion/parto/intervenciones-medicas>
18. Vantolra Rodríguez X. Violència obstètrica: protocol d'infermeria centrat en el respecte al pla de part i a la dona. TFG [Internet]. Igualada: Universitat de Lleida. Campus d'Igualada.; 2022 [citad 28 de desembre 2023]. Disponible a:
<https://repositori.udl.cat/server/api/core/bitstreams/d2043678-b771-45f7-a6df-c70159b085ff/content>
19. León Soto M. Intervenciones durante el embarazo y el parto para la prevención del traumatismo perineal. NPunto [Internet]. 2021 [citad 22 de desembre 2023];4(40):38-57. Disponible a: <https://www.npunto.es/content/src/pdf-articulo/6101343fb2340art3.pdf>
20. 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. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2021 [citad 22 de desembre 2023];18(1):199. Disponible a:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7794951/>
21. Belli LF. La violencia obstétrica: otra forma de violación a los derechos humanos. Rev BioèticaUNESCO [Internet]. 2013 [citad 20 de desembre 2023];1(7):25-34. Disponible a:
<https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/12868/Art2-BelliR7.pdf?sequence=2&isAllowed=y>
22. Castro R, Frías S. Violencia obstétrica y ciencias sociales: estudios críticos en América Latina [Internet]. Universidad Nacional Autónoma de México. Centro Regional de Investigaciones Multidisciplinarias.; 2022 [citad 18 gener 2024]. Disponible a:
https://www.academia.edu/86200981/La_violencia_obst%C3%A9trica_en_el_papel_Cr

%C3%ADtica_a_la_pol%C3%ADtica_p%C3%BAblica_para_la_atenci%C3%B3n_del
_embarazo_parto_y_puerperio_en_la_Ciudad_de_M%C3%A9xico

23. Valenzuela Banda A, Alonso de la Torre Rodríguez F. Violencia obstétrica. Artículo de revisión. Lux Médica [Internet]. 2019 [citado 18 gener 2024];14(41):43-58. Disponible a: <https://revistas.uaa.mx/index.php/luxmedica/article/view/2012>
24. Jiménez Pacheco M. Impacto psicológico de la Violencia Obstétrica. Una revisión bibliográfica. TFG [Internet]. Cádiz: Universidad de Cádiz. Facultad de Ciencias de la Educación.; 2021 [citado 28 desembre 2023]. Disponible a: <https://rodin.uca.es/bitstream/handle/10498/25116/Jiménez%20Pacheco%2C%20M.%20%281%29.pdf?sequence=4&isAllowed=y>
25. World Health Organization. Intrapartum care for a positive childbirth experience. Transforming care of women and babies for improved health and well-being [Internet]. Switzerland: Department of Reproductive Health and Research; 2018 [citado 18 gener 2024]. Disponible a: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?sequence=1>
26. Correa Guzmán Allison A, Franco Jiménez Eridania N. Factores que influyen en la violencia obstétrica por parte del personal de enfermería durante el proceso de parto. TFG [Internet]. Ecuador: Universidad Estatal de Milagro. Facultad de Salud y Servicios Sociales.; 2022 [citado 18 gener 2024]. Disponible a: <https://repositorio.unemi.edu.ec/bitstream/123456789/6689/1/Correa%20Guzm%C3%A1n%20Allisson%20Adriana.pdf>
27. Granado Santana T, Delgado Rodríguez J. Violencia Obstétrica. Percepción de las matronas y análisis de la terminología empleada. [Internet]. Santa Cruz de Tenerife: Universidad de La Laguna; 2021 [citado 4 gener 2024]. Disponible a: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/27947/Violencia%20Obstetrica.%20%20Percepcion%20de%20las%20matronas%20y%20 analisis%20de%20la%20terminologia%20empleada..pdf?sequence=1&isAllowed=y>
28. Pinto Leal SY, De Azevedo Lima VL, Ferreira Da Silva A, Feitosa Lopes Soares PD, Ribeiro Santana L, Pereira Á. Perception of nurse midwives on Obstetric Violence. Cogitare Enferm [Internet]. 2018 [citado 18 gener 2024];23(1). Disponible a: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/52473>

29. Mena Tudela D, Roman P, González Chordá VM, Rodriguez Arrastia M, Gutiérrez Cascajares L, Ropero Padilla C. Experiences with obstetric violence among healthcare professionals and students in Spain: A constructivist grounded theory study. *Women Birth* [Internet]. 2023 [citat 25 març 2024];36(2):e219-26. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519222002980>
30. Mena-Tudela D, Cervera-Gasch Á, Andreu-Pejó L, Alemany-Anchel MJ, Valero-Chillerón MJ, Peris-Ferrando E, et al. Perception of obstetric violence in a sample of Spanish health sciences students: A cross-sectional study. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2022 [citat 25 març 2024];110:105266. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691722000028>
31. Mena Tudela D, González Chordá VM, Soriano Vidal FJ, Bonanad Carrasco T, Centeno Rico L, Vila-Candel R, et al. Changes in health sciences students' perception of obstetric violence after an educational intervention. *Nurse Educ Today* [Internet]. 2020 [citat 25 març 2024];88:104364. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0260691719311360>
32. Biurrun Garrido A, Brigidi S, Mena Tudela D. Perception of health sciences and feminist medical students about obstetric violence. *Enferm Clínica Engl Ed* [Internet]. 2023 [citat 25 març 2024];33(3):234-43. Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2445147923000206>
33. United Nations: Gender equality and women's empowerment. En: *United Nations Sustainable Development* [Internet]. 2024 [citat 3 gener 2024]. Disponible a: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>
34. The Sustainable Development Goals Report 2023: Special Edition [Internet]. New York: United Nations Department of Economic and Social Affairs; 2023 [citat 25 març 2024]. (The Sustainable Development Goals Report). Disponible a: <https://www.un-ilibrary.org/content/books/9789210024914>
35. Salamanca Castro AB. *El aeiou de la investigación en enfermería*. Madrid: Funden; 2019. 636 p.
36. Penalva Verdú C, Mateo Pérez MÁ. *Tècniques qualitatives d'investigació* [Internet]. València: Uniersitat d'Alacant. Departament de sociologia, psicologia, comunicació i didàctica.; 2006 [citat 17 abril 2024]. Disponible a: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/2466/1/Num77_Tecnicas_qualitatives.pdf

