



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa: Educació Maternal / Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya

Cristina Martínez Bueno



Aquesta tesi doctoral està subjecta a la llicència **Reconeixement- NoComercial – SenseObraDerivada 4.0. Espanya de Creative Commons.**

Esta tesis doctoral está sujeta a la licencia **Reconocimiento - NoComercial – SinObraDerivada 4.0. España de Creative Commons.**

This doctoral thesis is licensed under the **Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivs 4.0. Spain License.**



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

i) Escola d'Infermeria

**Avaluació de la implementació i
desenvolupament del programa:
Educació Maternal / Preparació al Naixement
en els ASSIR de Catalunya**

TESIS DOCTORAL

CRISTINA MARTÍNEZ BUENO

Programa de Doctorat Infermeria i Salut

Barcelona, 2018

UNIVERSITAT DE BARCELONA

Escola d'Infermeria

Departament d'Infermeria Salut Pública, Salut Mental i
Materno-Infantil



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa: Educació Maternal / Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya

Co-direcció:

Dra. Ma Teresa Icart Isern

Dr. Pere Amorós Martí

Tutora: Ma Teresa Icart Isern

TESIS DOCTORAL

CRISTINA MARTÍNEZ BUENO

Barcelona, 2018

*Com en tots els àmbits de l'art i de la vida, els moments
sublims i inoblidables són poc freqüents.*

*Tot canvi requereix un temps de preparació i qualsevol
esdeveniment autèntic, un procés.*

Stefan Zweig, 1927

Al Marc i a l'Ariadna pel seu suport incondicional.

AGRAÏMENTS

Investigar no és fàcil i proposar-se la redacció d'una tesi tampoc, però no deixa de ser una aventura i un repte, i aquest és un aspecte que sempre m'ha atret en les diferents esferes de la meva vida, tant la personal com la professional. Com sempre passa amb els reptes, aquests et canvien en algun aspecte i a mi, m'ha ajudat a omplir una mica més la meva motxilla professional i sens dubte la personal, i he après que el temps no és infinit, que les renúncies són difícils i que els límits o es posen o difícilment s'arriba al final.

L'elaboració, reflexió, conceptualització i redacció d'aquesta recerca ha estat un procés força solitari, però no hauria estat possible sense la participació de moltes persones i professionals que han contribuït a que fos possible portar-la a terme, ja sigui amb els seus ànims, amb el seu suport emocional, amb la dedicació que m'han proporcionat o amb les seves aportacions.

En primer lloc vull agrair als meus dos co-directors de tesi, la Ma. Teresa Icart i el Pere Amorós, sense la seva infinita paciència, generositat, expertesa, els seus comentaris, consells i ànims aquesta tesi no sé si hauria arribat al final. Els hi agraeixo moltíssim el seu respecte en l'acompanyament que m'han fet durant tot aquest temps. Estic contenta de que m'acceptéssiu com a doctoranda i de la meva tria de directors.

A la Míriam Burballa per tot el temps compartit en la feina que fem i pel seu ajut en tot moment en aquesta tesi, la seva capacitat, energia, positivisme i estima és incommensurable. I a la Cristina Freixes amb la que m'uneix una gran estima, la seva imaginació i col.laboració m'han ajudat a completar la tesi pel que fa el disseny final. A la Mónica Miguel que també està sempre disposada a prestar la seva ajuda.

A totes les llevadores que han participat en la recerca perquè sense la seva feina hauria estat impossible portar-la a terme, la seva pràctica assistencial en els grups d'Educació Maternal/Preparació al naixement la fan amb el convenciment ferm que aquesta és una part molt important de la seva feina i m'omple d'orgull formar part del col·lectiu de llevadores.

A les responsables dels ASSIR de Barcelona ciutat, l'Ana Zaragoza, la Cèlia Vall, l'Eva Sarda, l'Eva Vela, l'Alicia Carrascón, la Rosa Almirall i l'Angela Garrido, gràcies per la vostra comprensió. I també a la Gemma Falguera, per la seva empenta i els seus consells pràctics d'una doctorada.

El meu infinit agraïment a la Glòria Seguranyes, que m'ha perseguit, impulsat i animat. Els seus comentaris m'han estat extremadament valuosos, estic contenta d'haver compartit els meus neguits amb ella, a més de la llarga amistat que ens uneix.

A les meves companyes de la l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona, l'Helena Viñas, la Rosa Rozas, la Lidia Francés, la Carme Tarré, la Carme Gómez i que amb el seu ajut en el dia a dia m'han ajudat a tirar endavant i a la Fina Goberna, companya de despatx i que també m'ha animat a seguir endavant.

A la Dolors Costa, que apreciu moltíssim i m'ha inspirat sempre com a professional. Ella m'ha anat donant el relleu en l'ASSIR, i sempre ha estat disposada a animar-me en aquesta aventura.

A la Direcció de Salut Pública i al Programa Materno-Infantil dels Departament de Salut, concretament a la Carmen Cabezas i a la Rosa Fernández pel seu ajut i creure necessària aquesta tesi.

També a l'Anna Mundet, que ha contribuït a que l'anàlisi amb l'Atlas-Ti no hagi estat impossible i al Jose Luís del Val pel seu ajut en la part estadística, sense que arribéssim a l'atac de nervis.

Al meu poeta de capçalera, el Lluís Calvo, que ha tingut la paciència infinita de llegir una part d'una tesi que ni li va ni li ve i, a sobre, ha estat capaç de dir que ha après coses. Genial Lluís. A la Pepa i a la Júlia, per la seva estima durant el procés.

A la meva família mare, germanes i germans, que són molts, per haver acceptat i comprés que les meves absències tenien un objectiu. També per imprimir-me aquest sentit de responsabilitat de germana gran, que sens dubte ha ajudat en el meu esforç en el treball.

I per últim, i per això mateix, el més gran agraïment, al Marc i l'Ariadna, sense ells hauria estat totalment impossible aconseguir molts dels objectius que m'he plantejat a la vida, la seva compressió, el seu recolzament incondicional i el seu amor infinit m'omplen el cor fins a transvessar-lo. Gràcies per la vostra paciència i pel respecte en moments en els quals el meu exercici com a parella i com a mare no ha estat el que m'hauria agradat. Sou la meva principal font inspiradora i el meu suport més necessari per afrontar els nous reptes. Moltíssimes gràcies per ser-hi.

Gràcies a tots i totes per acompanyar-me en tot moment en aquest trajecte.

ÍNDEX

ABREVIATURES	7
ÍNDEX DE TAULES	8
ÍNDEX DE FIGURES.....	10
RESUM	11
PREÀMBUL.....	13
PRIMERA PART: FONAMENTACIÓ TEÒRICA.....	19
Capítol 1. Marc d'atenció a la salut reproductiva i Materno-infantil.....	21
1.1. LA SALUT: CONCEPTE DINÀMIC.....	21
1.2. ESTENENT EL CONCEPTE DE SALUT: SALUT REPRODUCTIVA I MATERNO-INFANTIL.....	26
1.3. ATENCIÓ MATERNO-INFANTIL A CATALUNYA.....	31
1.3.1. <i>Indicadors demogràfics en salut materno-infantil.....</i>	<i>31</i>
1.3.2. <i>Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva a Catalunya.....</i>	<i>33</i>
Capítol 2. Promoció i educació per la salut.....	42
2.1. APROXIMACIÓ A LES TEORIES I MODELS DE PROMOCIÓ A LA SALUT EN LA PREPARACIÓ PER A LA MATERNITAT	42
2.2. EDUCACIÓ PER LA SALUT: MARC REFERENCIAL DELS PROGRAMES DE PREPARACIÓ AL NAIXEMENT.....	51
2.3. PROCÉS ENSENYAMENT—APRENENTATGE EN L'EDUCACIÓ PER LA SALUT	59
2.4. EL GRUP COM A EINA EDUCATIVA	63
Capítol 3. Educant el procés de maternitat i paternitat	67
3.1. ANTECEDENTS DELS PROGRAMES DE EDUCACIÓ MATERNAL / PREPARACIÓ AL NAIXEMENT.....	67
3.2. MÈTODES DE PREPARACIÓ AL PART I A LA MATERNITAT.....	70
3.3. PROGRAMES ACTUALS DE PREPARACIÓ AL NAIXEMENT I EL SEU IMPACTE: RESULTATS OBTINGUTS	82
3.3.1. <i>Anàlisi de l'impacte respecte a l'eficàcia dels programes de preparació al naixement</i>	<i>83</i>
Capítol 4.- Avaluació dels programes educatius.....	96
4.1. PROCÉS D'AVALUACIÓ: PER QUÈ HEM D'AVALUAR?	96
4.1.1. <i>Característiques de l'avaluació</i>	<i>96</i>
4.1.2. <i>Concepte d'avaluació.....</i>	<i>99</i>
4.1.3. <i>Perspectiva transdisciplinar de l'avaluació: avaluant allò que fem</i>	<i>101</i>
4.1.4. <i>Característiques i disseny de l'avaluació</i>	<i>103</i>
4.2. AVALUANT LA IMPLEMENTACIÓ DELS PROGRAMES EDUCATIUS.....	106

Capítol 5. Programa d'Educació Maternal/Preparació al naixement a Catalunya	114
5.1. PROGRAMES D'EDUCACIÓ MATERNAL/PREPARACIÓ AL NAIXEMENT EN EL NOSTRE ENTORN	114
5.2. PROCÉS D'ELABORACIÓ I DISSENY DEL PROGRAMA D'EM/ PREPARACIÓ AL NAIXEMENT A CATALUNYA	117
5.2.1. <i>Característiques de la mostra de participants</i>	117
5.2.2. <i>Metodologia</i>	118
5.2.3. <i>Objectius del programa</i>	119
5.2.4. <i>Estructura del programa</i>	120
5.2.5. <i>Materials del programa</i>	121
5.2.6. <i>Estratègies i tècniques de treball</i>	121
5.2.7. <i>Desenvolupament de les sessions</i>	124
5.3. IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA I AVALUACIÓ	126
SEGONA PART: OBJECTIUS I METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓ	129
Capítol 6. Objectius	131
6.1. OBJECTIU GENERAL	131
6.2. FASE QUANTITATIVA: OBJECTIUS ESPECÍFICS	131
6.3. FASE QUALITATIVA: OBJECTIUS ESPECÍFICS	131
Capítol 7. Disseny i metodologia de la investigació	132
7.1. DISSENY DE LA INVESTIGACIÓ	132
7.2. ÀMBIT D'ESTUDI	135
7.3. FASE I QUANTITATIVA DE L'ESTUDI	137
7.3.1 <i>Subjectes d'estudi</i>	137
7.3.2 <i>Instruments de la investigació</i>	137
7.3.3 <i>Recollida de dades del qüestionari</i>	139
7.3.4 <i>Variables d'estudi</i>	140
7.3.5 <i>Procés d'anàlisi de dades quantitatives</i>	142
7.4 FASE II QUALITATIVA DE L'ESTUDI	143
7.4.1 <i>Paradigma de la investigació qualitativa</i>	143
7.4.2 <i>Subjectes d'estudi</i>	146
7.4.3 <i>Instruments de recollida de dades: grups de discussió</i>	147
7.4.4 <i>Procés d'anàlisi de dades qualitatives</i>	152
7.5 CRITERIS CIENTÍFICS I ÈTICS QUE AVALEN LA RECERCA	155
7.5.1 <i>Críteris científics</i>	155
7.5.2 <i>Críteris ètics</i>	157
TERCERA PART: RESULTATS	159
Capítol 8. Resultats	161

8.1. RESULTATS FASE I: RESULTATS QUANTITATIUS OBTINGUTS A PARTIR DEL QÜESTIONARI	161
A. RESULTATS DESCRIPTIUS	161
8.1.1. <i>Variables sobre les característiques sociodemogràfiques de les llevadores</i>	161
8.1.2. <i>Variables relacionades amb els grups d'EM/PN</i>	167
8.1.3. <i>Variables sobre el coneixement i utilització del material del programa d'EM/PN</i>	168
8.1.4. <i>Variables sobre la fidelitat del programa</i>	170
8.1.5 <i>Variables relacionades amb la percepció de la llevadora sobre la satisfacció i la utilitat del programa d'EM/PN pels participants</i>	173
8.1.6 <i>Variables relacionades amb les fortaleses i les dificultats del programa i dels recursos disponibles.</i>	175
B. ANÀLISIS INFERENCIAL	176
8.1.7. <i>Relació entre les variables sociodemogràfiques i les variables de conèixer i utilitzar el programa.</i>	176
8.1.8 <i>Relació entre les variables conèixer o utilitzar el programa i la formació específica o complementària realitzada per les llevadores</i>	177
8.1.9 <i>Relació entre conèixer el programa i la fidelitat al programa d'EM/PN</i>	179
8.1.10 <i>Relació entre conèixer el programa i la percepció de les llevadores sobre satisfacció i la utilitat amb al programa d'EM/PN.</i>	180
8.1.11 <i>Relació entre conèixer el programa i les dificultats i fortaleses del programa i dels recursos disponibles.</i>	182
8.1.12 <i>Relació entre utilitzar el programa d'EM/PN i la fidelitat al programa</i>	182
8.1.13 <i>Relació entre utilitzar el programa d'EM/PN i la percepció de les llevadores sobre satisfacció i la utilitat amb el programa d'EM/PN</i>	183
8.1.14 <i>Relació entre utilitzar el programa i les dificultats i fortaleses del programa i dels recursos disponibles</i>	185
8.1.15 <i>Anàlisi d'associació entre anys d'experiència laboral i variables de fidelitat, satisfacció, utilitat, dificultat i fortaleses del programa en les llevadores que estan utilitzant el programa</i>	186
8.1.16 <i>Anàlisi d'associació entre els diferents ASSIR i variables de fidelitat, satisfacció, utilitat, dificultat i fortaleses del programa.</i>	189
C. ANÀLISI MULTIVARIANT.....	194
8.2. RESULTATS FASE II: RESULTATS QUALITATIUS OBTINGUTS A PARTIR DELS GRUPS DE DISCUSSIÓ	197
8.2.1. <i>Característiques de les llevadores participants en els grups de discussió</i>	197
8.2.2. <i>Característiques de les gestants participants i captació als grups d'EM/PN</i>	198
8.2.3. <i>Valoració del procés de desenvolupament del programa</i>	205
8.2.4. <i>Valoració dels canvis i aprenentatges</i>	224
8.2.5. <i>Valoració del grau de satisfacció i propostes de millora</i>	229
8.2.6. <i>Valoració del procés d'avaluació</i>	236

QUARTA PART: DISCUSSIÓ	241
Capítol 9. Discussió	243
9.1. DESCRIPCIÓ SOCIODEMOGRÀFICA I PROFESSIONAL DE LES LLEVADORES DELS ASSIR DE CATALUNYA	244
9.2. CARACTERÍSTIQUES DE LES GESTANTS PARTICIPANTS EN EL PROGRAMA D'EM/PN	246
9.3. ANÀLISIS DE LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA PER PART DE LES LLEVADORES: VALORACIÓ DEL PROCÉS DE DESENVOLUPAMENT I FIDELITAT DEL PROGRAMA	247
9.4. GRAU DE SATISFACCIÓ I D'UTILITAT DEL PROGRAMA PER A LES LLEVADORES I PER A LES PERSONES ASSISTENTS.....	251
9.5. CONÈIXER LES FORTALESES I DIFICULTATS DEL PROGRAMA	253
9.6. CANVIS DE CONEIXEMENTS I CAPACITATS DE LES PARTICIPANTS AL GRUP I APRENTATGES DE LES LLEVADORES AMB L'ÚS DEL PROGRAMA.	254
9.7. CARACTERÍSTIQUES SOCIODEMOGRÀFIQUES I DE FORMACIÓ DE LES LLEVADORES QUE INFLUEIXEN EN LA IMPLEMENTACIÓ DEL PROGRAMA EN TERMES DE FIDELITAT, SATISFACCIÓ I DIFICULTATS EN EL DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA	256
9.8. DIFERÈNCIES ENTRE ELS ASSIR DE CATALUNYA RESPECTE A LA IMPLEMENTACIÓ I DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA A NIVELL DE FIDELITAT, SATISFACCIÓ, UTILITAT, DIFICULTATS I FORTALESES	258
9.9. PROPOSTES DE MILLORA DEL PROGRAMA APORTADES PER LES LLEVADORES.....	260
IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA I LA RECERCA	263
CONCLUSIONS	269
BIBLIOGRAFIA	275

ANNEXOS (pàg 296)

[Annex 1. Programa tipus formació llevadores Catalunya](#)

[Annex 2. Formulari de valoració de la comprensió i detecció de dificultats del qüestionari pilot](#)

[Annex 3. Qüestionari estudi fase I](#)

[Annex 4. Guió grup focal](#)

[Annex 5. Diari de camp](#)

[Annex 6. Dimensions i categories de les variables](#)

[Annex 7. Consentiment informat de participació els grups focals](#)

[Annex 8. Informe favorable Comitè Ètica d'Investigació clínica de l'IDIAP Jordi Gol](#)

ABREVIATURES

STP – Salut a totes les polítiques

OMS – Organització Mundial de la Salut

ONU – Organització Nacions Unides

MSC – Ministerio de Sanidad y Consumo

CCAA – Comunitats Autònomes

FAME – Federación de Asociaciones de Matronas de España

SISCAT – Sistema Sanitari Integral d'utilització Pública de Catalunya

ITS – Infeccions de transmissió sexual

ASSIR – Atenció a la salut sexual i reproductiva

ICS – Institut Català de la Salut

EpS – Educació per a la salut

EM – Educació maternal

EM/PN – Educació maternal / Preparació al naixement

ICEA – International Childbirth Educations Association

MBSR – Mindfulness based stress reduction

CP – Centering Pregnancy

PLAENSA – Pla d'enquestes de satisfacció

CDC – Centers for disease and prevention

MRC – Medical Research Council

EPOC – Cochrane effective practice and organisation of care group

ÍNDEX DE TAULES

Taula 1: Evolució dels naixements a Catalunya	32
Taula 2: Relació de serveis ASSIR i centres d'Atenció Primària, gestionats per l'ICS	35
Taula 3: Cartera de serveis esquemàtica. Atenció a la Salut Sexual i reproductiva (ASSIR) a l'Atenció Primària	37
Taula 4: Professionals i competències.....	38
Taula 5: Conceptes principals de la Teoria de l'Aprenentatge Social i implicacions per a la intervenció. .	45
Taula 6: ASSIR per gerències territorials proveïdor ICS i altres proveïdors.....	136
Taula 7.1: Dimensions i categories grups de discussió	153
Taula 7.2: Dimensions i categories grups de discussió	154
Taula 8: Distribució del número de qüestionaris enviats i rebuts de les llevadores per ASSIR i Gerència Territorial de Catalunya.....	162
Taula 9: Distribució dels anys de la realització de la formació específica programa EM/PN	165
Taula 10: Distribució del tipus de formació relacionada amb l'EM/PN a partir del 2010	165
Taula 11: Distribució d'altres tipus de formació relacionada amb l'EM/PN a partir del 2010	166
Taula 12: Nombre de grups necessaris per desenvolupar programa.....	166
Taula 13: Nombre de grups d'EM/PN que les llevadores realitzen a l'any.....	167
Taula 14: Altres activitats educatives grupal que realitzen les llevadores	167
Taula 15: Distribució dels altres tipus d'intervencions grupals	168
Taula 16: Motius per no utilitzar el material específic del programa d'EM/PN	169
Taula 17: Coneixement del material específic d'EM/PN i utilització del programa (n=334)	170
Taula 18: Nombre de sessions grupals que realitzen les llevadores en el programa d'EM/PN	170
Taula 19: Distribució del nombre de persones que componen el grup d'EM/PN	170
Taula 20: Descripció dels resultats de variables de fidelitat al programa	171
Taula 21: Descripció de les variables de fidelitat al programa agrupades	172
Taula 22: Actitud activa versus actitud d'escolta dels participants en les sessions d'EM/PN	173
Taula 23: Descripció de les variables de satisfacció i utilitat del programa	173
Taula 24: Descripció dels resultats de les variables de satisfacció i utilitat al programa agrupades.	174
Taula 25: Descripció de les variables de fortaleses i dificultats del programa.	175
Taula 26: Descripció de les variables de fortaleses i dificultats del programa agrupades.	176
Taula 27: Relació entre les variables edat i anys d'experiència i conèixer el programa.	176

Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa:
Educació Maternal / Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya

Taula 28: Relació entre les variables edat i anys d'experiència i utilitzar el programa.	177
Taula 29: Relació entre els anys d'experiència i conèixer el material específic del programa EM/PN i estar utilitzant el programa d'EM/PN	177
Taula 30: Relació entre realitzar la formació específica per la implantació del programa i conèixer el material i estar utilitzant el programa EM/PN	178
Taula 31: Relació entre realitzar la formació específica o complementària i conèixer i estar utilitzant el programa EM/PN.....	178
Taula 32: Relació entre l'edat de les llevadores i haver rebut formació específica del programa EM/PN	179
Taula 33: Relació entre l'edat de les llevadores i haver rebut alguna formació diferent a l'específica del programa EM/PN.....	179
Taula 34: Relació entre conèixer el programa i variables de fidelitat al programa.	180
Taula 35: Relació entre conèixer el programa i variables de satisfacció i utilitat del programa	181
Taula 36: Relació entre conèixer el programa i les variables relacionades amb dificultats i fortaleses ..	182
Taula 37: Relació entre utilitzar el programa i variables de fidelitat al programa.....	183
Taula 38: Relació entre utilitzar el programa i variables de satisfacció i utilitat del programa.....	184
Taula 39: Relació entre utilitzar el programa i les variables relacionades amb dificultats i fortaleses	185
Taula 40: Relació entre anys d'experiència i variables de fidelitat del programa en les llevadores que l'estan utilitzant.	187
Taula 41: Relació entre anys d'experiència i variables de satisfacció i utilitat del programa en les llevadores que l'estan utilitzant.	188
Taula 42: Relació entre anys d'experiència i les variables relacionades amb dificultats i fortaleses del programa en les llevadores que l'estan utilitzant.	189
Taula 43: Relació entre l'ASSIR i les variables de fidelitat amb els seus valors positius.....	190
Taula 44: Relació entre l'ASSIR i les variables de satisfacció i utilitat del programa amb els seus valors positius.	192
Taula 45: Relació entre l'ASSIR i les variables relacionades amb dificultats i fortaleses del amb els seus valors positius.....	194
Taula 46: Anàlisi multivariant variable dependent coneixes el programa	195
Taula 47: Anàlisi multivariant variable dependent utilitzar el programa	196
Taula 48: Assistents i durada reunió grup discussió.....	197
Taula 49: Característiques sociodemogràfiques de les llevadores participants.....	198

ÍNDEX DE FIGURES

Figura 1. Determinants del comportament segons la teoria de l'aprenentatge social.	43
Figura 2. Model de planificació PRECEDE-PROCEDE.	47
Figura 3. Model d'apoderament.....	50
Figura 4. Factors relacionats amb el comportament en salut.	54
Figura 5. Necessitats de les dones durant l'embaràs en tres països europeus.	92
Figura 6. Marc i disseny de l'avaluació.	104
Figura 7: Tipus de resultats sobre la recerca en la implementació.	109
Figura 8: Marc conceptual de la fidelitat en la implementació.	112
Figura 9. Beneficis del Mètode Mixt per a l'avaluació de programes.	133
Figura 10. Disseny general de la investigació.	135
Figura 11.- Distribució territorial dels ASSIR d'estudi amb el nombre d'ASSIR per territori.	136
Figura 12: Proporció de resposta al qüestionari per Gerències territorials	163
Figura 13: Distribució de l'edat de les llevadores participants.....	163
Figura 14: Distribució anys d'experiència en l'ASSIR de les llevadores participants	164
Figura 15: Grau d'implantació del programa d'EM/PN	168

RESUM

Introducció: L'Educació Maternal/ Preparació al Naixement (EM/PN) és una de les activitats educatives grupals que les llevadores realitzen dins de la cartera de serveis tant pública com privada i són variats els programes emergents que plantegen una educació que millori la vivència, per part de la dona i la seva parella, de la maternitat–paternitat, el part i la criança. A Catalunya, el 2009, el Departament de Salut va elaborar un programa estructurat d'EM/PN per homogeneïtzar la intervenció grupal en els serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR). El programa es va posar en marxa a finals del 2011 i 2012 i no va incloure l'avaluació de la implementació en la pràctica clínica. Un dels problemes dels programes d'EM/PN rau en com conceptualitzar i avaluar la seva implementació. És important per poder distingir l'eficàcia de l'aplicació, de l'efectivitat d'un determinat programa, i és fonamental per la replicació de les intervencions. Aquests aspectes han motivat una avaluació de la implementació del programa d'EM/PN a Catalunya. **Objectiu:** Avaluar la implementació i desenvolupament del programa d'EM/PN en la pràctica assistencial dels ASSIR de Catalunya des de la perspectiva de les llevadores. **Mètode:** Metodologia mixta en dues fases: Fase I –quantitativa- que inclou l'estudi observacional descriptiu i transversal, amb la participació de 334 llevadores pertanyents a 38 unitats ASSIR de Catalunya que van respondre un qüestionari *ad-hoc* i Fase II –qualitativa- que inclou l'estudi qualitatiu interpretatiu, amb la participació en grups focals de 65 llevadores de diferents ASSIR. **Resultats:** El qüestionari va ser enviat a 451 llevadores, 334 de les quals el van respondre, la qual cosa significa un 74,1% de resposta. El programa el coneixien el 97,6% de les llevadores i el 81,4% d'aquestes l'estan utilitzant. El 49,4% de les llevadores realitza les sessions recomanades en el programa i el 85,3% procura per la participació activa de les gestants, tot i que el 51,5% continua utilitzant sessions expositives i mostra resistències pel canvi. El 64,1% de les llevadores no pot ajustar-se al temps establert en el programa per cada sessió i tan sols un 11,4% avalua el programa. El 70,1% de les llevadores considera que el programa satisfà les expectatives de les participants i el 66,5% opina que la metodologia del programa és acceptada per les persones assistents. Tan sols un 13,2% de les llevadores porten a terme reunions de seguiment del programa amb d'altres companyes. Les llevadores aporten propostes de millora al programa pel que fa la captació de les dones, l'actualització de material audiovisual, la manera d'augmentar les sessions i tenir en compte les minories socials i la seva millor adaptació als grups oberts. **Conclusions:** Les llevadores que utilitzen el programa i tenen més anys d'experiència mantenen una millor fidelitat als continguts i metodologia. Quasi la meitat de les llevadores han incorporat al programa noves activitats i sessions o materials audiovisuals, fent-ne una re-adaptació a les necessitats detectades a l'entorn assistencial. La metodologia participativa és un element que les llevadores identifiquen com molt positiu. La formació prèvia a la implantació del programa és clau pel coneixement i utilització, però requereix ser mantinguda al llarg del temps. Existeixen diferències entre els ASSIR pel que fa la fidelitat al programa, i la participació dels homes en els grups és heterogènia. La majoria de llevadores destaquen la inexistència de grups de discussió que permetin compartir les estratègies de dinamització dels grups d'EM/PN. Les llevadores no l'avaluen sistemàticament, per la qual cosa cal que hi hagi una implicació institucional per la seva execució.

