

LA SALUT REPRODUCTIVA DE LA DONA IMMIGRANT: UNA ANÀLISI DES DE LA INFLUÈNCIA CULTURAL

Treball de fi de grau

AUTORA: ANNA PUIG FERNÁNDEZ

TUTOR: BERNAT-CARLES SERDÀ

CURS 2012-2013

ÍNDEX:

Resums	pàg. 1-3
Marc teòric: antecedents del tema i justificació	pàg. 4-11
Objectius i hipòtesi	pàg. 12
Material i mètodes	pàg. 13-16
Resultats qualitatis i discussió	pàg. 17-34
Resultats quantitatis i discussió. Resultats generals	pàg. 35-43
Limitacions d'estudi, futures investigacions i conclusions	pàg. 44-46
Bibliografia	pàg. 47-50
Annexes	pàg. 51-57

RESUM:

“La salut reproductiva de la dona immigrant: una anàlisi des de la influència cultural”

El progressiu increment del flux migratori en els darrers anys a Catalunya genera un major percentatge de dones en estat fèrtil que requereixen d'una atenció vinculada a la seva salut reproductiva. D'aquesta manera, els professionals sanitaris es veuen sotmesos a treballar sota una diversitat cultural que moltes vegades genera un “xoc intercultural” dificultant la relació assistencial entre professional i usuari. Per aquest motiu, el següent estudi pretén donar una aproximació de la influència cultural de la dona immigrant (marroquina i subsahariana) en quatre àmbits: embaràs, part, post-part i maternitat.

Hipòtesis: S'identifiquen necessitats bàsiques assistencials no resoltes satisfactòriament en el grup de dones immigrants (marroquines i subsaharianes) en el període del part, puerperi immediat i intermedi, a més d'un impacte intercultural associat.

Objectiu principal: Conèixer les vivències, percepcions i conductes de les dones marroquines i subsaharianes en l'embaràs, el part, el post-part, la maternitat dins el seu marc cultural i com influeixen en l'atenció sanitària del nostre país.

Material i mètodes: S'ha realitzat un estudi de disseny mixt. Per una banda s'ha disposat d'una metodologia qualitativa descriptiva que utilitza la teoria fonamentada “*Grounded Theory*” com a instrument metodològic, i per l'altra, s'ha optat per una metodologia quantitativa per analitzar les dades clíniques i epidemiològiques de gestants immigrants que havien donat a llum al Servei d'Obstetrícia-Sala de Parts de l'Hospital Sta. Caterina (Girona), durant el període comprès entre el mes de novembre de 2012 i gener de 2013.

La recollida de dades s'ha realitzat sota una entrevista semiestructurada i una observació participant com a instruments qualitius, i el suport del “carnet de l'embaràs” i la “història obstètrica” de cada dona per elaborar l'estudi quantitatiu. Pel que fa a l'anàlisi de les dades en l'estudi qualitatiu s'ha seguit el procés analític plantejat per la Teoria fonamentada i en el cas de l'estudi quantitatiu, s'ha comptat

amb el suport d'una tesi doctoral per comparar els resultats amb els de les dones autòctones, dels quals fa referència la tesi.

Resultats: En l'estudi qualitatiu, s'han trobat especificitats culturals en relació a la percepció del part, desenvolupament del part (a nivell conductual), implicació en el post-part, valoració de l'atenció sanitària rebuda i el concepte de maternitat. Pel que fa a l'estudi quantitatiu comparatiu, s'han indentificat diferències entre el col·lectiu de la mostra estudiada i les dones autòctones referent als antecedents obstètrics i paritat, al control gestacional i al desenvolupament del part (a nivell fisiològic).

ABSTRACT:

“The reproductive health of the immigrant woman: an analysis since the cultural influence”

The progressive increase of the migratory flow in the last years in Catalonia generates a greater percentage of women in fertile state that require of an attention related to their reproductive health. In this way, the sanitary professionals see subjected to work under a cultural diversity that many times generates an “intercultural crash” hampering the relation assistance between professional and user. For this reason, the following study pretends to give an approach of the cultural influence of the immigrant woman (Moroccan and Sub-Saharan) in four fields: the pregnancy, the childbirth, the postpartum period and the motherhood.

Hypothesis: Basic healthcare needs aren't resolved satisfactorily in the group of immigrant women (Moroccan and Sub-Saharan) in the period of pregnancy, the childbirth, immediate and intermediate postpartum, in addition to an intercultural impact associated.

Principal objective: to know the experiences, perceptions and behaviours of de Moroccan and Sub-Saharan women in the pregnancy, the childbirth, the postpartum, the motherhood in his cultural frame and how they influence in the sanitary attentions of our country.

Methodology: It has realised a composite survey. On the one hand it has had of a descriptive qualitative methodology that uses “Grounded Theory” as a

methodological instrument, and for the other, has opted for a quantitative methodology to analyse the clinical and epidemiological data of immigrant pregnant women that had given to light to the service of obstetrics and delivery room of the Sta. Caterina's Hospital (Girona), during the period comprised between the month of November of 2012 and January of 2013.

The collection of data has realised under a semi-structured interview and an observation taking part as a qualitative instruments, and the support of the "pregnant card" and the "obstetric history" of each woman to elaborate the quantitative study. Regarding the analysis of the data in the qualitative study has followed the analytical process posed by the "*Grounded Theory*" and in the case of the quantitative study, has counted with the support of a doctoral thesis to compare the results with the one of the autochthonous women, of which does reference the thesis.

Results: In the qualitative study, have found cultural specificities in relation to the perception of the childbirth, development of the childbirth (at the behavioral level) implication in the postpartum period, estimation of the sanitary attention received and the concept of motherhood. Regarding the comparative quantitative study, identified differences between the group of women of the sample studied and indigenous women relating to obstetric history and parity, gestational control and to the development of delivery (at the physiological level).

1. MARC TEÒRIC:

1.1 Antecedents i estat actual del tema

El fenomen de la immigració:

La immigració és avui en dia, un fenomen important per a la major part dels països del món occidental, ja sigui des d'un punt de vista econòmic, com social i cultural. En l'actualitat és reconeguda com un dret fonamental de les persones. Així, la Declaració Universal dels Drets Humans exposa en el seu article número 13 que: “(...) *tota persona té dret a circular lliurement i a escollir la seva residència dins el territori d'un Estat*” i (...) *a sortir de qualsevol país, inclòs del propi, i de retornar al mateix*”. Però aquest fenomen, en ocasions s'allunya de la realitat.

Les raons econòmiques constitueixen una de les causes més comunes de migració. D'aquesta manera, les persones cerquen un nou indret més propici pel seu desenvolupament, en el que puguin adquirir un millor nivell de vida. Aquest tipus de migració sol donar-se des de països en vies de desenvolupament fins a llocs més pròspers o amb majors possibilitats teòriques de desenvolupament econòmic.⁽¹⁾

Encara que el procés migratori es pugui analitzar des de diferents dimensions, si ens centrem en els moviments de població produïts entre grans territoris, en els dos últims segles, el flux d'immigrants es produïa majoritàriament des dels països europeus fins a Estats Units, Canadà, Brasil, Argentina i Austràlia. En canvi, en l'actualitat l'origen de la migració es troba en els països d'Amèrica Llatina, Àsia i Àfrica, i els països receptors són els països nord-americans i les nacions de l'Europa Occidental.⁽²⁾ Segons dades de les Nacions Unides l'any 2006, en aquesta darrera regió residien 60 milions d'estrangers, la meitat eren dones. El progressiu increment del nombre de dones que realitzen projectes migratoris es produeix per motius de reagrupació familiar i també en busca de millors condicions de vida.⁽³⁾

Legislació en l'atenció sanitària dels immigrants a Espanya:

Amb la nova imposició de la Llei Orgànica 12/2012, sobre mesures urgents per a garantir la sostenibilitat del Sistema Nacional de Salut i millorar la qualitat i seguretat de les seves prestacions, no es reforma de les lleis prèvies, l'articulat

dret a l'assistència sanitària en cas d'embaràs, part i post-part a les dones estrangeres no registrades ni autoritzades com a residents a Espanya.⁽⁴⁾

La creixent immigració a Catalunya i el descens en la natalitat:

L'Enquesta Nacional d'Immigrants realitzada per l'INE (Institut Nacional d'Estadística) a l'any 2007, defineix el concepte "*immigrant*" com a aquella persona que ha nascut a l'estranger, és major de 15 anys i viu a Espanya (o té intenció de fer-ho), des de fa un any o més temps (excloent el cas d'espanyols de naixement nascuts fora d'Espanya que a la seva arribada tenien menys de 2 anys).⁽⁵⁾

Pel que fa als naixements registrats a Catalunya l'any 2011 segons l'Institut d'Estadística (Idescat), és de 80.861 (un 3,8% menys que l'any 2010). Aquest descens es dona per tercer any consecutiu, com a conseqüència de la disminució de la població femenina en edats reproductives que s'ha vist agreujada pels canvis registrats en els fluxos migratoris externs, comportant també un descens en el nombre de dones estrangeres en les quals es registra una disminució de naixements major (7,3%) respecte les dones espanyoles (2,3%).⁽⁶⁾

S'ha de considerar que les dones estrangeres tenen un major nombre de fills per dona (1,72 fills per dona), mentre que en les espanyoles es registren amb valors inferiors (1,30 fills per dona); tot i que la taxa de fecunditat en dones estrangeres s'ha vist disminuïda respecte l'any anterior (1,87 fills per dona).⁽⁶⁾

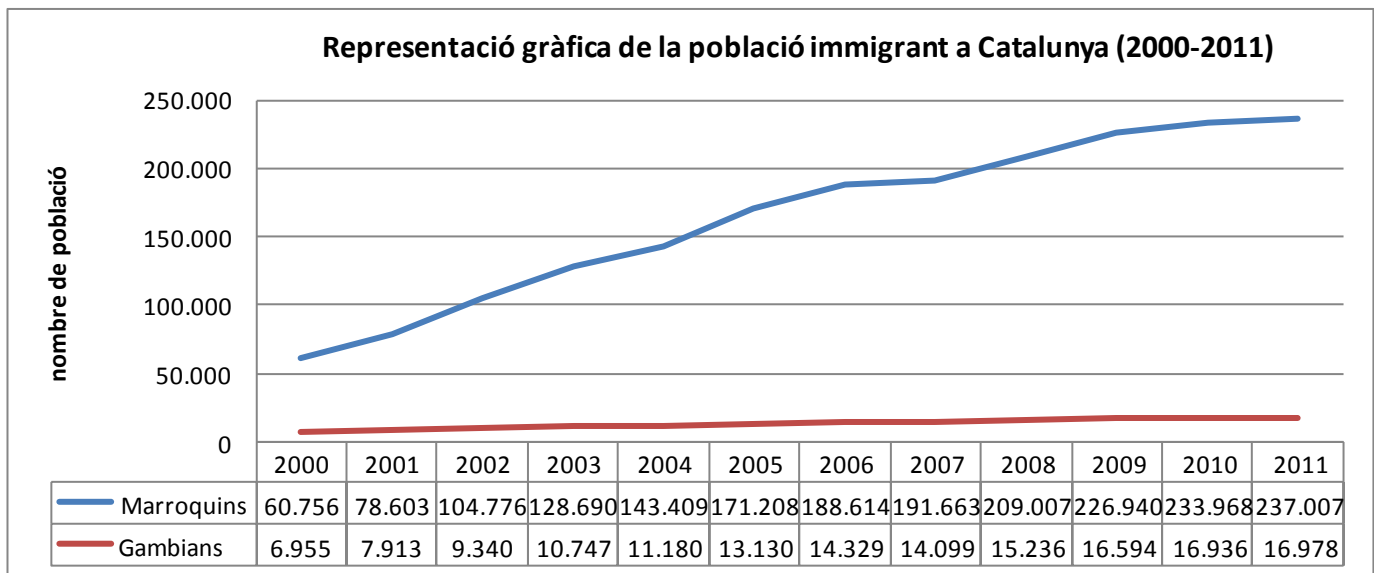
Entre les dones estrangeres a Catalunya l'any 2011, les marroquines eren les qui es registraven amb un major percentatge de naixements (33,7%), seguit de les dones romaneses (6,5%), les xineses (5,4%), equatorianes (4,9%), bolivianes (4,2%) i pakistaneses (3,8%).⁽⁶⁾

La freqüència de naixements respecte al conjunt de la població queda sintetitzada per la taxa bruta de natalitat. El Penedès, amb 11,5 naixements per mil habitants, i les Comarques Gironines amb 11,6‰, són els àmbits amb les majors taxes brutes de natalitat. En l'altre extrem, el valor mínim es registra a l'Alt Pirineu i Aran amb 8,7‰.⁽⁶⁾

A partir de les dades recollides fins a mes de juliol de 2012 pel document "*Perfils sociodemogràfics del col·lectius més nombrosos a Catalunya*" del Departament de

Benestar Social i Família de la Generalitat de Catalunya, Marroc consta com la primera nacionalitat amb residents empadronats a Catalunya amb 244.305 habitants (20,3%: 139.573 homes i 104.732 dones); així com ocupant la posició número 21 consta Gàmbia amb 17.367 habitants (1,4%: 13.143 homes i 4.224 dones).⁽⁷⁾

	Població	% respecte població total
Total població	7.596.083	100%
Nacionalitat espanyola	6.389.639	84'1%
Nacionalitat estrangera	1.206.444	15,9%