37. Cerdà Manresa M. Percepció de pares i mestres de la Teràpia Assistida amb Animals en infants amb Trastorn de l'Espectre Autista. TFG [Internet]. Girona: Universitat de Girona. Facultat d'infermeria; 2020 [citat 17 abril 2024]. Disponible a: <https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/19050/CerdaManresaMiquela-TFG.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
38. Cercador de centres sanitaris. En: CatSalut Servei Català de la Salut [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2024 [citat 18 abril 2024]. Disponible a: <http://catsalut.gencat.cat/ca/centres-sanitaris/cercador/>
39. Riba Campos CE. Metodes i dissenys d'investigació quantitativa i qualitativa.pdf [Internet]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2019 [citat 18 abril 2024]. Disponible a: <https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/147058/2/MetodesiDissenysdInvestigacioQuantitativaQualitativa.pdf>
40. Análisis de entrevistas que le ayudan a aprovechar cada dato. En: ATLAS.ti [Internet]. Berlín: ATLAS.ti Scientific Software Development GmbH; 2024 [citat 28 abril 2024]. Disponible a: <https://atlasti.com/es/herramientas-de-analisis-de-entrevistas>
41. Ballestín González B. Introducció a l'anàlisi de dades qualitatives [Internet]. Barcelona: Universitat Oberta de Catalunya; 2017 [citat 28 abril 2024]. Disponible a: https://www.google.com/url?client=internal-element-cse&cx=011027461703336788428:irecohk5q6i&q=https://openaccess.uoc.edu/bitstream/10609/141866/4/M%25C3%25A8todes%2520i%2520t%25C3%25A8cniques%2520d%2527investigaci%25C3%25B3%2520socioeducativa_M%25C3%25B2dul%25203_Introducci%25C3%25B3%2520a%2520l%2527an%25C3%25A0lisi%2520de%2520dades%2520qualitatives.pdf&sa=U&ved=2ahUKEwiphPqv0OSFAxX2V0EAHXacBZ8QFnoECAEQAQ&usg=AOvVaw0_21-xQ-qy3hvkZFeZUpU5
42. Comitè d'Ètica i d'Investigació amb Medicaments de Girona. En: Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr Josep Trueta (IDIBGI) [Internet]. Girona: Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (IDIBGI); 2024 [citat 17 abril 2024]. Disponible a: <https://idibgi.org/serveis/ceim/>
43. Guia d'avaluació dels aspectes derivats de la normativa de Protecció de Dades en projectes de recerca [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departament de Salut; 2020 [citat 17 abril 2024]. Disponible a: <https://idibgi.org/wp->

content/uploads/2021/04/Guia-dAvaluació-dels-aspectes-derivats-de-la-normativa-de-Protecció-de-Dades-en-projectes-de-recerca.pdf

44. WMA Declaration of Helsinki. Ethical principles for medical research involving human subjects:2022. En: World Medical Association [Internet]. The World Medical Association; 2024 [citat 18 abril 2024]. Disponible a: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

4. OBJECTIUS

Es proposen els següents objectius en aquest projecte de recerca no finalitzat:

- Conèixer la percepció dels professionals de la salut vinculats amb el procés de part sobre la violència obstètrica.
- Conèixer la percepció i coneixements dels estudiants de grau de la salut sobre la violència obstètrica.
- Conèixer la formació rebuda amb perspectiva de gènere tant dels professionals sanitaris com dels estudiants de grau universitaris de la salut.

4.1. Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS)

Aquests propòsits s'han plantejat tenint en compte l'objectiu número 5 dels Objectius de Desenvolupament Sostenible (ODS), que va aprovar l'ONU el 2015 en l'Agenda 2030. Aquest en concret es basa a aconseguir la igualtat entre els gèneres i apoderar a totes les dones i nenes. (33)

A l'informe elaborat dels ODS, es remarca la igualtat de gènere com un dels fonaments essencials per construir un món pacífic, pròsper i sostenible. Tot i això, considerant que en un 55% dels països no compten amb lleis que prohibeixen la discriminació contra la dona, és important elaborar polítiques, fer inversions en pressupostos i executar reformes normatives mundialment (34).