SUMMARY

Introduction: Group Prenatal Care (GPC) is one of the group's educational activities carried out by midwives in the public and private services. A variety of emerging programs offer an education that improves the experience of woman and their partners for maternity-paternity, birth and parenting. In Catalonia in 2009, a Department of Health program was developed by the GPC to standardize the group's intervention in the services of Attention to Sexual and Reproductive Health (ASRH). The program was launched at the end of 2011 and 2012 and did not include any evaluation of the implementation in clinical practice. One of the problems of GPC programs is how to conceptualize and evaluate its implementation, since it is important to distinguish between the effectiveness of the application and the effectiveness of a specific program, and is essential for the replication of the interventions. These aspects have led to the evaluation of the implementation of the GPC program in Catalonia. **Objective:** To evaluate the implementation and development of the GPC program in the assistance practice of the ASRH in Catalonia from the midwives perspective. **Method:** Mixed methodology with two phases: Quantitative Phase I with a descriptive and cross-sectional observational study in which 334 midwives participated belonging to 38 ASRH units in Catalonia and who responded to an ad-hoc questionnaire, and Phase II, a qualitative interpretative study, with the participation of 65 midwives in focal groups. **Results:** The questionnaire was sent to 451 midwives and 334 of them answered, which meant a 74,1% of participation. The program is known to 97.6% of midwives and 81.4% are using it. About the fidelity to the program, 49.4% of midwives performed the recommended number of sessions, and 85.3% managed the active participation of the pregnant women, although 51.5% continue to use exhibition sessions existing resistance to change. The 64.1% couldn't adjust to the timeline established for each session and only 11.4% evaluate the program. 70.1% of midwives believe that the program fulfills the expectations of the participants and 66.5% believe that the methodology of the program is accepted by the people in attendance. Only 13.2% of the midwives carry out follow-up meetings of the program with other colleagues. Midwives provide proposals to improve the program regarding women's uptake to update audiovisual material, to increase sessions, to take into account social minorities and better adapt the program to open groups. **Conclusions:** The midwives who use the program and have more years of experience, maintain the fidelity to content and methodology better. Almost half of the midwives have incorporated into the program new activities, sessions or audiovisual materials by re-adapting the program to the needs detected in the healthcare environment. Participatory methodology is an element that midwives identify as very positive. Pre-program training is key to knowledge and use, but it requires to be maintained over time. There are differences between ASRH as regards of fidelity to the program, and the participation of men in the groups is heterogeneous. The majority of midwives emphasize the non-existence of discussion groups that would allow sharing the strategies of dynamization of GPC. The midwives do not systematically evaluate it so there must be an institutional involvement for its execution.

PREÀMBUL

La maternitat i la paternitat constitueixen un període de transició extremadament significatiu en la vida de la dona i la seva parella. Aquesta experiència causa profunds canvis que requereixen de nombroses adaptacions, reestructuracions i reajustaments tant físics com psico-emocionals, socials i econòmics. Aquests canvis justifiquen la presència d'un cert nivell d'estrès, davant els reptes, amenaces i oportunitats que comporta¹.

Per tot això, al llarg de la història s'han generat múltiples estratègies educatives per tal que les dones i les seves parelles puguin afrontar la maternitat/paternitat amb capacitat de gestió i adaptació als canvis que es produeixen durant aquest període.

L'apoderament de les dones i els homes per aconseguir un desenvolupament del rol de mare i pare amb el major èxit possible en l'afrontament de moments vitals importants com és el naixement de la seva criatura i també la pròpia maternitat i paternitat i criança, són alguns dels objectius d'aquestes accions educatives fortament arrelades en l'entorn social².

Malgrat això, les necessitats per assolir una maternitat i paternitat conscient, responsable i amb autonomia en la presa de decisions per part de les dones i les seves parelles s'ha anat modificant al llarg del temps, i les demandes cap als professionals també han variat, especialment pel que fa referència a una desmedicalització del procés de l'embaràs, part i postpart. En aquest sentit, l'embaràs i el part tornen a considerar-se com un procés fisiològic amb molt de significat per les persones, el que requereix d'un abordatge des de la intervenció educativa també molt diferent.

L'educació prenatal està ben establerta en els països del món Occidental però el tipus i la manera d'abordar aquesta educació és motiu de debat entre el col·lectiu de llevadores, organitzacions i institucions. Les llevadores han estat les professionals que han liderat aquest tipus d'intervencions.

Les intervencions educatives durant l'embaràs han estat sensibles a les opinions i les tendències, i la forma i el contingut han estat objecte de canvis marcats en el temps. Els continguts també s'ha anat modificant fruit del canvis de les necessitats de les persones i, així, ens trobem que l'educació prenatal grupal ha anat variant i temes com, per exemple, la respiració i la relaxació s'han inclòs i exclòs de l'educació prenatal de manera intermitent.

Les crisis econòmiques, a les quals normalment estem sotmesos, han modificat també les estructures en el sistema de salut i han posat de manifest una major necessitat de mesurar els resultats pel que fa a l'eficiència i eficàcia de les intervencions que es porten a terme. Malgrat això, encara no tenim proves del tot conclouents sobre l'efecte de l'educació prenatal en els resultats que s'esperen en les dones i les seves parelles³.

L'evidència actual apunta a la importància de la interacció entre les persones que comparteixen el mateix moment vital com és l'embaràs, en ambients d'aprenentatge que permetin adquirir noves competències, a partir de grups més reduïts i que fomenten entorns que ajudin a la reflexió i la discussió a partir dels sentiments i preocupacions. Aquesta situació educativa contribueix a que les persones participants siguin més conscients dels propis recursos i permet millorar les seves competències a partir d'estratègies per resoldre els problemes quotidians i que són importants per fer front al naixement, la maternitat i paternitat⁴.

Aquest plantejament va ser el que va portar, l'any 2010, al Departament de Salut de Catalunya a plantejar-se un nou programa d'Educació Maternal / Preparació al Naixement (EM/PN) i implementar-l'ho en el 2011 en les unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) de Catalunya.

La posta en marxa d'aquest programa requereix d'una avaluació de la seva eficiència prèvia a la valoració de la seva eficàcia. En aquest sentit la recerca que es presenta en aquesta tesi és precisament l'avaluació de la implementació i desenvolupament del programa d'Educació Maternal / Preparació al Naixement a Catalunya.

La recerca, en general, és una eina útil per identificar necessitats, oportunitats i provocar canvis en cas que siguin necessaris, mitjançant propostes. La investigació en l'avaluació de la implementació d'una intervenció és una acció cada cop més necessària per identificar i diagnosticar els problemes i les dificultats que es troba un programa quan aquest es porta a terme, especialment pel que fa a la fidelitat dels professionals en el desenvolupament del mateix, la qualitat que aporten a la intervenció, la penetració en l'entorn assistencial i la sostenibilitat dins de l'organització proveïdora de serveis⁵.

Per tot això, actualment el fet de posar en marxa un programa d'EM/PN a Catalunya requereix d'una avaluació de la seva implementació. I requereix, igualment, del nivell de seguiment de la metodologia plantejada en el programa, de la utilització dels continguts proposats, així com del material audiovisual proporcionat, a més de l'acompliment d'expectatives dels professionals i de la motivació i formació en l'ús del programa.

En aquest cas no es coneixia a nivell de Catalunya el grau d'aplicació del programa i l'efectivitat del mateix, tot entenent que aquesta efectivitat està determinada pels següents elements:

- Condicions d'implementació òptimes
- Perfil dels professionals que el porten a terme
- Percepcions dels professionals en el desenvolupament del programa
- Utilització de la metodologia, continguts i material audiovisual proposat
- Motivació i formació dels professionals que porten a terme el programa
- Valoració de l'avaluació que es realitza
- Canvis esperables produïts en el programa

Aquesta necessitat de coneixement és la que em va impulsar a explorar i emprendre el camí d'aquesta recerca que es presenta en aquesta tesi, però aquest no va ser l'únic aspecte, sinó que la meva participació en el disseny del programa d'EM/PN també em motivava a conèixer realment el que estava succeint en la seva implementació, determinar aquelles dificultats o barreres que s'havien identificat i quines serien les propostes de millora del programa que ajudarien en el seu manteniment i actualització.

Per assegurar que aquesta recerca pogués tenir certa transcendència vaig explicar el projecte al Servei de Salut Materno-infantil de la Subdirecció General de Promoció de la Salut de l'Agència de Salut Pública de Catalunya, que em va donar el seu recolzament i amb el qual vaig adquirir el compromís de lliurar un informe final per tal d'estendre el coneixement d'aquesta recerca i impulsar els canvis que d'aquesta es derivessin en el programa.

L'avaluació és una tasca complexa però al mateix temps molt necessària tant pel que fa a l'avaluació formativa com sumativa. En el cas que ens ocupa, l'avaluació formativa i, per tant, del procés d'avaluació al servei d'un programa en desenvolupament per millorar-lo, ajuda a conèixer molt més com s'ha implementat i s'està desenvolupant el programa.

El treball que es presenta a continuació és el resultat d'un temps de dedicació, esforç i molt aprenentatge, tant pel que fa a l'evolució dels conceptes de salut reproductiva en sentit ampli, educació per la salut, anàlisi de les intervencions d'EM/PN, així com del procés i eines per l'avaluació de les intervencions. A més aquests aprenentatges m'han permès construir un marc teòric que ha ajudat a la millora del disseny, tant de la recerca com de la interpretació dels resultats. Al mateix temps ha implicat una reflexió profunda sobre allò que fem en la nostra tasca professional com a llevadores quan s'implementa un programa d'educació per a la salut i el significat professional de l'educació en moments vitals com aquests.

La revisió de la literatura científica m'ha permès també la immersió en el tema de la implementació de l'avaluació del programa i m'ha obert nous horitzons i noves motivacions per seguir treballant en el tema.

La recerca que es presenta s'ha desenvolupat en els ASSIR de Catalunya i amb la participació d'un gran nombre de llevadores implicades amb la seva feina i en la tasca d'educació de les dones i les seves parelles.

Per poder assolir la finalitat proposada s'ha dividit la recerca en dues fases responenent a un disseny d'investigació mixta, una primera fase quantitativa i una segona qualitativa, amb els avantatges i les dificultats que pot comportar unir ambdues metodologies, però al mateix temps ha estat una experiència encoratjadora i altament formativa per la investigadora.

Per fer l'abordatge de tots aquests aspectes, la recerca que es presenta està organitzada en diferents parts i capítols que contribueixen al coneixement en profunditat del tema, els resultats obtinguts en aquesta recerca, així com les seves implicacions en la pràctica assistencial.

S'ha dividit la recerca en quatre parts diferenciades cada una de les quals inclou diferents capítols.

Primera part- Fonamentació teòrica

Permet conceptualitzar i fonamentar diferents aspectes, alguns àmpliament coneguts i analitzats per la literatura al llarg de molt anys, els quals ajuden a comprendre millor d'on venim, on som i on ens agradaria arribar.

La revisió de l'evolució dels programes d'educació per a la salut i d'EM/PN, a més de les múltiples experiències i estudis de què disposem, contribueixen a entendre millor en quin terreny del coneixement ens movem. I també a adonar-nos que sempre hi ha espais en els quals hom pot aprofundir o, en el millor dels casos, generar nou coneixement, si més no des de la proximitat de la nostra realitat. L'avaluació dels programes educatius i les bases de l'avaluació de la implementació són també elements fonamentals en aquesta fonamentació teòrica.

Segona part- Objectius i metodologia de la investigació

Després de delimitar els aspectes teòrics de la recerca i davant les seves evidències pràctiques, es planteja aquesta segona part de la investigació amb la intenció d'establir els objectius, el què es vol saber, a la vegada que abordar les qüestions bàsiques de l'estudi empíric. Es tracta de conèixer el context en el qual es desenvolupa la recerca, des de quina perspectiva s'aborda, qui són els participants, els instruments utilitzats i, finalment, quins són els criteris científics i ètics que guien la recerca.

Tercera part- Resultats

En aquesta part es mostren els resultats de la investigació i es fa la descripció de tot l'anàlisi de les dades obtingudes. Es presenta en dos parts separades, primer l'anàlisi quantitatiu i després el qualitatiu i tots dos s'uniran posteriorment per donar una aproximació més complerta a la realitat de l'avaluació del programa d'EM/PN a nivell de tota Catalunya.

Quarta part- Discussió i conclusions

Aquest apartat és una recapitulació i connexió de tots els apartats anteriors per donar un sentit global. En definitiva, la intenció d'aquesta part de la investigació rau en poder oferir les interpretacions, les reflexions i les conclusions derivades de tot el procés d'investigació.

PRIMERA PART:
FONAMENTACIÓ TEÒRICA

Capítol 1. Marc d'atenció a la salut reproductiva i Materno-infantil

1.1. La Salut: concepte dinàmic

El context d'aquesta recerca es mou dins el marc de l'avaluació de la implantació d'un programa de promoció i educació per a la salut durant l'embaràs i s'ubica, per tant, dins la salut materno-infantil.

No es pot abordar aquest tema sense tenir en compte el concepte de salut, el qual no és absolut, sinó que està marcat per un cert relativisme i s'ha anat modificant al llarg de la història i està clarament influenciat per variables socials, culturals, econòmiques, geogràfiques, religioses i polítiques del moment.

La salut té la seva expressió a nivell individual i depèn de cada persona, del seu nivell de desenvolupament, les seves influències socioculturals, les seves experiències prèvies, les seves expectatives i la percepció de si mateix.

El desenvolupament econòmic explica la millora en la salut de les poblacions, tot convertint-se en el millor indicador de benestar humà i esdevenint, fet i fet, molt més complet que les xifres de producció.

L'Organització Mundial de la Salut⁶ al 1948 va proposar una definició de la salut que va trencar amb els conceptes de salut de caire negatiu -absència de malaltia- dominants fins als anys 40 i defineix la salut com "un estat de complert benestar físic, mental i social", tot incorporant un sentit holístic, positiu i subjectiu de la salut. Aquesta definició va marcar un punt fonamental en la concepció de la salut i presenta aspectes positius i innovadors, però també alguns de negatius o criticables.

Entre els aspectes innovadors es troba el fet que per primera vegada es defineix la salut en termes positius i s'incorporen les àrees mental i social en la definició de salut. Entre els aspectes criticables s'equiparava el benestar a la salut, cosa que no sempre és així, i la definició és més un desig que una realitat, ja que fa una declaració de principis i objectius difícilment assolibles per la major part de la població mundial. D'altra banda, es tracta d'una definició estàtica, en considerar que són persones amb salut aquelles que gaudeixen d'un complert benestar físic, mental i social.

El X Congrés de Metges i Biòlegs de Llengua Catalana⁷, reunits al 1976, va acordar que qualsevol definició de salut havia de ser necessàriament oberta, en permanent discussió i, en darrer terme, fruit d'un debat col·lectiu i van proposar una nova definició de salut:

"Salut és aquella manera de viure que és autònoma, solidària i joiosa".

Aquesta definició entén la salut, no com un estat, sinó com un equilibri en el qual l'alegria, l'autonomia i la solidaritat són els determinants que poden aconseguir que les persones, independentment de si pateixen o no una malaltia, gaudeixin d'una bona salut.

Més endavant es van afegir perspectives més dinàmiques respecte a la de la OMS i Terris⁸, al 1980, planteja la salut com a un contínuum i modifica la definició suprimint el terme complet i afegint la capacitat de funcionament i adaptació al medi.

Sota aquest nou enfocament de salut s'orienten les directrius i orientacions dels organismes internacionals. L'OMS fa de la promoció de la salut un dels eixos centrals de la nova perspectiva política, la millora del medi ambient, l'atenció als estils de vida i la recerca d'estratègies per aconseguir canvis positius.

La salut s'emmarca dins el concepte de Promoció de la Salut i aquest es converteix en un baluard d'un moviment que traspasa al sector sanitari per convertir-se en part integrant de tot un moviment social. La promoció apunta a una visió holística de la salut, la malaltia i la manera d'intervenir-hi. Abasta, igualment, altres tendències del pensament i l'acció del món actual, de la mateixa manera que succeeix amb el concepte d'Atenció Primària, el qual sobrepassa el seu nivell d'atenció per esdevenir una filosofia.

Tres fites fonamentals van provocar, en les últimes dècades del segle XX, un canvi profund tant en la mentalitat, com en l'abordatge de la salut: la Declaració d'Alma-Ata⁹ al 1978, la formulació de l'Estratègia Salut¹⁰ per a tothom l'any 2000, explicitada l'any 1979, i finalment la carta d'Ottawa¹¹ el 1986.

La Conferència Internacional sobre Atenció Primària celebrada a Alma-Ata al 1978, recull la proposta de l'Assemblea Mundial de la Salut com a punt de referència indiscutible per a les diferents reformes empreses en molts dels països membres al llarg de les últimes dècades. En aquesta conferència es proposa l'educació per a la salut com una de les activitats essencials de l'atenció primària de salut. En aquesta declaració es defineix l'atenció primària com:

"L'atenció primària de salut és fonamentalment assistència sanitària posada a l'abast de tots els individus i famílies de la comunitat, per mitjans que els siguin acceptables, amb la seva plena participació i a un cost que la comunitat i el país puguin suportar..."

L'atenció primària de salut és molt més que una simple extensió dels serveis bàsics de salut; abasta factors socials i de desenvolupament i si s'aplica de manera apropiada influirà en el funcionament de la resta del sistema de salut."

La formulació de l'Estratègia de Salut per a Tothom l'any 2000 es realitza en termes de contracte entre els governs, la població i l'Organització Mundial de la Salut. S'hi realitza el reconeixement de la salut com a dret humà fonamental i el compromís consegüent per reduir les desigualtats de salut.

A més s'insta a tots els estats membres a posar en marxa estratègies concretes i sistemes d'avaluació que permetin valorar periòdicament els progressos realitzats.

Finalment la Conferència Internacional de Promoció de la Salut de 1986, recollida a la Carta d'Ottawa, representa un procés de conformació del que avui anomenem promoció de la salut. A la Carta d'Ottawa es van establir les bases, que han estat desenvolupades en les últimes conferències internacionals, de promoció de la salut.

En aquesta conferència es proposen cinc estratègies fonamentals que actualment continuen sent cabdals per les intervencions en salut:

- a.- Desenvolupament de polítiques saludables. La promoció de la salut necessita de reorientacions en política social i econòmica i no només sanitàries, orientades a millorar les condicions de vida de la població, reduir les desigualtats.
- b.- Crear entorns favorables a la salut. El reconeixement del medi social com a determinant de la salut. Suposa una protecció del medi a través de mesures legislatives unit a una major consciència ciutadana.
- c.- Reforçar l'acció comunitària. La participació ciutadana és essencial en qualsevol programa o acció de promoció de la salut.
- d.- Desenvolupar habilitats personals. Les persones poden i han d'incidir en la seva pròpia salut. Per a això és necessària la presa de consciència dels factors que la condicionen i de com enfrontar-se a les diferents situacions de salut per adquirir els coneixements i destreses que li permeten intervenir-hi.
- e.- Reorientar els serveis de salut. Les institucions sanitàries tenen la responsabilitat en assumptió de la promoció de la salut. Aquest fet suposa un canvi estructural, funcional i filosòfic dels serveis.

Al 1997, va tenir lloc a Yakarta¹² la IV Conferència Internacional sobre Promoció de Salut amb el títol "Nous actors per a una nova era. Conduint la promoció de la salut al segle XXI". A les estratègies plantejades a la Carta d'Ottawa s'afegeixen unes altres quatre que es consideren claus per a la promoció de la salut.

- a.- Utilitzar enfocaments integrals en el desenvolupament, combinant estratègies proposades a Ottawa.
- b.- Recórrer a diferents àmbits: ciutats, escoles, llocs de treball, juntament amb propostes integrals.
- c.- Aconseguir la participació de la població en els processos de planificació i de presa de decisions.
- d.- Informar, educar les persones i comunitats com a element essencial per a la participació efectiva.

La Cinquena Conferència Mundial de Promoció de la Salut, realitzada el juny de l'any 2000 a Ciutat de Mèxic¹³, va tenir en general com a meta examinar l'aportació realitzada per les estratègies de promoció de la salut per millorar la salut i la qualitat de vida de les persones que viuen en circumstàncies adverses. Durant la trobada es va discutir l'impacte de la promoció de la salut i la qualitat de vida, com aconseguir que la salut ocupi un lloc destacat en el programa de desenvolupament dels organismes internacionals, nacionals i locals, així com la necessitat d'estimular la formació d'aliances en pro de la salut entre els diferents sectors i en tots els nivells de la societat.

Entre les conclusions proposades cal destacar la necessitat de desenvolupar indicadors que siguin sensibles i pertinents a la salut (en contraposició amb la malaltia), els factors determinants de la salut, l'equitat en matèria de salut i l'impacte a curt termini d'estratègies específiques de promoció de la salut, així com els processos de canvi.

Finalment, la 8a Conferència Mundial de Promoció de la Salut a Helsinki¹⁴ al 2013 s'ha centrat en la Salut a Totes les Polítiques (STP). Tenint en compte que la salut ve determinada en gran mesura per factors externs a l'àmbit sanitari, una política sanitària eficaç ha d'atendre a tots els àmbits polítics, especialment les polítiques socials, les fiscals, aquelles relacionades amb el medi ambient, amb l'educació i la investigació.

La conferència plantejava, entre els seus objectius, impulsar nous enfocaments i capacitats de suport a l'estratègia STP i avançar en la implementació de les recomanacions de la Comissió dels Determinants Socials de la Salut de l'OMS¹⁵. La Declaració d'Hèlsinki sobre STP fa una crida als governs perquè incorporin la salut i l'equitat en salut a les seves agendes i avancin estructures, recursos i capacitat institucional de suport a l'estratègia.

Així doncs, se'ns planteja la Salut com un concepte evolutiu i dinàmic que s'ha de desenvolupar d'acord amb els canvis socials, en un món cada vegada més globalitzat. El concepte de salut, per tant, s'ha convertit en un concepte més complex, essent molts i molt variats els factors a tenir en compte, per part de tots aquells actors socials compromesos en la consecució d'un bon estat de salut per a la ciutadania. Els professionals sanitaris, en general, han d'assumir la part de responsabilitat i adquirir una visió àmplia d'aquest complex concepte de salut.

Malgrat això, la població no té pas accés a la salut d'igual manera, per això les desigualtats en salut és una noció que fa referència a la relació directa entre el nivell socioeconòmic i la salut. Així doncs, i en termes generals, els grups de classes socials més altes disposen de major nivell de salut que els grups desfavorits.

Les polítiques per disminuir les desigualtats en salut són una prioritat per a molts països i responen a l'objectiu número 2 de l'estratègia de «Salut per al segle XXI» de la OMS¹⁶: «Per a l'any 2020, les diferències en salut entre els grups socioeconòmics de cada país s'hauran de reduir en almenys una quarta part en tots els Estats membres, mitjançant la millora substancial del nivell de salut dels grups més desafavorits». Aquest tipus de polítiques col·loca la salut pública davant un gran repte, ja que la reducció de les desigualtats en la salut requereix passar del paradigma biomèdic, centrat en els problemes de salut que col·loca la responsabilitat principal en l'àmbit sanitari, a un altre basat en els determinants socials de la salut, que requereix un alt compromís polític que implica a totes les àrees del govern i a la participació de la ciutadania en la prioritització dels problemes, el seu diagnòstic, disseny de programes, implementació i avaluació¹⁷.

Espanya és un dels estats en què són evidents les desigualtats socioeconòmiques en salut¹⁸, però les polítiques per disminuir-les comencen a entrar lentament en l'agenda política. Tot i això, varien segons les diferents CCAA. En canvi, les polítiques per disminuir les desigualtats de gènere en la salut han estat una mica més prioritzades¹⁹.

1.2. Estenent el concepte de salut: Salut Reproductiva i Materno-infantil

El concepte de salut és indispensable per centrar-nos en la salut reproductiva ja que aquesta és part fonamental de la salut en general i és un reflex de l'estat de salut durant l'adolescència i l'edat adulta. Al mateix temps determina la salut de les dones i els homes més enllà de la seva capacitat reproductiva.

Els canvis socials, econòmics i culturals també afecten directament la salut de les dones. Aquests canvis influeixen en els països desenvolupats, en el rol de les dones, les famílies i la societat.

L'envelliment de la població i la incorporació de les dones al món laboral han tingut un gran impacte en el paper que les dones han desenvolupat fins ara, tot repercutint en els seus hàbits i estils de vida, en definitiva, en la seva salut. Així s'han generat noves necessitats i ha calgut, alhora, una adaptació dels serveis sanitaris.

Històricament, tal i com es comenta en l'apartat anterior, és coneguda la relació existent entre desigualtat social i salut i l'existència de formes diferenciades de mantenir la salut, emmalaltir i de morir. En canvi fins fa poc temps, la relació entre la salut, la desigualtat social i el gènere no ha estat contemplada.