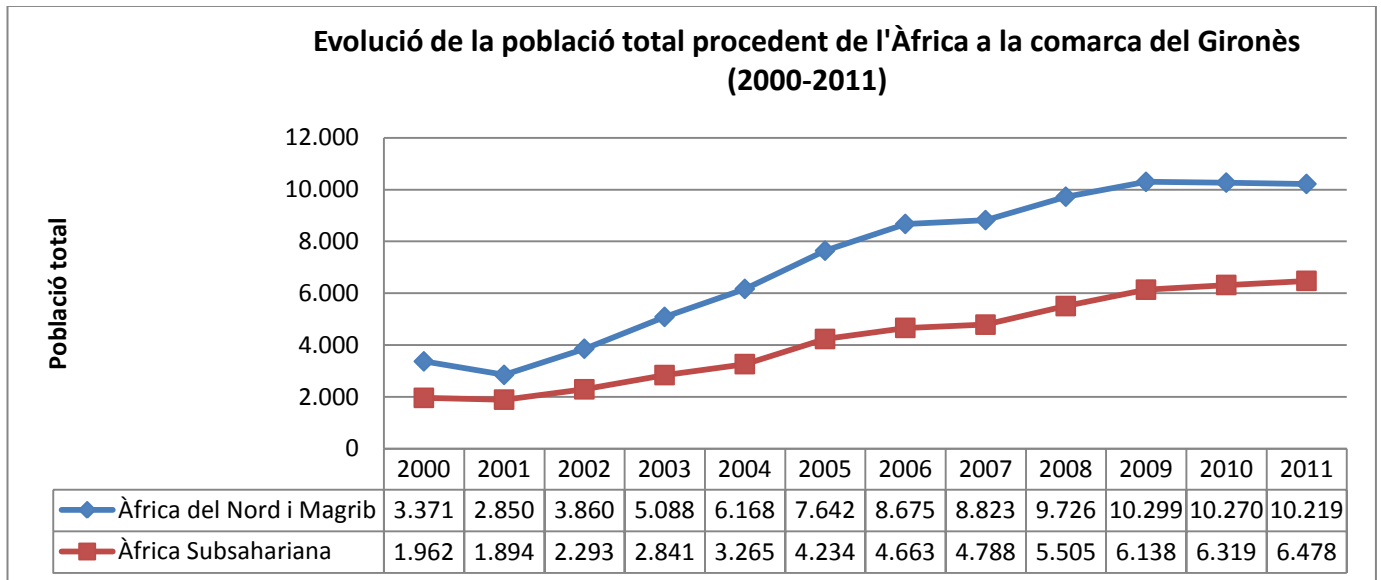


Gràfica 1. Dades estretes de l'Insitut Català d'Estadística (Idescat)

Segons l'Idescat, 19 comarques superen la mitjana catalana (10,9 naixements per mil habitants). El valor màxim queda registrat al Gironès (13,4‰). En relació a la nacionalitat de la mare, 6 àmbits territorials superen la mitjana de Catalunya (28,0% de naixements de mares estrangeres). Les Comarques Gironines registren el valor màxim (36,4%); i en relació als municipis de més de 20.000 habitants, Salt és el que registra el valor relatiu més elevat: el 68,9% dels naixements són de mares estrangeres.⁽⁶⁾

Pel que fa a la comarca del Gironès, segons les dades extretes fins a data d'1 de juliol de 2012, respecte la població total catalana consta amb una població de

185.350 habitants dels quals 146.389 són de nacionalitat espanyola i 38.961 són estrangers empadronats (21%), on en primer esglaió tenim Marroc amb 9.839 habitants (25,3%: 5.497 homes i 4.342 dones) i en quarta posició trobem Gàmbia amb 3.284 habitants (8,4%: 2.253 homes i 1.031 dones).⁽⁷⁾



Gràfica 2. Dades estretes de l'Institut Català d'Estadística (Idescat)

La salut reproductiva de la dona immigrant i la seva influència en el sistema sanitari:

A la Conferència Internacional de Població i Desenvolupament (CIPD, El Caire, 1994), es va definir el concepte de salut reproductiva, tenint en compte els drets reproductius, com *“l'estat complet de benestar físic, mental i social, i no només l'absència de malaltia o inestabilitat, en totes les àrees relacionades amb el tema reproductiu, les seves funcions i processos”*.⁽⁸⁾

El 46% dels immigrants amb targeta o autorització de residència a Espanya a l'any 2008 eren dones. Aquestes dones són en general, joves i sanes, inclòs més sanes que la mitjana, tant en els seus països d'origen com en els de destí. Per aquest motiu, les seves demandes prioritàries en salut estan estretament vinculades amb tots els aspectes relacionats amb la reproducció i la maternitat.⁽⁹⁾ Concretament, el Departament d'Obstetrícia i Sala de Parts de l'Hospital Sta. Caterina (Girona) registre l'any 2012, 580 parts de dones espanyoles (48,29%), seguidament de 256 parts de dones magrebines (21,31%) i 146 parts de dones de procedència subsahariana (12,15%).

La situació sanitària d'aquestes dones no és deguda simplement a la seva situació com a immigrants, sinó a les condicions socioeconòmiques que pateixen, vivint en situacions precàries i en alguns casos marginals. La cultura i la situació social de la dona, juntament amb factors estructurals i sanitaris d'origen, configuren un paper important en la forma d'entendre els fenòmens associats a la reproducció i a la maternitat (Oliver, 2005).⁽¹⁰⁾

Tot i que existeixin pocs estudis realitzats sobre la salut de les dones immigrants, les investigacions disponibles assenyalen dèficits i desigualtats respecte les dones autòctones. Aquesta situació és en part deguda a les dificultats en l'ús i accés als serveis sanitaris que en general té el col·lectiu, amb particularitats específiques, culturals i de gènere, en el cas de les dones immigrants.⁽¹¹⁾ Tot i que les investigacions s'hagin portat a terme en diferents períodes de temps, els resultats obtinguts són pràcticament iguals. Un estudi descriptiu realitzat a l'Hospital d'Albacete durant els anys 2004 i 2005, assenyala que el perfil de epidemiològic dels resultats obstètrics i neonatals en dones immigrants és similar al de les autòctones, tot i així són més joves i múltiples i utilitzen menys analgèsia epidural.⁽¹²⁾ De la mateixa manera, l'estudi realitzat més recentment (2009-2010) a l'Hospital General "Nuestra Señora del Prado" a Toledo, referent a les diferències obstètriques i perinatals entre les gestants espanyoles i immigrants de la seva àrea de salut, assenyala que les gestacions deficientment controlades, els ingressos en períodes avançats del treball de part i la taxa de premeturitat, són les diferències estadísticament més significatives de la gestant immigrant. Per altra banda, considera que en relació al tipus de part, la patologia gestacional, la lactància materna i a la patologia i mort fetal, no existeixen diferències respecte les dones autòctones. Així doncs, no presenten major risc de complicació durant l'embaràs i part, contràriament a la percepció que tenim al nostre país.⁽¹³⁾

En una enquesta realitzada a Espanya l'any 2010 a ginecòlegs/es i metges/esses generals sobre els principals problemes amb els que es trobaven a l'assistència sanitària a la dona immigrant (Estudio Mujer Migrante y Asistencia Sanitaria, MIAS) es van detectar els següents: la comunicació (llengua, habilitats de comunicació i comprensió), la percepció i l'actitud de la dona davant el seu estat de salut i el compliment de les revisions periòdiques (citologies, mamografies, ecografies, etc), així com també es va detectar un menor ús dels serveis de

preparació del part, assistència a les consultes de manera més tardana, menys freqüent i més discontinües que les autòctones.⁽⁹⁾

El país de procedència és important, ja que cada cultura té unes tradicions i creences. El concepte de salut i malaltia ve determinat culturalment des dels seus països d'origen on les dones, en moltes ocasions, no han tingut contacte amb el sistema sanitari i on no existeixen programes d'atenció a la dona. Són societats tradicionals, en les que la missió fonamental de la dona és la maternitat i es valora molt positivament un elevat nombre de fills.⁽⁹⁾ Cada dona té una història de vida particular i no li podem atribuir, a priori, estereotips culturals del seu país d'origen. No obstant, es poden conèixer detalls de cada cultura que segurament influeixen en la seva vida individual i col·lectiva i que són diferents en relació a altres. En moltes zones tradicionals, les dones són ateses al domicili per parteres amb costums específiques davant l'atenció a la gestant i al recent nascut. Tot i així, actualment a Occident, l'atenció al part es realitza en el medi hospitalari, principalment dins un entorn més medicalitzat.⁽¹⁴⁾

L'elevat nombre de dones immigrants, així com les seves diverses procedències geogràfiques, fan que la feina quotidiana dels professionals sanitaris de les àrees d'obstetrícia es desenvolupi en un entorn multicultural. Durant l'atenció al part en el medi hospitalari, alguns problemes en l'atenció sanitària deriven dels dèficits de comunicació entre professionals de la salut i dones immigrants degut a les barreres lingüístiques i culturals, que dificulten la relació terapèutica (Oliver, 2005).⁽¹⁰⁾ En el cas concret del part, existeixen diferències socials, culturals, religioses i de gènere en les pràctiques sanitàries, que afecten a la vivència del part i a la interacció amb el nounat. Aquestes divergències, en l'àmbit reproductiu no sempre són ben enteses pels professionals sanitaris, manifestant prejudicis i discursos d'incomprensió davant les influències culturals o socials a les pràctiques sanitàries, generant dificultats tan en l'assistència com a l'usuari que ha de conviure amb una situació d'incertesa. Això pot ajudar a comprendre que la manera d'actuar del nostre sistema sanitari no és el de referència, el millor, ni el "natural", considerant aquesta reflexió a l'hora d'establir una atenció sanitària escaient a les necessitats de cada dona. Es tracta d'un repte que requereix un procediment més divers i ajustat als usuaris que requereixen el servei. (Oliver i Luque, 2005).⁽¹⁴⁾ Això implica conèixer les característiques socioculturals i les

necessitats de les dones immigrants, per tal d'oferir l'atenció sanitària adequada, igualitària i de qualitat.

Per altra banda, el desconeixement del nostre sistema sanitari suposa una altra dificultat afegida per a les dones immigrants, les quals en la major part dels casos procedeixen de països on el sistema de salut no és públic, i en cas que ho sigui, les prestacions i les cobertures són molt pobres. Per aquest motiu, la immigrant que resideix en el nostre país des de fa poc temps desconeix quins són els seus drets en la salut i les prestacions que el sistema públic li ofereix (Garcés-Palacio 2008, Kormosky 2008).^(15,16)

Per fomentar una integració més ràpida i eficient al Sistema Nacional de Salut (SNS), no és necessari ni convenient atendre de manera diferent o generar serveis específics per a immigrants. No obstant, en aquells nousvinguts caldrà, a priori, facilitar-los els medis perquè puguin familiaritzar-se en el sistema de salut i aleshores, ser receptors dels serveis als quals hi tenen dret. Per això, és necessari capacitar al personal sanitari d'acord amb les noves realitats socials, adquirir competències culturals o incorporar, si s'escau, a persones formades en mediació social i intercultural.⁽¹¹⁾ Les residents de llevadora, juntament amb les llevadores i les auxiliars d'infermeria són els professionals que mostren una disposició més elevada a l'hora d'adquirir coneixements sobre altres cultures, per altra banda, els obstetres, els anestesistes i especialment els residents de ginecologia, són els que es mostren més reticents a l'hora de conèixer altres cultures (A.M. López, M.A. Martín, R.M. Rodríguez, R. Rosa, M.I. Sánchez; 2002).⁽¹⁷⁾

Tot i així, la percepció global d'aquestes dones sobre l'atenció sanitària rebuda durant l'embaràs i el part és molt positiva, se senten ben ateses pels serveis de salut espanyols (Projecte MIAS, 2010).⁽⁹⁾ Per tant, una bona atenció durant l'embaràs i el part és fonamental en la seva assistència sanitària, ja que a més serveix per esmorteir els efectes negatius d'altres privacions i frustracions psicosocials.

1.2 Justificació:

L'augment d'immigració als darrers anys a la comarca del Gironès i a municipis com Salt (Girona), es reflecteix diàriament en els centres de salut i hospitals públics, especialment en l'àmbit d'obstetrícia i ginecologia degut a la important feminització del flux migratori. Així doncs, el professional sanitari ha de disposar de recursos suficients per poder prestar la mateixa atenció que la resta d'usuaris autòctons.

L'elecció de la temàtica del projecte se'm va ocórrer a partir d'unes pràctiques d'infermeria a sala de parts i l'àrea d'obstetrícia, on vaig visualitzar la gran prevalença de dones d'aquest col·lectiu, especialment de nacionalitat marroquina i subsahariana. La seva actitud davant el part i el post-part, les barreres lingüístiques, així com les seves expressions facials davant l'atenció del personal sanitari, van ser els factors desencadenants per decidir-me a elaborar un estudi sobre la percepció i les seves vivències d'acord amb la seva cultura.

Tot i haver-hi varis estudis emprats en aquest col·lectiu de dones referents al comportament davant el part i les sensacions que aquest els hi genera d'acord amb la seva cultura, es detecten llacunes en altres àmbits que engloben el procés reproductiu. Així doncs, per tenir una visió més global, els quatre temes fonamentals (embaràs, part, puerperi i maternitat) a desenvolupar en aquesta recerca, servirà per identificar les semblances i diferències respecte a les dones autòctones i conseqüentment, fomentar l'atenció sanitària en aquells aspectes que hi mostren carència o desinterès, per apropar-les en el nostre sistema sanitari amb objectivitat i coherència.

2. OBJECTIUS I HIPÒTESI:

Partint dels aspectes que es vol contrastar i de la bibliografia referenciada, la hipòtesi és la següent:

“S’identifiquen necessitats bàsiques assistencials no resoltes satisfactòriament en el grup de dones immigrants (magrebines i subsaharianes) en el període del part, puerperi immediat i intermedi, a més d’un impacte intercultural associat.”