Relacionant-ho amb aquest treball, la intenció d'aquest projecte seria erradicar totes les formes de discriminació contra totes les dones i nenes en tot el món (punt 5.1), eliminar totes les formes de violència contra totes les dones i les nenes en l'àmbit públic i privat (punt 5.2), i aprovar i enfortir polítiques encertades i lleis aplicables per promoure la igualtat de gènere (33).

5. MATERIALS I MÈTODES

5.1. Disseny de l'estudi

Aquest és un estudi qualitatiu de caràcter fenomenològic observacional. Es tracta d'un projecte de camp descriptiu, és a dir, no pretén avaluar una presumpta relació causa-efecte, sinó simplement descriure un fet. Per realitzar aquest estudi, s'emprarà l'estratègia d'entrevista en profunditat semi-estructurada. Aquesta consisteix a fer entrevistes als participants per tal de recollir la seva visió subjectiva i personal. Comptarà amb unes preguntes obertes prèviament elaborades que l'entrevistador haurà de tenir present en tot moment, però donant llibertat a cada entrevista per variar de contingut i desenvolupar-se segons el seu curs natural. Seran preguntes de caràcter obert per tal d'avaluar els efectes percebuts pels participants. Donat que és una tècnica conversacional, serà necessari gravar l'entrevista per poder transcriure-la i analitzar-la posteriorment (35).

La investigació qualitativa permet descriure els fenòmens des de la interpretació subjectiva, possibilitant així la comprensió i l'explicació d'aquests a partir dels discursos que donen els i les participants sobre l'objecte d'estudi. Per tant, pretén detectar, interpretar i comprendre opinions, analitzant i interpretant el llenguatge. Es relaciona amb la conceptualització dels fenòmens socials (35–37).

Es tracta, doncs, d'un tipus d'investigació inductiva, la qual busca desenvolupar teories o generalitzacions basades en les observacions extretes de les persones participants de l'estudi, és a dir, a partir de la informació recollida (35,37).

Com que es tracta d'un estudi fenomenològic, es buscarà comprendre i descriure el significat del fenomen a estudiar, en aquest cas, la violència obstètrica, a partir de l'experiència viscuda per un grup de persones entrevistades (35).

5.2. Àmbit de l'estudi

L'estudi tindrà lloc a la província de Girona, a centres sanitaris, públics i privats, que es diferenciarien per tal d'estudiar les diferències entre aquests dos tipus d'institucions sanitàries.

Les institucions sanitàries seleccionades per l'estudi són: Clínica Girona, Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Hospital Santa Caterina, Hospital de Figueres, Hospital de Palamós, Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa, Clínica Salus Infirmorum de Banyoles, Hospital de Campdevàrol i l'Hospital Comarcal de Blanes. Aquestes es veuen diferenciades segons si són públiques o privades a la següent taula.

Taula 2: Classificació de les institucions sanitàries incloses a l'estudi segons si són de caire públic o privat. Font: elaboració pròpia.

Centres hospitalaris públics	Centres hospitalaris privats
Hospital Universitari Doctor Josep Trueta	Clínica Girona
Hospital Santa Caterina	Clínica Bofill Girona
Hospital de Figueres	Clínica Onyar Girona
Hospital de Palamós	Clínica Salus Infirmorum
Hospital d'Olot i Comarcal de la Garrotxa	
Hospital de Campdevàrol	
Hospital Comarcal de Blanes	

Totes aquestes institucions sanitàries confeccionen la xarxa hospitalària de la regió sanitària de la província de Girona, que abasten en total 218 municipis dividits en 7 comarques; l'Alt Empordà, el Baix Empordà, el Pla de l'Estany, el Gironès, la Selva, la Garrotxa i el Ripollès (38).

També s'ha inclòs a l'estudi la Universitat de Girona, concretament, la Facultat de Medicina i la Facultat d'Infermeria.

5.3. Població d'estudi

La població d'estudi seran aquells professionals sanitaris (metges/esses, ginecòlegs i obstetres, llevadors/es i infermers/es) que participin activament durant el procés de l'embaràs, prepart, part i postpart als centres escollits. S'inclouran els i les residents, tant de medicina com de llevadora, com a professionals sanitaris i no com a estudiants.

També s'inclouran en aquest estudi els i les estudiants de grau d'infermeria i medicina que estiguin realitzant les pràctiques d'últim curs a les institucions seleccionades per l'estudi.

5.4. Mostreig

El mostreig escollit per aquest estudi serà no probabilístic, ja que la selecció de la mostra és intencionada i el mostreig és de conveniència. D'aquesta manera, se seleccionaran els subjectes més accessibles i que es presentin voluntaris per formar part de l'estudi, sempre que compleixin els criteris de participació (35).

El projecte en qüestió es durà a terme seguint el model de mostreig teòric. Aquest consisteix a fer la selecció dels participants de forma gradual fins a arribar a la saturació

de dades, ja que és un estudi amb disseny de teoria fonamentada. Així doncs, s'anirà recollint diferent informació fins a arribar a tal punt en el qual ja s'hagi capturat la màxima variació possible de continguts (35).

Seria interessant obtenir una mostra de tots els centres seleccionats, tant públics com privats, ja que pel tema d'estudi és important diferenciar la mostra d'aquests dos tipus d'institucions sanitàries. Tot i així, podria ser que no tots els centres seleccionats puguin aportar representació, donat que hi ha un ampli àmbit d'estudi que abasta molts centres.