En l'observació del binomi salut-malaltia, cal considerar les diferències derivades del gènere i les relacionades amb la desigualtat social de les dones. A més, la dona per les seves característiques biològiques que la impliquen en el procés de reproducció, s'ha vist afectada per diferents problemes de salut durant aquest procés, per això, la salut materno-infantil ha estat tradicionalment una de les principals preocupacions sanitàries.

Malgrat això, la visualització de la importància de la salut de la dona no sempre ha estat tan patent com en l'actualitat; així el 1980 va tenir lloc a Copenhaguen la Conferència Mundial del Decenni de les Nacions Unides per a la Dona²⁰. Sota el lema d'aquesta Conferència: "Igualtat, Desenvolupament i Pau" es van considerar com subtemes la salut, l'educació i l'ocupació. Una vegada més es va remarcar que la situació de les dones, en virtut de determinades decisions polítiques, pot assolir més o menys actualitat i relleu, però que massa sovint no es té en compte la base estructural que propicia la desigualtat, la qual es fonamenta en una discriminació que té el seu reflex (sota el pretext de la biologia i les capacitats reproductores), en factors econòmics, socioculturals, filosòfics, religiosos, científics i polítics.

La Quarta Conferència Mundial sobre la Dona, celebrada a Beijing el 1995²¹, va marcar un important punt d'inflexió per a l'agenda mundial d'igualtat de gènere. La Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing, adoptada de forma unànime per 189 països, constitueix un programa en favor de l'apoderament de la dona. La Declaració i Plataforma d'Acció de Beijing estableix una sèrie d'objectius estratègics i mesures per al progrés de les dones, pel que fa referència als aspectes de salut i l'assoliment de la igualtat de gènere. Alhora, es consoliden els Drets Sexuals i Reproductius, com a marc conceptual profundament vinculat als Drets Humans. En aquesta conferència es reconeix:

"El dret de les dones a gaudir del nivell més alt de salut al llarg de tot el cicle vital, sense discriminacions per raó de sexe, raça o altres formes de discriminació, tenint en compte la seva especificitat. Així mateix, es reconeix el dret de les dones a estar informades, controlar i prendre decisions sobre qüestions relacionades amb la seva sexualitat, incloent la salut reproductiva i sexual, i l'accés a uns mètodes de planificació familiar segurs, eficaços, acceptables i de preu assequible, de la seva elecció".

A més, es va establir la importància de proporcionar Serveis d'Atenció Primària de Salut més accessibles, de qualitat i amb atenció específica a la salut sexual i reproductiva, que inclogués informació i serveis de planificació familiar i atorgués una especial atenció a la salut durant l'embaràs, part i postpart.

Posteriorment, es van anar fent revisions de l'evolució dels acords de manera quinquennal. Així, a mitjans del 2013, el Consell Econòmic i Social de les Nacions Unides va demanar examinar i avaluar l'aplicació de l'Acció en el 2015, en una sessió coneguda com a Beijing +20, on es demanava als Estats Membres de les Nacions Unides que portéssim a terme avaluacions a nivell nacional i regional de les polítiques, accions i serveis relacionats amb la salut de les dones²².

Durant les últimes dècades s'han produït tot un seguit de canvis en la societat que també han influït en l'abordatge de la salut reproductiva. L'avanç científic i tecnològic, el desenvolupament professional de les dones i el valor que es dona als fills/es, entre d'altres, han fet modificar les expectatives sobre allò que s'espera del sistema sanitari i en concret de l'assistència en matèria de salut reproductiva, sobretot pel que fa al respecte a l'embaràs, part i postpart.

L'actual situació de salut reproductiva en el nostre país es caracteritza per canvis profunds i ràpids especialment sociodemogràfics, pel que fa a reducció de la natalitat, endarreriment del primer fill, reducció de la mida familiar, diferents models de família, canvis de rol associats al gènere, major participació dels homes en el procés de l'embaràs, part i postpart, major apoderament de les dones, autonomia de les decisions i migracions.

Respecte al major apoderament de les dones i autonomia en la presa de decisions que tenen a veure en el procés de l'embaràs, part i postpart, existeix en l'actualitat una tendència cap a un canvi. D'aquesta manera s'ha establert un nou marc conceptual en l'assistència sanitària perinatal, en la qual es pretén donar una atenció més humana i pròxima, on la dona i la seva parella són les protagonistes del seu propi embaràs i part, tot deixant enrere un model medicalitzat i establint un model centrat en les dones i les seves parelles.

La publicació al 1993 de la iniciativa "Changing Childbirth", del Comitè d'Experts del Sistema Nacional de Salut del Regne Unit, va marcar un canvi en les tendències en la prestació de les cures de maternitat a nivell mundial. En el document es reconeix que les dones tenen dret a participar en les decisions sobre els aspectes de la seva cura en el procés de maternitat, que elles han de ser el centre de l'atenció i estar capacitades per prendre decisions sobre la seva cura²³.

La cura centrada en la dona és el terme utilitzat per descriure una filosofia de l'atenció de maternitat en la qual es dóna prioritat als desitjos i necessitats de les persones implicades en el procés i que posa l'accent en la importància que té per a les dones i les seves parelles: l'elecció informada, l'accés a l'atenció, rebre una atenció propera i continua i, al mateix, temps eficaç clínicament²⁴.

Això implica:

- Tenir en compte els significats i valors que cada dona té respecte l'experiència de la maternitat.
- Considerar les dones com a socis igualitaris en la planificació i prestació de serveis de maternitat.
- Proporcionar a les dones informació perquè prenguin decisions informades pel que fa a les opcions disponibles en l'embaràs, el part i el puerperi, així com sobre el lloc del naixement, el tipus d'atenció que es proporciona i qui proporciona la informació.

- Les dones posseeixen el control sobre les decisions clau que afecten el contingut i el progrés de la seva cura.
- Les dones reben suport dels professionals per tenir una experiència de l'embaràs i part normal quan és possible.

En aquesta línia, a Espanya i Catalunya, s'ha avançat en els últims anys en l'atenció que es presta a les dones durant el procés d'embaràs, part i puerperi. Així l'any 2007 el Ministeri de Sanitat i Consum (MSC) va posar en marxa l'"Estratègia d'atenció al part normal en el Sistema Nacional de Salut"²⁵, que va suposar un impuls per a la normalització dels processos en l'atenció al part i també va suposar una ajuda econòmica per a les Conselleries de Salut de les CCAA perquè s'adeqüessin les sales de parts dels hospitals segons les recomanacions de l'Estratègia i realitzessin formació continuada als professionals sobre l'atenció al part normal.

La Federació d'Associacions de Llevadores d'Espanya (FAME) també va posar en marxa una iniciativa per afavorir que les llevadores oferissin una assistència al part amb menys intervencions i que afavorís una atenció fisiològica i normal al part²⁶.

Posteriorment, en el 2010 el Ministerio de Sanidad y Política Social, dins del Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud, publica la "Guia de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal"²⁷. Aquesta guia és l'eina d'acompanyament de l'Estratègia d'Atenció al Part Normal per facilitar la seva implementació per llevadores, obstetres, pediatres, infermeria i altres professionals implicats en l'atenció a les dones en el part i és el resultat del treball d'un ampli grup de professionals. A més van participar en la seva elaboració, com a membres del grup de treball, dones pertanyents a associacions involucrades en el foment de cures adequades abans, durant i després del part.

Aquest fet implica un canvi real en les polítiques de salut materno-infantil a nivell estatal, per primer cop són les persones implicades en aquest procés les que participen al mateix nivell que els professionals dins la nova filosofia d'apoderament de les dones en la presa de decisions i participació.

La guia es va actualitzar i adaptar a Catalunya l'any 2013. En aquest sentit a Catalunya s'han dut a terme esforços amb la intenció de protocol·litzar els procediments relacionats amb l'atenció a la dona, l'embaràs i el part i s'hi ha participat activament amb la intenció de consensuar els processos assistencials relacionats amb l'embaràs, el part i la planificació del naixement mitjançant el pla de naixement, així com l'atenció al puerperi. Però, malgrat tots aquests esforços, persisteix una important variabilitat en la pràctica clínica referent a l'atenció al procés de la maternitat a Catalunya²⁸.

Els programes d'Atenció Maternoinfantil com aquest a nivell espanyol es basen en el programa "Maternitat segura", creat per l'Organització Mundial de la Salut (OMS), que té per missió "Garantir que el procés de maternitat sigui segur per a totes les dones i els seus nadons, mitjançant l'accés, la disponibilitat i la utilització d'atenció qualificada i la provisió de cures d'alta qualitat, l'atenció maternoinfantil ha d'estar basada en l'evidència, en la utilització adequada de la tecnologia, en assegurar un bon sistema de derivació, en la multidisciplinarietat, en l'orientació de la cura, en l'adequació cultural i en la participació de les dones en la presa de decisions, tot respectant la seva dignitat, privacitat i confidencialitat²⁹.

Les publicacions en The Lancet 2014³⁰ i l'actualització de 2015 de la revisió Cochrane³¹ sobre els models d'atenció continuada dirigits per llevadores, fan també especial èmfasi en la necessitat d'una atenció que adopti un enfocament integral i humanitzat que fomenti la confiança, la competència i autoeficàcia de les dones i parelles pel que fa al procés de maternitat i paternitat.

Aquestes estratègies, programes i documents s'elaboren tenint en compte que actualment la maternitat i paternitat constitueixen un període de transició extremadament significatiu en la vida de la dona i la seva parella. Aquesta experiència causa profunds canvis que requereixen nombroses adaptacions, reestructuracions i reajustaments tant físics, com psico-emocionals, socials i econòmics, aquests canvis justifiquen la presència d'un cert nivell d'estrès, davant els reptes, amenaces i oportunitats que comporta per a la pròpia dona i la seva parella.

Aquests canvis s'expressen com a temors, sentiments i fantasies que es repeteixen en moltes dones i homes i desperten certes ansietats en les diferents etapes³², per això els serveis d'atenció a la salut reproductiva han de disposar d'una atenció eficient i apoderament de les persones a l'hora de prendre decisions.

En aquesta situació, i amb els canvis socials respecte la cura dels fills, una part dels homes comencen a plantejar-se la situació i reivindiquen la revaloració del seu paper en la criança compartida. Així doncs, socialment s'està construint un nou discurs sobre la paternitat, en el qual tenir fills es converteix també en un important element de realització masculina, la qual cosa comporta un canvi transcultural transcendental³³.

Diferents investigacions en l'àmbit de les masculinitats han mostrat la importància de la implicació dels homes en la cura dels fills i filles, tant pels efectes positius en les mateixes criatures com en el funcionament de la família^{34 i 35}. A més s'ha evidenciat que la paternitat responsable és un factor de protecció de conductes de risc i trastorns afectius en els nens i les nenes, la qual cosa també permet prevenir les conductes violentes i l'abús en la família. S'ha descrit el moment del naixement dels fills com un moment idoni per al canvi de conductes i rols dels homes cap a posicions més igualitàries respecte les seves famílies.

Actualment, aquest aspecte s'ha reflectit, per exemple, en l'acompanyament de l'home a la seva parella durant l'embaràs i especialment el part. Al nostre país, entre un 87% i un 96% de les dones estan acompanyades per la seva parella en el moment del naixement del seu fill/a i la majoria de les dones refereixen aquesta vivència com agradable, estan contentes amb el suport rebut i se senten satisfetes d'aquest suport²⁶. Certament, aquest és un petit canvi que s'ha de veure reflectit també en la implicació i corresponsabilització dels homes en la criança de les seves criatures i de la llar^{36 i 37}.

Aquests aspectes fan que es requereixi d'una informació i educació que permeti a les dones i les seves parelles poder tenir els coneixements, actituds, habilitats, tot treballant des de la vessant cognitiva, comportamental i emocional.

1.3. Atenció Materno-Infantil a Catalunya

1.3.1. Indicadors demogràfics en salut materno-infantil

Els indicadors de la salut perinatal permeten tenir una visió de conjunt de les dones embarassades i dels nadons que neixen a Catalunya. El monitoratge dels principals indicadors de salut perinatal ens permet disposar de dades per a una correcta planificació del serveis que s'han de prestar per mantenir una adequada salut materno-infantil tant a nivell d'atenció primària com a nivell hospitalari, així com determinar els aspectes sociodemogràfics de la població que s'atén.

La investigació sobre els orígens incipients de les malalties cròniques dels adults posa de manifest la importància de fer el seguiment del període perinatal per garantir una millor salut futura. Hi ha complicacions perinatals que causen morbiditat a curt termini, com ara els naixements prematurs i els retards de creixement fetal, que s'associen amb el desenvolupament de malalties cròniques com hipertensió i malalties metabòliques al llarg de la vida.

A més, alguns factors de risc, com el tabaquisme, l'obesitat i el consum d'alcohol durant l'embaràs associats a determinats comportaments requereixen d'accions educatives basades en les necessitats de les dones gestants tenen.

Segons l'informe del 2016 de Salut Perinatal de Catalunya del Departament de Salut³⁸, durant l'any 2016 van néixer 68.902 nadons de famílies residents a Catalunya mentre que al 2015 el nombre de naixements va ser de 70.461, el que ha significat una reducció del 2,2%. El nombre de naixements continua decreixent des del 2009, any en que es va iniciar la reducció anual de naixements després de 14 anys d'increments. Aquesta reducció en l'evolució dels naixements es contempla, especialment, en la població autòctona (reducció del 3,9% respecte l'any 2015), mentre que la població estrangera continua amb una reducció molt més moderada (reducció 1,9% respecte l'any 2015).

A nivell de l'Estat Espanyol³⁹ l'any 2016 també s'ha observat una reducció de la natalitat d'un 2,8% respecte l'any anterior.

Taula 1: Evolució dels naixements a Catalunya

Any	Naixements	Any	Naixements
2009	82.620	2013	71.771
2010	81.662	2014	71.750
2011	78.722	2015	70.461
2012	73.752	2016	68.902

Font: CMBD, Programa salut materno-infantil ASPC

A Catalunya el 69% dels naixements han tingut lloc a hospitals del Sistema Sanitari Integral d'Utilització Pública de Catalunya (SISCAT). Aquesta dada es manté estable al llarg dels anys. Les dones procedents de països comunitaris desenvolupats, seguides de les dones espanyoles, són les que presenten una taxa més alta de naixements en centres privats, amb un 43,4% i un 39%, respectivament³⁸.

El percentatge de naixements entre dones d'edats superiors a 34 anys continua incrementant-se i se situa en un 38,5 %. En la darrera dècada, aquest percentatge s'ha incrementat en un 60,4 %. Segons la procedència de la mare, les dones autòctones i de països comunitaris que tenen fills amb més de 34 anys presenten una taxa més alta (un 43,1% i un 46,1%, respectivament). Per contra, les dones de la resta d'Europa i Àsia que tenen fills per sobre d'aquesta edat presenten unes taxes més baixes (un 22,7% i un 16,8%, respectivament)³⁸. La mitjana d'edat del primer fill a nivell de l'Estat Espanyol es situa en 32 anys davant del 31,9 de l'any anterior³⁹.

Seguint el mateix informe del Departament de Salut a l'any 2016 el 70% dels nadons tenien una mare autòctona i el 30% la tenien estrangera; i el 28,9% tenien també el pare estranger. Aquests percentatges es mantenen estables respecte anys anteriors. Entre les mares estrangeres destaquen les procedents del Magrib i la Vall del Nil i d'Amèrica Central i del Sud, amb un 9,1% i un 9%, respectivament. El 44,5% dels naixements en joves d'entre 14 i 17 anys correspon a dones estrangeres. A Espanya la taxa de naixements en dones estrangeres és inferior al de Catalunya, tot situant-se en un 18,4%.

La taxa de prematuritat a Catalunya es va situar en el 7%, amb un lleuger increment respecte l'any anterior (6,9%). Les dones espanyoles i les de la resta d'Àfrica presenten una taxa superior, amb un 7,2%. Les dones del Magrib i Vall del Nil són les que presenten una taxa inferior amb un 5,1%.

Respecte altres indicadors de morbiditat, el baix pes en néixer se situa en el 7,6%. En els darrers anys aquesta dada s'ha mantingut estable. Les dones de la resta d'Àfrica i les dones autòctones són les que presenten una taxa més alta de pes baix, amb un 10,9% i un 8,1%, respectivament. Les dones del Magrib i la Vall del Nil són les que presenten una taxa més baixa, amb un 4,6%.

El percentatge de nascuts vius per cesària s'ha reduït en un 7,4% respecte l'any anterior, tot situant-se en un 27,4% i mantenint-se molt per sobre de la recomanació de l'OMS, que el situa entre un 10-15%. Les dones autòctones són les que presenten una taxa més gran de cesàries, amb un 29,3%. Les dones amb procedència del Magrib i la Vall del Nil són les que presenten una taxa més baixa, amb un 16,8%³⁸.

1.3.2. Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva a Catalunya

El sistema de salut és un element dins del model de determinants de salut i consisteix en la disponibilitat, qualitat i quantitat de recursos per proporcionar l'atenció sanitària. La cobertura pública de l'atenció, la potenciació de l'atenció primària de salut, l'atenció especialitzada i l'atenció a la salut materno-infantil, entre d'altres, constitueixen els elements a considerar per la millora de l'atenció⁴⁰.

Els serveis destinats a proporcionar atenció en salut reproductiva, han de comprendre programes que, en termes generals, tinguin els següents objectius, tal com recomana la OMS⁴¹:

- Promoure la salut reproductiva: cal una intervenció integral sobre les persones per tal de fomentar, en general, la salut al llarg de la seva vida, estimulant els estils de vida sans i relacions basades en el respecte mutu i d'equitat entre els sexes.
- Prevenir problemes específics de salut reproductiva: es requereixen serveis accessibles d'informació, educació, orientació, assessorament i salut que ajudin les persones a ajornar la iniciació de les relacions sexuals fins que arribin a la maduresa física i psicològica. I que contribueixin, igualment, a entaular relacions mútuament responsables i satisfactòries; a prevenir els embarassos no desitjats i triar els anticonceptius adequats; a reduir el nombre d'avortaments i promoure els embarassos i parts sense riscos; i a prevenir, tractar i controlar les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS) i la SIDA.
- Dispensar atenció, tractament i rehabilitació: és necessària una atenció apropiada per tractar els aspectes psicològics de l'embaràs, part i situacions de violència sexual. Alhora cal utilitzar estratègies educatives de prevenció i promoció de la salut per evitar problemes en salut reproductiva. La rehabilitació serà necessària per a les persones que pateixen una malaltia i per tant la seva salut reproductiva es veurà afectada.
- Atendre les necessitats de grups destinataris específics: implica tenir present a aquells grups amb especial vulnerabilitat a patir una disminució en la seva salut, ja sigui per tenir comportaments de risc, com per dificultats en l'accés a serveis específics.
- Tenen especial importància les estratègies dirigides a les necessitats sexuals i de salut reproductiva dels joves.

Al nostre país, en l'actualitat, per aconseguir aquests objectius hi ha dos nivells assistencials on es presten els esmentats serveis: nivell d'Atenció Primària, a través dels serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva, i nivell d'Atenció Hospitalària.

En aquest marc, el Programa Sanitari d'Atenció a la Dona va ser creat pel Decret 283/1990 (DOGC 1374)⁴². L'objectiu d'aquest programa era promoure, impulsar, coordinar i dur a terme les activitats d'atenció integral a la dona en els aspectes relatius a l'orientació i la planificació familiar, l'educació maternal, l'embaràs, el part, el postpart i la resta d'estats fisiològics i malalties directament relacionats amb el seu sexe des de la infància a la vellesa.

Posteriorment, la seva denominació va canviar a "Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva" (ASSIR)⁴³. Amb aquest programa es va dotar als equips d'atenció primària d'una estructura de suport a la seva tasca assistencial cap a la salut sexual i reproductiva, que va consistir en les unitats ASSIR.

Actualment a Catalunya hi ha 38 unitats ASSIR, de les quals 27 són unitats gestionades per l'Institut Català de la Salut (ICS) i 12 són gestionades per altres proveïdors de salut. Les 27 unitats ASSIR de l'ICS atenen al 77% de les dones de 15 a 69 anys de Catalunya, per tant són el proveïdor que presta atenció a la major part de la població i disposa d'unitats ASSIR amb major àmbit territorial i població adscrita. (Taula2)

Aquestes unitats de suport a l'atenció primària de salut estan ubicades en un nivell entre l'atenció primària i l'atenció especialitzada⁴⁴. L'ASSIR es configura com un conjunt d'activitats de tipus assistencial, preventiu, educatiu i de promoció de la salut, de suport directe a l'atenció primària de salut i amb un fort component de coordinació amb els dispositius i els professionals d'atenció primària, especialitzada, atenció hospitalària i amb altres recursos de caràcter comunitari.

El programa ASSIR s'adapta a les necessitats i característiques de la població a la qual va dirigit. La població rep, a través de les activitats del programa, els elements que li permeten preservar la seva salut, fomentar l'autonomia i la coresponsabilitat, de manera que s'obtinguin els màxims beneficis en termes de salut i d'eficàcia en l'aprofitament dels recursos.

Taula 2: Relació de serveis ASSIR i centres d'Atenció Primària, gestionats per l'ICS

Gerències territorials	ASSIR	Centres d'Atenció Primària
Barcelona ciutat	ASSIR Dreta, ASSIR Muntanya, ASSIR Esquerra i ASSIR La Mina	18
Metropolitana Nord	ASSIR Sabadell, ASSIR Cerdanyola-Ripollet ASSIR Granollers, ASSIR Mollet, ASSIR Mataró ASSIR Badalona, ASSIR Santa Coloma	64
Metropolitana Sud	ASSIR Baix Llobregat Centre, ASSIR Alt Penedès ASSIR Garraf, ASSIR Martorell, ASSIR Delta Llobregat	42
Cataluña Central	ASSIR Bages-Solsonès, ASSIR Berguedà ASSIR Anoia, ASSIR Osona	68
Girona	ASSIR Gironès Pla de l'Estany	4
Lleida	ASSIR Lleida	31
Alt Pirineu	ASSIR Alt Pirineu	6
Camp Tarragona	ASSIR Tarragona;ASSIR Valls, ASSIR Reus	24
Terres de l'Ebre	ASSIR Terres de l'Ebre	20
9	27	277

D'acord amb el marc general de referència de l'oferta de serveis els objectius del ASSIR són:

- Parar esment en els àmbits d'actuació propis de l'ASSIR tenint en compte els aspectes educatius, preventius i assistencials.
- Identificar i satisfer les necessitats de les dones i de la comunitat a nivell d'atenció obstètric-ginecològic, tot intentant millorar el nivell de salut de la població.
- Millorar i garantir l'accessibilitat de la població als serveis sanitaris que reben.
- Optimitzar l'eficàcia en la provisió de serveis.

Cartera de Serveis

La primera cartera de serveis de les unitats ASSIR data del juny de l'any 1997, en què un grup de professionals de l'Institut Català de la Salut i del Servei Català de la Salut (CatSalut) van definir el conjunt d'intervencions que havien de ser incloses dins d'aquesta prestació assistencial⁴⁵. L'any 2008 es va actualitzar amb el Pla Estratègic d'Ordenació de Serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva i amb el Pla estratègic d'ordenació de serveis i la Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva⁴⁶.

La cartera de serveis de l'ASSIR ofereix una atenció integral des de l'adolescència fins la menopausa; des de la prevenció, la promoció de la salut i l'atenció als processos de salut reproductiva de la dona i la seva família.

L'ASSIR, a Catalunya, proporciona els serveis d'atenció a les dones i parelles en el procés maternoinfantil amb les activitats de control i seguiment de l'embaràs, diagnòstic prenatal, educació maternal i puerperi. També inclou els serveis d'atenció als joves i dones en salut sexual i reproductiva referents al consell reproductiu en contracepció i fertilitat; la prevenció del càncer de coll uterí i del càncer de mama; les malalties de transmissió sexual; la patologia ginecològica i, últimament també, l'atenció a la diversitat sexual. (Taula 3)

Aquestes activitats es realitzen en els centres de salut i també es desenvolupen activitats comunitàries en educació afectiva i sexual i atenció a la violència cap a les dones.

Taula 3: Cartera de serveis esquemàtica. Atenció a la Salut Sexual i reproductiva (ASSIR) a l'Atenció Primària

Cartera de Serveis	
• Atenció als Joves	• Control Prenatal
• Consell Reproductiu:	• Diagnòstic Prenatal
○ Consell preconcepcional	• EM: Preparació per al Naixement
○ Consell contraceptiu	• Atenció Postpart
○ IVE	
○ Problemes de fertilitat	
• Educació Afectiva i Sexual	
• Violència de Gènere	
• Prevenció del càncer de cèrvix i mama	
• Prevenció i atenció a les Infeccions de Transmissió Sexual (ITS)	
• Atenció a la Patologia Ginecològica	
• Atenció a la diversitat	

La cartera de serveis es va elaborar d'acord amb l'evidència científica i els criteris de subsidiarietat i cost-benefici. És a dir, la distribució de l'execució de les activitats de la cartera entre els professionals de les unitats d'ASSIR s'ha realitzat per apropar l'atenció al punt on es genera la demanda i, alhora, on la relació entre la competència del professional i el cost derivat del servei és més beneficiosa.

Els diferents canvis socials, econòmics i culturals descrits comporten un tractament multidisciplinari de la salut sexual i reproductiva de la dona. En l'actualitat cal deixar de treballar en "grup" per treballar en "equip". El treball en equip és un mètode de treball col·lectiu "coordinat" en el qual els participants intercanvien les seves experiències, respecten els seus rols, competències i funcions per aconseguir objectius comuns en realitzar una tasca conjunta. En el nostre cas, es tracta d'aconseguir mantenir i millorar la salut sexual i reproductiva de les dones. En aquest sentit, el treball en equip s'ha de basar en les 5 C: Compromís, Complementarietat, Coordinació, Comunicació i Confiança.