Per tal de resoldre la hipòtesi citada anteriorment, em plantejo els següents objectius:

Objectiu principal:

Conèixer les vivències, percepcions i conductes de les dones marroquines i subsaharianes en l’embaràs, part, post-part, maternitat dins el seu marc cultural i com influeixen en l’atenció sanitària del nostre país.

Objectius específics:

- 1) Descriure la conducta de les dones magrebines i subsaharianes en el moment del part i el post-part immediat.
- 2) Descriure la percepció i la vivència de l’embaràs i el post-part intermedi.
- 3) Determinar el concepte de maternitat per aquestes dones.
- 4) Descriure la consciència i adherència sobre els consells de salut definits pels professionals sanitaris i el món de creences que justifiquen la seva actitud.
- 5) Comprovar la diferència de les dades referents al seu control d’embaràs i desenvolupament del part respecte les dones autòctones.
- 6) Identificar els factors culturals i les pràctiques tradicionals que incideixen en la seva salut reproductiva i poden interferir en l’activitat assistencial.
- 7) Conèixer el nivell de satisfacció d’aquestes dones davant l’atenció rebuda durant l’embaràs, part i post-part.
- 8) Dissenyar un model d’intervenció per millorar l’eficàcia en el moment del part en relació a l’atenció a les necessitats detectades.

3. MATERIAL I MÈTODES:

S'ha realitzat un estudi de disseny mixt. Per una banda s'ha disposat d'una metodologia qualitativa descriptiva que utilitza la teoria fonamentada "*Grounded Theory*" com a instrument metodològic, amb la qual es pretén elaborar inductivament un marc explicatiu de la influència cultural en la salut reproductiva mitjançant percepcions, conductes i expressions; i per l'altra, s'ha optat per una metodologia quantitativa comparativa per analitzar les dades clíniques i epidemiològiques de gestants immigrants que havien donat a llum al Servei d'Obstetrícia-Sala de Parts de l'Hospital Sta. Caterina de Girona, durant el període comprès entre el mes de novembre de 2012 i gener de 2013.

A l'estudi hi van participar voluntàriament 15 dones immigrants (6 d'origen subsaharià concretament de Gàmbia i 9 marroquines), 4 de les quals en la fase de part i puerperi immediat-intermedi i la resta només en la fase del puerperi intermedi durant el període d'ingrés hospitalari (fins les 48h post-part). La riquesa i la varietat de dades obtingudes van determinar la saturació teòrica de la mostra.

Criteris d'inclusió:

- Dones gestants que acudeixen a la sala de parts de l'hospital de procedència marroquina i subsahariana en les dates citades anteriorment (per a realitzar la observació); així com aquelles dones del mateix col·lectiu ingressades en el servei d'obstetrícia del mateix hospital (per a realitzar l'entrevista).
- Tenir una edat igual a superior a 18 anys.
- Coneixement mínim del idioma autòcton (català o castellà) o pel contrari, disposar de la col·laboració d'un acompanyant (familiar) amb coneixement d'aquest.
- Dones sense complicacions del part recent que puguin dificultar l'estudi.
- Voluntat de participar en l'estudi.

Criteris d'exclusió:

- Dones amb mancances de comprensió en la llengua autòctona (castellà).
- Negació en la participació de l'estudi.

La Teoria Fonamentada definida per Strauss i Corbin l'any 1987, suggereix no començar l'estudi amb una prèvia revisió crítica de la literatura, ja que podria

condicionar al autor en la seva comprensió i explicació. Tot i així, en el primer moment d'aquest estudi es va portar a terme una lectura general sobre el tema, per detectar el tipus d'investigacions fetes fins a l'actualitat i poder ampliar-la en varis camps de la salut reproductiva.

La recollida de dades es van obtenir mitjançant el desenvolupament , per una banda d'una observació participant en la fase del part i puerperi immediat, i per l'altra, d'una entrevista semiestructurada dirigida a les gestants en la fase del puerperi intermedi.

L'observació participant (annex 1), realitzada a 4 de les gestants de l'estudi (2 marroquines i 2 subsaharianes), es va elaborar sota una taula d'observació, la qual recollia els aspectes psicosocials durant el part (acompanyament del marit, col·laboració, expressió del dolor generat per les contraccions i necessitat de contacte físic amb el personal) i aspectes psicosocials referents al puerperi immediat (acceptació davant la rebuda del nou-nat i fomentació del vincle afectiu des del primer moment - manifestació de sentiments davant el naixement i temps d'inici de la lactància materna). La durada de les observacions depenia de les hores de part de cada gestant empleades dins una jornada laboral en torn de tardes.

L'entrevista semiestructurada (annex 2) de les gestants es va dissenyar de tal manera que contemplés els 4 àmbits d'estudi plantejats com a objectius en la recerca: l'embaràs, el part, el post-part durant l'ingrés i la maternitat, focalitzant la visió, experiència i conducta de la dona en cada un d'ells; amb una prèvia recollida de dades sociodemogràfiques: edat, país d'origen urbà/rural, nacionalitat, anys de residència a Catalunya, estat civil, comprensió de la llengua autòctona (català/castellà), nivell d'estudis i règim laboral actual.

L'entrevista, transcrita en format paper amb una durada de 30 a 60 minuts, va ser conduïda a través d'una conversa informal i adequada al seu nivell de comprensió, fet que els hi va permetre parlar més còmodament. Les preguntes obertes, tècnica escollida per afavorir l'apropament amb les dones, van ser modificades en aquelles dones que tenien més facilitat de comprensió de la llengua autòctona per tal d'aprofundir i obtenir noves construccions conceptuals de la cultura.

Per a l'obtenció de dades clíniques, es va recórrer al "carnet d'embaràs" per tenir coneixement sobre el control i seguiment de l'embaràs de cada gestant entrevistada, així com a la "història obstètrica" per l'adquisició de dades referents al part. Les variables analitzades a les dones que componien la mostra van ser les següents:

- Referents a l'embaràs actual: antecedents obstètrics/reproductius, consum de tòxics, tractament farmacològic durant l'embaràs, nombre de visites de control, setmanes de gestació de la primera visita, nombre d'ecografies realitzades, serologies, resultat del cultiu vaginal (*Streptococ Agalactiae B*) i la incompatibilitat del factor Rh.
- Relacionades amb el part actual: motiu d'ingrés, setmanes de gestació, fórmula obstètrica (P.A.R.A: nombre d'embarassos, nombre d'avortaments, nombre de parts, fills que han nascut vius i viuen), inici i finalització del part i medicació administrada.

Els principals conceptes tractats en aquest estudi (embaràs, part, puerperi/atenció al nou-nat i maternitat) queden definits en els annexes (Veure annex 3: Marc de referència)

Consideracions ètiques:

La col·lecció de dades es va obtenir sota l'autorització de la supervisora del servei d'Obstetrícia-Sala de parts i posteriorment es va realitzar la captació de les participants de l'estudi, tenint en compte aquelles que complien els criteris d'inclusió. Se'ls hi va explicar que es tractava d'un projecte de recerca amb finalitats acadèmiques i se'ls hi va proporcionar un full informatiu (annex 4) estandarditzat per a totes les participants, on esmentava el motiu d'estudi i la importància de la seva col·laboració per tal d'aportar millores en la seva assistència en l'àmbit obstètric tenint en compte el factor cultural.

Per a la realització del present estudi es van tenir en compte els aspectes ètics en els que la persona està sotmesa dins l'àmbit sanitari, la concreció pràctica del dret a la informació, al consentiment informat i a l'accés a la documentació clínica, tal i com emmarca la Llei 21/2000 del 29 de desembre; tenint present que tota persona té dret a que es respecti la confidencialitat de les dades que fan referència a la

seva salut; així com el dret a que no s'accedeixi a aquestes dades, llevat que estiguin emparats per la legislació vigent. Per aquesta mateixa raó, se'ls hi va donar la informació necessària adaptada al seu nivell de comprensió, juntament amb el seu consentiment verbal. Així doncs, es va explicar a les participants de l'estudi i/o acompanyants que es respectaria el seu dret a la confidencialitat i a l'anonimat, amb la finalitat que la informació obtinguda fos exclusivament objecte per aquest projecte. Tan les observacions com les entrevistes es van realitzar sota un ambient en el qual es va mantenir la comoditat emocional, física i afectiva, escoltant i observant sense ometre judicis al significat cultural de la seva conducta ni de la seva perspectiva.

Anàlisi de dades:

Per a realitzar l'anàlisi de les dades de l'estudi qualitatiu es va seguir l'esquema analític plantejat des de la Teoria Fonamentada, tal i com proposen Strauss i Corbin⁽¹⁸⁾. Així doncs, es va començar per una codificació subratllant aquelles conductes, percepcions i actituds d'influència cultural que podrien resultar significatives, atribuint a cada una, un codi referencial. Seguidament, es van crear categories per tal d'englobar cada un dels codis identificats prèviament. Es va treballar cada una de les categories intentant identificar les característiques i dimensions de les mateixes, així com l'establiment de subcategories. Durant aquestes tres fases es va realitzar una comparació constant entre categories fet que va permetre la classificació de la mostra en 5 casos diferents que es diferenciaven en alguna de les dades sociodemogràfiques.

En el cas de la metodologia quantitativa, per tal de tenir una perspectiva comparativa de dades clíniques, s'ha comptat amb el suport d'un dels apartats d'una tesi doctoral "*Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Capítulo 6: Diferencias obstetricas y sociodemograficas entre las mujeres inmigrantes y españolas durante el embarazo, parto y puerperio*"⁽¹⁹⁾, i d'aquesta manera poder contrastar els resultats de les dones immigrants del present estudi respecte les autòctones, partint d'un punt de vista més general i finalitzant en termes més específics obtenint resultats entre les dues ètnies (marroquina i subsahariana).

4. RESULTATS DE L'ESTUDI QUALITATIU:

	CAS 1	CAS 2	CAS 3	CAS 4	CAS 5
Paritat	Primípara	Múltipares	Múltipares	Múltipares	Múltipares
Nacionalitat	Magrebines	Magrebines	Magrebines	Gambianes	Gambianes
Zona de procedència	Rural	Urbà	Urbà	Rural	Rural
Temps de residència a Catalunya	De 1 a 5 anys	De 6 a 8 anys	De 9 a 13 anys	De 2 a 4 anys	De 6 a 9 anys
Comprensió llengua autòctona	Dificultats en l'enteniment i en la parla	Bon enteniment i dificultats en la parla	Bon enteniment i fluïdesa en la parla	Bon enteniment i dificultats en la parla	Bon enteniment i fluïdesa en la parla
Necessitat de traductor/a (familiar)	Si	Si	No	Si	No
Nivell socio-cultural	Estudis primaris	Estudis primaris	Estudis secundaris	Estudis primaris	Sense estudis
Règim laboral actual	Cap	Cap	Feines de neteja a nivell domèstic o empresarial	Cap	Feines de neteja a nivell domèstic o empresarial

Taula 1. Estudi qualitatiu de la percepció i la conducta de la dona marroquina i subsahariana en els quatre àmbits d'estudi (embaràs, part, post-part i maternitat).

A partir de les entrevistes semiestructurades i les observacions participants, s'han classificat tots els resultats obtinguts a través de categories principals que descriuen els temes fonamentals, amb les seves corresponents subcategories que han permès fer un anàlisi més específic de cada àmbit d'estudi.

Categories	Subcategories
Seguiment de l'embaràs	Desig d'embaràs Concepte de preparació al part i control d'embaràs Informació rebuda Costums restringides
Percepció del part	Factors culturals que propicien la conducta
Desenvolupament del part	Acompanyament del marit Col·laboració en el part Expressió del dolor generat per les contraccions Necessitat de contacte físic amb el personal sanitari
Implicació en el post-part	Acceptació del nounat i fomentació del vincle afectiu Factors culturals i lactància Participació en les cures del nounat
Suport sanitari	Satisfacció i dificultats davant l'atenció rebuda
Maternitat	Emocions/ preocupacions del rol com a mare Creences influents: Actitud del marit amb l'esterilitat de la dona

- **SEGUIMENT DE L'EMBARÀS**

Desig d'embaràs:

L'anàlisi de les entrevistes posa de manifest que les primíparaes (Cas 1) són les que més han desitjat l'embaràs actual, per altra banda la resta refereixen haver sigut un embaràs que ha sorgit de manera accidental.

Cas 1: “ *Yo quería un hijo ... con 19 años ya me toca! ...* ”

Cas 2: “ *Después de dos hijos, este no me lo esperaba ... el primero lo buscamos, los otros han venido solos ...* ”

Cas 3: “ *En 2004 tuve un aborto y no quería más niños ... luego en el 2010 buscamos otro...esta última ha sido una sorpresa! ...* ”

Concepte de preparació al part i control d'embaràs:

S'identifica una varietat davant la concepció de la preparació al part en funció del lloc on s'han portat a terme els naixement anteriors. Les dones que han tingut algun dels seus fills o tots en el nostre sistema sanitari (concretament l'Hospital Sta. Caterina) refereixen tenir coneixement de les classes de preparació al part tot i reconèixer la falta d'assistència, de la mateixa manera que succeeix amb les primíparaes. Per altra banda, aquelles que el primer part l'han viscut fora (al seu país d'origen), desconeixen aquest recurs.

Pel que fa als controls prenatals durant l'embaràs, aquelles que han tingut algun fill al seu país de procedència, en general consideren excessius els controls i la freqüència en què es realitzen aquests en el nostre sistema hospitalari, el contrari que succeeix en aquelles que han tingut tots els seus fills aquí.

Durant l'embaràs, algunes dones magrebines comenten haver viatjat al seu país d'origen i suspendre els controls periòdics sense una prèvia comunicació a la llevadora.