5.5. Mida de la mostra

Tal com he explicat anteriorment, en aquest estudi no es pot determinar la mida de la mostra, de manera que es faran un mínim de 22 entrevistes a professionals sanitaris i 8 a estudiants de diferents graus sanitaris fins a arribar a la saturació de dades. En cas de no saturar-les, es realitzaran més entrevistes fins a aconseguir-ho.

Per una banda, es té la intenció de portar a terme almenys 2 entrevistes a cada un dels 11 centres escollits per recollir les visions dels professionals sanitaris. D'aquesta forma es podria obtenir representació de totes les institucions seleccionades i distingir-les entre centres públics i privats.

Per altra banda, es faran com a mínim 8 entrevistes als estudiants de grau sanitari, de manera que se'n faran 4 als estudiants de medicina i 4 més als d'infermeria de la Universitat de Girona.

5.6. Criteris de participació

Els criteris de participació es divideixen en els d'inclusió i els d'exclusió, pels quals es determina si poden formar part o no els diferents professionals sanitaris i estudiants de graus sanitaris de la regió hospitalària de Girona.

5.6.1. Criteris d'inclusió

- Ginecòlegs/es i obstetres que actualment exerceixin la seva professió en algun centre sanitari dels anomenats anteriorment.
- Llevadors/es que actualment exerceixin la seva professió a algun centre sanitari dels anomenats anteriorment.
- Infermeres que actualment exerceixin la seva professió a algun centre sanitari dels anomenats anteriorment i que ocupin un lloc de treball relacionat amb l'obstetrícia

- Residents de medicina obstètrica i d'infermeria llevadora que actualment estiguin realitzant la seva estada de pràctiques a algun centre sanitari dels anomenats anteriorment.
- Estudiants de graus sanitaris d'últim curs (infermeria, medicina) que duguin a terme pràctiques a les institucions sanitàries seleccionades.
- Que acceptin voluntàriament participar en l'estudi i, per tant, que signin el consentiment informat.

5.6.2. Criteris d'exclusió

- Participants que expressin el desig d'abandonar l'estudi en qualsevol etapa de la seva elaboració o en finalitzar-la.
- Participants que durant el transcurs de temps per fer l'entrevista hagi finalitzat el seu contracte de treball a la institució seleccionada.

5.7. Instruments de mesura

Aquest estudi utilitzarà com a instrument de mesura una enquesta que recollirà algunes dades sociodemogràfiques de cada participant. Aquestes seran l'edat, el gènere, la professió a què es dedica o grau que estudia, els anys que porta treballats, i el centre on actualment exerceix dita professió, distingint-lo entre públic i privat (vegeu-lo a l'annex 2).

També, com s'ha explicat, es faran entrevistes en profunditat semi-estructurades als subjectes d'estudi per obtenir la perspectiva de cada un d'ells sobre la violència obstètrica i la formació d'aquesta que han rebut al llarg dels seus anys d'estudis o professionals. S'ha elaborat un guió per orientar l'entrevista, el qual ha estat revisat per experts en el tema de la violència obstètrica i que han pogut aportar validesa en aquest àmbit (vegeu-lo a l'annex 3).

5.8. Recollida de dades

En aquest estudi, es farà la recollida de dades seguint el procés de la teoria fonamentada, proposta el 1967 per Barney Glaser i Anselm Strauss. Aquesta consisteix a què l'investigador reculli les dades diverses vegades tot analitzant-les, fins que ja no s'enriqueixi de coneixements sobre el tema estudiat ni permeti desenvolupar més conceptes o teories noves. Aquesta fase de la recerca s'anomena saturació de dades i és quan finalitza la recollida d'aquestes (35,39).

Les entrevistes seran administrades per la investigadora principal i tindran una durada aproximada de 40 minuts. Tindran un total de 16 preguntes, seguides per un guió, però poden ser variants segons el curs natural de l'entrevista, és a dir, tindran un caràcter obert perquè cada participant pugui personalitzar la seva resposta.

Aquestes entrevistes seran gravades amb una gravadora de veu per tal de transcriure correctament la informació obtinguda d'aquestes i poder formular teories, sempre amb consentiment informat signat (vegeu-lo a l'annex 1). Les gravacions obtingudes romandran guardades a un ordinador amb l'accés encriptat i no es penjaran, en cap cas, a un núvol de dades. Posteriorment a la transcripció de les entrevistes, aquestes gravacions s'esborraran definitivament, i es diferenciaran els subjectes de cada transcripció mitjançant codis d'identificació (vegeu-los a la taula 3).

Taula 3: Codis d'identificació per la transcripció de les entrevistes. Font: elaboració pròpia.

Ginecòlegs/es	Gin01
Llevadors/es	Llev01
Infermers/es	Inf01
Residents de medicina	ResMed01
Residents d'infermeria	ResInf01
Estudiants de medicina	EstMed01
Estudiants d'infermeria	EstInf01

Aquests serviran per classificar els participants segons la seva professió i per diferenciar-los entre l'àmbit públic i privat de la sanitat, a més de permetre exposar les conclusions de l'estudi sense revelar les dades personals de cada participant. D'aquesta manera, cal remarcar que en cap moment del procés de recollida de dades s'utilitzarà la informació rebuda dels participants per identificar-los i que totes les dades obtingudes seran anònimes i confidencials.