Tenint en compte aquests aspectes i la necessitat d'un abordatge integral de la dona, els equips d'atenció a la salut sexual i reproductiva han d'estar formats per un grup de professionals que permetin una intervenció conjunta, integradora de la salut sexual i reproductiva de les dones i que siguin resolutius i eficients, que comparteixin competències, evitin duplicacions i entre els quals es disposi de la millor combinació de coneixements i habilitats. Aquest aspecte és el que es coneix, en termes anglesos, com

skill-mix o skill-share, el qual implica no només quin tipus d'atenció s'ha de proporcionar, sinó també com s'ha de proporcionar i qui l'ha de fer.

En aquest sentit, cal destacar el fet que la distribució de competències entre professionals segueix el principi de preferència. És a dir, la cartera de serveis estableix que «preferentment», en cada activitat, és un professional o un altre qui ha d'executar el servei en primer terme.

Taula 4: Professionals i competències

Professionals Unitats ASSIR	Nivells de competència
Llevedores	Activitats de promoció i prevenció de la salut, i de diagnòstic i atenció en els processos normals i fisiològics.
Ginecòlegs/gues	Activitats de diagnòstic i atenció a la patologia, i al risc obstètric i ginecològic.
Auxiliars administratives	Atenció a l'usuari, pel que fa a processos administratius
Auxiliars d'infermeria	Suport a consultes, paper informatiu
Psicòlegs/gues	Atenció psicològica en salut sexual i reproductiva
Professionals dels EAP (Equip d'Atenció Primària)	Porta d'entrada a les unitats ASSIR

Per portar a terme la cartera de serveis es fa imprescindible la coordinació entre l'ASSIR i l'Hospital de referència Materno-Infantil, amb l'objectiu de compartir els protocols assistencials i garantir la continuïtat assistencial de cura de la dona en la seva salut sexual i reproductiva, especialment durant la gestació, el part i el postpart.

L'atenció psicològica està inclosa en les activitats educatives i assistencials, però en alguns casos és necessària la intervenció més específica del psicòleg/a. La majoria dels ASSIR compten amb el suport d'aquests equips professionals (bé sigui dins de l'equip o a través de les unitats de salut mental de referència, que han de tenir un psicòleg/a expert en salut sexual i reproductiva).

També la unitat ASSIR compta amb el suport dels recursos d'atenció social disponibles en la seva àrea d'influència i es vol evitar, especialment, les asimetries de poder relacionades amb el gènere, tot apoderant les dones en les relacions sexuals protegides, en la utilització de mètodes contraceptius i en la planificació de l'embaràs i el part. També s'han de desenvolupar mesures específiques que coresponsabilitzin als homes en una sexualitat segura i saludable.

La llevadora professional de referència en el procés de maternitat

Segons la cartera de serveis dels ASSIR a Catalunya i els nivells de competències, la llevadora és la professional que portarà a terme en l'ASSIR tots els processos fisiològics i es responsabilitzarà del control del procés de l'embaràs i postpart, mentre que el procés del part correspondrà al nivell hospitalari. Les tasques de promoció, prevenció i educació per la salut, per tant, seran realitzades també per la llevadora.

L'especialitat d'Infermeria Obstètric-Ginecològica (Llevadora) està regulada a nivell europeu per la Directiva 2005/36/CE relativa al reconeixement de qualificacions professionals⁴⁷ i a nivell estatal per l'Ordre SAS/1349/2009, de 6 de maig, per la qual s'aprova i publica el programa formatiu de l'especialitat d'Infermeria Obstètric-Ginecològica (Llevadora).

En el programa formatiu es defineix la llevadora com "el professional sanitari que, amb una actitud científica responsable i utilitzant els mitjans clínics i tecnològics adequats al desenvolupament de la ciència en cada moment, proporciona una atenció integral a la salut sexual, reproductiva i maternal de la dona, en les seves facetes preventiva, de promoció, d'atenció i de recuperació de la salut, incloent així mateix l'atenció a la mare, en el diagnòstic, control i assistència del embaràs, part i puerperi normal i l'atenció al fill acabat de néixer sa, fins el 28 dia de vida"⁴⁸.

Les competències professionals de les llevadores s'emmarquen també dins de la definició de llevadora realitzada per la International Confederation of Midwives⁴⁹ on també s'especifica el seu àmbit d'actuació tant a nivell de l'Atenció Primària que inclou centres de salut, comunitat, família i domicili, com l'Atenció Hospitalària.

Entre elles cal assenyalar les competències que fan referència al procés materno-infantil:

- L'atenció al binomi mare-fill en el diagnòstic, control i assistència durant l'embaràs, part i puerperi i l'ajut dels mitjans clínics i tecnològics adequats.
- L'atenció al nou-nat dirigida a afavorir els processos d'adaptació i detectar precoçment les situacions de risc.
- Detectar precoçment els factors de risc i problemes de salut en el binomi mare-fill durant l'embaràs, part i puerperi, tot duent a terme activitats de diagnòstic, control, derivació i seguiment dels mateixos i, en cas necessari, prendre les mesures d'urgència oportunes.

A Catalunya, dins de la cartera de serveis dels ASSIR, i dins de l'apartat d'atenció materno-infantil la llevadora porta a terme:

Atenció materno-infantil: control i seguiment de l'embaràs

La llevadora realitza l'atenció i la classificació del risc de l'embaràs. I en els casos d'embarassos de baix risc i risc mitjà en realitza el control i seguiment, bo i col·laborant amb l'obstetra-ginecòleg/a que realitza el control ecogràfic en els tres trimestres de gestació. Si l'embaràs és d'alt risc, el control i seguiment és de l'obstetre-ginecòleg/a, i la llevadora continua proporcionant a la parella l'educació per la salut que requereixi⁵⁰.

El control de l'embaràs de molt alt risc es realitza en el servei maternoinfantil de l'hospital de referència.

En aquesta atenció es dona importància a la captació de la gestant de risc social i l'elaboració del pla de naixement durant l'embaràs, com el document que permet expressar a la dona el tipus de part i atenció que vol rebre⁵¹.

Atenció maternoinfantil: diagnòstic prenatal

La llevadora realitza el consell assistit i la sol·licitud de proves analítiques i ecogràfiques i el lliurament de resultats és realitzada per la llevadora i l'obstetre-ginecòleg/a.

L'ecografia i, si es necessiten, les proves invasives són realitzades per l'obstetra-ginecòleg/a, juntament amb l'assessorament i control de la patologia⁵².

Atenció maternoinfantil: educació maternal-Preparació al naixement

Les llevadores duen a terme sessions d'educació maternal als grups de gestants i parelles, en algunes de les quals col·laboren infermeres i pediatres⁵³.

Activitat educativa grupal per a la dona/parella que inclou informació, educació i entrenament psicofísic per al procés de la gestació, el part i el puerperi.

En la cartera de serveis es fa especial esment a les situacions de vulnerabilitat i de diversitat cultural i, en conseqüència, les dificultats d'algunes d'aquestes gestants per poder assistir i participar en els grups d'educació maternal.

L'educació maternal inclou la preparació a l'embaràs, al part i al postpart.

S'estructura en:

1. Sessions grupals: Es recomana fer 8 sessions, que es poden distribuir d'acord a les necessitats de cada territori i que finalitzen en acabar l'embaràs.

Contingut educatiu:

- **Embaràs:** signes i símptomes, canvis físics, psíquics i socials, higiene, alimentació, sexualitat, molèsties habituals durant l'embaràs, contraccions uterines i moviments fetals i signes de perill, entre d'altres.
- **Part:** anatomia del canal de part, treball de part, tipus de part, tipus d'analgèsia, reconeixement d'una contracció, anada a l'hospital, paper del pare/parella i factors d'ajuda.
- **Puerperi:** puerperi immediat, precoç i tardà, aspectes físics i psicològics, atenció al nadó, tipus d'alletament, promoció de l'alletament matern, conducta del nadó.

Entrenament psicofísic:

- **Preparació física:** treballs corporals específics per compensar les modificacions de l'embaràs, preparar determinats grups musculars, exercicis circulatoris, etc.
- **Entrenament respiratori:** aprenentatge de diferents tècniques.
- **Tècniques de relaxació:** a cada sessió.

2. **Sessions monogràfiques:** Es poden fer al llarg de l'embaràs i/o en el postpart, d'acord a les característiques i les necessitats de la població diana en relació al procés del naixement (l'embaràs, el part i el postpart).

Atenció maternoinfantil: atenció al puerperi

El puerperi el realitza la llevadora ja sigui al domicili o a la consulta i dins de la cartera de serveis s'estableix:

- 1 **Visita domiciliària precoç:** La primera visita es farà dintre de les 24-48 hores de l'alta hospitalària. Aquesta visita inclou: avaluació i detecció del risc de la mare i el nadó, assessorament de l'alletament, atenció i suport a la mare, i seguiment i suport segons el protocol.
- 2 **Visita a la consulta:** Aquesta visita inclou l'avaluació i seguiment del benestar de la mare i del nadó i assessorament de l'alletament, l'atenció i el suport a la mare. Avaluació del sòl pelvià i consell contraceptiu.
- 3 **Educació grupal:** Es tracta d'una activitat educativa dirigida a la dona i a la seva parella. Consisteix en sessions de grup que inclou assessorament i treball corporal. La llevadora promou i fa difusió dels grups de suport a la lactància materna a les puerpèries⁵⁴.

Capítol 2. Promoció i educació per la salut

2.1. Aproximació a les teories i models de promoció a la salut en la preparació per a la maternitat

La promoció de la salut ha estat definida com una combinació de pràctiques d'educació per la salut i de recolzaments de tipus organitzatiu, econòmic i ambiental per facilitar les pràctiques saludables i perquè les persones, grups i comunitats millorin el seu control sobre els determinants personals i ambientals⁵⁵.

Actualment és ben conegut que els estils de vida són uns dels determinants més potents en la salut de les persones, per això, la promoció de la salut i/o els programes d'educació estan dissenyats per estimular les persones i els grups a mantenir els comportaments saludables, per canviar els no saludables o bé perquè s'adoptin nous comportaments saludables, amb l'objectiu d'aconseguir millores en la salut de les persones i de la població en general⁵⁶. Per tant, la promoció de la salut és d'especial importància per les llevadores que promouen la salut en lloc de manejar la malaltia⁵⁷.

La vinculació del terme salut amb el comportament està totalment acceptada, entenent que els comportaments estan condicionats per una ampla varietat de factors i solen ser complexes, especialment els que tenen a veure amb el comportament sexual i reproductiu. Així doncs, el canvi d'aquests requereix d'accions molt ben articulades que combinin diferents estratègies, mètodes i tècniques i la seva comprensió requereix de models i teories que ens permetin comprendre'ls i predir els comportaments relacionats amb la salut i el procés de canvi.

La majoria d'aquestes teories es fonamenten en el camp de la psicologia social, de la psicologia i de la sociologia de la salut i volen explicar perquè les persones es comporten d'una manera o altra.

Existeix una àmplia bibliografia sobre les teories i models, especialment recollida per Glanz⁵⁸ i per Diclemente⁵⁹ en el 2002. Malgrat això, existeixen uns pilars fonamentals que formen part de la tradició en salut pública i que tenen a veure amb propostes defensades per la OMS en nombrosos articles com, per exemple, les estratègies de Salut per Tots, Salut 21¹⁶, la Carta d'Otawa¹¹ o la Declaració de Yakarta¹² tal i com hem mencionat anteriorment.

De les diferents teories i models de promoció i educació per la salut des de la perspectiva de la salut reproductiva i materno-infantil assenyalaríem les següents:

Teoria de l'aprenentatge social o cognitiu social:

Aquesta teoria es basa en els plantejaments de Bandura⁶⁰ i afirma que la conducta humana s'explica per un model triàdic, dinàmic i recíproc en el qual la conducta, els factors personals o cognitius i les influències del medi social interaccionen entre si de manera simultània tal i com es mostra en la figura 1.

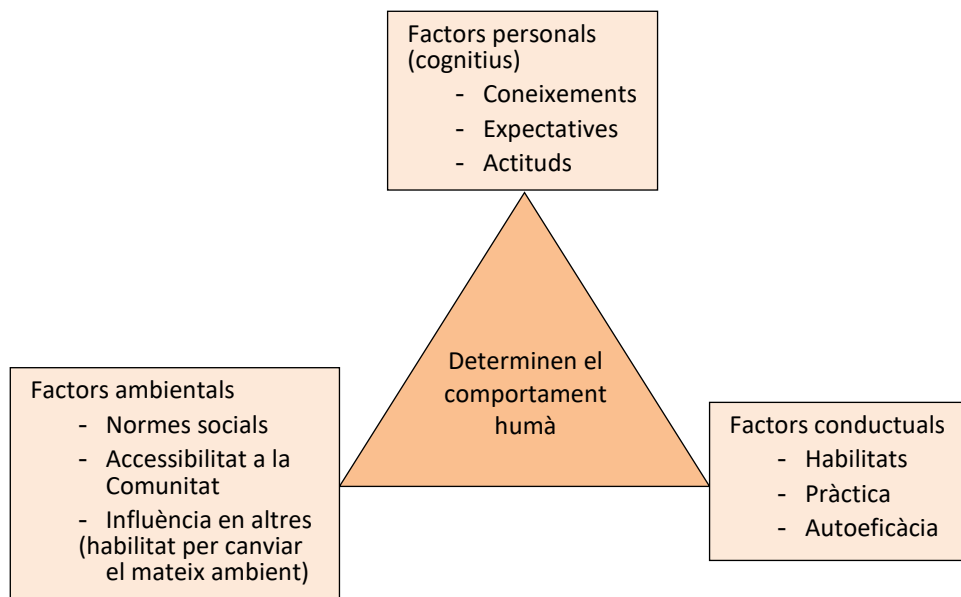


Figura 1. Determinants del comportament segons la teoria de l'aprenentatge social.

Font: Bandura (1977)⁶⁰

En aquesta teoria el concepte d'auto-eficàcia segons Lewis⁶¹, seria l'eix central. L'auto-eficàcia prediria: la iniciació de comportaments relacionats amb la salut, fins i tot en condicions adverses; la continuació de la conducta buscada, fins i tot en condicions de fracàs; i el manteniment de comportaments complexos relacionats amb la salut, fins i tot en condicions d'estrès.

L'autoeficàcia és l'apreciació de les capacitats que té un mateix i se centra en la convicció de tenir recursos i habilitats per tenir èxit en una determinada situació. No cal dir que aquest concepte és important en el desenvolupament personal.

Per Lewis, el mètode més efectiu i consistent seria l'assoliment de canvis graduals en el comportament. Les intervencions eficaces impliquen les persones en experiències estructurades exitoses, en la consecució de canvis graduals, de manera que la pròpia persona autoavalui allò que és capaç d'aconseguir. Però també altres persones avaluen i reconeixen els canvis, la qual cosa comporta un augment de la percepció d'autocontrol i autoeficàcia a l'hora d'assolir els objectius de canvi de comportament.

Per tant, segons aquesta teoria cal establir objectius assolibles per cada persona i fer reforç positiu dels canvis.

Les creences d'autoeficàcia es formen a partir de la informació aportada per quatre fonts:

a. Els èxits en l'execució

Les experiències passades són la font d'informació d'autoeficàcia més important, ja que es basen en la comprovació del domini real. Repetir l'èxit en determinades tasques augmenta les avaluacions positives d'autoeficàcia mentre que els fracassos repetits les disminueixen, especialment quan els fracassos es deuen a circumstàncies externes.

b. Experiència vicària o observació

El modelatge és important, ja que el fet de veure o imaginar altres persones realitzant de manera exitosa una determinada activitat o acció pot fer que la persona arribi a creure que ella mateixa té les capacitats suficients per fer-ho també amb èxit. Aquesta font d'autoeficàcia adquireix especial rellevància en els casos en els quals les persones no tenen un gran coneixement sobre les seves pròpies capacitats o tenen poca experiència.

c. Persuasió verbal

La persuasió verbal és un altre font important d'autoeficàcia, especialment en les persones que ja disposen d'un nivell elevat d'autoeficàcia i requereixen una mica més de confiança per realitzar un esforç extra i assolir l'èxit.

d. Estat fisiològic de la persona

Existeixen diferents estats físics i emocionals, com per exemple el cansament, que poden ser interpretats per la persona com una incapacitat per aconseguir l'objectiu. En general, les persones tendeixen a interpretar els estats elevats d'ansietat com un signe de vulnerabilitat i com a indicadors d'un baix rendiment.

Els diferents estats emocionals també tenen el seu impacte en com cada subjecte interpreta les experiències. Aquesta teoria de l'autoeficàcia⁶² proporciona un marc per la intervenció educativa i permet a les persones desenvolupar els seus comportaments d'autocura per a la millora de la salut.

L'aplicació d'aquest concepte en l'educació a l'embarassada ha demostrat que l'autoeficàcia es important per influir en com es percebut el part i com s'afronta físicament. Les dones amb un alt nivell d'autoeficàcia o confiança en les seves habilitats per portar a terme determinats comportaments per afrontar el part reporten nivells més baixos d'ansietat⁶³. L'eficàcia percebuda també fa que el dolor sigui més fàcil de manejar⁶⁴ i aquelles persones amb una ferma convicció de que poden exercir un control sobre el dolor reporten menys pertorbació de l'estat d'ànim i major benestar.

Per tot això, aquest model d'EpS s'ha integrat en alguns programes educatius en l'atenció perinatal basant-se en l'aplicació efectiva de la teoria de l'autoeficàcia en la cura de la salut que se ha realitzat en altres àrees de la salut⁶⁵, bo i entenent que la intervenció educativa pot promoure l'autoeficàcia de les dones durant el part.

Taula 5: Conceptes principals de la Teoria de l'Aprenentatge Social i implicacions per a la intervenció.
Font: Osteba (2008)⁶⁶

Concepte	Definició	Implicacions
Medi ambient	Factors físicament externs a la persona.	Proporcionar oportunitats i suport social.
Situació	Percepció personal del medi.	Corregir interpretacions errònies i promoure normes saludables.
Capacitat conductual	Coneixement i habilitat per realitzar una conducta concreta.	Promoure l'aprenentatge fent servir l'entrenament de les habilitats.
Expectatives de resultat	Resultats esperats de la conducta.	Modelitzar resultats positius de la conducta saludable.
Expectatives de valor	El valor que cada persona dóna al resultat d'una conducta, incentius.	Presentar resultats de canvi que tinguin sentit funcional.
Autocontrol	Regulació o control personal de la conducta dirigida a un objectiu.	Proporcionar oportunitats per la presa de decisions, l'autoavaluació. L'establiment d'objectius, la solució de problemes, i l'autogratisficació.
Aprenentatge per observació	Conducta adquirida per l'observació de la conducta d'altres persones i els seus resultats.	Incloure models de rols creïbles per la conducta desitjada.

Continua a la pàgina següent

Concepte	Definició	Implicacions
Reforços	Respostes a una conducta que reforcin o disminueixin la probabilitat de fer aquesta conducta	Promoure premis i incentius suggerits per la mateixa persona.
Autoeficàcia	La confiança de la persona en realitzar aquesta conducta i en superar les barreres per aquesta conducta.	Enfocar el canvi de conducta en petites passes per assegurar l'èxit; buscar especificitats per al canvi desitjat.
Respostes emocionals (emotional coping responses)	Estratègies i tàctiques utilitzades per una persona per fer front a estímuls emocionals.	Proporcionar entrenaments en la resolució de problemes i la gestió de l'estrès; incloure oportunitats per practicar les habilitats en situacions que despertin emocions.
Determinisme recíproc	La interacció dinàmica entre la persona, la conducta i el medi en que la conducta es realitza.	Considerar diferents opcions per al canvi de conducta, incloent el canvi ambiental, d'habilitats i personals.

Model de planificació PRECEDE-PROCEDE ⁶⁶

Actualment és el model més utilitzat dins la prevenció de comportaments sexuals de risc. És un model de planificació de les activitats de promoció de la salut que està basat en la premissa que el diagnòstic educacional ha de ser previ al pla d'intervenció.

En aquest model s'identifiquen tres factors que s'han de tenir en compte per ser efectius en la prevenció: factors predisposants, factors facilitadors i factors reforçadors.

Els factors que predisposen fan referència a la informació, les actituds, els valors i les creences, que poden facilitar la motivació personal per al canvi.

Els factors facilitadors inclouen les habilitats, els condicionants socials, econòmics i l'existència de recursos en la comunitat i la seva accessibilitat.

Els factors reforçadors són els resultants del comportament: recompensa, penalització.

Aquest model de planificació planteja 9 etapes en el procés de planificació de les intervencions de promoció de la salut, tal i com s'indica en la figura 2. Les 5 primeres serien prèvies a la definició del programa o intervenció i després de la implementació de les intervencions es tancaria el cercle amb l'avaluació de l'impacte de les intervencions.

Totes aquestes etapes haurien de tenir un nivell elevat de participació de la població o grup diana al qual es dirigeix la intervenció, bé sigui a través d'enquestes, grups focals o altres metodologies per conèixer les vivències i percepcions sobre el tema. Aquest és un aspecte molt important per tal de ser més efectius en les activitats.

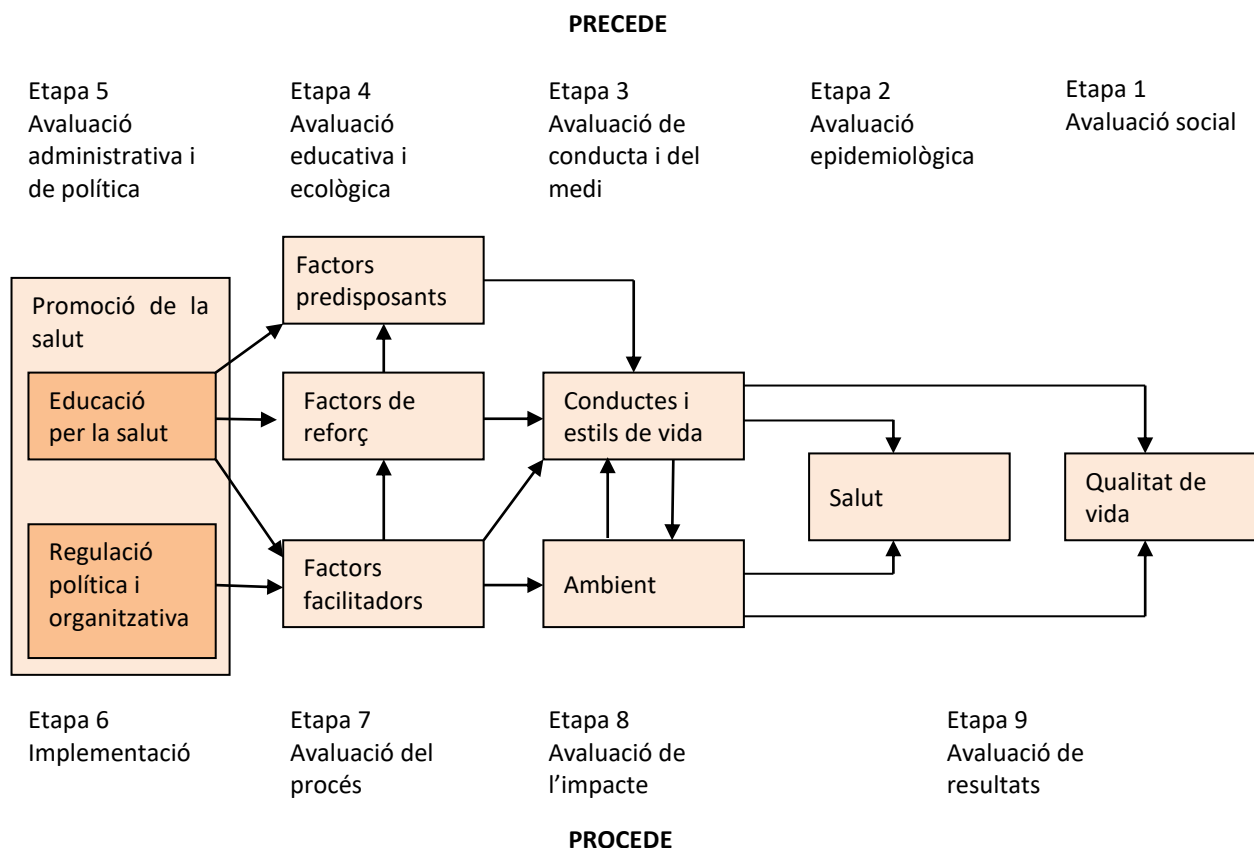


Figura 2. Model de planificació PRECEDE-PROCEDE.

Font: Green (1999)⁶⁶

Models comunitaris i grupals de promoció de la salut: l'apoderament de les dones i parelles

La majoria de les situacions que tenen una influència en la salut de les persones no es poden resoldre si les intervencions es limiten a la intervenció individual. Els determinants de salut són socialment construïts i la capacitat d'opció individual està altament limitada condicionada i influenciada per estructures i circumstàncies socials.

Per això, Tones⁶⁷ assenjala les limitacions dels models de promoció de la salut centrats en la persona aïllada i planteja 4 principis fonamentals que són la base de les diferents propostes sobre promoció de la salut realitzades per l'OMS:

- La salut és un estat positiu. És una característica essencial, que la gent necessita per poder aconseguir una vida social i econòmicament productiva.
- La salut no és una responsabilitat únicament individual. Intentar que les persones individuals prenguin responsabilitat de la seva pròpia salut alhora que s'ignoren els determinants socials de la salut és bàsicament no ètic.
- La consecució d'avenços substancials en la promoció de la salut depèn de la consecució de la igualtat social i la correcció de les desigualtats de salut dins i entre les nacions.
- L'èxit de la promoció de la salut depèn de la consecució de l'apoderament individual i de la comunitat.

Aquest model es basa en un concepte fonamental l'apoderament – *empowerment*. Aquest concepte, segons León⁶⁸, és utilitzat pel moviment de dones a nivell internacional, tot i que va trobar que ha estat un terme més utilitzat en anglès que en espanyol. A més, en els estudis de dona i desenvolupament de la dècada dels vuitanta va identificar un ús difús del terme.