Informació rebuda:

Aquesta valoració s'ha decantat per la informació rebuda referent als hàbits saludables (alimentació i exercici físic) durant l'embaràs i el coneixement de les proves que se'ls hi ha realitzat a les gestants al llarg de les visites obstètriques. En

els casos 3 i 5, que representa a les dones amb més anys de residència al nostre país, s'observa major facilitat a l'hora de comprendre i expressar les recomanacions més destacades que se li han donat al llarg de les visites, de manera que han pogut prescindir de l'acompanyant.

Cas 3: “ *No azúcar, comer poco y caminar cada día unos 40 minutos ...*”

Cas 5: “ *Caminar cada día y comer carne roja para la anemia ...*”

S'identifica les “ecografies” i les “anàlisis de sang” com les dos proves exemplars relacionades amb l'embaràs reconegudes per les gestants; seguidament del “test de l'orina” com a prova diagnòstica de l'embaràs. En el cas dels hàbits saludables, refereixen haver rebut més informació referent a l'exercici en comptes de la dieta, així com el tractament farmacològic a seguir en cas d'anèmia.

Cas 3: “ *En Marruecos la mujer cuando está embarazada tenemos que comer diferente a los hombres y a veces nos falta hierro ...*”

Costums restringides:

Davant aquesta subcategoria s'ha volgut focalitzar en el “Ramadà” com a costum comuna entre ambdues ètnies estudiades. Durant aquest novè mes del calendari islàmic, la dona s'ha vist obligada o no ha seguir amb aquesta tradició durant l'embaràs. En aquest sentit, s'identifica la restricció només en aquells casos en què existia la presència d'antecedents patològics de la mare diagnosticats durant l'embaràs o complicacions sorgides al llarg d'aquest.

Cas 4: “ *Mi mujer tenía bajo el azúcar durante el embarazo y era un riesgo para el niño ... Se lo preguntamos al médico y nos dijo que no lo podía hacer...*” (marit present durant l'entrevista)

Cas 2: “ *Si no fas el Ramadà durant l'embaràs, ho has de fer durant un mes després de tenir el nen... poden ser dies saltats, però han de complir el mes i fer-se abans de que vingui el pròxim Ramadà ... Si no ho pots fer, pots donar el que tu et menjaries a un “pobre” durant 30 dies...Si no fas això, incompleixes la religió ...*”

- **PERCEPCIÓ DEL PART**

Factors culturals que propicien la conducta:

En la majoria de dones estudiades, s'identifiquen les següents preocupacions que relaten el moment del part:

- a) la detecció d'anomalies en el recent nascut
- b) les possibles complicacions que puguin sorgir
- c) el temps de durada del procés.

Per altra banda, la barrera idiomàtica i la falta de coneixement del nostre sistema sanitari, suposen el principal problema per a les dones primíparas.

Tot i així, aspectes com el part instrumentat i l'acceptació de protocols són els que divergeixen entre ambdues ètnies.

Cas 5: "Me da igual que se muera mi hijo, no quiero una cesárea"... "Si éste ha de morir, que se muera no pasa nada, ya tendré otro".

La realització d'un tacte vaginal per un professional del sexe masculí, s'ha reflectit més en el cas de les primíparas, principalment per l'opinió que en podrien treure els seus respectius marits. Per altra banda, per a la majoria de multíparas no és un motiu de preocupació, ja que al haver tingut fills previs al seu país d'origen, els ha fet veure que l'home també pot ser un professional en l'àmbit d'obstetrícia.

Cas 3: " Si em preocupa però només per vergonya. Al Marroc visiten homes i la parella ho entén. Un home que miri una dona està mal vist, però en temes de salut, s'accepta ..."

- **DESENVOLUPAMENT DEL PART:**

Acompanyament del marit:

De les 4 gestants observades durant el moment del part, només una (d'origen subsaharià, situada en el cas 4) ha sigut acompanyada pel seu marit durant tot el procés de part. El motiu probablement és degut a que el marit tenia un membre de la seva família (en aquest cas la mare) la qual exercia de llevadora al seu país d'origen, de manera que ha pogut aportar col·laboració en la comoditat i

tranquil·litat de la dona en un moment d'estrés com és el part. Pel que fa a la resta (cas 2, cas 3 i cas 5), el marit ha assistit a la sala de parts en el període d'ingrés, però en la fase d'expulsió ha preferit marxar i s'ha tornat a fer present un cop la dona ha donat a llum; o bé l'acompanyament ha sigut d'un membre de la família de la dona (mare) i al finalitzar al part, el marit acudeix al seu costat.

Col·laboració en el part:

Les dones marroquines mostren més passivitat en la seva col·laboració i més atenció per part del personal sanitari, sobretot en el període expulsiu. Pel contrari, les d'origen subsaharià prefereixen actuar amb més llibertat fent-se reticents davant les instruccions que li transmet el personal sanitari i deixar-se endur per la seva experiència. El següent exemple, pot ajudar a entendre aquest aspecte:

“ Dona de 36 anys gambiana sense cap coneixement de la llengua autòctona, mare de cinc fills que ingressa a sala de parts en la fase de treball de part i amb una dilatació força avançada, acompanyada pel seu marit. Es procedeix a seguir el protocol de la unitat, davant el qual ja comença a mostrar una actitud poc receptiva i d'incomoditat. No entén perquè se li col·loca una via perifèrica i constantment es treu les “corretges” per poder valorar la freqüència cardíaca fetal. Se li administra oxitocina per afavorir la contractibilitat uterina i mostra actitud de desconfiança davant l'administració d'allò desconegut. El personal sanitari li explica al marit la utilitat d'aquests estris i la importància de la seva col·locació. Tot i la bona col·laboració del marit amb coneixement del idioma per facilitar la informació a la seva dona, aquesta continua negant-se a tot tipus d'actuació, deambulant per tota l'habitació i adoptant postures a terra amb certa concentració mentre el marit li va fent massatges a la zona lumbar. Davant aquesta actitud, el personal sanitari li facilita una màrrega i una pilota i decideix deixar a la dona que desenvolupi el procés de manera autònoma sense deixar de supervisar-la. Durant aquest període es produeix l'amniorrexi espontània i amb suficient dinàmica uterina, ella mateixa adopta la seva postura idònia (decúbit lateral) i sense donar-li instruccions ni donar temps al personal d'adaptar el llit amb “parneres”, immediatament sorgeix el naixement.”

Expressió del dolor generat per les contraccions:

En les dones subsaharianes s'observa expressions facials de dolor i necessitat de moure's per tal buscar la postura idònia per pal·liar aquest dolor (a la "gatzoneta" o recolzada sobre una pilota). Quan la contracció arriba al punt àlgic, criden adoptant la postura còmode per elles. Pel que fa a les dones marroquines suposa més difícil determinar si presenten o no dolor, ja que per naturalitat expressen el dolor d'una manera més patent i continuada.

Necessitat de contacte físic amb el personal sanitari:

La barrera idiomàtica comporta a que les gestants s'expressin mitjançant el llenguatge no verbal i el contacte físic amb el personal que l'atén. El contacte, com per exemple, donar-li la mà en el moment de les contraccions, acompanyar-la en les respiracions o animar-la amb gestos en el període expulsiu, són factors que la llevadora ha portat a terme en els quatre casos estudiats i que han resultat ser beneficiosos per les gestants, sobretot quan el marit no hi ha sigut present.

- **IMPLICACIÓ EN EL POST-PART:**

Acceptació davant la rebuda del nou-nat i fomentació del vincle afectiu:

En el cas de les dones subsaharianes, la manca d'expressió de felicitat que difícilment s'observa, pot anar relacionat culturalment amb la falta d'atenció cap al recent nascut al moment de néixer. El contrari que succeeix en les dones marroquines, en les quals s'observa una fomentació del vincle més immediat donant molta importància al contacte físic.

Factors culturals i lactància:

En tots els casos s'ha iniciat la lactància als 30 minuts després del part, factor que pot ajudar a afavorir el vincle afectiu que no s'ha observat de manera immediata al naixement en alguns casos. Mentre que les dones subsaharianes han mostrat més iniciativa a iniciar la lactància adoptant una postura ja coneguda per elles (la mare estirada i apropant el nadó al pit de manera que mare i fill estiguin en contacte ventre amb ventre), les marroquines se'ls ha hagut d'insistir en la iniciació i han necessitat suport per part del professional, a l'hora de col·locar el nadó en una postura correcta al pit.

Tot i la iniciativa de les dones subsaharianes en l'alletament immediat, durant l'estada la planta en el post-part s'han detectat algunes complicacions vers el concepte de "calostre". Elles el consideren que no és del tot beneficiós pel nen, fet que pot repercutir en la fomentació de la lactància materna i realitzen una major demanda de biberons per a complementar la correcta alimentació del seu fill. Per aquest motiu, sobretot les primíparaes i les que han tingut fills al seu país d'origen, solen realitzar una lactància mixta.

Cas 4: *"Esto no es leche..." "No es bueno para el niño..."*

Participació en les cures del nounat:

S'identifica una manca general d'atenció i participació en el bany del nadó i les cures del cordó umbilical durant el moment del post-part a la planta. Aquelles que han tingut tots els seu fills aquí refereixen tenir coneixement de la possibilitat d'assistir a les cures i col·laborar, però prefereixen no anar-hi. En canvi les primíparaes manifesten no haver rebut aquesta possibilitat.

Cas 1: *"A mi hija no le han dicho nada de si queríamos ir alguna de nosotras a lavar el niño..." "Solo nos dijeron que se lo llevaban a limpiar y nada mas..." "Le hubiera gustado ir..."* (mare de la dona present a l'entrevista)

Cas 3: *"No me han dicho nada de ir... pero tampoco me importa"*

Cas 4: *"Alguna enfermera me lo ha dicho... pero yo no quiero ir... tengo más niños y ya sé cómo va..."*

- **SUPORT SANITARI**

Satisfacció i dificultats davant l'atenció rebuda

En tots els casos manifesten endur-se un bon nivell de satisfacció en tots els àmbits d'atenció rebuda, des del moment del part fins la tornada a casa. Tot i que la puntuació mitjana del sistema és elevada, d'un 8, es destaca una dificultat general en quan a la dificultat en l'ús i comprensió de la llengua autòctona. Els acompanyants de les dones (marits o familiars) amb un nivell mig-alt de l'idioma, comenten que tot i la seva traducció, elles es senten incòmodes a l'hora de no

poder comunicar-se correctament amb el personal, fet que potser hagués canviat la nota mitjana en quan al nivell de satisfacció.

- **MATERNITAT**

Emocions/ preocupacions del rol com a mare:

En general, les dones múltiples en situació d'atur, refereixen tenir més preocupacions que emocions, al contrari que succeeix en aquelles dones que o bé elles o bé el seu marit es troba dins un règim laboral actual en actiu. Així doncs, la despesa econòmica constitueix el factor de preocupació per elles, a partir del qual es regeixen a la decisió de tenir un fill més endavant.

Cas 2: *“ La llegada de mi niña me da mucha felicidad...Pero es nuestro segundo hijo i nos preocupa porque ni yo ni mi mujer trabajamos...”* (marit present a l'entrevista)

Cas 4: *“Tuve un hijo que murió y con ese tengo más miedo por si le pasa algo...” ahora solo nos queda uno y no nos preocupa el dinero, pero con un niño más, quizás si...”* (marit present a l'entrevista)

Cas 2: *“Yo trabajo de recepcionista en un camping y no nos preocupa el dinero... “este es nuestro tercer hijo y de momento con lo que yo gano y la ayuda de mi familia, podemos mantenerlos...”* (marit de la dona presenta a l'entrevista)

Creences influents: Actitud del marit amb l'esterilitat de la dona

Degut a la influència cultural que marca aquesta subcategoria, probablement és on trobem més similituds d'opinions. La gran majoria de dones, creuen que en cas de no tenir fills, serien rebutjades per la comunitat, ja que el seu principal rol com a dona és ser mare. Per altra banda, divergeixen en la conceptualització d'aquest aspecte, ja que algunes el consideren com una “obligació” i d'altres com una “necessitat”, aspecte que pot veure's influït pel desig o no de tenir el fill.

Cas 3: *“Yo tengo hijos por obligación, porque sino mi marido me deja...” “Lo hago por miedo a perder a mi marido...”*

Cas 1: *“Ser madre tiene que ser una necesidad... así es como desearás a tu niño...”* (germana de la dona present a l'entrevista)

Cas 4: “Este yo no lo buscaba, pero yo quiero ser madre...”

Davant una possible esterilització, totes les dones expressen que el seu marit les rebutjaria i marxaria amb una altra dona. De la mateixa manera, que si es queden embarassades sense estar casades, també queden repudiades, sobretot a nivell familiar.

Cas 3: “ Si no puedo tener hijos, mi marido se va con otra ...” “Mi familia me hecha fuera del país, porque una mujer no puede tener hijos sin estar casada...”

5. DISCUSSIÓ QUALITATIVA:

La percepció de l'embaràs influeix en el control gestacional:

Les creences i la informació que tenen les dones immigrants sobre el procés gestacional condicionen una actitud diferent davant la necessitat de l'atenció prenatal, percepció influenciada per la forma de tractar la salut en el seu país d'origen. En moltes zones amb menor grau de desenvolupament, les cures professionals durant l'embaràs i el part no són sistemàtics comportant a una oferta de salut pública deficitària i una escassa cultura de prevenció.⁽²⁰⁾

Les obligacions familiars, com ara la responsabilitat de la dona en el sosteniment de la família, no tenir una feina fixa o la por a perdre-la per alguna visita mèdica, són factors que incideixen directament a l'hora d'assistir a les consultes programades. Existeix un desconeixement sobre les complicacions i els problemes que poden sorgir durant l'embaràs, sobretot es percep en dones les quals han tingut el seu primer fill a al país d'origen sense un seguiment mèdic. D'aquesta manera tenen la concepció que tots els embarassos posteriors seran iguals sense complicacions.⁽²¹⁾ De la mateixa manera, el dèficit d'atenció prenatal també pot ser degut a l'escassetat de recursos sanitaris en el seu país d'origen, per aquest mateixa raó la manca d'ús de serveis prenatals pot estar relacionat amb la percepció de l'embaràs com a una situació que no requereix atenció mèdica.⁽²⁰⁾

Així doncs, el control gestacional d'aquest col·lectiu de dones està relacionat amb una percepció de l'embaràs com a situació natural que no requereix assistència mèdica.