És important que al moment de realitzar les entrevistes s'estableixi un ambient relaxat i tranquil, ja que és un tret clau per recollir informació de qualitat. També resulta crucial que l'entrevistador sàpiga adaptar-se a cada individu, escoltant-lo sense jutjar i amb un llenguatge apropiat al seu nivell de cultura i/o desenvolupament (35).

5.9. Descripció del procediment

El procediment a seguir en aquest projecte és el següent:

1. Prèviament a presentar el projecte al Comitè d'Ètica, parlarem amb els responsables i caps d'unitat dels centres seleccionats i amb els responsables de les Facultats d'Infermeria i Medicina per exposar l'estudi, tot resolent possibles dubtes, per conèixer el seu nivell d'interès que tenen en relació amb aquest.
2. Presentar la sol·licitud del projecte al Comitè d'Ètica d'Investigació amb Medicaments de l'Institut d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta (CEIm IDIBGI) per la seva aprovació (vegeu-lo a l'annex 5).
3. Un cop tinguem l'acceptació del Comitè d'Ètica, presentarem el projecte a totes les entitats hospitalàries escollides per realitzar-lo. Es parlarà amb els responsables dels centres i els caps de les unitats a les quals es busca fer l'estudi, per acordar les dates en les quals es reclutaran els participants i el lloc on realitzar les entrevistes. Interessa que sigui un lloc còmode i tranquil a la mateixa institució on treballa o realitza les pràctiques el subjecte d'estudi per tal que aquest no s'hagi de desplaçar.
4. S'escolliran els participants de les dites institucions sanitàries i es lliurarà el full informatiu juntament amb el consentiment informat a totes aquelles persones que vulguin participar en l'estudi i compleixin els criteris de participació.
5. Un cop es tinguin tots els participants seleccionats amb la documentació signada i en ordre, es començaran a realitzar les entrevistes en profunditat semi-estructurades ja descrites a tots els participants dins les dates acordades amb la institució. En aquest mateix moment, els subjectes hauran d'emplenar un qüestionari amb les seves dades personals i professionals, el qual servirà per determinar quin lloc de treball ocupen i amb quina antiguitat, entre d'altres. Tot i que aquestes dades possiblement serviran per extreure conclusions, seran totalment confidencials i es categoritzaran i codificaran per tal que siguin anònimes i confidencials. Es faran 22 entrevistes als professionals sanitaris, el que significa 2 entrevistes per centre, i 8 en total a estudiants, dividides entre els d'infermeria i els de medicina. Aquest és un nombre orientatiu d'entrevistes, ja que se'n faran fins a arribar a la saturació de dades. Totes les entrevistes seran gravades per mitjà d'àudio amb el consentiment informat previ, per tal de transcriure-les correctament, analitzar les dades obtingudes i extreure'n conclusions.

6. Un cop recollides totes les dades i s'hagi arribat a la saturació d'aquestes, es començarà amb el procés d'anàlisi de dades.
7. Finalment, tan bon punt estiguin analitzades, s'extrauran les conclusions i es redactarà l'informe final de l'estudi. Aquest podrà ser traduït a diferents idiomes, principalment a l'anglès i a l'espanyol, per tal de presentar-lo a congressos i jornades científiques i la seva posterior publicació com a article científic.
8. Es dissenyarà un informe final per a cada institució sanitària que hagi format part del projecte adjuntant les dades recollides i analitzades pertinents a cada un dels centres.

5.10. Anàlisi i triangulació de les dades

Per tal d'analitzar correctament les dades, s'hauran de transcriure les gravacions incloent també els signes i expressions no verbals i contextuals, a part de la informació verbal que proporcionin. Això inclou paraules, sons i elements paralingüístics, a més de pauses, silencis, riures i plors, per poder analitzar les dades de manera íntegra (35).

En el procés d'analitzar les dades qualitatives aconseguides de les entrevistes s'utilitzarà el programa informàtic ATLAS.Ti. Aquest permet analitzar dades qualitatives, en aquest cas, d'entrevistes, organitzant, analitzant i codificant fàcilment totes les dades en plataformes d'investigació, independentment de si provenen de transcripcions, materials d'àudio o gravacions de vídeo. També permet convertir els resultats de les anàlisis en gràfics, xarxes i diagrames per tal de plasmar-los visualment i extreure'n conclusions de manera més senzilla i clara (40).

Se sotmetrà el projecte a un procés de categorització de dades per tal d'etiquetar, classificar i relacionar les dades, per tal de simplificar les transcripcions de les entrevistes. Posteriorment, es codificaran les dades per assignar un codi d'identificació per poder marcar i localitzar els registres corresponents a aquesta categoria (41). A més, s'aplicarà rigor, amplitud i profunditat a la investigació mitjançant la triangulació de dades. Aquesta implica la validació de les dades a través de múltiples perspectives i l'ús de diferents fonts per aconseguir diferents punts de vista per autenticar les conclusions i que aquestes siguin més fiables (35).

5.11. Consideracions ètiques

Aquest estudi es realitzarà amb el respecte de l'anonimat de les persones participants i sota consentiment informat (vegeu-lo a l'annex 1) que cada participant haurà de signar abans de començar la recollida de dades, per tal de formar part d'aquest projecte. Es proporcionarà conjuntament el CI en un full informatiu que explicarà els objectius de l'estudi i que podrà resoldre possibles preguntes freqüents.