Segons la recerca realitzada per aquesta autora, els termes *empowerment* i apoderament són utilitzats des de la segona meitat del segle XVII, com a sinònims de potenciació i poder. Si bé en anglès no ha presentat conflictes el seu ús en el àmbit de les ciències socials, en espanyol han sorgit múltiples dubtes de si el terme és correcte. Apoderament implica que “el subjecte es converteix en un agent actiu com a resultat d'un accionar, que varia d'acord amb la situació concreta, la seva utilització en el moviment de dones busca impulsar canvis culturals respecte la relació de les dones amb el poder”.

Des dels anys noranta en endavant aquest concepte s'ha anat utilitzant progressivament però sense suficient precisió -en alguns casos essent considerat una panacea per als problemes socials com degradació ambiental, creixement poblacional o baix estatus de les dones, entre d'altres-, tot diluint així el seu potencial transformador, de manera que esdevé important aclarir en què consisteix i com pot aportar quelcom a les estratègies de transformació social i d'intervenció educativa⁶⁹.

Seguint Magdalena León, molts escrits pressuposen que el lector coneix el significat d'aquesta paraula o que pot estar referida al fet d'aconseguir un major poder, ja que el terme sembla que ho expliqui tot en si mateix.

Així el seu sentit sembla com autocontingut i obvi: apoderar-se significa que les persones adquireixen el control de les seves vides, és a dir que aconseguixen l'habilitat de fer les coses i de definir les seves agendes.

Des d'altres perspectives l'apoderament implica aconseguir una autoimatge positiva, l'habilitat de pensar críticament, la cohesió grupal i la presa de decisions, això com l'acció col·lectiva⁷⁰.

L'apoderament és, per tant, més que una simple obertura a l'accés per a la presa de decisions, ja que ha d'incloure processos que permetin a les persones o al grup tenir la capacitat de percebre's a si mateixos com a aptes per ocupar els espais de presa de decisions i d'utilitzar aquests espais de manera activa.

Després de clarificar millor el concepte d'apoderament, tal i com es mostre en la figura 3, en el model de models comunitaris i grupals, l'educació per la salut és clau i és l'eina que pot contribuir a l'apoderament de les persones, ja que els permet guanyar control en les decisions individuals de conductes de salut i poder implicar-se més en els canvis, no tan sols individuals sinó també a nivell comunitària. Per això cal que l'educació per a la salut posi un major accent en l'assessorament i recolzament de les persones que no pas en la persuasió per al canvi de conductes, la qual cosa implica una major autoconfiança i millora d'habilitats i competències individuals.

Tones⁷¹ proposa que una de les tasques centrals de la promoció de la salut és no només influir en l'agenda política, sinó potenciar a més la consciència crítica en la societat i afavorir l'apoderament comunitari, el qual ha de donar suport a iniciatives encaminades a crear un sentiment de pertinença a la comunitat, fomentar les xarxes de suport social i proveir els individus i comunitats de les habilitats i eines necessàries per influir en el procés de presa de decisions.

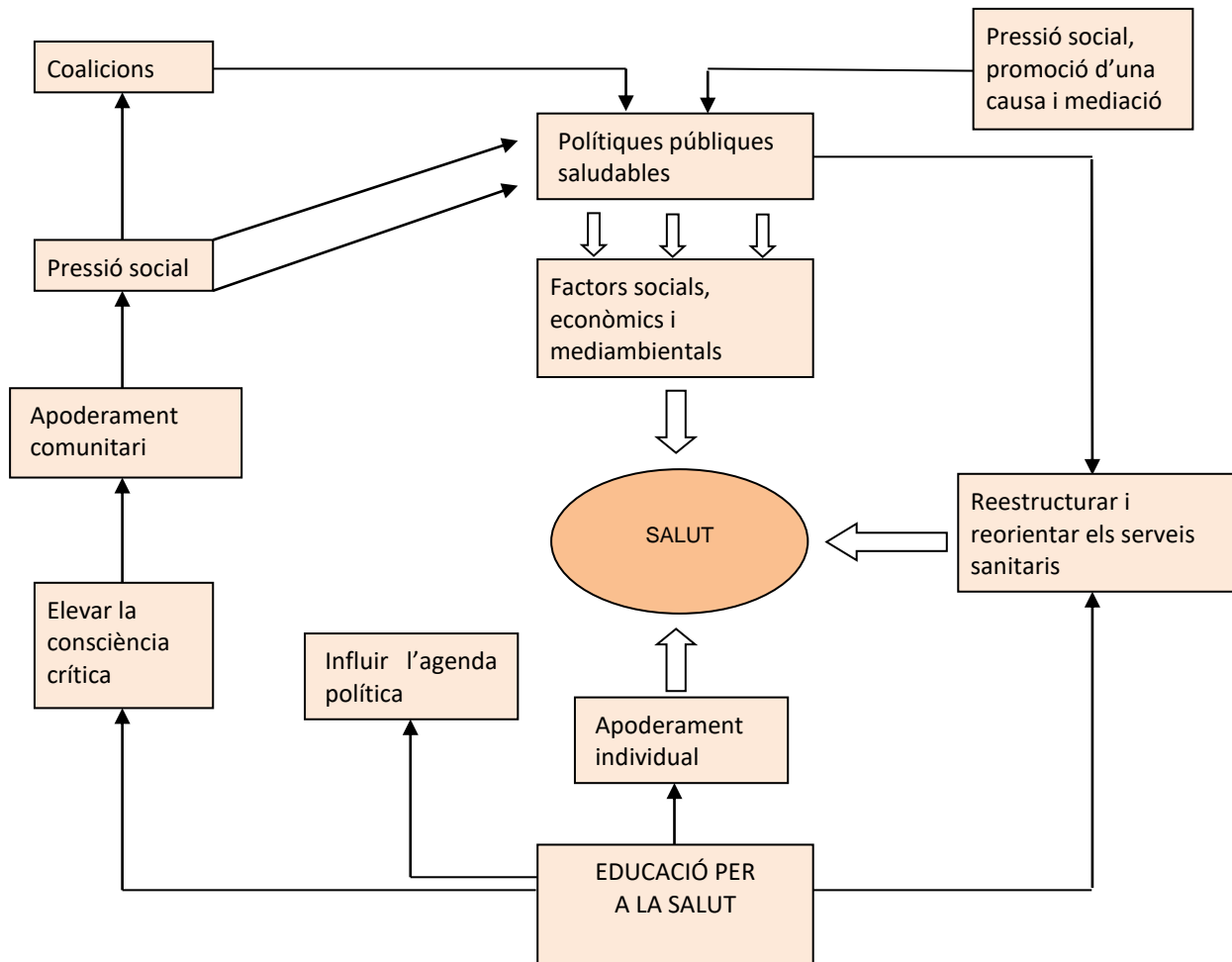


Figura 3. Model d'apoderament.

Font: *Osteba (2008)*⁵⁶

Dins el model d'apoderament, Tones (2002) considera que en els serveis sanitaris hi ha d'haver una reorientació, que inclouria un procés de «desmedicalització», on s'hauria de produir un canvi en l'actual relació de poder entre els professionals de la salut, especialment els metges i els ciutadans i persones usuàries.

La col·laboració i cooperació entre els professionals, juntament amb un apoderament i major paper de la ciutadania en la presa de decisions, hauria de substituir l'èmfasi tradicional en l'adherència de les persones usuàries a les recomanacions o decisions del professional. Considera que la preocupació per la dignitat humana, la qualitat de vida i la qualitat de l'atenció haurien de ser aspectes centrals dels serveis sanitaris.

Per tant, aquest model és el model que actualment s'està utilitzant per donar major protagonisme a les dones i les parelles pel que fa a les decisions relacionades amb la maternitat i paternitat, tal i com mostra l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva del 2011 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad⁷².

És aquí on s'emmarca l'atenció a l'embaràs, part i postpart, així com també dins de la promoció i educació per a la salut.

Així doncs, la participació en programes d'educació per a la salut ha de permetre sobretot, pel que fa referència als grups d'educació maternal/preparació al naixement, tal i com explicita també Fernández⁷³, un treball en diferents nivells:

Individual o de potenciació psicològica, en què s'inclouen components interpersonals com la percepció de l'autoeficàcia, el lloc de control, la capacitat crítica, la habilitat empàtica, l'autoestima i la satisfacció general amb la vida. Tots aquests aspectes són els que permetran a les dones el desenvolupament d'eines personals per prendre el control de la seva vida i produir canvis en el seu entorn.

Nivell grupal-organitzacional, també es permet assumir per part del grup rols significatius i un sistema d'ajuda mútua, a partir de l'intercanvi de sentiments i experiències, bo i establint-se una xarxa de recolzament emocional i social que permet un intercanvi d'informació, coneixements i aprenentatges per afrontar millor una determinada circumstància vital com pot ser la maternitat.

Nivell comunitari, els grups tenen més oportunitats d'accés als recursos i a les estructures mediadores de la comunitat, així com un major desenvolupament de creences, actituds i valors socials i comunitaris. Treballar en l'apoderament de les dones repercuteix directament en la millora a nivell de la comunitat i al mateix temps una comunitat enfortida permet que els seus membres desenvolupin aptituds, motivació i recursos suficients per realitzar accions que millorin la vida de la comunitat. Per tant, aquest model ens permet sustentar la intervenció que es realitza a les dones en les intervencions educatives de preparació al naixement, des d'una perspectiva d'apoderament no només individual sinó també grupal.

2.2. Educació per la salut: marc referencial dels programes de preparació al naixement

L'Educació per a la Salut (EpS), per la seva incidència en els determinants de salut, es considera com una pràctica de recolzament a les estratègies de promoció de la salut i, per extensió, a les polítiques de salut pública. L'EpS s'ha definit com qualsevol combinació d'experiències d'aprenentatge dissenyades per facilitar el comportament que condueix a la salut⁷⁴.

Aquesta definició emfatitza la importància de fer coincidir els múltiples determinants del comportament amb múltiples experiències d'aprenentatge o experiències educatives. L'EpS es caracteritza per ser una activitat planificada sistemàticament a diferència dels aprenentatges incidentals.

L'EpS té un clar component facilitador, és a dir predisposa, habilita i reforça, sense coerció, amb plena comprensió i acceptació dels propòsits de l'acció i el comportament per aconseguir un efecte desitjat sobre la salut.

Tots els components de la definició de l'EpS identificats per Green i Kreuter⁷⁴ són aspectes vitals de les aspiracions de l'esforç educatiu en el segle XXI.

Hi ha altres definicions de l'EpS, però la majoria coincideixen a assenyalar que es tracta d'experiències d'aprenentatge amb la finalitat d'influir positivament sobre la salut. Costa, afegeix algun altre aspecte i la defineix com el "procés deliberat de comunicació i d'ensenyança –aprenentatge orientat a l'adquisició i enfortiment dels comportaments i estils de vida saludables, a afavorir les eleccions positives per la salut i a promoure els canvis en els comportaments no saludables o de risc"⁷⁵.

Des del punt de vista històric, els àmbits i les estratègies d'intervenció de l'EpS es van polaritzar inicialment al voltant de les malalties i la seva prevenció, per això els objectius de l'EpS es van orientar a disminuir els factors de risc, a augmentar els factors de protecció (prevenció primària), a detectar precoçment els problemes de salut i a facilitar canvis de conducta que permetessin el tractament de les malalties (prevenció secundària) per tal d'evitar recaigudes (prevenció terciària). Malgrat això, el valor i la vigència de la perspectiva preventiva i la perspectiva de la promoció de la salut, per a la qual la salut i l'absència de malaltia no són realitats equiparables, tot i haver introduït variables ecològiques i de capacitació personal, es qüestiona la validesa d'una referència exclusiva a la malaltia.

Les limitacions d'aquest enfocament preventiu han donat pas a un model educatiu que té com a objectius la capacitació, potenciació i l'apoderament^{76 i 77}.

Segons altres autors, tot i que l'EpS té una funció preventiva i correctiva que exigeix per part de la persona, la família i altres grups socials els coneixements necessaris per la prevenció de malalties, la seva principal finalitat no rau a evitar les malalties sinó a promoure estils de vida saludables.

Així doncs, té un sentit positiu d'ajuda i potenciació de la persona, amb la participació i gestió de la seva pròpia salut per tal de poder desenvolupar-se en un procés de salut integral⁷⁸.

Des d'aquest punt de vista, l'EpS s'ha orientat a 3 estratègies d'intervenció:

- la prevenció de la malaltia
- la capacitació de les persones
- l'enfortiment dels entorns en què viuen

I aquestes estratègies s'apliquen en diferents àrees d'intervenció:

- problemes de salut
- estils de vida
- transicions vitals

Les intervencions educatives per millorar la salut durant l'embaràs, part i postpart, ens situen en l'àrea de transicions vitals.

L'OMS, en la seva "Conferencia de Salud para todos en el siglo XXI"⁷⁹ va declarar:

"A l'hora d'arribar a tots els grups de la població, més que tractar cada un dels problemes de salut, una perspectiva centrada en el recorregut de la vida garanteix millors resultats a mig i llarg termini"

Des del naixement i al llarg de les diferents etapes vitals (infantesa, adolescència, joventut, maduresa i senectut) les persones experimentem moltes situacions, activitats i esdeveniments vitals que produeixen sentiments positius, satisfacció i benestar, juntament amb d'altres que produeixen sentiments negatius, tensió, estrès i malestar.

En aquest procés de construcció i desenvolupament vital es produeixen interaccions constants amb l'entorn en què es viu, els quals no estan condicionats només per l'edat sinó també per l'estructura social i els aspectes socioculturals de cada societat i de cada moment històric concret.

Alguns comportaments associats amb les etapes vitals són els següents⁸⁰:

- Elaboració i acceptació crítica de les característiques i canvis físics i socioculturals i esdeveniments específics de cada etapa o crisi vital concreta.
- Autocures corporals. Inclouen els comportaments de cura del propi cos: alimentació, exercici físic, higiene, acceptació de la imatge corporal, relaxació, descans, cura dels sentits i sensacions eròtiques, vacunacions, autoconeixement i cura de la fecunditat.

- Autocures emocionals. Inclou comportaments de cura dels aspectes mentals i emocionals: maneig d'emocions i sentiments, abordatge saludable de les situacions difícils.
- Autocures relacionals. Inclou comportaments de cura de l'entorn i la vida social: establiment de relacions de qualitat, oci i temps lliure sans, entorns segurs i acollidors.
- Comportaments específics relacionats amb educar (estils educatius i variables relacionades), tenir cura (cures de nadó, de la població infantil i adolescent, de persones amb diferents tipus i graus de discapacitat), migrar, etc.

Per tant, en l'etapa vital de l'embaràs l'estratègia d'intervenció es situaria fonamentalment en la capacitat i potenciació de les dones per a un maneig autònom de la seva salut, amb autocures corporals, emocionals i relacionals, tot potenciant els recursos personals i capacitades per prendre decisions i apoderades per enfrontar-se amb èxit a les demandes i problemes del seu entorn.

Per dur a terme aquesta capacitat, i per tal de fer una EpS eficaç, cal tenir en compte tota una sèrie de factors ambientals i personals de la dona embarassada que es recull en la figura 4.

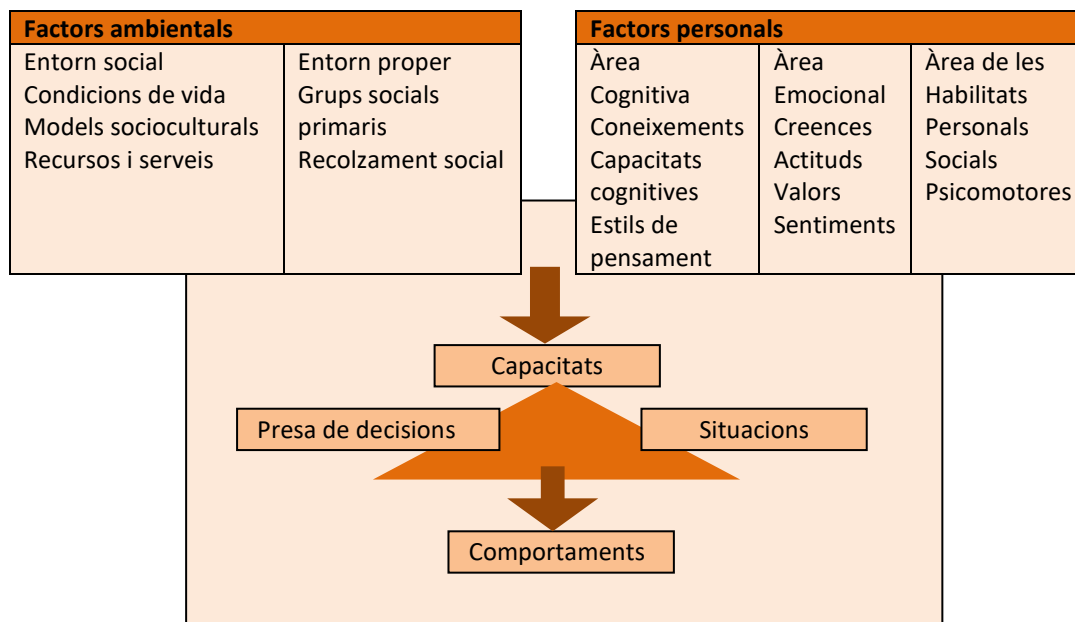


Figura 4. Factors relacionats amb el comportament en salut.

Font: Pérez MJ et al (2006)⁸⁰

Factors ambientals:

a) **Entorn social:** Els comportaments en salut de les persones són molt sensibles a les circumstàncies socioeconòmiques i culturals de l'entorn i tenen com a principals determinants:

- **Les condicions de vida:** es relacionen amb l'entorn quotidià de les persones, on viuen i on treballen. Són producte de les circumstàncies socials i econòmiques i l'entorn físic. Tot això pot exercir impacte sobre la salut durant l'embaràs, estant en gran mesura fora del control immediat de la dona: ocupació, salari, tipus d'habitatge o sistemes de protecció social.

- **Els models socioculturals:** són pautes d'orientació (com pensar) i de conducta (com fer), en els quals cada societat i grup social adoctrina als seus membres. En la societat post industrial en què avui vivim coexisteixen multiplicitat de models respecte a tots els temes de salut, que a més a més van canviant molt ràpidament. Existeixen models de bellesa ideal, de bona mare, bona cuidadora... Hi ha, malgrat això, models dominants i cada persona els interioritza de molt diverses maneres segons diferents factors, com ara els valors del grup familiar o el nivell sociocultural i d'instrucció.

Poden tenir gran repercussió en salut i ser causa de molt diversos "malestars", com els rols socials de gènere, en el cas de les dones i els homes, i els estils educatius en l'educació i cura de fills i filles.

b) **Entorn proper:** Els entorns propers que donen suport a la salut ofereixen a les persones la protecció més propera davant les amenaces per a la salut. Solen subministrar autoajuda així com relacions i vincles socials entre les persones que afavoreixen la salut.

Pel que fa als aspectes de salut que comporta la maternitat, són fonamentals l'entorn primari, que inclou la família (estructura, funcionament i clima familiar), les amistats i, també, els grups de persones que estan afrontant la mateixa situació i que poden constituir-se com a grup d'ajuda, bo i establint una xarxa social específica que pot proporcionar autoajuda, recolzament emocional, intercanvi d'informació i subministrament de recursos i serveis materials.⁸⁰

Factors personals:

Els comportaments de salut tenen a veure amb les característiques de la persona, entre les quals cal destacar la identitat personal, que té diferents components: l'autoconcepte (el que sóc) i l'autoestima (el que m'aprecio i vull). La identitat va evolucionant i desenvolupant-se al llarg de la vida en les diferents etapes. A cadascuna d'elles, la societat atribueix un conjunt de rols formals en les diferents àrees de la vida, l'embaràs i el desig de voler tenir criatures és un d'aquests rols que, conjuntament amb altres rols informals, s'integren en el projecte de vida.

Entre els factors personals es diferencien els de l'àrea cognitiva, els de l'àrea emocional o afectiva i els de l'àrea d'habilitats.

a) **Àrea cognitiva:** està integrada pels coneixements, capacitats cognitives i estils de pensament.

Els coneixements estan formats per tota una sèrie d'informacions de què disposen les persones, entre elles les que tenen a veure amb l'embaràs, l'alimentació, la sexualitat i la lactància.

Les capacitats cognitives constitueixen la capacitat de realitzar tasques o actes mentals. S'hi inclouen les capacitats per reconèixer les coses i dotar de significats el que veiem, amb la qual cosa es formen imatges mentals, es comprenen els conceptes i el llenguatge i sobretot s'empren les informacions de què es disposa per tal d'aplicar-les en diferents situacions i problemes determinats. Durant l'embaràs, per exemple, és important poder identificar els signes d'alerta, els signes de part i adaptar l'alimentació a les noves condicions.

Els estils de pensament són la forma en què les persones prefereixen utilitzar les seves capacitats intel·lectuals. Constitueixen els diferents enfocaments a partir dels quals s'aborden els problemes.

Per exemple, hi ha persones que tendeixen a ser més impulsives i altres més reflexives; unes tendeixen a abordar una situació de manera més global, oberta i exploratòria i altres de manera més focalitzada; unes tendeixen a una representació mental més visual i altres són més de paraules; unes prefereixen que es plantegin estratègies més ambigües que els permetin portar a terme iniciatives pròpies i altres prefereixen recomanacions més concretes sobre què fer.

b) Àrea emocional: Les actituds, els valors i els sentiments són els components de l'àrea emocional de les persones. Les creences inclouen un component cognitiu i un altre emocional. Es tracta d'una informació que les persones fan seva, una informació en la qual creuen i que, a més, dirigirà els seus comportaments.

A continuació es descriuen alguns aspectes de gran influència sobre la salut que tenen també un impacte sobre el maneig que les dones fan del seu embaràs i maternitat:

Autoestima: Sentiment de valoració positiva o negativa respecte a si mateix/a. En aquest sentit aquesta valoració exerceix una gran influència sobre la salut de les persones i proporciona un major grau d'autonomia en la presa de decisions.

Així, Garcia Monge afirma⁸¹:

“L'absència d'autoestima, o la seva escassa intensitat en la persona, acompanya generalment una àmplia gama de trastorns psicològics d'origen neuròtic que dificulten el desenvolupament de la vida personal i individual”.

L'autoestima comporta un sentiment d'eficàcia personal i un sentiment de mèrit personal.

L'educació com a procés i l'EpS han d'ajudar la persona a identificar les seves potencialitats i mancances, de manera que es tingui una imatge ajustada de si mateix/a, tot assumint la pròpia identitat. La prevenció en el dèficit d'autoestima s'ha de realitzar durant la infància, per això són importants les intervencions que es facin en els grups de preparació a la maternitat-paternitat.

Autoeficàcia: Sentiment de ser capaç o no d'introduir canvis en la nostra vida. Per exemple si se sent que, tot i les dificultats, s'és capaç de deixar de fumar o menjar més equilibradament durant l'embaràs. Si es poden introduir aquests canvis a la vida hi ha més possibilitats d'èxit.

Locus de control: Abast que creuen tenir les persones per controlar els esdeveniments de la seva vida. La persona sent que pot o no pot controlar els esdeveniments que li succeeixen. Per exemple: el sentiment que deixar de fumar depèn fonamentalment d'un mateix o depèn més d'altres factors externs; o bé el sentiment de no poder fer res davant de les contraccions del part.

Creences cost-beneficis: És més fàcil realitzar exercicis durant l'embaràs, les respiracions, gestionar el dolor durant el part, si es creu que l'avaluació cost-benefici és positiva, és a dir, si en el balanç personal els beneficis són superiors als costos o pèrdues.

Creences i expectatives de les altres persones: Exerceix també influència el què diran i les reaccions que s'esperin de les altres persones, per exemple fumar durant l'embaràs o bé el propi model de mare o pare tenen unes connotacions socials que influeixen en aquestes creences.

Grau d'adhesió a les normes socials: Hi ha persones amb un alt grau d'adhesió a les normes socials i altres persones que presenten moltes resistències. Un clima social favorable, per exemple, a un part natural, com és el moment actual, pot fer més susceptible a les persones a plantejar-se aquest tipus de part.

Resistència a la pressió de grup: El grup sempre exerceix una certa pressió sobre els seus integrants. Tot i que la pressió del grup es viu més, pel que fa als comportaments de salut, en l'adolescència, també en el moment de la maternitat es poden exercir unes influències o unes altres en funció del grup social a què cada persona estigui integrada.

c) Àrea d'habilitats: tenen a veure amb el saber fer. S'identifiquen tres tipus d'habilitats: psicomotores, personals i socials.

Les habilitats psicomotores ajuden a desenvolupar tot un seguit d'activitats durant la maternitat, com ara la relaxació, les respiracions, el maneig del dolor i el massatge infantil, entre d'altres.

Les habilitats personals estan relacionades fonamentalment amb un o una mateixa. La presa de decisions, la solució de problemes, el pensament crític, el coneixement d'un mateix, formen part d'aquestes habilitats, però també les relacionades amb com fer front a les emocions, el maneig de l'estrès o les situacions imprevistes. En aquests casos la maternitat posarà a prova aquest tipus d'habilitats.

Les habilitats socials tenen a veure amb la capacitat de relació interpersonal i es consideren habilitats socials l'escolta i la comunicació interpersonal, així com el maneig de conflictes.

Les tres àrees mencionades han de tenir-se molt en compte a l'hora de portar a terme un programa d'EpS per tal que les persones trobin veritables incentius que orientin els seus aprenentatges, impulsin i mantinguin els esforços i les accions de canvi tot procurant, tal i com hem comentat anteriorment, una implicació activa de les

persones. Treballar en aquestes tres àrees permet un enfortiment de les competències personals que fan possible el compromís de les accions d'aprenentatge.

Aquests aspectes lliguen perfectament amb el model de promoció de la salut basat en l'apoderament, ja que treballant en aquestes tres àrees es facilita l'accés als recursos i oportunitats per maximitzar les competències i la capacitat d'enfrontament a les situacions vitals noves o diferents. D'aquesta manera s'aconsegueix un major control i, si a més a més es controlen les fonts d'estrès i es potencia l'autoestima, es redueixen les possibilitats de problemes.

Per tot això, l'entrenament de les competències i habilitats constitueix una estratègia bàsica per a la prevenció i promoció de la salut, essent una de les activitats més importants en els processos d'EpS⁷⁵.