Marit i família com a intèrprets informals:

La barrera lingüística, reflectida a gran part de la mostra estudiada, pot dificultar la comprensió i compliment de la informació transmesa al llarg de les visites de control de l'embaràs.

El qüestionari MIAS (Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria), registra les dones magrebines i de l'Àfrica Subsahariana com aquelles dones del col·lectiu immigrant amb major problema de comunicació davant el personal mèdic, representant un 77,18% i un 55,34% respectivament de la seva ètnia.⁽²²⁾

En la majoria de casos, els problemes lingüístics es solen resoldre mitjançant l'acompanyament del les seves parelles, familiars o amics, els quals fan d'intèrprets, fins i tot, amb mediadores informals que sorgeixen de manera espontània amb coneixement del idioma i del funcionament del sistema sanitari. Les qüestions de gènere, és a dir aquells rols adaptats pels homes i les dones, en ocasions pot influir en la comunicació de les dones musulmanes, ja que aquesta només es pot establir a través del marit. L'expressió mitjançant les seves parelles respon a un patró cultural segons el qual l'home és l'encarregat de les relacions exteriors.⁽²⁰⁾ Aquest aspecte podria quedar reflectit entre aquells casos estudiats els quals tenen escassos coneixements de la llengua autòctona on s'ha observat que l'home era l'encarregat de respondre en veu de la seva dona al llarg de l'entrevista, o bé davant la seva absència, la germana o la mare amb una comprensió suficient han assumit el rol de mediadores informals.

Sol·licitud d'informació i compliment terapèutic:

Contràriament a la mitificació, a partir de la mostra estudiada s'observa un interès per part de la dona musulmana a rebre la informació que ella percep durant el període d'embaràs, part i post-part. Les dones més integrades al nostre país mostren coneixement vers les classes de preparació al part, tot i no assistir-hi majoritàriament, per la incomprensió de la llengua o bé per la percepció de manca de temps. Per altra banda, majoritàriament compleixen amb els consells dietètics i terapèutics durant la gestació i mostren inquietuds per saber cada prova complementària realitzada en les visites de control. Tal i com indiquen els resultats del qüestionari realitzat l'any 2010 pel projecte MIAS (Mujer Inmigrante y

Asistencia Sanitaria), la dona marroquina és el col·lectiu de dones immigrants que presenta menys problemes a l'hora de complir amb el tractament pautat.⁽²²⁾

Pel que fa a les cures del nounat en el post-part intermedi, en general s'observa una manca d'informació per part del personal d'infermeria davant la possibilitat de la mare en la participació de les cures del seu fill. Probablement, l'experiència del personal davant l'atenció d'aquest col·lectiu de dones juntament amb les idees preconcebudes respecte la seva actitud durant l'ingrés, han comportat a una supressió de la seva participació sense suggerir-la prèviament a la dona. Cal tenir en compte doncs, tal i com s'ha vist, que en general mostren despreocupació per les cures del seu fill durant l'hospitalització, tot i que no es pot generalitzar.

Divergències davant les qüestions religioses:

Els motius religiosos, concretament la pràctica del Ramadà (o mes de dejú), pot interferir en els controls prenatals i l'assumpció de determinades cures durant l'embaràs. Encara que l'Islam no obligui a les dones embarassades a realitzar aquesta pràctica religiosa, la majoria la porten a terme, de manera que pot influir davant la realització de determinades proves diagnòstiques i procediments estandarditzats (analítiques, vacunes, exploracions ginecològiques, etc).⁽²⁰⁾ En la mostra estudiada s'observa divergències en el seguiment d'aquesta tradició en funció de l'estat de l'embaràs, tot i així quan aquesta no s'ha pogut portar a terme per problemes de salut, la dona manifesta no haver complert en les creences i bots religiosos, de manera que i ella mateixa s'imposa a recuperar el mes de restricció alimentària després del part.

Els aspectes socioculturals i les creences determinen la visió del part:

Tal i com comenten els professionals de l'àrea d'obstetrícia, la dona subsahariana no admet decisions mèdiques i posa impediments davant els parts instrumentats i cesàries. La seva principal preocupació és poder parir, és a dir, tenir un "part normal" (via vaginal), i no haver de recórrer a una cesària, i si es dona no entenen que hi ha hagut una sèrie de factors que han provocat que aquell nadó no pogués néixer per via vaginal. El seu objectiu principal és tenir un part natural, indiferentment de la salut del nen, ja el terme "cesària" per elles és sinònim de "mort segura", tal i com esmenta l'estudi MIAS.⁽²²⁾ Per aquest motiu posen

dificultats davant la intervenció del professional. Aquí, elles tenen el concepte que si els hi fas més d'una cesària (certament, a partir de 3 cesàries ja no es recomana tenir més fills), els hi estàs limitant el nombre de fills i això no ho accepten. Així doncs, la dona subsahariana entén el part com un "procés natural que no requereix instrumentalització". Per altra banda, la dona marroquina té una perspectiva del part semblant al de les dones autòctones, ja que elles si mostren preocupació perquè el fill surti bé i sa.

El marit no és la figura principal en el moment del part:

En el nostre país la majoria de dones decideix abans del part la persona que les acompanyarà durant aquest procés, i en general, la persona escollida és la parella (94%). De la mateixa manera, després del part manifesten estar contentes amb el suport rebut i tornarien a escollir a la mateixa persona en un proper part. La majoria de parelles refereixen la vivència com una situació agradable i se senten satisfets amb el seu rol d'acompanyant.⁽²³⁾ El contrari succeeix en el cas de les parelles de les dones del col·lectiu estudiat, ja que en general els marits musulmans són molt reticents a acompanyar les seves dones en el part. Alguns no volen assistir al part, altres acompanyen a la seva dona fins la sala de dilatació però físicament es mantenen allunyats d'elles, sense cap tipus de contacte físic ni intercanvi de paraules.⁽¹⁴⁾ Tot i així, la falta del marit en el moment del part no és solament una actitud maxista, ja que algunes de les dones del present estudi manifesten no voler ser acompanyades per la seva parella, justificant la seva ocupació laboral com a motiu d'absència.

Les dones marroquines, especialment les residents en àmbits rurals, no solen acudir al medi hospitalari en el moment del part, sinó que majoritàriament els realitzen en el domicili per dones no qualificades i que no estan integrades al sistema sanitari públic. El part domiciliari és un esdeveniment que permet reunir a tots els membres femenins de la família, mentre que els homes queden exclosos. Quan la dona es posa de part, necessita tenir al costat les dones de la seva família o bé dones grans que hagin tingut fills. Aquesta llevadora tradicional al Marroc rep el nom de "*kabla* o *qabla*", la seva pràctica es basa en creences tradicionals, les quals tenen experiència en el part i escassos coneixements sanitaris. En varies ocasions, aquesta figura l'assumeix la mare o una altra dona

de la família.⁽²⁴⁾ Aquesta representació de llevadora tradicional també es reflecteix en l'ètnia subsahariana, la "*ding-mutalaa*" o "*TBA's*" (*Traditional Birth Attendants*), són les responsables d'assistir en més del 80% dels naixements a Gàmbia basant-se també a partir de mètodes tradicionals a partir d'un procés d'observació i participació informal. Durant el naixement, les quals elles coneixen com a primera fase del ritual de separació, només està autoritzada l'assistència de les dones grans i les "*ding-mutalaa*". Les dones joves no poden presenciar el part i menys aquelles que no han sigut mares o són dones estèrils, de la mateixa manera, està prohibit que el pare pugui veure el seu fill, fins passats 7 dies després d'haver celebrat el "*ñyamboo*".⁽²⁵⁾

En el nostre medi sanitari la majoria de parelles de les dones autòctones participen activament en el part, però en l'actual context multicultural i ètnic, les dones poden tenir altres preferències davant la persona que volen que les acompanyi durant el procés i en cas que fos el marit, que sorgeixi com un desig propi i no com una imposició marcada per la cultura autòctona.

Per altra banda, cada centre assistencial pot buscar solucions en funció de les necessitats existents, com per exemple incloure la figura de la medidora cultural entrenada la qual podria assumir un rol important com acompanyant d'aquestes dones que tenen dificultats en l'idioma i que no estan acompanyades durant el part.⁽²⁶⁾

La barrera cultural dificulta l'acceptació de protocols en el moment del part:

El model sanitari occidental espera que les dones que estan de part acceptin totes les normes i cures que se'ls hi brinda, així com respondre a aquelles ordres imposades pel professional sanitari, fet que pot arribar a crear un xoc intercultural i abstenir-se d'aquests comentaris. En aquest sentit s'ha de diferenciar aquella gestant de procedència rural la qual probablement mai ha sigut visitada en un centre sanitari, d'aquella que prové d'una zona urbana on ha pogut utilitzar alguna infraestructura sanitària on el seu ingrés hospitalari es regeix sota protocols.

En el cas del part, s'han observat conductes que poden dificultar l'assistència del professional sanitari, sobretot en el cas de la dona subsahariana múltipara, la qual mostra una actitud més liberal i poc col·laborativa especialment si la barrera

idiomàtica suposa un problema afegit. S'ha demostrat que quan la dona treballa per si sola sense restriccions, ella mateixa troba posicions que li són més còmodes i les canviarà amb major freqüència a mesura que es va acostant el moment del part. El nostre model sanitari intervencionista, col·locant una solució intravenosa o monitoritzant el batec fetal, pot privar a la dona de la llibertat de moviments durant el treball de part que alguns estudis contempen com a actuació necessària davant alguna complicació.⁽²⁷⁾ Així doncs, la manca de llibertat de moviments i de decisió durant el moment del part suposa una barrera entre usuari immigrant i el sistema sanitari comportant a un rebuig d'actuacions i instruccions. Tot i així, aquesta incertesa en el funcionament del sistema millora a través d'un procés d'aculturació a mesura que les dones van adquirint experiència en el nostre sistema sanitari.

Expressió del dolor durant el part:

Les dones subsaharianes no manifesten tanta por a tenir dolor al part sense la necessitat d'analgèsia peridural, a diferència de les dones marroquines, les quals constantment es qüestionen si el part els hi generarà dolor o no. Aquesta diferència en la percepció del dolor pot venir influenciada a nivell cultural, on alguna d'elles mateixes refereix que queixar-se en excés durant el part pot ser inclòs considerat una ofensa per la família.

Contràriament a les qüestions d'índole cultural, la informació rebuda prèviament al part o bé per les condicions psicosocials que pateixen (context diferent al que estan acostumades a tenir un part, fet que els hi genera més ansietat i por, així com la falta de suport emocional per part de sers estimats, les predisposa a ser més vulnerables davant el dolor), són altres factors que predisposen a la dona a manifestar menor tolerància al dolor.⁽¹⁴⁾ Aquests aspectes es reflecteixen sobretot en les dones que han tingut el primer part en el nostre sistema sanitari o bé els anteriors han sigut en el seu país d'origen en diferents condicions. Independentment del llindar de dolor que presentin aquestes dones, resulta difícil pel professional sanitari en ocasions entendre l'excés de gestos i expressions generades en el moment del part per manifestar el dolor.

Necessitat de suport afectiu per contrarestar la barrera idiomàtica en el moment del part:

Davant la falta de comprensió de les instruccions en el moment del part i per ajudar a pal·liar el dolor, la dona musulmana especialment les d'origen subsaharià busquen el contacte físic amb el personal sanitari present durant el part, per tal de contrarestar sobretot la barrera lingüística però també per suplir l'absència d'un acompanyant. En aquest sentit la competència de la llevadora en relació al suport emocional durant el part pot quedar més reflectit en aquest col·lectiu de dones respecte les autòctones, tot i que els professionals consideren que la seva actitud i atenció és la mateixa independentment de l'ètnia de la pacient.

S'entén com a suport emocional l'assistència continuada presencial en el part, és a dir, mantenir una actitud empàtica, amable i pacient, tenir cura del llenguatge verbal i no verbal, potenciar l'autoconfiança, reforçant i premiant verbalment la conducta de la dona, així com animar-la i tranquil·litzar-la si és necessari.⁽²⁸⁾ En el col·lectiu de les dones estudiades probablement s'hauria de potenciar més la comunicació no verbal davant l'absència d'un acompanyant o d'una medidora del centre tal i com s'ha esmentat anteriorment.

La mitificació respecte el vincle afectiu :

En la majoria de casos, la gestant accepta positivament l'arribada del seu fill. Tot i així, la multiparitat i el fet de ser un embaràs no desitjat, es sol percebre a la nostra cultura com un factor a interferir en la predisposició de la mare davant el vincle afectiu ja que a mesura que van tenint fills, li van restant importància a aquest afecte mare-fill en el moment de néixer. Coincidint amb l'estudi de Luque i Oliver⁽¹⁴⁾, estem acostumats a veure com un naixement genera sentiments espontanis d'alegria i felicitat sobre la mare, acompanyats de carícies aportant algun petit comentari d'afecte al nadó i fins i tot amb alguna llàgrima d'emoció. Per aquest motiu, ens sorprèn quan la mare mostra falta d'expressió de sentiments tal i com estem acostumats a la nostra cultura. Certes expressions i preguntes que normalment es formula el personal sanitari com: "*No mostren cap mena d'afecte pel nen*" o "*Com és possible tenir un fill si no te l'estimes?*" poden comportar prejudicis a la comprensió d'una cultura que se'n desconeix el motiu de la seva actitud davant el vincle materno-infantil.