El projecte es presentarà al Comitè d'Ètica d'Investigació amb Medicaments (CEIm) de l'IDIBGI, el qual avalua els projectes de recerca d'investigadors de la Universitat de Girona, i vetlla per la protecció dels drets, la seguretat i el benestar dels i les participants en assajos clínics i altres projectes de recerca. D'aquesta manera, asseguren el compliment de la normativa vigent amb relació a la protecció de dades, garantint així la confidencialitat de les dades dels participants i el secret professional (42). Al portar a cap un projecte de recerca, s'ha de tenir en compte el tractament de dades, regulades per l'article 9 del Reglament (UE) 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, relatiu a la protecció de les persones físiques. Altrament, cal cenyir-se a la regulació establerta per la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de Protecció de Dades Personals i garantia dels drets digitals, en la qual s'implanten els criteris pel tractament de dades per recerca (43).

Aquest treball de camp es registrarà també en la Declaració de Helsinki, promulgada per l'Associació Mèdica Mundial (AMM). En aquesta es plasmen els principis ètics per la investigació mèdica en éssers humans, incloent-hi la investigació del material humà i dades (44).

5.12. Limitacions

Les principals limitacions d'aquest projecte es podrien englobar en la manca de consens sobre la violència obstètrica, el desconeixement general cap aquest tema i la no acceptació del concepte al qual fa referència.

Hi ha un gran nombre de tècniques, procediments i comportaments que es consideren VO, però que estan molt acceptats dins el camp de la medicina i que formen part de la rutina professional. Aquest fet podria provocar un biaix d'informació, ja que, al respondre les preguntes de les entrevistes, els subjectes no percebin algunes pràctiques com a violència obstètrica, encara que científicament sí que poden ser considerades com a tal.

Una altra limitació d'aquest projecte és que, els resultats que s'obtidran no es podran generalitzar a poblacions o regions sanitàries amb característiques molt desiguals de la població d'estudi, que és la província de Girona.

A l'hora de confeccionar el marc teòric, una limitació ha estat la poca bibliografia existent sobre la VO a Espanya o a països europeus, ja que sobretot hi havia molt de volum d'articles sobre la VO a l'Amèrica del Sud. Fa relativament pocs anys que ha començat a tenir nom i ressò a Espanya, fet que dificulta la recerca o les troballes d'estudis científics.

5.13. Aplicacions a la pràctica clínica

Aquest projecte pretén conèixer la visió i la perspectiva que té el col·lectiu sanitari sobre la violència obstètrica, ja que la bibliografia existent apunta que aquesta comporta un greu problema de salut pública que, per resoldre's, hauria de produir-se l'acceptació i abolició de les pràctiques clíniques que confeccionen aquest tipus de violència cap a la dona embarassada.

Conèixer l'opinió dels i de les professionals de la salut podria ajudar a la identificació de les mancances del sistema de salut que permeten l'existència de la VO, de manera que es podrien establir nous protocols sanitaris que fessin front i impedisin totes aquestes pràctiques que es consideren VO i que continuen tenint lloc als centres sanitaris.

Així doncs, amb aquesta investigació enfocada a la regió sanitària de Girona, els hospitals i centres de salut que formessin part de l'estudi podrien obtenir un informe que plasmés la visió dels seus treballadors i treballadores sanitàries sobre la violència obstètrica. Això permetria idear i desenvolupar mesures per millorar les dades del seu centre en VO, si calgués. Enfocant-ho als estudiants de grau d'Infermeria i Medicina, la Universitat de Girona també podria rebre una retracció sobre el nivell de coneixements que té l'estudiantat d'aquesta universitat sobre la violència obstètrica. D'aquesta manera, es podrien establir formacions i cursos amb perspectiva de gènere, tant en l'àmbit laboral com estudiantil, que tractessin i sensibilitzessin els subjectes en violència obstètrica.

En general, doncs, aquest projecte serviria per avançar cap a l'acceptació i erradicació de la violència obstètrica, tot analitzant i sensibilitzant els professionals sanitaris i estudiants de graus sanitaris. Aquest fet comportaria una millor atenció sanitària a la dona, no només a la sala de part, sinó en tot el procés assistencial durant l'embaràs i el postpart.

6. CRONOGRAMA

Taula 4: Cronograma de la planificació de l'estudi. Font: elaboració pròpia

ACTIVITATS	2024							2025				
	Juny	Juliol	Agost	Setembre	Octubre	Novembre	Desembre	Gener	Febrer	Març	Abril	Maig
Presentació projecte als caps d'unitats i representants hospitalaris	■											
Presentació CEIm IDIBGI	■	■										
Presentació entitats		■	■									
Captació de participants			■	■								
Recollida de dades + CI				■	■							
Realització entrevistes					■	■						
Transcripció entrevistes							■	■	■			
Anàlisi de dades							■	■	■			
Redacció resultats, discussió i conclusions									■			
Redacció de l'article										■		
Redacció d'informe per les institucions sanitàries											■	
Publicació de l'article + participació a congressos												■

7. PRESSUPOST

Taula 5: Pressupost estimat per l'elaboració de l'estudi. Font: elaboració pròpia.