L'EpS aplicada a la maternitat i paternitat està doncs vertebrada per una pedagogia de la participació i potenciació de les dones durant el procés d'embaràs i postpart. Les seves parelles també han d'estar implicades en la identificació de les necessitats i problemes, així com en la definició dels objectius i expectatives. Per això és important que qui realitzi els programes d'EpS tingui la responsabilitat d'actualitzar els seus coneixements i incorporar els avanços tècnics que es produeixen en l'àmbit de l'EpS, tot mantenint els estàndards de qualitat i d'avaluació, i confirmant al mateix temps tant els resultats com els efectes positius que suposadament tenen les accions i programes educatius.

2.3. Procés ensenyament –aprenentatge en l'educació per la salut

Els anteriors apartats ens han permès identificar un canvi en els enfocaments o paradigmes educatius. Ja no parlem per tant de la "pedagogia tradicional", sinó d'una "pedagogia activa, integrativa o integradora"⁸². En aquest sentit els models dins de la promoció de la salut que hem seleccionat com a claus tenen a veure amb aquesta pedagogia integradora (model d'aprenentatge social, model PRECEDE, models comunitaris i grupals de promoció de la salut).

El model tradicional d'educació per a la salut tenia per objecte la transferència d'experiències i coneixements dels professionals de la salut i donava molta importància als continguts que es proporcionaven, mentre que els nous models entenen l'EpS com un procés de sensibilització, canvi i transformació⁸³.

Dins d'aquest marc pedagògic els aspectes a través dels quals podríem definir el procés d'ensenyament-aprenentatge estan marcats per:

a) **El desenvolupament de les capacitats de les persones** és prioritari en l'aprenentatge i s'ha de potenciar l'aprendre a aprendre. L'aprenentatge, en aquest sentit, és un procés de descobriment que engloba un conjunt d'habilitats que si es comprenen i utilitzen de manera adequada ajuden a aprendre amb més eficàcia. Segons Jornet⁸⁴:

“aprendre a aprendre és un procés que requereix interactuar amb el medi, tant educatiu com social, que implica posar en marxa diferents processos cognitius i estratègies d'identificació, conceptualització, resolució de problemes, raonament, pensament crític i metacognició, que ens ajuden a accedir als recursos necessaris en el desenvolupament de la nostra tasca, així com a comprendre la informació que se'ns presenta. Però també implica la posta en marxa de processos cognitius, que ens permeten millorar i actualitzar els coneixements que ja tenim, com el de disposar d'una actitud oberta i flexible davant de nous coneixements i una motivació intrínseca cap a la tasca”.

En aquest sentit, Bolívar⁸² afegeix, respecte a la cognició, que “és el coneixement que es construeix al voltant del propi funcionament cognitiu, relacionat amb els processos de supervisió i de regulació que les persones exerceixen sobre la seva activitat cognitiva quan s'enfronten a una tasca”. Aquest tipus de coneixement capacita per reflexionar sobre la manera com s'aprèn i per actuar en conseqüència, tot autoregulant el propi procés d'aprenentatge mitjançant estratègies flexibles i apropiades que es transfereixen i adapten a les noves situacions. Aquest aspecte és clar quan es fan aprenentatges durant l'embaràs i s'han de transferir després a la cura del nadó.

b) **Els objectius que s'han de perseguir** han de formular-se respecte a les tres àrees de la persona: cognitiva, emocional i d'habilitats i aquests objectius han de dirigir-se a aprenentatges que han d'assolir les persones. S'han de definir, per tant, de manera concreta i han de ser avaluables tant a nivell quantitatiu com qualitatiu.

c) **Els continguts definits en el procés d'aprenentatge** han de ser tant els relacionats amb la salut directament (biològics) com psicosocials i han d'englobar tant els comportaments relacionats directament amb la salut com aquells relacionats amb la experiències, habilitats, valors i creences.

Una part del contingut l'ha d'aportar la persona que dinamitza els aprenentatges i una altra part les mateixes persones que participen en el procés.

Per tant, s'han de centrar en com afrontar les situacions reals en la pràctica dels comportaments en salut, que poden tenir diferents alternatives, tot partint del fet que no sempre existeix una única resposta. Per tant, és fonamental treballar amb la motivació i necessitats de les persones.

d) Els recursos didàctics a utilitzar han de ser inductius i actius, han de partir de l'experiència de les persones i de la seva participació⁸⁰.

Existeixen diferents mètodes i tècniques didàctiques en funció dels objectius d'aprenentatge: expositius, demostratius, interrogatius i per descobriment. Bimbela els agrupa en el que anomena mètode EDIPO⁸⁵.

Segons aquest enfocament, es requereixen mètodes i tècniques educatives actives.

Les tècniques educatives han de ser adequades als objectius que ens proposem i als continguts que desenvolupem.

Aquestes són⁸⁶:

- **Tècniques de trobada:** constitueixen l'inici de la relació i el procés educatiu. Faciliten la configuració d'una adequada trobada professional/participants en la configuració com a grup en l'educació grupal. Afavoreixen la motivació i la implicació dels participants en el seu propi procés educatiu. S'utilitzen l'acollida, la presentació i el contracte educatiu.
- **Tècniques d'investigació en aula:** faciliten a les persones el fet de conèixer la seva situació i com la viuen. Són útils fonamentalment per expressar, reflexionar i organitzar sentiments, coneixements, experiències. Entre les tècniques utilitzades tenim la tempesta d'idees, les anàlisis de casos, els qüestionaris, les fotoparaulas, les frases incompletes, etc.
- **Tècniques expositives:** ajuden al grup a augmentar coneixements que li possibilitin aprofundir en la situació i veure-la d'una altra manera. Són útils per a la transmissió, reorganització de coneixements, informació ... Entre d'altres, s'utilitzen l'exposició teòrica amb discussió, la lliçó participada, la repetició, la lectura amb discussió, el vídeo amb discussió ...
- **Tècniques d'anàlisi:** ajuden al grup a pensar i faciliten que cadascú trobi les seves pròpies solucions: analitzar situació i causes, actituds, sentiments... S'utilitzen amb més freqüència l'anàlisi de textos, l'anàlisi de problemes i alternatives de solució, les discussions de diferents tipus (en grup petit o gran, obertes o estructurades), etc.

- **Tècniques de desenvolupament d'habilitats:** són essencialment útils per a entrenar-se en habilitats concretes (psicomotores, personals i socials) i desenvolupar la capacitat d'actuar, comportar-se en situacions reals i introduir els canvis que s'hagin decidit. En aquest grup s'utilitzen escenificacions i anàlisi de les situacions i jocs.

En general s'utilitza una combinació dels diferents mètodes però, malgrat això, si les persones que es troben en el procés d'aprenentatge han d'estar actives cal reduir al mínim el mètode expositiu i augmentar els altres mètodes. Tot i que diferents programes d'EpS busquen aquest objectiu no sempre és possible assolir-lo. Cal, per tant, avaluar realment quina és la participació de les persones i si realment es porta a terme l'ús dels diferents mètodes. A més és important l'ús d'altres recursos didàctics de suport com els visuals, audiovisuals.

e) **El rol educatiu i de relacions** ha d'estar basat en l'ajuda, la facilitació i el recolzament, més que no pas en la tasca de l'expert. Per tant, les relacions que s'estableixen entre la persona educadora i la persona participant en el procés d'aprenentatge han de ser d'igualtat. D'aquesta manera es poden crear climes de relació "tolerant", en què el dinamitzador del procés d'aprenentatge aborda l'acceptació, la flexibilitat i la proximitat, per això els professionals dinamitzadors han de ser formats en habilitats personals, socials i de maneig de metodologies pedagògiques. A més a més les persones participants aprenen al mateix temps que el grup, essent la comunicació bidireccional i multidireccional.

En aquest tipus de treball educatiu el professional exerceix un paper de facilitació, d'ajuda i de suport. Les persones participants són les que aprenen mentre que l'educadora facilita i orienta.

A destacar:

- **Funcions**, associades al rol: és fonamental la preparació de la sessió i la gestió de les activitats educatives, el temps, l'espai on es desenvolupa l'activitat, el clima.
- **Actituds**, entre les quals tenim: acceptació, congruència, valoració positiva i empatia. I a nivell més concret, sobre el clima que es crea a la sessió, alguns comenten que és un reflex de la comunicació entre educador i educant.
- **Habilitats**, la comunicació constitueix una eina bàsica del professional en la pràctica mèdica diària, però és una habilitat especialment important en el treball de l'EpS. La transmissió de missatges, l'escolta i recepció de missatges i la resposta són elements importants del procés de comunicació.

L'EpS incorpora, per tant, a l'igual que en altres camps de la pedagogia, els processos bàsics d'aprenentatge significatiu. L'aprenentatge, llavors, no es produeix per la suma d'informacions sinó que es construeix: la persona porta a la situació d'aprenentatge totes les seves experiències, vivències, coneixements i models cognitius, sentiments, habilitats i formes d'actuar respecte al tema de què es tracta i aprèn a partir de tot això, tot reorganitzant i modificant el que ha après davant de noves informacions i variades experiències que es donen en els diferents moments educatius.

Per tal d'aconseguir aprenentatges significatius cal generar processos que facin possible expressar i/o investigar, en primer lloc, la seva pròpia realitat (partir de la seva situació).

Després, cal aprofundir en el tema que s'està treballant (reorganitzar coneixements, analitzar la situació general i alguns temes específics personals o socials, reflexionar sobre aspectes de l'àrea emocional) i, per fi, afrontar la seva situació (decidir l'acció sobre la seva realitat, desenvolupar els recursos i habilitats necessaris, realitzar-la en la pràctica i avaluar-la).

2.4. El grup com a eina educativa

La utilització del grup en educació per a la salut és una pràctica habitual que s'ha demostrat efectiva en grups petits. Existeix una àmplia bibliografia que parla de la dinàmica de grups i del grup com a eina educativa en si mateixa, segons Pérez⁸⁷, els principals objectius de la dinàmica de grups serien:

- a) Ajudar les persones a percebre les seves pròpies reaccions, expressions, habilitats i sentiments, per a sensibilitzar-se amb ells.
- b) Fer conscients els propis processos d'aprenentatge i augmentar la motivació i la capacitat per aprendre.
- c) Utilitzar el grup com a eina pedagògica per afavorir i promocionar el canvi d'actituds i de comportaments.

Un grup no pot ser considerat, des del punt de vista pedagògic, com la suma de persones sinó que, en aquest context, ha d'estar format per un grup de persones que tenen una finalitat i uns objectius comuns, que interaccionen entre elles i que desenvolupen diferents rols, amb consciència que formen part d'un grup i estableixen relacions d'interdependència⁸⁸.

La utilització de la metodologia grupal té un triple objectiu dins de la millora de l'atenció en salut: incrementar la satisfacció en les persones, millorar la salut de la població i reduir els costos en l'atenció en salut⁸⁹.

Les investigacions sobre els models d'intervenció grupal en salut en les últimes dècades mostren una major satisfacció tant en les persones participants com en els proveïdors, així com millors resultats en salut i reducció de costos, tot i que en l'avaluació els models i metodologies de treball grupal son diversos en funció del nombre de sessions, freqüència, duració, continguts i enfoc⁹⁰.

La intervenció grupal ofereix a les persones temps addicional per tal de que aquestes interactuïn amb el professional de la salut, s'estableixin nous aprenentatges i s'adquireixin habilitats en la autogestió d'un determinat procés. Pel que fa a la resolució dels problemes s'obté, a més, suport social.

Per tot això, la intervenció grupal és una de les opcions metodològiques que donen suport a la intervenció educativa i és la més idònia per l'aprenentatge dels aspectes que tenen a veure amb el canvi de comportaments, tant per al manteniment com per a la millora de la salut. El seu objectiu principal és facilitar un procés que ajudi les persones a ser conscients de les seves capacitats i habilitats per provocar el canvi desitjat. L'acció grupal té, per tant, un elevat valor en els canvis psicosocials, personals i interpersonals, així com a nivell de la comunitat⁹¹.

L'element que enriqueix i dóna mobilitat al grup és la comunicació que, a través de mitjans informatius, estableix el clima adequat. També cal considerar la facilitat per plantejar i resoldre els conflictes.

Els efectes positius de la intervenció en grups es poden resumir en els següents aspectes:

- a) Afavoreix el canvi d'actituds i de conductes, especialment si es fomenta la participació activa de les persones integrants del grup.
- b) Afavoreix la presa de decisions no convencionals, ja que el treball grupal permet que les aportacions de les persones siguin diferents a les més convencionals. Les alternatives solen ser més originals perquè aglutinen opinions diferents davant d'una mateixa situació i normalment el grup sol escollir solucions més complexes que aquelles que s'adoptarien de manera individual, ja que el grup transmet una certa sensació de seguretat.
- c) Afavoreix la creativitat, ja que la riquesa del grup pel que fa a l'heterogeneïtat permet la confrontació d'idees, i per tant, afavoreix unes aportacions noves i molt més originals que les que normalment pot oferir una sola persona. Aquest aspecte ajuda a superar problemes de motivació de les integrants, augmenta l'autoestima i aporta experiències socials constructives.

- d) Afavoreix la relació del professional, a través de l'expressió d'emocions i el clima. La proximitat de les interrelacions i el esforç cooperatiu creats en la intervenció grupal modifiquen les percepcions prèvies que els professionals tenen sobre els membres del grup⁹².

Entre les diferents possibilitats d'intervenció educativa grupal, el grup d'iguals i/o d'ajuda mútua té una demostrada eficàcia. En aquest sentit, els grups d'ajuda mútua son entesos com el procés a partir del qual les persones estableixen relacions de col·laboració, recolzament i confiança i tenen un poder transformador de les experiències de grup⁹³. Per això, i tal com recull Bimbela, "una informació per ser retinguda, ha de ser confirmada per propers que comparteixen les mateixes preocupacions i els mateixos problemes" ^{85 i 94}.

Malgrat això, els resultats positius de la intervenció grupal estan també relacionats amb els participants i el conductor del grup. Pel que fa als participants, serà important el nombre de persones, la motivació, els objectius individuals i el compromís amb el grup. Es dependrà, per tant, del número de participants. Pel que fa al conductor del grup dependrà del objectiu de la intervenció, la elecció dels participants, la utilització de les tècniques adequades i el estil de conducció del grup.

Existeixen principis característics que fan del grup un agent de canvi, de promoció i en definitiva, de recolzament social; per això el grup trenca amb l'aïllament social, i contribueix a satisfer les necessitats de les persones i a afrontar els canvis.

Algunes de les característiques, que en la interacció entre les persones permeten el treball grupal i per tant els canvis, tenen a veure amb⁹⁵:

- **Confiança i confidencialitat:** transmissió per part del conductor/a d'un sentiment de confiança en si mateixos i en el poder grupal perquè es produeixin els canvis.
- **Universalitat:** permet experimentar en el grup a partir de la pròpia diversitat del mateix.
- **Informació i educació:** aportació d'informació de manera didàctica, orientacions sobre diferents temes, tot intentant fugir del consell si aquest no es prèviament sol·licitat.
- **Recolzament:** sentiment d'utilitat que afavoreix l'augment de l'autoestima i el descobriment que a partir del donar també es pot rebre i que compartir resulta positiu per augmentar la competència personal.

- **Aprentatge social:** aprenentatge a partir de les relacions interpersonals que es donen en el propi grup. El grup permet aprendre a harmonitzar amb els demés i adquirir habilitats en la resolució de conflictes tant dintre com fora del grup
- **Aprentatge vicari:** aprenentatge de conductes eficaces per la resolució de problemes en un determinat moment vital o de la vida quotidiana i d'estratègies d'enfrontament que poden ser importants per els canvis a partir de la capacitat de transferència, i no només de la mera imitació.
- **Autoconeixement:** a partir de la retroalimentació: suposa relacionar la pròpia conducta amb les seves conseqüències interpersonals i intergrupals i obtenir una visió més ampla, tot coneixent elements conductuals que a vegades son inadvertits però que es visibilitzen a través de la informació que proporciona la resta de membres del grup.
- **Cohesió:** fomenta la confiança i l'expressió emocional, la qual facilitarà l'eficàcia de la tasca grupal. La cohesió depèn de la acceptació i comprensió de les persones integrants del grup. Quan és elevada es molt més fàcil l'expressió de les emocions, sentiments, diversitat d'opinions i resolució de conflictes.

Des d'aquesta perspectiva la intervenció grupal, trenca amb els models professionals que tendeixen al paternalisme, en proporcionar un escenari en què els canvis son examinats i reflexionats des de la dialèctica, la igualtat entre els professionals i el mateix grup. Identificar els aspectes positius del grup genera la confiança en les persones que l'integren, des de les diferents visions de la interdependència que la experiència del grup provoca.

La metodologia de grup transmet esperança, ja que pot millorar l'autoestima i la confiança de la persona en si mateixa, tant pel que fa a la construcció d'habilitats com en la integració de les persones en el grup⁹⁶. L'èmfasi es situa en ajudar a les persones membres del grup a incorporar les experiències positives per utilitzar-les fora del grup i facilitar la capacitat del grup per influir i modificar contextos més propers⁹⁷.

Des d'aquesta perspectiva, la utilització del grup com a instrument de canvi, socialització, recolzament, acollida es presenta per tant útil tant en contextos socials com de salut.

Capítol 3. Educant el procés de maternitat i paternitat

3.1. Antecedents dels programes de Educació Maternal / preparació al naixement

L'anàlisi breu dels antecedents històrics de l'Educació maternal (EM) inicialment coneguda com a preparació al part, ens permet entendre l'organització i estructura actual dels programes d'EM i comprendre l'evolució d'aquests en funció dels canvis produïts a nivell social, cultural i econòmic. També es poden copsar les necessitats de les dones gestants i les seves parelles, amb l'adquisició de nous rols pel que fa a la maternitat-paternitat i les noves estructures familiars.

Els antecedents històrics de l'educació institucionalitzada per al part apareixen al mateix temps que el desenvolupament de l'obstetrícia com una pràctica mèdica especialitzada en aquest camp.

Una de les primeres organitzacions que es va adonar que hi havia un buit en l'educació maternal va ser l'organització *Red Cross*, concretament l'any 1908 a Washington. Es va programar un curs sobre salut en la llar i higiene d'infermeria on es va incloure un apartat específic sobre les cures de la mare i la criatura. Aquestes primeres classes formals d'educació pel part tractaven de com s'havia de cuidar la mare durant l'embaràs. El curs va tenir tant èxit que al 1913 es va estendre com a programa nacional. Cap a el 1919, la Red Cross havia ampliat el programa de la preparació d'ajudants d'infermeria, per a un programa públic d'infermeria de la salut que promovia l'educació dels pares de família de manera individual. Aquest programa va ser el precursor del Servei de Salut Pública Americà i el precedent que va fer que l'educació pel part es consideres com un servei que la comunitat havia d'oferir, ja que en aquells temps no es parlava d'hospitalització del part⁹⁸.

Posteriorment, l'any 1938 es van obrir els *Maternity Center Association* per a futurs pares. De llavors ençà s'ha produït sempre la demanda dels cursos de preparació al part.

Aquest fet ens determina que quan parlem de l'EM / Preparació al naixement estem parlant de programes molt arrelats en la cultura social i sanitària, tot i que, com veurem, en les anàlisis actuals continuen existint dubtes sobre els beneficis quantificats d'aquests programes.

Després de la Segona Guerra Mundial, es va anar difonent l'hospitalització del part, però també van començar a sorgir moviments en resposta a la suposició que s'estava interferint el procés natural en l'hospitalització, així com el treball del part i el part mateix. Per tot això el part natural va començar a ser una demanda de les dones. En aquest sentit en l'última dècada aquesta demanda ha tornat a reactivar-se, especialment a Espanya, després de passar per una excessiva medicalització de tot el procés.

Els treballs de Dick-Read⁹⁹ van començar a guanyar popularitat amb el seu concepte de part sense por, l'anomenat *Childbirth Without Fear*, on s'insistia en la naturalitat del part. Així, es va difondre la idea de que l'experiència del part i del naixement podria ser una experiència alegre i sana. Aquesta perspectiva va ser el primer pas perquè els pares participessin activament en l'experiència del naixement. És en aquest moment que s'accepta la idea de que la dona gestant no està malalta, tot i que necessita atenció i educació dins d'una etapa normal dins del cicle vital. Aquest aspecte es produeix en consonància a l'evolució del concepte de salut i de salut materno-infantil, tal i com hem indicat en el capítol anterior.

En els següents anys, les dones que havien tingut un resultat exitós en el seu part, s'organitzen amb l'ajuda de professionals reconeguts, i d'altres pel seu propi compte, per donar informació i entrenament a les dones. Aquests diferents grups van constituir una federació la *International Childbirth Education Association (ICEA)*, que aglutinava una diversitat de filosofies i tècniques utilitzades pels membres que la van constituir. Actualment, aquesta federació és una organització professional que dona suport als educadors i professionals de la salut que creuen en la llibertat per prendre decisions basades en el coneixement de les alternatives a la maternitat centrada en la família i la cura del nadó.

Al mateix temps que es formava l'ICEA, també sorgia una altra escola de preparació al part, en contraposició als relatius "fracassos" de Dick-Read i alguns deixebles de Fernand Lamaze introduïen en diferents països, inicialment, EEUU el mètode psicofilàctic de part sense dolor o Lamaze¹⁰⁰.

Probablement les dones i les famílies no haurien pogut canviar soles les pràctiques obstètriques i van necessitar l'ajuda de professionals. Des que la preparació al part es va desenvolupar, aquest servei s'ha constituït en general com un servei extern a l'estructura hospitalària, tot i que actualment alguns hospitals també el porten a terme.

Majoritàriament, però, es tracta d'un programa que es desenvolupa dins de l'Atenció Primària de Salut i en el cas de Catalunya dins dels ASSIR, tal i com anteriorment s'ha esmentat.

A la resta de comunitats autònomes d'Espanya també té lloc mitjançant programes específics de salut sexual i reproductiva, d'atenció a la salut materno-infantil així com a través programes d'atenció a la dona a nivell assistencial de primària.

A partir d'aquests anys, es va difonent per EEUU i Europa tota una sèrie de mètodes europeus que s'apliquen en alguns programes educacionals amb el nom de qui els va desenvolupar: Read, Lamaze, Wright^{99,100,101}. Els practicants d'altres tècniques, denominen els seus cursos "Preparació al part" o "Preparació al treball de part", però tots aquests, en general, estan basats en un o més mètodes europeus.

Per entendre l'essència de l'educació per al part cal, inicialment, deixar a banda els continguts i fixar-se en el procés de l'educació, perquè és precisament en el procés on es donen les similituds entre els diferents mètodes existents inicialment.

Chertok, a la seva discussió sobre els diferents programes de preparació psicofisiològica, insistia en la necessitat de preparar la dona embarassada i respondre a les seves necessitats particulars¹⁰². I tot i que reconeixia les similituds entre els diferents programes, no és capaç d'emfatitzar consistència comú present en tots ells, però si que va marcar tres aspectes del programa que compartien:

- Informació sobre reproducció humana, descripció detallada dels processos del part i del mateix part.
- Relaxació controlada.
- Aprenentatge de tècniques específiques de respiració com a resposta a sensacions que acompanyen al part.

Aquest tres punts van marcar la posterior estructura i organització dels grups de preparació al part. El marc de referència teòric, especialment dels dos últims punts, és la teoria de l'estrès que es basava en la conducta humana com a resposta a la tensió. Per tant, l'educació pel part es visualitzava com una adaptació a una tensió. Aquesta teoria, en termes generals, es pot aplicar a tots els mètodes perquè expliquen el procés general de preparació al part. Tot i que cada mètode postulava la possessió d'una teoria pròpia per justificar el seu sistema d'educació, la postura de cada mètode en particular no va ser capaç, en general, d'explicar l'eficàcia dels altres mètodes.

En aquell moment, per establir una base teòrica general i entendre l'educació pel part calia considerar les necessitats de la dona gestant en el moment del part. Crawford va demostrar que l'ansietat pot interferir en el treball del part i, per tant, era convenient disminuir-la¹⁰³.

L'angoixa es podia convertir en una font de tensió física si no disminueix. El treball del part, tot i ser un procés normal, pot ser summament tens i aquesta tensió pot augmentar l'angoixa. Per tant, aquesta educació pel part havia de centrar-se no només en el procés de tensió, sinó en el procés d'enfrontament a aquesta tensió, és a dir en el procés d'adaptació. En aquesta línia es van utilitzar els diferents mètodes que posteriorment es van anar desenvolupant.

3.2. Mètodes de Preparació al part i a la maternitat

Escola Anglesa: mètode Read: Part natural o part sense por

Tal i com hem comentat anteriorment, l'obstetre Dick-Read sostenia en seu llibre *Childbirth Without Fear*⁹⁹, que el part era un fenomen fisiològic i va observar que les dones que no tenien por ni emocions negatives podien tenir un part millor. En aquest sentit va arribar a la conclusió que el dolor en el part havia de ser patològic, conseqüència fonamental de la por, que al mateix temps generava tensió muscular i aquesta, al seu torn, més dolor. D'aquesta manera es crea el cercle: Por-Tensió-Dolor-Por. En aquest sentit, pensa que si el dolor és el resultat de la por i de la tensió, per combatre'l cal eliminar la por i la tensió, la primera mitjançant informació, i la segona a través de tècniques de relaxació. Una de les grans aportacions de Read, es precisament assenyalar la important relació existent entre el to muscular i el to afectiu.

El mètode Read contenia els següents punts fonamentals: xerrades informatives, relaxació (tipus Jacobson) i conducta a seguir en el moment del part, que té a veure bàsicament en les respiracions tranquil·les.

Respecte a l'educació prèvia al part, reconeixia tres aspectes fonamentals que haurien de guiar el procés educatiu: el primer era assegurar la salut de la dona, tant física com a mental, durant l'embaràs, el segon treballar per la satisfacció de la dona i permetre establir una relació mare-fill/a plena sense records del part negatius, i finalment que el record del procés de maternitat fos positiu. Aquests aspectes continuen sent presents en els objectius de la preparació al naixement.