L'amor matern, segons algun autors, no és una manifestació de sentiment natural sinó que es construeix en funció del context sociocultural. En aquelles zones on la taxa de natalitat i mortalitat perinatal i infantil són elevades, és freqüent trobar una demostració del vincle afectiu tardana.⁽²⁹⁾

Segons afirma Adriana Kaplan (1998), el cert és que les dones subsaharianes mai parlen de la bellesa ni de la salut dels nens i tampoc es felicita als pares per donar la benvinguda, ja que existeix la creença de que aquests factors poden alertar els mals esperits per tal que vinguin a buscar l'ànima del nen. Així doncs, una manera de protegir el recent nascut dels mals esperits és no atreure-li massa atenció sense fer compliments sobre la seva bellesa. En aquest mateix sentit, és habitual que la mare no mostri atenció al seu fill durant els primers moments o inclòs els primers dies.⁽²⁵⁾ El contrari que succeeix amb la dona marroquina, la qual no es separa del recent nascut donant molta importància al contacte físic immediat, de la mateixa manera que les dones autòctones, coincidint amb l'estudi d'Oliver i Velasco (2002).⁽²⁴⁾

Ser mare és el rol principal de la dona musulmana:

Tal i com han afirmat totes les dones de la mostra del present estudi, la funció principal de la dona és ser mare i com més aviat ho siguin millor. En aquest sentit observem que l'edat de la mare musulmana en el moment del part és lleugerament inferior respecte les dones autòctones (suposant una mitjana d'edat de 27,20 anys entre les dones del present estudi respecte 30,48 anys com a mitjana d'edat de les dones autòctones extretes de la tesi doctoral, tal com es veurà seguidament en l'estudi quantitatiu).

Aquestes dones provenen de societats on el respecte que una dona rep depèn en gran mesura del nombre de fills. Per aquest motiu la fecunditat és elevada, així com el nombre de famílies nombroses, en les que l'home té un estatus superior. La maternitat és el rol més important per aquestes dones, per aquest motiu en molts casos existeix una certa ansietat per tenir el primer fill un cop la unió matrimonial ha sigut consumada. Aquesta ansietat es manifesta en la por a veure's rebutjada pel seu marit per no complir amb el seu paper reproductiu⁽⁹⁾.

Tot i la multiparitat com a característica principal d'aquest col·lectiu de dones, els aspectes econòmics determinen la possibilitat de tenir o no més fills, un element que coincideix amb la nostra cultura.

Valoració satisfactòria de l'atenció rebuda:

Tot i les dificultats culturals i lingüístiques, les dones i acompanyants valoren molt positivament l'atenció rebuda durant l'embaràs, part i post-part a nivell hospitalari, coincidint de la mateix manera amb l'estudi MIAS.⁽⁹⁾

La implicació del professional sanitari per cobrir les necessitats assistencials:

En general els professionals sanitaris que estan acostumats a treballar en zones on el nivell d'immigració és més elevat, refereixen ser més conscients de la interculturalitat per tal de tenir cobertes les necessitats assistencials de les dones. L'observació de conductes, reaccions i actituds que mostren durant la seva atenció, el professional sanitari de l'àmbit d'obstetrícia adquireix coneixements de cada cultura. Tot i així, refereixen tenir dificultats per entendre determinades reaccions degut a un xoc intercultural, ja que la nostra visió de l'embaràs, el part i el post-part, no coincideix amb la seva. Per tal de facilitar l'atenció i que elles puguin adaptar-se al nostre sistema sanitari, seria bo optimitzar els recursos existents com el cas de comptar amb la col·laboració d'una medidora intercultural sempre que sigui necessari, i desmitificar totes aquelles idees preconcebudes de cada ètnia.

Encara que els aspectes culturals i estructurals d'origen podrien jugar un paper important en la percepció i acceptació dels serveis sanitaris del nostre país, tal i com esmenta el "Manual de atención sanitaria a inmigrantes" (2007), les pautes i comportament en salut reproductiva de la dona immigrant (hàbits sanitaris, vivència de la maternitat, lactància, patrons reproductius, etc), intervenen tant aquestes concepcions socioculturals i sanitàries d'origen prèvies a la immigració, com les concepcions sociosanitàries existents en el país de destí. Tot i així, les particularitats que planteja l'atenció a dones immigrants han d'entendre's en el context global d'origen; les qüestions culturals no poden ser preses de manera categòrica, rígida no estereotipada; ja que les dones no estan únicament modelades per la seva cultura d'origen, existint una gran varietat individual.⁽²⁰⁾

6. RESULTATS DE L'ESTUDI QUANTITATIU:

Per poder entendre els resultats d'aquest estudi, cal tenir present que la comparació s'ha realitzat sota una mostra superior a la nostra (50 dones autòctones respecte 15 dones immigrants).

La mitjana d'edat de les dones estudiades és de 27'2 anys amb un rang d'edat comprès entre 19 i 31 anys, mentre que el de les dones autòctones és de 30'48 anys. Entre elles s'observa una varietat en tres aspectes fonamentals: antecedents obstètrics i paritat, control gestacional i desenvolupament del part

Antecedents obstètrics i paritat:

A partir de les dades anteriors s'han pogut observar les variàncies de les gestants immigrants i autòctones, tal i com mostra la taula 1, en relació a la fórmula obstètrica, de les quals només s'han detectat diferències entre les variables: nombre d'embarassos finalitzats i avortaments. S'observa un intercanvi de percentatges significatius en relació al nombre d'embarassos entre dones immigrants i autòctones. Mentre les autòctones destaquen en ser primíparaes (60%), les dones immigrants estudiades registren el mateix percentatge en multiparitat i només un 20% han tingut el seu primer fill en el moment de l'estudi, (tant per cent que es reflecteix en el col·lectiu de dones multigestes espanyoles). De la mateixa manera, s'identifica un major percentatge d'avortaments i interrupcions involuntàries de l'embaràs (IVE) en les dones del nostre estudi respecte les autòctones.

Taula 1. Fórmula obstètrica entre dones immigrants i autòctones

Variables	Immigrants (%)	Espanyoles (%)
Nombre d'embarassos		
- Primíparaes	20	60
- Secundíparaes	20	20
- Multiparites	60	20
Nombre d'avortaments		

- Cap avortament	73,3	80
- Un avortament	6,6	12
- Dos o més avortaments	20	6
- IVE (Interrupció voluntària de l'embaràs)	13,3	2

En el present estudi s'ha pogut analitzar més profundament els antecedents obstètrics entre les dones d'origen marroquí i subsaharià (taula 2), els quals han ajudat a entendre gran part de la fórmula obstètrica. Així doncs, es registren 3 casos de cesàries anteriors per motiu de "Síndrome de patiment fetal agut", 5 avortaments espontanis dels quals 2 s'han donat en un parell d'ocasions i 2 interrupcions voluntàries de l'embaràs (IVE) amb una diferència d'edat important de 17 i 28 anys. Entre els avortaments destaquen dos casos que han sofert 2 avortaments espontanis prèviament a tenir un part normal amb el fill viu (enat eutòic), i anys posteriors s'han decidit per realitzar una IVE.

A partir de les dades anteriors, s'identifiquen que tres dones de la mostra vivien el seu primer embaràs, 2 eren secundígestes i la resta eren multígestes. D'aquestes darreres, 3 han tingut un parell d'avortaments previs i dos gestants tenen un dels fills morts.

Taula 2. Antecedents obstètrics i fórmula obstètrica entre les dones marroquines i subsaharianes

Variables	Marroquines	Subsaharianes
Cesàries anteriors	1	2
Nombre d'embarassos		
- Primípara	3	0
- Secundípara	1	2
- Multípara	5	4

Nombre d'avortaments		
- Cap avortament	6	5
- Un avortament	1	0
- Dos o més avortaments	2	1
- IVE (Interrupció voluntària de l'embaràs)	1	1
Nombre de fills morts	0	2

Control gestacional:

S'identifiquen diferències significatives en relació als controls gestacionals entre les dones marroquines i subsaharianes respecte les dones autòctones. La setmana de gestació de la primera visita i el nombre total de visites són indicadors de qualitat del control de l'embaràs. Segons el Protocol de Seguiment de l'embaràs a Catalunya, la primera visita s'hauria de portar a terme entre la 4a i 12a setmana de gestació, així doncs tal i com es registra a la taula 3, en la mostra estudiada s'observa una mitjana de retard en la realització de la primera visita (13 setmanes de gestació) respecte les dones autòctones (6 setmanes de gestació). Pel que fa a les dues ètnies estudiades, encara s'intensifica més aquesta diferència tal i com es visualitza a la taula 4, ja que només 5 de les dones queden registrades dins aquest rang, el qual es troba entre 6 i 8 setmanes de gestació. La resta inicia els controls gestacionals a partir de la 15-19a setmana d'embaràs, període en el qual s'hauria de realitzar la segona visita segons el protocol. Pel que fa al nombre de visites tant a nivell hospitalari com en l'àmbit d'atenció primària és també inferior respecte les dones autòctones.

Taula 3. Controls d'embaràs entre dones espanyoles i immigrants

Variables	Immigrants	Espanyoles
Mitjana del nombre total de visites	7	10

Mitjana de la setmana de gestació primera visita	13	6
--	----	---

Taula 4. Controls d'embaràs entre l'ètnia marroquina i subsahariana

Variables	Marroquines	Subsaharianes
Nombre total de visites		
- De 4 a 6	6	1
- De 8 a 10	3	5
Setmana de gestació primera visita		
- < 12SG	4	1
- > 12SG	5	5

El retard en la realització de la primera visita i l'escàs control gestacional, podria afectar en la realització completa de les ecografies necessàries pel control de l'embaràs. Aquest fet queda reflectit a la taula 5, on es veu que la dona espanyola compleix amb les 3 ecografies essencials, tot i que la mitjana surt més elevada (4,8 ecografies) probablement per necessitat d'una ecografia addicional en casos de risc, a diferència de les dones marroquines i subsaharianes (2,6 ecografies).

Dins el col·lectiu estudiat però, s'observa que les dones que han iniciat les visites de manera tardana tenen cobertes les 3 ecografies, mentre que aquelles que han assistit a la primera visita dins els terminis establerts pels protocols, destaquen en la falta d'una de les ecografies, concretament la segona. A les taules 5 i 6 es poden visualitzar els resultats

Pel que fa a les serologies a tenir en compte en el moment del part que queden registrades a la Història Obstètrica de cada dona, són les següents: la luètica, la prova de l'antigen Austràlia per l'Hepatitis B (HbsAg), prova del HIV, Toxoplasmosi i Rubèola. Tot i que els resultats de la majoria de proves realitzades

a les dones immigrants del nostre estudi són negatius o bé indiquen immunització, es registre en un parell de casos que, els resultats de la serologia de la Rubèola queden sense determinar.

Tot i que en l'estudi realitzat a la tesi doctoral de suport per aquesta investigació no hi figura el risc d'embaràs de les dones autòctones, en aquest cas només ens centrem en les dones musulmanes del present estudi. La falta d'alguna de les ecografies, juntament amb un inici retardat del control de la gestació, comporta a un insuficient seguiment de l'embaràs, factor que situa a la majoria de les gestants estudiades en un "risc mitjà" d'embaràs, aspecte que caldrà tenir en compte en el moment del part. Per altra banda, només s'identifiquen 3 casos on els antecedents patològics durant l'embaràs són motiu de risc mitjà en el part. Un d'ells correspon a una incompatibilitat del factor Rh (gestant amb Rh negatiu), l'altre per resultats positius en el cultiu vaginal (*Streptococ Agalactiae B*) i el darrer, per motiu d'obesitat juntament amb una macrosomia fetal a l'anterior part. Pel que fa al "risc alt" s'identifiquen les gestants amb cesàries anteriors on només una de les quals té un factor patològic important, concretament l'Hepatitis B; s'identifica també un cas de gestació gemel·lar (gestació monocorial biamniòtica) i un de Diabetis Gestacional dins aquet grup de risc. La resta de dones, degut a l'absència de factors de risc, queden situades en el grup de "risc baix" d'embaràs.

Taula 5. Nombre d'ecografies entre dones autòctones i immigrants

Variables	Immigrants	Espanyoles
Mitjana de nombre d'ecografies	2,6	4,8

Taula 6. Nombre d'ecografies i grup de risc d'embaràs entre dones marroquines i subsaharianes

Variables	Marroquines	Subsaharianes
Nombre d'ecografies		
- 3 ECOs	6	5
- 2 ECOs	2	1
- 1 ECO	1	0

Risc d'embaràs		
- Risc baix	3	0
- Risc mitjà	3	4
- Risc alt	3	2

Durant la gestació, tant les dones del col·lectiu estudiat com les autòctones, coincideixen en haver seguit tractament farmacològic (àcid fòlic, iode i ferro), suposant un 92% en les dones autòctones i un 90% en les dones immigrants.

Per altra banda es visualitzen diferències significatives en relació als ingressos hospitalaris durant l'embaràs. Tot i ser un percentatge baix (18%) els ingressos de dones autòctones resulta ser superior al de les dones immigrants avaluades en el present estudi, de les quals no es registre cap ingrés durant la gestació.

Desenvolupament del part

Pel que fa a la setmana de gestació (SG) en la que es va presentar el part, no s'identifiquen diferències significatives entre les dones immigrants i autòctones. Totes les dones entren dins els rang de les 37- 42 SG, és a dir, embaràs a terme, amb una mitjana de 39 SG en les immigrants i de 40 SG en les espanyoles.