Despeses materials			
	Unitats	Preu / Unitat	Total
Bolígrafs	1 paquet de 10 unitats	2,50 € / unitat	2,50 €
Papereria	1 paquet de 200 fulles de paper	7,95 € / paquet	7,95 €
	120 còpies d'impressió de fotocòpies (entrevista + qüestionari + fulls informatiu i CI)	0,10 €/ fotocòpia	12€
Gravadora	1	38,99 € / unitat	38,99 €
Programa informàtic	1	Gratuït amb UdG	0 €

Recursos humans			
	Hores	Preu / Hora	Total
Becari	1.600€ (contracte d'1 any)	12 €/ h	19.200€

Altres despeses			
	Anotació	Preu	Total
Desplaçaments	1.200 km	0,20 € / km	240 €
Informe final hospitalari + UdG	14 informes	20 € / informe	280 €
Assistència a jornades i congressos	-	-	500 €
Traducció article	-	-	800 €
Publicació article	-	-	2.000 €

Total pressupost	
Despeses	Preu total
Recursos materials	106,49 €
Recursos humans	19.200€
Altres despeses	3.820 €
TOTAL	23.126,49 €

8. ANNEXOS

Annex 1: Full informatiu i consentiment informat.

FULL INFORMATIU I CONSENTIMENT INFORMAT

El present estudi investiga la percepció dels professionals de la salut sobre la violència obstètrica. Se centrarà en professionals sanitaris de medicina i infermeria que exerceixin la seva professió a l'àrea de l'obstetrícia i ginecologia, atenent parts o no, que puguin aportar les seves experiències i opinió personals. També s'inclourà a l'estudi els estudiants de medicina i infermeria que realitzin pràctiques curriculars a aquests àmbits hospitalaris i també puguin col·laborar els seus coneixements adquirits sobre el tema.

Aquest projecte ha estat validat pel Comitè d'Ètica d'Investigació amb Medicaments de l'IDIBGI, s'ha realitzat respectant la declaració de Helsinki i les lleis vigents que protegeixen les dades i confidencialitat de les persones que participen en estudis de recerca. És important remarcar que les dades es tractaran amb absoluta confidencialitat i seran totalment anònimes.

La participació en aquest estudi és plenament voluntària, podent canviar d'opinió lliurement en qualsevol moment i deixant de participar-hi sense justificació necessària. Per tal de participar, és imprescindible que signi el consentiment informat que és present en aquest mateix document. Al participar, haurà d'omplir un formulari personal i se li farà una entrevista en la qual se li preguntaran qüestions referents a la violència obstètrica, que podrà desenvolupar més o menys segons desitgi. Aquesta entrevista serà gravada amb una gravadora d'àudio sota previ consentiment escrit i verbal, inclòs també en aquest document.

Aquest estudi no remunerarà de manera econòmica o material a cap dels participants, essent així una participació voluntària i lliure. Tot i això, l'animem a participar per tal de conèixer la concepció que tenen totes aquelles persones que tracten directament amb la violència obstètrica en el seu dia a dia laboral.

Es pot posar en contacte amb l'equip que coordina aquest estudi per correu electrònic (xxx@gmail.com) o via telefònica (+34 xxx xxx xxx) per qualsevol dubte o qüestió de diferent condició, restem a la seva disposició.

Moltes gràcies per avançat.

Consentiment informat:

Jo, Sr/Sra,..... amb DNI

manifesto que he estat informat/da que:

- El projecte i els seus objectius d'estudi, i he pogut resoldre tots els dubtes que m'han sorgit sobre la investigació.
- El procés d'obtenció de dades a analitzar i que la necessitat de gravació per mitjà d'àudio les entrevistes a realitzar.
- El tractament de les dades recollides, les quals seran totalment confidencials i anònimes.
- La participació en l'estudi completament voluntària.
- Atorgo el meu consentiment per participar voluntàriament en aquest estudi.
- Tinc dret al cessament lliure i sense justificació requerida en qualsevol moment de la investigació.

Signatura:

Lloc i data: _____, _____ de _____ de 20__.

Annex 2: Enquesta sociodemogràfica pels participants.**FORMULARI PERSONAL**

Per tal de poder classificar les dades que s'obtidran de l'entrevista que realitzarà a continuació, és necessari que empleni aquest formulari, marcant amb una creu els espais en blanc de cada categoria a la qual formi part.

Les dades que proporcionarà emplenant aquest formulari seran totalment anònimes i confidencials.

Edat	De 21 a 30 anys	
	De 31 a 40 anys	
	De 41 a 50 anys	
	De 51 a 60 anys	
	De 61 a 70 anys	
Gènere	Home	
	Dona	
	Altres	
Professió actualment exercida	Ginecòleg/a	
	Llevador/a	
	Infermer/a	
	Resident de medicina	
	Resident d'infermeria	
	Estudiant de medicina	
	Estudiant d'infermeria	
Anys treballats al lloc de treball actual	De 0 a 5 anys	
	De 6 a 10 anys	
	De 11 a 20 anys	
	De 21 anys a 30 anys	
	De 31 a 40 anys	
	Estudiant	
Tipus d'institució sanitària a la que treballa	Públic	
	Privat	

Annex 3: Guió de l'entrevista dirigit a professionals sanitaris.