Escola russa: mètode psicofilàctic rus

El mètode psicofilàctic va ser introduït per Velvovski i els seus col·laboradors (Platonov, Shlifer, Nikolaiev, Kopil-Levina, entre d'altres) i té unes bases experimentals. Durant 20 anys van utilitzar mètodes d'hipnosuggestió i van arribar a una sèrie de conclusions: el dolor no sempre acompanya el part; la paraula i la suggestió verbal pot tenir un efecte analgèsic; finalment, la por i l'ansietat són factors importants en la percepció del dolor durant el part.

La Escola russa va fonamentar el seu mètode en les idees extremes de la Escola de Pavlov sobre condicionaments i la importància de la paraula com a "segon sistema de senyalització"¹⁰⁴. Segons aquest autor, la contracció uterina ha de ser indolora, però s'ha associat tant temps la paraula part a una situació dolorosa que s'ha creat en la dona un reflex condicionat: "part-dolor". Fins i tot molts professionals parlem indistintament de contraccions o dolors, per tant per ell era tant important el que s'ha de dir com el que no s'ha de dir. Evidentment, aquesta associació de "part-dolor" també té a veure amb aspectes culturals i sociològics.

Aquesta Escola proposa des-condicionar la por mitjançant tècniques de relaxació, idees positives sobre el part, creació de sentiments agradables vers la maternitat, informació a la embarassada, una bona relació entre el professional i la dona i creació d'un entorn favorable en la sala de parts.

Escola francesa: mètode Lamaze o psicofilaxis obstètrica

A Europa el mètode psicofilàctic va ser introduït al 1952 per un ginecòleg francès, Fernand Lamaze, que va aprendre de l'Escola russa a Kíev i va ser deixeble de Nikoleiev. Lamaze va començar a utilitzar el mètode psicofilàctic a París i des de llavors es va estendre el mètode per tot Europa i Amèrica Llatina, per això és el més utilitzat entre els mètodes de preparació al part a Europa.

Aquest mètode considera el part com un succés normal, natural i saludable i intenta capacitar la dona i els seus familiars perquè prenguin decisions informades¹⁰⁵.

Lamaze va conservar el factor educatiu del mètode soviètic i va afegir les següents modificacions:

1. La relaxació muscular
2. La respiració superficial toràcica
3. Cura de l'entorn durant el part
4. Introdueix la participació de la parella, tant durant la preparació com en el part

El component més poderós en el maneig del part és la relaxació muscular controlada, concentrant-se la dona en sensacions diferents a les contraccions del part. El model incorpora diferents respiracions al llarg del procés: una respiració més ràpida durant el segon període del treball de part i el panteix durant l'expulsió i el naixement.

Aquest mètode no es pronuncia sobre l'ús de medicació ni les intervencions rutinàries, però sí recomana la conservació de bones condicions físiques i fomenta el suport social, sobretot del pare, que actua com a entrenador durant la preparació i el treball del part.

Lamaze afirmava que el mètode psicoprofilàctic és un sistema analgèsic, per tant, l'anestèsia obstètrica i l'analgèsia són innecessàries quan el mètode s'aplica bé.

Les classes en el mètode Lamaze són en petits grups, amb 12 parelles com a màxim i amb una durada d'almenys 12 hores. Durant les sessions s'ensenya a les noves mares a relaxar-se, respirar i fer espoderaments per donar confiança i aconseguir una evolució reeixida en el treball de part.

El contingut de les classes inclou:

- Suport durant la dilatació
- Habilitats de comunicació
- Informació sobre procediments mèdics
- Lactància
- Estil de vida saludable

Educació maternal d'Aguirre de Carcer: Sofropedagogia obstètrica

A Espanya fou Aguirre de Carcer, deixeble de Lamaze, qui va introduir i difondre la Psicoprofilaxi obstètrica en el nostre país. També va introduir l'educació maternal en el sistema públic, dins la Seguridad Social del 1959. Malgrat això, en paral·lel, la llevadora Consuelo Ruiz Velez també treballava els aspectes de psicoprofilaxi i va anar estenent aquesta filosofia d'atenció a la dona gestant i de preparació al part dins del col·lectiu de llevadores. Per això l'any 1955 ella mateixa va presentar el primer llibre d'Aguirre de Carcer, "El parto sin dolor"^{106 i 107}.

Aguirre de Carcer, també va trencar amb l'ús de la hipnosi i amb la psicoprofilaxi i va començar a preocupar-se més per la dona que pel dolor. Segons la seva visió no es tracta només de preparar el part, sinó que cal ocupar-se del desenvolupament físic i psicològic de la dona per convertir-se en mare.

Quan Aguirre de Carcer es planteja a quin factor se li ha de donar més importància en l'educació de la gestant, expressa que possiblement el factor psíquic sigui el més important, mal que no pot considerar-se l'únic factor a valorar, i considera que una bona preparació requereix d'una actuació global, sense menysprear qualsevol component, i considera que la millor manera d'actuar favorablement sobre el psiquisme de la gestant és a través d'exercicis físics. Igualment argüeix que és difícil aconseguir que un part sigui feliç, si la dona no té les eines per aconseguir aquest objectiu¹⁰⁷.

Aguirre estableix un programa educatiu amb les següents característiques:

- Cursos que s'inicien al 5 mes de l'embaràs.
- 10 classes teòriques seguides de 10 classes pràctiques un cop a la setmana
- La classe teòrica ha de durar uns 30-45' i la pràctica el mateix.
- El nombre de gestants no ha de superar les 10.
- El rol del professional ha de ser d'ajuda mútua i de confiança, tot persuadint sense intentar convèncer.
- La relaxació és un punt fonamental de l'entrenament i el resultat d'aquest s'observarà en el moment del part afavorint la dilatació.
- També introdueix en la part pràctica la sofrorespiració sincrònica. Es tracta d'una respiració abdominal durant la contracció uterina amb inspiració pel nas i espiració per la boca, i totes dues tenen la mateixa duració (4-5 segons)El pas d'una respiració a l'altra ha de ser continu.
- Aquest entrenament requereix de constància pràctica

Per tant, en aquesta escola també observem les característiques de la intervenció en la preparació al naixement que ha arribat fins a l'actualitat

Preparació sofrologia a la maternitat

La importància d'Aguirre de Carcer a Espanya, es també la introducció i adaptació d'algunes tècniques sofrològiques a la preparació al part. La sofrologia va ser creada en 1960 per el neuropsiquiatra Alfonso Caycedo¹⁰⁸.

Caycedo, prèviament a la elaboració de la sofrologia, era conegut en el seu entorn psiquiàtric com un expert a l'hora d'aplicar les més variades tècniques d'hipnosi. Progressivament va anar modificant les seves teories pel que fa a la manera d'actuar sobre la consciència, tot substituint la hipnosi per la sofrologia, com una disciplina dins de les ciències mèdiques.

Les investigacions fenomenològiques de Caycedo el van dur a l'elaboració de diverses tècniques i mètodes d'entrenament de la personalitat que van tenir el seu origen en la pràctica psiquiàtrica. Posteriorment han pogut ser utilitzades en el camp de la profilaxi, la terapèutica, les ciències de la salut i la pedagogia. Alfonso Caycedo va estructurar aquesta nova ciència bo i incorporant tècniques de relaxació no impositives, inspirant-se en les tècniques de Jacobson i de Schultz.

Més endavant, després de traslladar-se a l'Índia, Tibet i el Japó, incorporarà aspectes de les tècniques orientals com el ioga i el zen.

La sofrologia aplicada a la preparació del part entra a Espanya, així doncs, amb Aguirre de Carcer i es va estenent posteriorment entre el col·lectiu de llevadores de la ma de professionals com Mariano Espinosa, Jordi Rubio i Gloria Sebastia¹⁰⁸ i ¹⁰⁹ essent un dels mètodes més utilitzats a Espanya i de què les llevadores catalanes han disposat de més formació.

Per tant, la sofropedagogia obstètrica planteja la sofronització dins de la relaxació, no pas com una psicoteràpia ni una fisioteràpia, sinó com un procés que facilita l'aprenentatge d'un mètode integral d'entrenament de la personalitat, el qual podrà utilitzar-se amb fins pedagògics, profilàctics o terapèutics, segons els objectius que es vulguin aconseguir. Per això s'introdueix dins de la preparació al part com una eina fonamental per aconseguir un autocontrol en el moment del part tant físic com a psíquic.

L'objectiu de la preparació sofrològica a la maternitat és proporcionar a la dona la possibilitat de viure de manera conscient, natural i responsable l'experiència de la maternitat. Aquest sistema d'educació de la gestant torna a agafar elements del part natural de Read, de la psicoprofilaxis de Velvovski, de Lamaze i de l'educació maternal d'Aguirre de Carcer¹⁰⁸.

La diferència fonamental entre aquests mètodes i la preparació sofrològica a la maternitat és que no es centrarà només a aconseguir un part sense dolor o amb poc dolor, sinó que tractarà de preparar a la dona per ser mare en l'ampli sentit del terme. Aquesta preparació, a més, no s'ha de reduir a la dona sinó també a la parella, a la família, als professionals que l'atenen i, en general, a la societat en què es viu.

Per tant, es tracta d'una preparació teòrico-pràctica encaminada a aconseguir que la dona visqui la seva maternitat de la manera millor possible, tot assolint al mateix temps una col·laboració amb l'equip assistencial i un naixement amb un bon benestar de la dona i la criatura.

La metodologia també incorporarà informació a la dona i la parella, preparació física i una vivència del seu esquema corporal, tot aprenent a relaxar-se, a controlar-se, a lluitar contra l'angoixa i l'ansietat originada per l'estrès. Tots aquests elements comporten una preparació per a un part més responsable.

Dins de la relaxació, la sofronització simple és la pràctica més elemental dins de l'entrenament sofrològic. És el punt de partida de qualsevol tècnica o mètode. A través de la sofronització simple, que parteix d'un determinat estat de consciència i a través d'una tècnica de sofronització simple que consisteix en la revisió i la relaxació corporal, es pretén arribar a un nivell mental denominat nivell sofroliminal (a la vora de la son) i una relaxació muscular el més profunda possible. Aquest estat de relaxació s'aconsegueix a través d'una sèrie d'explicacions que s'anomena ternos-logos, que significa manera de parlar plaent i agradable. Quan la gestant es troba en aquest nivell sofroliminal, es potenciaren els aspectes positius de la seva personalitat.

Els objectius de la sofronització son aconseguir:

- Disminuir la tensió a través de les sensacions de quietud, tranquil·litat i serenitat, tot adquirint també una nova sensació de l'esquema corporal.
- Augmentar la voluntat i millorar els processos d'atenció i concentració.
- Controlar les emocions.

Si s'aconsegueixen aquests tres objectius pot esperar-se qualsevol tipus de resposta positiva. Però per a això cal que el professional que dirigeix la relaxació proporcioni els instruments necessaris perquè la persona aconseguixi aquests tres objectius de forma personal, tot intentant eludir la dependència.

Dins de l'entrenament sofrològic també s'utilitzen tècniques de sofronització. Les diferents tècniques compleixen l'acció d'activar a nivell sofroliminal diferents aspectes de la personalitat per aconseguir un aprenentatge, terapèutic o profilàctic.

Hi ha diferents tècniques, però des del punt de vista de l'aplicació en la preparació a la maternitat la més utilitzada és la sofro-acceptació progressiva.

La tècnica de sofro-acceptació progressiva intenta mobilitzar la necessitat evident d'il·lusió per les coses i consisteix en aconseguir que la gestant aprengui en un estat de sofronització, és a dir de distensió i relaxació, a situar-se en possibles situacions futures, a través de la representació mental d'imatges possibles, al mateix temps que es perceben sensacions que aporten la relaxació d'assossec, d'equilibri i harmonia.

En el cas de l'aplicació a la gestant, consisteix a imaginar-se, per exemple, el part però percebent alhora una sensació de seguretat i equilibri emocional, de manera que es traslladen les sensacions presents de vitalitat i energia a la situació desitjada, i al seu torn s'aconsegueix que aquesta s'accepti molt millor.

Dins de la sofrologia també existeixen mètodes de sofronització que Caycedo va denominar relaxació dinàmica de I,II,III i IV grau, on es deixen entreveure les influències de les tècniques orientals del Ioga i el Zen.

Les tècniques i mètodes sofrològics, igual que el mètode de Jacobson o Schultz, són tècniques i mètodes no impositius, la qual cosa implica un aprenentatge progressiu per part de la persona que entrena.

Per la sofrologia el primer pas de la tècnica és el control muscular. Posteriorment cal aconseguir el control mental i emocional, amb el qual s'aconsegueix un entrenament de la personalitat, una major consciència de la corporalitat (més presència mental del cos) i un equilibri psicofísic que permet adquirir una major confiança i seguretat en un mateix. Alhora, es potencien els aspectes positius de la persona i s'adquireix una sensació d'harmonia. Finalment, s'aconsegueix una major autonomia de la persona.

L'entrenament sofrològic ha estat un mètode molt transcendental utilitzat per les llevadores a nivell de Espanya i especialment de Catalunya, donada la seva formació en aquests mètodes gràcies a la llevadora Gloria Sebastia.

Mètode Bradley

El mètode Bradley, elaborat per Robert A. Bradley al 1965 als EEUU (també conegut com *husband-coached Childbirth*, una mena de "part entrenat o assistit pel pare") emfatitza l'enfocament natural del part i la participació activa del pare de la criatura com a ajudant. Un dels principals objectius d'aquest mètode consisteix a evitar la medicació si no és absolutament necessària^{110 i 111}.

En aquest àmbit s'ensenya a les gestants i parelles a ser responsables amb les seves decisions i s'informa sobre els procediments habituals en el lloc en què la dona donarà a llum. També es treballa sobre les seves expectatives i intencions relacionades amb el tipus de part (una mena del pla de part). Al principi no es contemplava el pare en les seves teories, però amb el temps va ampliar el seu mètode de part per incloure la instrucció extensa del pare com "entrenador" per al part.

El mètode Bradley també posa l'accent en l'alimentació sana i equilibrada, la pràctica de l'exercici físic durant l'embaràs i les tècniques de relaxació i respiració profunda com a formes d'afrontar el dolor en el part.

Bradley equipara la preparació al naixement a un esdeveniment atlètic i desenvolupa un programa que es realitza en 12 setmanes amb l'objectiu de preparar la família des del punt de vista mental, físic i emocional. En aquestes sessions s'ensenyen els mètodes de relaxació i educació sobre el procés, així com el maneig del dolor físic per evitar intervencions innecessàries.

S'ajuda les dones a preparar-se per un part natural sense l'ús de medicació. Es tracta de dominar l'habilitat de la relaxació com una eina per alleugerir el dolor; a les parelles se'ls ensenya també diverses tècniques de relaxació i s'encoratja a practicar la relaxació diàriament, de manera que la mare pot confiar en una resposta de relaxació condicionada a la veu del seu company i al tacte.

Aquest mètode ofereix a les dones la informació necessària perquè prenguin decisions saludables i responsables sobre el seu embaràs i part, d'acord amb el que és correcte per a elles i les seves famílies. El curs s'inicia en el sisè mes d'embaràs i el programa inclou¹¹²:

- Història, objectius i filosofia del mètode Bradley
- Nutrició prenatal
- Canvis i incomoditats físiques associades a l'embaràs
- Tècniques naturals per reduir les molèsties i el dolor
- Què puc esperar durant el moment del part i el part
- Tècniques sobre com fer espoderaments
- El paper del pare o de l'entrenador
- Planejament del naixement
- Complicacions de l'embaràs
- Consolidació del vincle amb el seu nadó
- Preparació per a la seva nova família

Mètode del Part actiu

Aquest mètode es impulsat per Janet Balaskas¹¹³ i va fundar el *Active Birth Center* a UK, i va ser la col·laboradora de Sheila Kitzinger. Aquesta última tractà inicialment de recuperar la saviesa de les dones i tornà a insistir en la importància de que la dona pugui incorporar coneixements per tal de poder prendre les seves pròpies decisions.

Balaskas considera fonamental el fet de mantenir l'activitat i l'entrenament físic durant l'embaràs.

En aquest sentit, s'han anat incorporant en la preparació al naixement programes dirigits a millorar la condició física de la dona durant l'embaràs i el part: el ioga, el pilates, els estiraments i la preparació a l'aigua son algunes de les eines utilitzades per millorar aquesta preparació psico-física.

Models emergents de preparació al naixement

Walker¹¹⁴ descriu tres models emergents de preparació al naixement i planteja una educació durant aquest període que aportí eines específiques i d'ajuda a la dona i la parella per contribuir a una millor vivència de la maternitat-paternitat, el part i la criança.

Hipnopart/Hypnobirthing

La hipnosi és el mètode més antic i des de temps molt remots s'ha utilitzat. Els ritus practicats en el part per els pobles primitius, tenien les mateixes bases heterosuggestives que avui en dia té la hipnosi. De fet, alguns dels autors de les escoles anteriorment citades havien utilitzat prèviament la hipnosi, tal i com hem comentat en el cas de Caycedo, en la seva etapa presofrològica.

L'hipnopart és tant una filosofia com un mètode i va ser iniciat per Marie Mongan al 1990. Mongan va llegir el llibre de Dick-Read, *Childbirth Without Fear*, per a la preparació del seu propi part. Després d'obtenir la certificació en hipnoteràpia, es va adonar que havia fet servir l'autohipnosi durant els seus quatre naixements per aconseguir el grau de relaxació que va fer possible que experimentés un part sense dolor. El Mètode Mongan¹¹⁵, utilitza tècniques de relaxació basades en l'autohipnosi. Segons la seva creadora, en l'estat hipnòtic la dona es concentra i utilitza amb més eficàcia els seus esforços, fent que s'escurcin les etapes del part en disminuir les resistències musculars en la formació del canal del part i prevenint l'anòxia fetal. L'hipnosi afavoreix la desaparició dels temors propis al part, especialment en les primípara, i permet neutralitzar totes les suggestions que des de la infantesa reben les dones respecte als dolors de part. D'aquesta manera s'estableix un estat de tranquil·litat, seguretat i fermesa en el moment del part.¹¹²

La hipnosi és una intervenció psicològica que s'ha demostrat eficaç per proporcionar analgèsia i reduir l'ansietat¹¹⁶. Les afirmacions segons les quals la hipnosi és una eina segura i valuosa en l'embaràs i el part¹¹⁷, que compten amb el suport de nombrosos informes en la literatura, fan que últimament també es parli de la hipnosi com una eina més en la preparació del part, tot superant els diferents prejudicis que han acompanyat a aquesta tècnica.

L'ús de la hipnosi com a preparació prenatal, segons alguns estudis mostren beneficis en reduir la necessitat d'analgèsia; reducció de la incidència de l'administració d'oxitocina; i augment de la incidència de part vaginal espontani.

Malgrat això les proves existents d'assaigs petits o mal dissenyats segueix sent insuficient per a confirmar aquests efectes¹¹⁸.

Aquest mètode es desenvolupa en cinc sessions amb grups reduïts de dos a sis parelles.

Tot i això, en el nostre entorn l'ús de la hipnosi en la preparació al part no ha estat gaire difosa ni utilitzada per els professionals.

***Mindfulness* per la preparació al naixement i la criança**

Kabat-Zinn¹¹⁹ al 1970 desenvolupa el mètode *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR), en el Centre Mèdic de la Universitat de Massachusetts, EEUU. Aquesta tècnica treballa especialment habilitats que permeten tenir consciència de l'aquí i ara mitjançant la meditació. La pràctica de la atenció plena de la realitat pot induir estats de relaxació tot i que no es tracta d'una tècnica de relaxació pròpiament. Es centra en la capacitat d'observar en cada moment el estat mental propi, sense el desig de modificar-lo. El MBSR s'ha aplicat en diferents escenaris, des d'escoles a empreses. Els estudis recents mostren que el MBSR disminueix la ansietat i la depressió, tot millorant la qualitat de vida.

Nancy Bardackeb, llevadora americana va aplicar la metodologia utilitzada en MBSR a l'educació de la dona gestant i la seva parella i al 1998 va adaptar el MBSR a l'atenció al part i la criança, bo i establint el *Mindfulness-Based Childbirth and Parenting* (MBCP). Aquesta llevadora estructura una intervenció basada en nou sessions, una sessió per setmana i amb una durada de 3 hores per cada sessió, a més un retir d'un dia i una sessió en el postpart. Les parelles que segueixen els cursos es comprometen a practicar la meditació i el ioga durant 30 minuts al dia, durant 6 dies a la setmana.

Un estudi recent realitzat per l'Universitat de Califòrnia a San Francisco en el *Osher Center for Integrative Medicine* arriba a la conclusió de que la pràctica del mètode de MBCP disminueix significativament la depressió i l'ansietat durant l'embaràs i augmenta l'emoció positiva durant el part^{120, 121}.

Tenint en compte aquests resultats, i que la pràctica de Mindfulness comporta l'adquisició d'habilitats per tenir una consciència plena, se estan dissenyant nous models d'atenció educativa prenatal denominats *CenteringPregnancy* que incorporen aquest model de preparació al naixement i que descriurem posteriorment.

Birthing from Within

Pam England¹²² va concebre un enfocament holístic de l'educació per al part i el postpart i desenvolupa un pensament profund sobre les necessitats de les dones en edat fèrtil.

Aquest pensament va ser inspirat després de les seves experiències durant l'embaràs i part, que la van portar conjuntament amb Rob Horowitz a elaborar *Birthing for Within* (Dóna a llum des de dins).

Aquest model considera fonamental l'apoderament per actuar amb autonomia i creativitat, amb l'estimulació de l'autodescobriment i la introspecció, conjuntament amb informació pràctica. Les gestants i les seves parelles aprenen sobre el naixement des del seu propi punt de vista, tot incloent el de la futura criatura, en contraposició a altres models que plantegen un aprenentatge des de fora, és a dir, des del punt de vista del professional (fisiologia complexa, complicacions, procediments hospitalaris) en contraposició al model *the Birthing from Within* vol un aprenentatge a partir dels punts de vista dels participants i de les seves pròpies experiències, amb la millora de les seves capacitats per assumir les responsabilitats de protecció de l'espai del naixement amb menys risc de ser intimidats, o d'adoptar un rol passiu o defensiu. Aquest model esta molt estès a Anglaterra i es formen moltes llevadores per portar-lo a terme.

Altres models

CenteringPregnancy (CP)

Aquest model va ser desenvolupat i portat a la pràctica assistencial per la llevadora americana Sharon Schindler Rising¹²³ en els anys 60. Al 1993 adopta el nom de *CenteringPregnancy* i posteriorment, al 2001, es crea el *Centering Pregnancy and Parenting Association*. Finalment, al 2007, es converteix en el *Centering Healthcare Institute*.

Tot i que no és un model emergent com els anteriors sí que cada cop existeixen més avaluacions de la eficàcia del model en diferents països, especialment a Amèrica, Canada i Austràlia^{124, 125 i 126}.

Es tracta d'un model que posseix un marc conceptual i teòric que inclou la teoria feminista, el model de cures de llevadora, la teoria de l'educació social i de la autoeficàcia i, també, la teoria de l'aprenentatge.

El format del CP es construeix a partir de 13 elements que configuren el format, els continguts, la relació entre la dona i el professional, les interaccions grupals i l'estructura física de l'entorn grupal.

Els elements essencials són¹²³:

- 1) Avaluació de l'estat de salut durant l'embaràs dins de l'espai grupal
- 2) Participació de les dones en la autocura
- 3) Estil facilitador de la persona que condueix el grup
- 4) Les persones dins del grup es distribueixen en cercle
- 5) Cada sessió té definit el contingut
- 6) Es presta atenció al nucli del contingut, però pot modificar-se en funció de necessitats de les persones participants
- 7) Estabilitat del professional que condueix el grup
- 8) El grup es participatiu i dinàmic
- 9) La composició del grup es estable, però no rígida
- 10) El grup ha de tenir una mida adequada: 8-12 persones.
- 11) Participació en el grup de les persones de suport de la gestant (opcional)
- 12) El grup proporciona la oportunitat de socialització
- 13) Avaluació dels resultats com a millora de la qualitat

Aquest model planteja una intervenció de 20 hores de durada en sessions de dues hores durant 10 sessions, i es desenvolupa entre el segon i tercer trimestre. Durant els primers 30 minuts cada dona s'implica directament, de manera individual, en el seu control de l'embaràs. Això vol dir mirar el seu pes i la pressió arterial, mentre que la llevadora fa el seguiment d'altres paràmetres físics. Els 60-90 minuts restants se realitzen grups de discussió. Els continguts estan relacionats amb l'embaràs, part i postpart, i també inclou exercici físic, el control de l'estrès a partir de tècniques de relaxació i situacions especials com el part prematur¹²⁶.

El CP és un model molt establert amb un nombre cada cop més gran d'estudis que mesuren la seva efectivitat, tot i que encara cal més recerca rigorosa que, tot basant-se en aquest model, pugui arribar a conclusions més riguroses.

3.3. Programes actuals de preparació al naixement i el seu impacte: resultats obtinguts

L'anàlisi de tots aquest mètodes i la seva àmplia varietat posa de manifest com s'ha anat modificant la concepció de la preparació al naixement. En els models inicials, el principal objectiu era la disminució de la percepció del dolor.

De manera progressiva s'ha anat construint una altra finalitat molt més àmplia, sustentada per diferents models d'educació per la salut, així com de preparació psicofísica que tracten de millorar la transició a la maternitat i la capacitat d'afrontar el procés amb major autonomia en la presa de decisions, tal i com es posa de manifest en l'exposició de la evolució dels models de preparació al part o a la maternitat, on els models emergents conviuen amb els models anteriors.

Mai abans les dones havien tingut accés a tanta informació sobre l'embaràs, el part i el postpart. Això ens fa plantejar quines característiques hauria de tenir l'educació grupal durant l'embaràs tenint en compte els canvis socials continus i les característiques de les demandes de les dones i les seves parelles.