Entre les gestants no destaquen diferències significatives respecte l'inici del part, contràriament al que succeeix en la finalització d'aquest. Mentre en les dones immigrants no es realitza cap cesària urgent, en el col·lectiu de dones autòctones aquest augmenta fins al 40%.

Es registra alguna inducció per part de les dones immigrants (una a la gestant diabètica i l'altra a la gestant gemel·lar) i a les autòctones, així com la realització d'algun part distòcic concretament amb cesària electiva, tal i com queda reflectit a la taula 7.

Taula 7. Inici i finalització del part

Variables	Immigrants (%)	Espanyoles (%)
Inici de part		
- Espontani	73,3	54

- Induït	13,3	28
- Estimulat	0	12
- Cesària electiva	13,3	6
Finalització del part		
- Eutòcic	73,3	40
- Instrumentat	0	14
- Cesària	0	40

De la mateixa manera, l'ús de medicació durant el part també queda bastant equitatiu. Tal i com queda reflectit a la taula 8, mentre 5 dones d'ambdues ètnies no rep cap tipus d'infusió per via perifèrica, 6 només requereixen d'uteretònics, concretament d'Oxitocina, per tal de facilitar la dinàmica uterina. Simplement en 2 casos, demanen l'administració de l'analgèsia peridural, la qual també requereix anar acompanyada d'Oxitocina. De la mateixa manera, s'identifiquen dos casos d'anestèsia general per a la realització de cesàries. Així doncs, s'observa poca demanda d'analgèsia peridural (13,3%), en relació a la dona autòctona (96%).

Aquest aspecte indica que les dones d'origen marroquí i subsaharià toleren un lliandar de dolor més elevat en relació al de les dones autòctones, tal i com es visualitza a la taula 9.

Taula 8. Ús de medicació durant el part en dones marroquines subsaharianes

Variables	Marroquines	Subsaharianes
- Uteretònics (Oxitocina)	3	3
- Analgèsia peridural	2	0
- Anestèsia general	1	1
- Cap	3	2

Taula 9. Ús d'analgèsia peridural durant el part en dones immigrants i autòctones

Variable	Immigrants (%)	Espanyoles (%)
Analgèsia peridural	13,3	96

7. DISCUSSIÓ QUANTITATIVA:

S'han identificat diferències en l'edat del moment del part que s'han portat a terme els estudis, sent la dona d'origen marroquí i subsaharià més jove que la espanyola. D'aquesta manera, i tenint en compte l'edat menor de les dones entrevistades (19 anys) podríem afirmar el que registra l'informe MIAS⁽²²⁾, respecte que la mitjana del primer part d'aquest col·lectiu de dones és inferior al de les autòctones.

Tot i que varis autors afirmen que no són freqüents les sol·licituds d'interrupcions voluntàries d'embaràs en adolescents del col·lectiu estudiat, en el nostre estudi s'identifica un percentatge superior respecte les dones autòctones.

En quan a la paritat, es registra un major percentatge de múltiples que les autòctones, coincidint de nou amb l'estudi MIAS i el projecte realitzat a l'Hospital de Nuestra Señora del Prado^(22,13). De la mateixa manera, trobem que les dones del present estudi tenen una taxa de diagnòstic d'embaràs més tardà que les autòctones, situació que pot dificultar els controls. Inicien la primer visita a la setmana 13 de gestació, mentre que les autòctones la realitzen a la setmana 6. Aquest aspecte podria explicar que les dones immigrants del col·lectiu marroquí i subsaharià s'incorporen més tard als controls de salut de l'embaràs o bé han iniciat el control al nostre sistema sanitari i el continuen en el seu país d'origen, fet que moltes vegades no queda registrat en el carnet d'embaràs de la dona. Conseqüentment es registren un menor nombre de visites i d'ecografies que condueixen a un risc mitjà d'embaràs per insuficient control gestacional.

Pel que fa a les serologies, l'estudi de Marqueta i Romagosa (2002) conclou en els seus resultats que la taxa de gestants magrebines portadores de l'*Streptococcus Agalactiae* B és molt elevada, arribant gairebé a un terç del total de dones d'aquest col·lectiu, tret que no coincideix amb el nostre estudi.

La freqüència dels parts espontanis és major i les induccions es donen en menor freqüència que en les dones autòctones. Tot i així, contràriament a l'estudi MIAS, en el nostre cas s'ha donat un percentatge més elevat de cesàries electives en les dones immigrants respecte les espanyoles. Per altra banda, coincidim en un menor ús d'analgèsia peridural⁽²²⁾, fet que pot estar relacionat amb les dificultats

en la comunicació o bé degut a la millor tolerància que tenen davant el dolor i que en la seva cultura forma part del procés del part.

8. RESULTATS GENERALS:

Davant les mancances detectades en el present estudi, la barrera lingüística i la incertesa en el funcionament del sistema, són probablement les necessitats que no queden cobertes per aquest col·lectiu de dones. Per aquest motiu, m'he plantejat com a proposta de millora elaborar un "*vídeo d'orientació a les gestants novingudes al nostre sistema sanitari*" (concretament al Hospital Sta. Caterina, on s'ha realitzat l'estudi) amb la col·laboració d'una medidora intercultural, per tal de que amb l'ajuda de la seva llengua d'origen i d'una manera molt didàctica, puguin anar familiaritzant-se en la sala de parts, probablement la zona que genera més pors davant el desconeixement.

9. LIMITACIONS DE L'ESTUDI I PROSPOTES DE FUTURES

INVESTIGACIONS:

Degut a les barreres lingüístiques, així com les limitacions temporals i de disponibilitat per poder realitzar l'estudi es va haver d'ajustar la mostra a un nombre més reduït del que s'hagués preferit. D'aquesta manera, els objectius del treball també van haver de ser més específics, per tal de ser coherents amb els recursos disponibles i així assegurar la viabilitat de l'estudi.

Per altra banda, hagués sigut desitjable comptar amb una major disponibilitat temporal per seguir investigant en aquest camp i incloure els professionals sanitaris de l'àrea d'obstetrícia de l'hospital Sta. Caterina com a observadors principals de les conductes i actituds d'aquest col·lectiu de dones. A partir d'aquesta inclusió, s'hagués pogut accedir a un coneixement més profund de les dificultats assistencials i les estratègies que apliquen a la seva pràctica diària per mitigar les diferències culturals.

La possible continuïtat d'aquest estudi permet proposar futures investigacions realitzant novament l'estudi passats uns anys d'experiència al nostre sistema sanitari (principalment a aquelles dones nouvingudes), per comprovar si s'ha donat un procés d'aculturació i si continuen existint les mateixes barreres i necessitats assistencials que les detectades en el present estudi; incloent els coneixements i opinions dels professionals davant la seva praxis en l'entorn multicultural, que no queden reflectits en el present estudi.

10. CONCLUSIONS:

Aquest treball posa de manifest diferències culturals en les actituds i comportament respecte l'àmbit de la salut reproductiva de la dona immigrant. Tot i així, encara que existeixin algunes variacions i trets més comuns en cada una de les ètnies estudiades, no és possible realitzar generalitzacions ja que la variabilitat és una premissa fonamental.

A través dels resultats obtinguts en ambdues metodologies utilitzades, ens permet fer una triangulació de dades i obtenir les següents conclusions:

Les dificultats en la comprensió de la informació és la barrera principal que dificulta la qualitat de l'assistència en l'embaràs, part i post-part, afectant tan

l'usuari com al professional sanitari necessitant així, el suport d'un intèrpret informal.

La percepció d'embaràs com a situació que no requereix atenció mèdica comporta a un retard i una menor freqüentació en les visites de control gestacional respecte les dones autòctones, situant a la majoria de dones en un risc mitjà d'embaràs el qual afecta a un posterior desenvolupament del part; així com una absència en les classes de preparació al part.

Tot i que la pràctica del Ramadà podria influir en el seguiment d'hàbits saludables durant l'embaràs, els resultats confirmen que les dones compleixen amb els consells dietètics i d'exercici físic, així com el compliment terapèutic pausat.

El nostre sistema sanitari més intervencionista pot interferir en la llibertat de moviments de la dona durant el part, la qual es regeix culturalment per un part natural. Per aquest motiu expressen el dolor d'una manera més patent i amb un ús inferior d'analgèsia peridural respecte les dones autòctones.

Les majors preocupacions s'evidencien en el col·lectiu de dones primíparaes, en les que la incertesa en el funcionament del sistema sanitari constitueix un factor influent en la seva conducta, especialment durant el part i post-part; contràriament a aquells dones que han patit un procés d'aculturació les quals mostren una conducta més adaptada al sistema.

La figura del marit en el moment del part queda exclosa culturalment, sobretot en aquelles dones procedents de zones rurals on el part es realitza al domicili amb la presència exclusiva dels membres femenins de la família. Per aquest motiu, la seva absència pot comportar un suport emocional addicional que el professional sanitari ha de potenciar i comptar amb l'ajuda d'una mediatra intercultural si fos necessari.

En relació al vincle afectiu, els resultats confirmen que les dones subsaharianes mostren una falta d'atenció cap al recent nascut al moment de néixer, contràriament a les dones marroquines les quals inicien el contacte físic de manera immediata coincidint amb les dones autòctones. Aquesta conducta, que es justifica per les creences culturals, pot interferir en la predisposició de la mare

davant la participació de les cures del nou-nat durant les següents 48 hores post-part ingressada a la planta.

Tot i les barreres lingüístiques i culturals, les dones de l'estudi fan una valoració satisfactòria de l'atenció rebuda per part de professional sanitari tan en l'embaràs, el part i com el post-part.

Per concloure, voldria afegir que prendre consciència de la cultura implícita en les nostres institucions sanitàries pot ajudar tan els actuals com als futurs professionals sanitaris, a sensibilitzar-nos en la diversitat cultural i que cada persona necessita el seu temps d'aculturació per tal d'establir una relació terapèutica equiparable al de les dones autòctones amb el menor nombre de pors i inquietuds possibles. Davant aquest procés, s'ha de tenir en compte la implicació fonamental de la medidora intercultural, la qual pot aportar coneixements culturals que també poden servir com a elements de formació en el professional sanitari.

BIBLIOGRAFIA:

- (1) Morera Montes J, Alonso Babarro A, Huerga Aramburu H. Manual de atención al inmigrante [manual a Internet]. Madrid: ERGON;2009.ISBN:978-84-8473-755-1. Disponible a:
http://www.actasanitaria.com/filesset/doc_49951_FICHERO_NOTICIA_41735.pdf
- (2) Saletti Cuesta L. El concepto de “maternidad”: últimas tendencias dentro del feminismo. Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista. Dialnet [revista a Internet]. 2008;7:169-184.ISBN:579-7902. Disponible a: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2884595>
- (3) Fondo de Población de Naciones Unidas. Estado de la población mundial 2006. Hacia la esperanza. Las mujeres y la migración internacional [página a Internet]; 2006. Disponible a: http://www.unfpa.org/swp/2006/pdf/sp_sowp06.pdf
- (4) Real Decreto Ley 16/2012, de 20 de abril, de medidas urgentes para garantizar la sostenibilidad del Sistema Nacional de Salud y mejorar la calidad y seguridad de sus prestaciones. BOE 24-04-2012, nº98 [página a Internet]. Disponible a: <http://sid.usal.es/idocs/F3/LYN17102/17102.pdf>
- (5) Informe Encuesta Nacional de Inmigrantes (ENI-2007). Madrid: Ministerio de Trabajo e Investigación [página a Internet]. Abril; 2008. Disponible a: http://www.ine.es/daco/daco42/inmigrantes/informe/eni07_informe.pdf
- (6) Generalitat de Catalunya. La natalitat a Catalunya l'any 2011 [página a Internet]. Barcelona: Institut Català d'Estadística; 2012:1-12. Disponible a: http://premsa.gencat.cat/pres_fsvp/docs/2012/10/31/09/56/3ca05174-ad1f-4b7c-8768-5047d23cb1bc.pdf
- (7) Generalitat de Catalunya. Perfils sociodemogràfics dels col·lectius més nombrosos a Catalunya: xifres provisionals a 1 de juliol de 2012. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família; 2012:1-42. Disponible a:
http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematics/05Immigracio/02Dadesimmigraciocatalunya/01perfilsdemografics/Documents/PERFIL_Paisos.pdf
- (8) Kaplan A. Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migrantes senegambianas en Género e Inmigración [estudi a Internet]. Bilbao, Harresiak Apurtuz. 2006; 109-120. Disponible a:
http://www.mgf.uab.es/docs/articulo_Harresiak.pdf
- (9) Sociedad española de Ginecología y Obstetricia. Mujer inmigrante y asistencia sanitaria. [projecte a Internet]. Ed: Saatchi & Saatchi Healthcare; 2010. Disponible a:
http://www.programamias.com/images/stories/MIAS_baja.pdf

- (10) Oliver Reche MI. La salud reproductiva de las mujeres inmigrantes en España. Almería: Diputación de Almería (Servicio Provincial de Mujeres)-Instituto de Estudios Almerienses. 2005; 29-33.
- (11) ADUNARE, Fundación. Factores culturales que influyen en la atención sanitaria a usuarios de origen extranjero [página a Internet]. Servicio de Apoyo a la Mediación Intercultural (SAMI). Ed. Gobierno de Aragón, Dirección General de Trabajo e Inmigración. 2007. Disponible a: www.adunare.org
- (12) García García J, Pardo Serrano C, Hernández Martínez A, Lorenzo Díaz M, Gil González D. Diferencias obstétricas y neonatales entre mujeres autóctonas e inmigrantes. Prog Obstet Ginecol [revista a Internet]. 2008 2;51(2):53-62. Disponible a: <http://www.elsevier.es/es/revistas/progresos-obstetricia-ginecologia-151/diferencias-obstetricas-neonatales-mujeres-autoctonas-e-inmigrantes-13115325-articulos-originales-2008>
- (13) Liberal M.L, Garrido Sánchez Tello E, Mestanza J.A, Iglesias E. Estudio de las diferencias obstétricas y perinatales entre gestantes españolas e inmigrantes en nuestro área de salud. Gin Pract [revista a Internet]. 2012; 71 (6): 133 -139. Disponible a: <http://tokoginecologia.org/Toko/2012/Nov-Dic%20725.pdf>
- (14) Luque Fernández M.A, Oliver Reche M.I. Diferencias culturales en la percepción y vivencia del parto: El caso de las mujeres inmigradas. Index Enferm [revista en Internet]. 2005 Jun; 14(48-49): 9-13. Disponible a: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=s1132-12962005000100002&script=sci_arttext
- (15) Garcés Palacio I.C, Altarac M, Scarinci I.C. Contraceptive knowlege and use among low-income Hispanic immigrant women and non-Hispanic women. Contraception [Internet journal]. 2008 Apr; 77(4): 270-5. Available in: <http://www.contraceptionjournal.org/article/S0010-7824%2808%2900011-5/abstract>
- (16) Kormosky J.L, Peck J.D, Sweeney A.M, Adelson P.L, Schantz S.L. Reproductive characteristics of Southeast Asian immigrants before and after migration. J Immigrant Minority Health [Internet journal]. 2008; 10(2):135-43. Available in: <http://link.springer.com/article/10.1007/s10903-007-9064-8#page-1>
- (17) López A.M, Martín M.A, Rodríguez R.M, Rosa R, Sánchez M.I. Actitudes del personal sanitario del área de partos ante la mujer inmigrante. Matronas Profesión [revista a Internet]. 2002; 10: 32-39. Disponible a: <http://www.federacion-matronas.org/rs/428/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/e1b/rclang/es-ES/fd/1/filename/vol3n10pag32-39.pdf>.
- (18) Strauss A, Corbin J. Basics of qualitative research: grounded theory procedures and techniques. Newbury Park: Sage, 1998.