ENTREVISTA A PROFESSIONALS SANITARIS

- Sabria explicar què és la violència obstètrica? Com la definiries?
- Considera que en els últims anys està canviant l'atenció obstètrica? Personalment, què creu que hauria de canviar, si és que ho ha de fer?
- Considera que se segueixen les recomanacions de l'OMS envers les pràctiques del dia a dia durant el procés de part?
- Creu que, com a professional sanitari, has observat o presenciat procediments, tècniques, comportaments i/o actituds que es podrien considerar violència obstètrica?
- Considera que hi ha pràctiques que es realitzen de forma rutinària i no justificada durant el procés de part de la dona, en un part normal sense que presenti cap risc? En cas afirmatiu, podria anomenar-les?
- Considera que els parts estan molt intervinguts? Quines conseqüències creu que podria tenir aquest fet en l'atenció a la dona i al nadó?
- Considera que es respecten els desitjos del pla de part de la dona? Tant en el cas que els tingués planejats com si no. Què opines dels plans de part?
- Considera que hi ha una falta d'acompanyament i humanitat a la dona durant el seu procés d'embaràs en general? I en alguna etapa d'aquest en concret?
- Considera que es respecta el ritme de part i la intimitat de la dona?
- Considera que sempre que és possible i que les circumstàncies del part permetin fer el pell amb pell entre la mare i el nounat, es fa?
- Considera que els professionals sanitaris sempre informen la dona sobre els procediments i tècniques que pretenguin realitzar? En cas que no sigui així, podria justificar la seva absència o explicar per què no creu que és oportú fer-ho?

- Considera que sempre, sota qualsevol circumstància i situació, els professionals sanitaris demanen el consentiment informat al realitzar algun procediment o tècnica relacionada amb el procés de part que podria resultar invasiu per la dona? En cas que no sigui així, podria justificar la seva absència o explicar per què no creu que és oportú fer-ho?
- Considera que existeixen diferències entre la sanitat pública i la privada en temes obstètrics i l'atenció a la dona en el procés de part? En cas de resposta afirmativa, podria dir quines són?
- Com a professionals sanitaris, des de la institució que treballes actualment, us proporcionen formacions i cursos que tracten temes de salut generals? En cas de resposta afirmativa, es realitzen amb perspectiva de gènere?
- Considera important rebre formacions sobre el procés d'atenció al part? Creu que aquestes haurien de parlar del concepte de violència obstètrica?
- Personalment, li agradaria poder formar-se més en aquest àmbit?

Annex 4: Guió de l'entrevista dirigit a estudiants d'infermeria i medicina.

ENTREVISTA A ESTUDIANTS DE GRAUS SANITARIS

- Sabria explicar què és la violència obstètrica? Com la definiries?
- Considera que en els últims anys està canviant l'atenció obstètrica? Personalment, què creu que hauria de canviar, si és que ho ha de fer?
- Considera que se segueixen les recomanacions de l'OMS envers les pràctiques del dia a dia durant el procés de part?
- Creu que, com a estudiant d'infermeria/medicina, has observat o presenciat procediments, tècniques, comportaments i/o actituds que es podrien considerar violència obstètrica?
- Considera que hi ha pràctiques que es realitzen de forma rutinària i no justificada durant el procés de part de la dona, en un part normal sense que presenti cap risc? En cas afirmatiu, podria anomenar-les?
- Considera que els parts estan molt intervinguts? Quines conseqüències creu que podria tenir aquest fet en l'atenció a la dona i al nadó?
- Considera que es respecten els desitjos del pla de part de la dona? Tant en el cas que els tingués planejats com si no. Què opines dels plans de part?
- Considera que hi ha una falta d'acompanyament i humanitat a la dona durant el seu procés d'embaràs en general? I en alguna etapa d'aquest en concret?
- Considera que es respecta el ritme de part i la intimitat de la dona?
- Considera que sempre que és possible i que les circumstàncies del part permetin fer el pell amb pell entre la mare i el recent nascut, es fa?
- Considera que els professionals sanitaris sempre informen la dona sobre els procediments i tècniques que pretenguin realitzar? En cas que no sigui així, podria justificar la seva absència o explicar per què no creu que és oportú fer-ho?

- Considera que sempre, sota qualsevol circumstància i situació, els professionals sanitaris demanen el consentiment informat al realitzar algun procediment o tècnica relacionada amb el procés de part que podria resultar invasiu per la dona? En cas que no sigui així, podria justificar la seva absència o explicar per què no creu que és oportú fer-ho?
- Considera que existeixen diferències entre la sanitat pública i la privada en temes obstètrics i l'atenció a la dona en el procés de part? En cas de resposta afirmativa, podria dir quines són?
- Com a estudiant d'un grau sanitari de la Universitat de Girona, considera que les classes rebudes es realitzen amb perspectiva de gènere?
- Considera important rebre formacions, cursos i/o optatives sobre el procés d'atenció al part? Creu que aquests haurien de parlar del concepte de violència obstètrica?
- Personalment, li agradaria poder formar-se més en aquest àmbit?

Annex 5: Sol·licitud del projecte al Comitè d'Ètica i d'Investigació amb Medicaments d'Investigació Biomèdica de Girona Dr. Josep Trueta.

SOL·LICITUD CEIm IDIBGI

Benvolguts/des,

En aquest document s'exposa la intenció d'iniciar un projecte d'investigació corresponent a l'estudi "**Percepció de la violència obstètrica dels professionals i estudiants d'infermeria i medicina**".

Sol·licito la vostra revisió per l'aprovació d'aquest projecte tot adjuntant la documentació corresponent.

Atentament,

Sr/Sra _____

Girona, _____ de _____ de 20____.