- (19) Pérez Ramírez F. Las mujeres inmigrantes y su respuesta psicológica en el puerperio inmediato. Diferencias obstétricas y sociodemográficas. Capítol 6: Diferencias sociodemográficas y obstétricas entre las mujeres inmigrantes y españolas durante el embarazo, parto y puerperio [tesis doctoral a Internet]. Granada: Departamento de enfermería, Universidad de Granada; 2011.
Disponible a: <http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/21628/1/20761181.pdf>
- (20) Junta de Andalucía. Manual de atención sanitaria a inmigrantes. [manual a Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2007. Disponible a:
http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/p_4_p_2_promocion_de_la_salud/materiales_publicados_inmigrantes/manualatencioninmigrantes.pdf
- (21) Tejero C. Documento de apoyo a la atención multicultural en el proceso de parto y nacimiento. Salud inmigrantes [página a Internet]. Disponible a:
http://es.scribd.com/fullscreen/56582998?access_key=key-1u0uocc2ge5ho0ydcdqg
- (22) Programa MIAS. Informe de resultados cuestionario mujer inmigrante y asistencia sanitaria [document en línea]. Ed: Saatchi & Saatchi Healthcare.Març; 2010. Disponible a: http://www.programamias.com/images/stories/Informe_de_resultados_MIAS.pdf
- (23) Ibáñez Díaz M.B. Opinión de las gestantes, sus acompañantes y los profesionales de salud que las atienden sobre el acompañamiento en el parto. Matronas Prof [revista a Internet]. 2004; 5(16): 25-31. Disponible a:
<http://www.federacionmatronas.org/revista/matronasprofesion/sumarios/i/7307/173/opinion-de-las-gestantes-sus-acompanantes-y-los-profesionales-de-salud-que-les-atienden-sobre-el-acompanamiento-en-el-pa>
- (24) Oliver Reche M.I, Velasco Juez M.C. La mujer y la salud reproductiva en Marruecos Matronas Prof [revista a Internet]. 2002;3(7):26-32. Disponible a: <http://www.federacionmatronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/7546/173/la-mujer-y-la-salud-reproductiva-en-marruecos>
- (25) Kaplan Marcusán A. De Senegambia a Catalunya. Procesos de aculturación e integración social [estudi a Internet]. Barcelona: Fundació la Caixa; 1998. Disponible a:
<http://www.mgf.uab.es/docs/1a.pdf>
- (26) Hodnett E.D, Gates S, Hofmeyr G.J, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, Issue 10. Art. No.: CD003766. DOI: 10.1002/14651858.CD003766.pub4.
Available in: <http://summaries.cochrane.org/CD003766/continuous-support-for-women-during-childbirth>

- (27) Lamaze. Institute for Normal Birth. Prácticas de atención y cuidados que promueven el parto natural: Libertad de movimiento a lo largo del trabajo de parto [article a Internet]; 2003: 1-3. Disponible a:
<http://www.mamasol.com/uploaded/content/category/1672261369.pdf>
- (28) Simkin P. Supportive care during labor: A Guide for busy nurses. JOGNN. 2002; 31: 721-32. Disponible a: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12465869>
- (29) Organización Mundial de la Salud (OMS). Cuidados en el parto normal: Una guía práctica [guia a Internet]. Ginebra: Departamento de Investigación y Salud Reproductiva; 1996. Disponible a: http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_FRH_MSM_96.24_spa.pdf
- (30) Gabilan Martinez D.M, Velez Gonzalez M.L. Vivencias de las mujeres que transcurren su proceso de atención de parto y cuidado postparto con compañía y sin compañía de un familiar y bajo el cuidado de enfermería [tesis doctoral a Internet]. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2009. Disponible a:
<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/20092/DEFINITIVA/tesis12.pdf>
- (31) Saletti Cuesta L. El concepto de "maternidad": últimas tendencias dentro del feminismo. Clepsydra: revista de estudios de género y teoría feminista. Dialnet [revista a Internet]. 2008;7:169-184. ISSN 1579-7902. Disponible a:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=3991>

ANNEX 1: Taula d'observació participant

Variabls observacionals	Partera 1 (marroquina)	Partera 2 (subsahariana)	Partera 3 (marroquina)	Partera 4 (subsahariana)
Acompanyament del marit				
Col·laboració en el part				
Expressió del dolor generat per les contraccions				
Necessitat de contacte físic amb el personal				
Acceptació davant la rebuda del nounat				
Fomentació del vincle afectiu-manifestació de sentiments (felicitat, ignorància)				
Temps d'inici de la lactància materna				

ANNEX 2: Guia de l'entrevista semiestructurada

Dades sociodemogràfiques
Edat de la mare
País d'origen (urbà/rural)
Anys de residència a Catalunya
Estat civil <ul style="list-style-type: none">- Casada- Amb parella- Soltera- Viuda- Separada/divorciada
Idioma natal
Comprensió de la llengua autòctona (català/castellà) <ul style="list-style-type: none">- Gens- Entén el que se li diu però té dificultats per comunicar-se- Entén el que se li diu i parla amb fluïdesa
Nivell d'estudis <ul style="list-style-type: none">- Sense estudis- Estudis primaris- Estudis secundaris- Estudis superiors
Règim laboral: <ul style="list-style-type: none">- Actual- Anterior (abans de la migració)

En relació a l'embaràs
<ul style="list-style-type: none">- Ha sigut un embaràs desitjat o ha sorgit accidentalment?- Com vas detectar que estaves embarassada? Quina va ser la teva actuació?- Coneixes quina prova et van fer per diagnosticar el teu embaràs?- Has tingut algun ingrés hospitalari durant el teu embaràs actual? Per quin motiu?- És el primer part que tens a Catalunya? Com i a on han sigut els anteriors?- En cas de tenir fills anteriors en el teu país d'origen, has seguit algun control prenatal durant l'embaràs? Hi has assistit sola o acompanyada? Quines proves t'han realitzat durant el teu seguiment? I en el seguiment del teu embaràs actual?

- En les visites de control del teu embaràs actual aquí, has seguit les recomanacions d'hàbits saludables que t'ha pautat el/la ginecòloga i/o la llevadora? Em sabries dir quins?
- Has hagut de restringir alguna costum pròpia de la teva cultura i religió per tal de no perjudicar el teu embaràs (pex. Ramadà)? En cas afirmatiu, com afecta a les teves creences i quina és la teva actuació?
- Has assistit a classes de preparació al part? En cas de resposta afirmativa, creus que t'han servit d'utilitat de cares al part?. En cas de resposta negativa, per quin motiu no has assistit, en tenies coneixença?

En relació al part

- Quines han sigut les teves principals preocupacions en el moment del part?
 - a) Que em facin mal durant el part.
 - b) Que em facin un tacte vaginal (especialment si és home)
 - c) Em preocupa que el nadó neixi amb anomalies
 - d) Em preocupa que el part s'allargui massa
 - e) Em preocupa les possibles complicacions que puguin sorgir
 - f) Em preocupa no entendre amb el personal
 - g) Em preocupa que em facin una cesària o un part instrumentat
- S'ha pogut portar a terme el tipus de part que desitjaves? En cas negatiu, per quin motiu? Com ho has afrontat?
- Què suposa per a tu tenir dolor durant el part? Has tingut algun part sota anestèsia peridural? Per a quin motiu?
- Com valoraries l'atenció rebuda pel personal? Quines dificultats has trobat?

En relació al post-part (fins les 48h d'ingrés hospitalari)

- Com accepta la teva família l'arribada del teu fill?
- Tens dificultats per amamentar el teu fill? Per quin motiu?
- Consideres per quin motiu és important la lactància materna?
- Assisteixes en el bany del nadó? Et donen la possibilitat d'assistir-hi? En cas d'assistir, quina és la informació que t'ha donat el personal d'infermeria en quan a la cura del nadó?

En relació a la maternitat

- Quines emocions i/o preocupacions et genera tenir un fill? (en cas de ser múltipara amb o sense feina, esbrinar com afronta la mare aquesta situació, partint de la base que no ha sigut un embaràs desitjat).
- En cas de no poder tenir fills, creus que la teva comunitat et rebutjaria? Per quin motiu?
- Creus que una dona ha de ser mare per obligació o per una necessitat pròpia? Perquè? (porque debo// porque quiero)
- Quina creus que seria l'actuació del teu marit o parella sentimental si no poguessis tenir fills? Creus que et deixaria per una altra dona que sigues fèrtil?
- Què passa si et quedes embarassada sense estar casada ni tenir parella?

ANNEX 3: Marc de referència

Embaràs: període que transcórrer entre la implantació a l'úter de l'òvul fecundat i el moment del part. En el cas de l'embaràs humà, aquest dura al voltant de 40 setmanes, des del primer dia de la última menstruació o 38 des de la fecundació (aproximadament 9 mesos). És un procés especialment crític pels canvis fisiològics i funcionals, que genera.⁽¹⁹⁾

Part: es defineix com aquell començament espontani, de baix risc des del inici del treball de part, fins a la finalització del naixement. El nen neix de forma espontània, en presentació cefàlica, entre les 37 i 42 setmanes completes d'edat gestacional. Després, tan la mare com el nen es troben en bones condicions (OMS, 1996).⁽²⁹⁾ Caracteritzen el part, l'aparició de contraccions uterines rítmiques i progressives, intenses i doloroses, que impliquen la dilatació del coll uterí i aconseguen l'expulsió del fetus a través de la vagina i la vulva.⁽³⁰⁾

Puerperi: període comprès des del naixement fins passats 40 dies. Els que treballen en aquest projecte, tenint en compte el factor temps, són: el puerperi immediat (des de les 2h del part fins les primeres 24h) i el puerperi intermedi (transcórrer des de les 24h fins el 7è dia post-part).⁽³⁰⁾

Atenció al nounat: fa referència a les cures que ha de tenir la mare en relació al recent nascut des del moment en que l'úter expulsa la placenta fins les 6 setmanes post-part. Aquestes cures estan destinades a oferir una educació sanitària referent a la lactància, cures relacionades amb el bany i la cura del cordó umbilical.⁽³⁰⁾

Maternitat: conjunt d'accions realitzades a favor de la dona en l'època de gestació, naixement de la nova persona, cures posteriors i atenció i ajuda al naixement. És a dir: concepció, embaràs, part, criança i desenvolupament.⁽³¹⁾

Annex 4: Full informatiu a la pacient

Sol·licito el seu consentiment per participar en el següent estudi: “***La salut reproductiva de la dona immigrant: una anàlisi des de la influència cultural***”

Aquest treball correspon a un projecte de recerca del treball de fi de grau realitzat a través de la Facultat d’Infermeria de la Universitat de Girona.

L’objectiu principal de l’estudi és conèixer les vivències, les percepcions i les conductes de les dones immigrants (marroquines i subsaharianes) en l’embaràs, part, post-part i maternitat dins el seu marc cultural i com influeixen en l’atenció sanitària del nostre país.

Consisteix en un estudi qualitatiu descriptiu realitzat a través d’una entrevista semiestructurada, una observació i per altra banda d’un estudi quantitatiu amb dades clíniques i epidemiològiques, on se li demana informació referent a:

- Dades sociodemogràfiques
- Dades referents al seguiment i control de l’embaràs
- Factors culturals influents en l’embaràs
- Desenvolupament del part
- Educació sanitària rebuda al post-part
- Nivell de satisfacció en l’atenció rebuda per part dels professionals sanitaris

La seva participació és voluntària i anònima. Em comprometo a mantenir la confidencialitat dels resultats obtinguts.

Els resultats adquirits poden servir de gran ajuda als professionals sanitaris, per tal de poder entendre les divergències culturals enfront el procés de part i en conseqüència prestar una atenció adequada a les necessitats i expectatives de la dona embarassada.

Li agraeixo la seva col·laboració.