Ara bé, si les dones i les seves parelles disposen de tot tipus d'informació a través de les noves tecnologies podríem arribar a preguntar-nos quin benefici aporta l'EM en la societat actual?. Un elevat nombre d'autors coincideixen que segueix sent una activitat necessària, potser més que mai¹²⁷. D'una banda, com un mitjà d'orientació entre l'enorme quantitat d'informació i d'ofertes que hi ha sobre el part i que dificulten la possibilitat d'elecció¹²⁸; per una altra, perquè suposa una oportunitat per promocionar la salut de la mare i la implicació de la seva parella.

Malgrat això, aquesta informació que actualment es troba a l'abast de la població no és homogènia i accessible de la mateixa manera per tots els sectors de la població. Així, ens trobem que la població més vulnerable i desfavorida, amb més mancances socials, econòmiques, d'entorn i educatives, no tenen accés als serveis, a la informació i a l'educació amb les mateixes condicions que la resta de la població. Entre aquests grups ens trobem els adolescents, les dones i famílies immigrants i les famílies amb nivells socioeconòmics més baixos. Probablement aquests grups de població tenen més necessitats d'informació que la resta.

En aquest sentit, Firouzbakht¹²⁹, en un estudi per mesurar l'efectivitat de les intervencions prenatales, assenyala que les gestants i parelles amb més nivell

d'educació són les que mostren més interès de participar en les sessions grupals prenatales, en relació a les de menor nivell socioeconòmic.

L'avaluació actual de l'impacte dels programes de preparació al naixement ens ajuda a determinar-ne els beneficis, però també les limitacions. Per això és important especificar les característiques dels programes que els fan més efectius quant a l'obtenció de resultats relacionats amb la major autonomia de les dones, millors resultats en el part, en la lactància i en d'altres aspectes relacionats amb el procés de maternitat.

L'EM, per tant, és una intervenció necessària tant des del punt de vista de la població com del sistema de salut.

La pregunta seria: quin tipus d'EM necessitem en el segle XXI? La tasca seria, en conseqüència, aconseguir una adaptació entre l'EM i les necessitats de salut de les dones i homes actuals¹³⁰, ¹³¹ i ¹³².

3.3.1. Anàlisi de l'impacte respecte a l'eficàcia dels programes de preparació al naixement

Els programes d'educació prenatal tenen una sèrie d'objectius relacionats amb els canvis de comportament de la salut, com ara aconseguir la confiança de les dones en la seva capacitat de parir, preparar les dones i les seves parelles per al part, preparar-se per la maternitat-paternitat, desenvolupar xarxes de recolzament social i contribuir a la reducció de la morbiditat i mortalitat. L'educació prenatal inclou una ampla gamma de mesures educatives i de suport que haurien de contribuir a l'ajuda de les futures mares i pares per tal que puguin comprendre millor els problemes socials, emocionals, psicològics i físics que es poden produir durant l'embaràs, el part i la maternitat i paternitat.

Els beneficis de l'educació prenatal per al part, així com el fet de determinar quins són els enfocaments educatius més adequats per obtenir uns millors resultats, continuen essent encara avui dia poc clars. La majoria dels futurs pares sovint busquen una atenció prenatal que els pugui proporcionar informació sobre temes com la presa de decisions durant el part, habilitats per el treball del part, alleugeriment del dolor, alletament matern i habilitat parentals. Tal com hem descrit, hi ha maneres molt variades de oferir aquesta educació prenatal. Sembla que alguns models i intervencions puguin ser més eficaços que altres, però no existeixen estudis concloents.

Malgrat això, alguns estudis arriben a la conclusió de que no hi ha diferències entre les dones que assisteixen als grups d'educació prenatal i les que no^{133 i 134}. Malgrat els canvis en la prestació de serveis relacionats amb la maternitat, el contingut de les sessions no s'ha modificat gaire¹³⁵.

En general les educadores continuen basant les intervencions en la informació, tot considerant que aquesta constitueix el fonament per la presa de decisions informades, quan en realitat les dones encara tenen una limitada capacitat d'elecció en els entorns hospitalaris i en general en els serveis relacionats amb la maternitat.

Això determina que continuïn tenint una manca d'autonomia i que realment no puguin tenir una elecció efectiva sobre la seva cura¹³⁶.

En les sessions de preparació al naixement les llevadores continuen estant pressionades per aquests entorns que encara no deixen a les dones la capacitat d'escollir. Això cal atribuir-ho a una excessiva medicalització i al fet de que moltes dones triïn una anestesia epidural en el part. Tot plegat provoca que les llevadores, en l'intent de respectar les decisions de les mateixes dones, siguin reticents a inclinar-les envers l'opció del part normal¹³⁵.

La revisió sistemàtica de Gagnon¹³⁷ al 2007 va analitzar nou assaigs clínics que van involucrar 2.284 dones. Les intervencions educatives plantejades variaven molt i no es van poder mesurar resultats consistents. Es va trobar una manca d'evidència de qualitat d'aquests estudis i, per tant, també en els efectes de l'atenció prenatal. Com a conclusió d'aquesta revisió, s'indicava que encara continuen desconegudes les característiques de les intervencions més efectives que puguin ajudar els professionals de la salut a recolzar a les dones embarassades i les seves parelles en la preparació a la maternitat i la criança de les criatures.

A la vista d'aquests resultats, altres estudis indiquen la necessitat de mesurar la utilitat que té tot aquest esforç per a les dones¹³⁸. No hi ha dubte que els professionals directament implicats en la EM estan convençuts que aquesta és necessària i la realitzen amb la major responsabilitat, tot emprant les intervencions que es recomanen.

Efectes de la preparació al naixement durant l'embaràs.

Pel que fa als efectes de l'educació prenatal durant l'embaràs hi ha estudis que mostren com les dones que han realitzat activitats grupals aconseguen un major control de l'increment de pes durant aquest període¹³⁹. Tanmateix, hi ha algun altre estudi que ha mostrat que aquest augment de pes esta per sota de les recomanacions d'increment durant la gestació¹⁴⁰.

L'adequació als controls prenatals també ha mostrat diferències entre les dones que han realitzat activitats educatives grupals respecte a les que no.

Ickovics i col·laboradors¹⁴¹ van trobar que les dones assistents a l'educació grupal van obtenir diferències significatives respecte a la sistemàtica del control prenatal, i tenien menys probabilitats de tenir una atenció inadequada (26,6%) comparat amb (33%) de les dones que no havien assistit (p= 0,01).

Una de les característiques principals de la preparació al naixement és preparar les dones per un embaràs més saludable. El coneixement de les dones i l'autoestima idealment estarien augmentats en les dones que assisteixen als grups de preparació al naixement, però els resultats tampoc son concloents. Balwin¹⁴² va trobar que les dones que assistien als grups tenien més coneixements sobre l'embaràs en comparació amb les dones que rebien l'atenció individual habitual.

Un altre estudi¹⁴³ no troba diferències significatives pel que fa a la modificació i reducció dels hàbits tòxics, com el consum del tabac, en les dones que han realitzat educació maternal respecte a aquelles que no ho han fet.

Un altre dels beneficis que s'atribueixen a l'educació maternal durant l'embaràs és la millora de la funcionalitat del cos de l'embarassada. Sembla que les dones embarassades es sentirien més àgils i amb una reducció del dolor d'esquena. A més, integren millor la seva imatge corporal¹⁴⁴.

Entre les dones que patien de major estrès durant la gestació la atenció grupal van haver-hi resultats significativament millors respecte a l'autoestima i la reducció del conflicte en relació amb la maternitat i la depressió durant l'embaràs en comparació a les dones que havien estat ateses a nivell individual¹⁴⁵. En canvi, Robertson et al¹⁴⁶, no va trobar diferències respecte a la millora dels coneixements sobre l'embaràs i postpart o la millora de l'autoestima.

Sembla que una formació adequada de les dones durant la gestació augmentaria la conscienciació de les dones sobre l'embaràs i els permetria utilitzar estratègies per la resolució de problemes que poden aparèixer durant l'embaràs^{147 i 148}.

Resultats en el tipus de part i resultats en el part

Ferguson¹⁴⁹ va analitzar a través d'una revisió bibliogràfica els efectes de l'educació prenatal sobre el part a partir de 10 articles de diferents estats, entre ells Espanya, i va trobar que les dones que havien realitzat grups de preparació al naixement tenien menys ingressos per "fals part". A priori aquest aspecte es pot pensar que pot ser important a l'hora d'augmentar el nombre de parts normals, però en els estudis analitzats no es va trobar aquesta relació.

També es van observar efectes positius a nivell emocional, i es va observar una menor ansietat i una major implicació de la parella. Però no es van trobar resultats respecte a com afecte l'educació prenatal al tipus de part i als resultats del part.

Entre els estudis analitzats en la revisió es troben resultats contradictoris. El d'Artieta i col·laboradors¹³⁸, en un estudi observacional prospectiu amb 616 dones nul·líparas, va identificar un menor nombre de parts normals (55,8%) entre les dones que havien assistit a 5 classes de preparació a la maternitat respecte a aquelles que no havien fet cap sessió (75,56%). Mentre que Mendizadeh¹⁵⁰ va trobar que el nombre de parts vaginals en les dones que havien fet preparació al naixement era més alt. També es van trobar diferències en l'ús de la anestèsia epidural. Uns estudis van trobar un major ús de l'anestèsia epidural¹⁵¹, altres deien el contrari i manifestaven una reducció d'aquest tipus d'anestèsia¹⁵². Per tot això Ferguson¹⁴⁹ conclou que cal encara més estudis per explorar l'impacte de la educació prenatal en els resultats del part.

En la mateixa línia que altres estudis europeus, les evidències científiques de l'efecte de l'EM sobre els resultats del part, tant en les seves variables objectives com subjectives, és reduït en l'entorn internacional^{144 i 153}, probablement a causa d'un desajustament entre l'evolució de l'EM en els últims 50 anys i el canvi en les necessitats de les dones pel que fa a la seva maternitat, unit a l'avenç de l'obstetrícia^{154 i 155}.

També comptem amb un estudi de cohorts en 43 centres de Biscaia¹⁵⁷ per avaluar la relació entre assistir a EM i un conjunt de resultats en el part, com ara la menor ansietat, la menor durada, l'ús apropiat d'anestèsia, les seqüeles o la satisfacció. Els resultats d'aquest estudi només van mostrar diferències associades a l'EM en la variable "ansietat durant el període de dilatació", i això únicament en les dones autòctones, no en el cas de les dones immigrants. A la resta de variables del part no hi va haver diferències significatives entre els grups.

En l'estudi de Martínez Galiano¹⁴³, realitzat a la província de Jaén, no es van trobar diferències entre el grup de dones que havien realitzat educació maternal respecte a les que no havien participat en els grups, quant l'ús de les urgències obstètriques. Tanmateix, es va observar en el primer grup de dones una menor demanda d'aquest servei a mesura que les dones realitzaven més hores grupals d'educació maternal, però no es van trobar diferències significatives.

Al 2012, també es va fer una altra revisió sistemàtica¹⁵⁸ que comparava els resultats obtinguts a nivell de part preterme, baix pes al néixer, mort perinatal, resultats en l'Apgar de la criatura i ingressos del nadó en cures intensives. Aquest treball comparava, tot considerant el conjunt d'aquests aspectes, les dones que havien fet educació prenatal grupal respecte a aquelles que ho havien fet a nivell individual. Aquesta revisió mostra una baixa qualitat en l'evidència a favor de la educació prenatal, tot i que va mostrar una disminució de la prevalença de parts preterme, una taxa inferior de cesàries, taxes més elevades de lactància materna i major satisfacció respecte a la cura. Tanmateix no es van trobar diferències significatives en el baix pes al néixer. L'estudi conclou, en aquest sentit, que caldrien estudis de major qualitat.

Respecte a altres variables relacionades amb el part, un altre estudi¹²⁹ mostra que les dones que han assistit als grups de preparació al naixement reporten una disminució del dolor i de l'ansietat durant el part, i no troben diferències entre la duració de les diferents etapes del part¹⁵⁹, ús de la oxitocina en el part o la necessitat d'analgèsia, tot i que en les dones que van participar en l'activitat educativa grupal mostraven una reducció significativa de l'episiotomia i de les cesàries urgents. Tampoc no van trobar diferències respecte als resultats perinatals de la criatura (pes, circumferència cranial, Apgar i lactància)¹⁶⁰.

Ip WY i col·laboradors, tot basant-se en la teoria de la autoeficàcia de Bandura, a la qual ens hem referit com un model teòric per a l'EpS, va mostrar que la intervenció grupal educativa pot ser eficaç per promoure l'autoeficàcia de les dones embarassades en el part i reduir el dolor i ansietat percebuts en les dos primeres etapes del part, però no pas en l'última etapa¹⁶¹. En aquest estudi, s'indica que aquest tipus d'intervenció educativa que consistia en 2 sessions amb una duració cadascuna de 90 minuts tenia un impacte en la capacitat de les dones per afrontar el part i recolza la teoria de Bandura de que l'autoeficàcia podria ser un requisit previ important per l'adopció i manteniment d'un comportament eficaç d'enfrontament al part.

A l'hora de mesurar els resultats i beneficis de l'educació prenatal, el que sembla clar per la majoria d'experts és que aquests no es poden orientar només als resultats en el part¹⁶².

Satisfacció de les dones com a resultat de la participació en els grups de preparació al naixement

Una revisió sistemàtica portada a terme per Lathrop¹⁶³ al 2013, a on es seleccionen 12 estudis, entre ells alguns dels estudis citats anteriorment^{141,142,145 i 146} analitza també la satisfacció de les dones respecte a l'atenció rebuda en els grups i tots menys un dels estudis analitzats van informar d'una alta satisfacció. Les dones que estan satisfetes amb la seva cura, solen acudir a les visites recomanades durant el control i seguiment de l'embaràs i estan més predisposades a obtenir el control prenatal durant els embarassos següents.

Tot i això, mesurar la satisfacció de les persones pel que fa als serveis prestats ha estat objecte d'estudi durant molts anys, però no existeix una definició uniforme o consens sobre el terme¹⁶⁴. Les investigacions realitzades al voltant d'aquest tema han identificat aquesta falta de consens i un ús de diferents significats per al terme "satisfacció"¹⁶⁵. En determinades ocasions s'ha suggerit que la opinió de les persones sobre la qualitat de l'atenció son sinònims¹⁶⁶.

L'argument sobre la manca de consens sobre la satisfacció en l'atenció i els mètodes per la mesura d'aquesta ha estat recolzada per una revisió *Cochrane* sobre la continuïtat en la atenció associada al part¹⁶⁷, tot constatant una incoherència de termes i escales utilitzades per mesurar la satisfacció. Tot això va fer que en aquesta metaanàlisi la variable satisfacció de la dona fos impossible de mesurar correctament.

Altres estudis, també recents, mostren que la satisfacció més baixa de les dones ve determinada per una deficiència en la informació proporcionada pels professionals¹⁶⁸. De fet en l'últim estudi PLAENSA¹⁶⁹, realitzat el 2016 a Catalunya amb un total de 3.159 dones enquestades, es constata que la pregunta sobre si la informació proporcionada va ser suficient durant l'embaràs mostra una de les pitjors valoracions, amb una puntuació de 67,0 sobre 100, mentre que la majoria d'ítems relacionats amb altres aspectes de l'atenció durant l'embaràs, part i postpart es troben per sobre de 85-95, a excepció de la informació durant el part i el postpart que encara tenen valoracions inferiors. En el cas del postpart, per la seva banda, se situa en el 57,6. No cal dir que aquests aspectes fan baixar la satisfacció global de les dones a un 8,3 sobre una escala de 10.

L'atenció prenatal en grup requereix de més temps per part de les dones i les seves parelles que l'atenció habitual, per tant, es important que les dones trobin valuosa la seva experiència. I per tal que els programes de preparació al naixement siguin sostenibles cal tenir resultats efectius però també participants satisfets; per això es necessari mesurar la satisfacció tot i les dificultats anteriorment mencionades.

Resultats relacionats amb el benestar de la criatura i la lactància

La revisió realitzada per Bryanton i Beck va analitzar els beneficis dels programes educatius sobre els nadons i va concloure que els resultats estaven poc clars, tot i que les dones que havien participat de la preparació teníem major coneixement sobre el comportament infantil i això tenia una influència sobre la son del nadó¹⁷⁰.

L'indicador de benestar del nadó al néixer a través del test d'Apgar, tampoc ha mostrar diferències entre les criatures de mares que han participat en l'EM respecte a les que no^{160 i 171}.

En la última revisió sistemàtica de la Cochrane realitzada per Catling¹⁷² *et al*, en el 2015, on també es comparen els resultats dels grups de preparació al naixement versus la atenció prenatal individual habitual, no es van trobar, amb una evidència moderada, diferències estadísticament significatives respecte al part preterme. Les setmanes de gestació en el moment del part va ser similars entre els dos grups, mentre que la proporció de criatures amb baix pes va ser també similar. La taxa de mortalitat perinatal també va ser la mateixa entre els dos grups amb una evidència de qualitat baixa, i es van reportar 15 morts perinatals en el grups d'atenció prenatal grupal i 18 en el grup de dones d'atenció individual estàndard.

No s'ha mostrat tampoc que l'EM tingui influència en la durada de l'estada hospitalària de la mare i del nadó¹⁷³.

Pel que fa a la lactància materna, l'evidència mostra que l'EM aporta beneficis sobre la iniciació¹⁷⁴ i la continuació d'aquesta pràctica¹⁷⁵, tot i que alguns d'aquests beneficis s'observen només en grups concrets¹⁷⁶, o quan s'inclouen intervencions postpart¹⁷⁷. Com ja passava amb el part, l'impacte de l'EM prenatal sobre la lactància materna no està del tot clar¹⁷⁸.

Malgrat això, Ickovics¹⁴⁵ va mostrar que les taxes de lactància materna milloraven en les dones en què participaven en els grups en relació a aquelles que rebien atenció individual: un 66,5% comparat amb un 54,6% ($p < 0,001$).

Les dones que van anar als grups van tenir també millors resultats psicosocials i tenien millors coneixements sobre la cura prenatal¹⁴⁵.

Artieta en el seu estudi mostra, pel que fa a la lactància materna, que les dones que havien assistit a més sessions tenien menys probabilitat d'abandonar la lactància materna en el primer mes. No es van apreciar però diferències entre els grups d'assistents i no assistents a EM pel que fa a la iniciació de l'alletament, ni en les taxes als 3, 6 i 12 mesos¹⁵⁷. Aquesta manca de diferències en lactància a llarg termini pot ser degut a que l'atenció de la mare es trobi més orientada a altres problemes, com pot ser la tornada a la feina¹⁷⁹.

S'ha identificat que els nadons de les mares que han realitzat EM estableixen amb major freqüència un contacte precoç pell amb pell, una major probabilitat d'utilitzar la lactància materna i una major conducta d'afecció^{180 i 181}.

Pel que fa a la depressió postpart, sí que hi ha alguna evidència que les dones que han realitzat la preparació grupal tenen una incidència de depressió postpart més baixa que la resta de dones¹⁸².

Preferències de les dones respecte a la preparació al naixement

Una revisió de estudis qualitius realitzada per Nolan¹⁸³ el 2009 volia determinar els enfocaments educatius més ben acollits per les dones i més útils per als aprenentatges sobre el part, el naixement i la maternitat i paternitat. En aquest treball es van revisar els estudis compresos entre 1996 i 2006.

Dins dels estudis analitzats¹⁸⁴, es van posar de relleu problemes amb la sobrecàrrega de la informació proporcionada durant les sessions d'educació prenatal. Les dones assistents van mostrar preocupació per no recordar tot el que s'havia explicat i per tant per no poder-ho posar en pràctica en el moment del part. D'altra banda, van manifestar que es proporcionava excessiva informació en relació al temps disponible i consideraven que era difícil retenir els continguts, ja que no se'ls havia donat l'oportunitat de debatre entre el grup i no va haver la possibilitat, per tant, de contextualitzar el que s'estava aprenent en relació a les seves pròpies circumstàncies.

Els resultats obtinguts de la revisió de Nolan¹⁸³ mostraven que les dones preferien ambients d'aprenentatge amb grups petits d'iguals en què poguessin parlar entre elles i amb l'educador/a, i que es pogués treballar sobre les individualitats i circumstàncies de cadascuna de les persones assistents.

En contraposició, tindríem els grups grans en què és difícil fer preguntes i les persones facilitadores son vistes com a expertes. En aquest cas la capacitat d'interactuar amb les dones està molt reduïda, la qual cosa fa que l'educació prenatal sigui ineficaç.

Per tant, tal i com planteja també Abrahamsson¹⁸⁵, cal utilitzar una metodologia que permeti la cooperació i el diàleg, en què les dones aprenguin unes de les altres, tot respectant i valorant les aportacions de les dones, algunes de les quals han passat per diferents experiències i estan a punt d'enfrontar-se a d'altres. Aquests aspectes no són nous i queden reflectits en els diferents models d'EpS que s'han descrit en l'apartat anterior. Així es planteja un aprenentatge de tipus pràctic que faciliti la interacció, el *role playing*, la solució de problemes, l'aprenentatge procedimental o el desenvolupament d'habilitats, sense un calendari estricte¹⁸⁶.

La persona facilitadora del grup havia de ser capaç d'identificar la quantitat d'informació que s'ha de proporcionar, tenir habilitats per proporcionar-la, presentar-la de manera fàcil de recordar, saber promoure el debat, oferir diferents oportunitats per practicar habilitats, i animar al grup a conèixer-se i recolzar-se mútuament.

A més, en aquest cas, les llevadores com a professionals que condueixen aquests grups, cal que tinguin habilitats reflexives per entendre que les necessitats de les dones són diferents a les que s'ofereixen en els sistemes d'atenció a la maternitat. Per tant, cal que demostrin un cert coratge en l'educació de les dones per desafiar el sistema de què elles mateixes formen part.

Aquestes característiques de la persona facilitadora i dels entorns d'aprenentatge fan que amb major probabilitat les dones puguin escollir per si mateixes les diferents opcions de part o de maternitat que desitgen. Això formaria part del model d'apoderament en contraposició a la medicalització dels processos de l'embaràs i el part.

En aquest sentit, l'educació prenatal estaria en una posició privilegiada per promoure el part normal i estaria en la línia de l'estratègia de salut reproductiva i d'atenció al part normal impulsada en el nostre país,^{25,26 i 28}. Es planteja també, per tant, la qüestió de si en la literatura tenim estudis suficients sobre com afecta l'educació prenatal en l'assoliment d'un major nombre de parts normals.

Característiques dels programes

La revisió bibliogràfica sobre aspectes relacionats amb la EM indica alguns aspectes a tenir en compte en l'elaboració i característiques dels programes.¹¹²

En primer lloc, la necessitat que manifesten les dones i les seves parelles de rebre més atenció emocional. Els actuals models de cures de salut durant l'embaràs es troben encara dominats pel model biomèdic i focalitzats en els aspectes físics de la salut. Les dones sol·liciten que es responguin els seus dubtes i que s'atenguin les seves pors i els seus sentiments d'ansietat produïts en la major part dels casos per desconeixement i

sensació de manca de control. En l'estudi de Luyben i Fleming a través d'entrevistes a 23 dones pertanyents a tres països europeus (Escòcia, Suïssa i Holanda),¹⁸⁷ es conclou que la necessitat principal era "sentir-se segures", la qual cosa es traduïa en una recerca de coneixement de totes les fonts possibles. En la figura 5 es poden observar les necessitats de les dones durant l'embaràs a on es possa de manifest que després d'aconseguir sentir-se segures, el pas següent és sentir-se autònomes, o tenir el control de la situació, és a dir, tenir la capacitat de prendre les seves pròpies decisions (per exemple sobre programes de cribratge en l'embaràs, el tipus de part o el lloc), d'acord als seus valors i creences^{188 i 189}. Segons aquests autors, l'objectiu de les cures professionals s'hauria de dirigir a identificar les necessitats d'ajuda o suport que tenen les noves mares per construir autoconfiança o "capacitació".

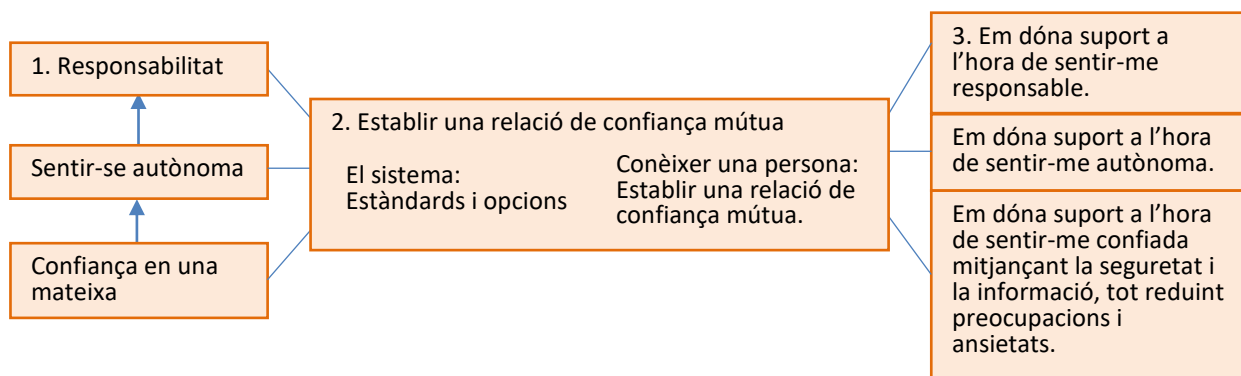


Figura 5. Necessitats de les dones durant l'embaràs en tres països europeus.

Font: Luyben AG, Fleming V. (2005)¹⁸⁷

En segon lloc, existeix, a més, una necessitat d'informació rigorosa i de confiança.¹⁸⁶ Les dones es queixen de la manca de consistència entre la informació que reben dels professionals i la que reben d'altres fonts¹⁹⁰.

També refereixen que de vegades es generen expectatives poc realistes, per exemple sobre el dolor en el part o bé sobre una evolució idíl·lica d'aquest, les quals no ajuden pas en la preparació de les dones per a prendre decisions en circumstàncies més difícils¹⁹¹.

Les dones i les parelles, en general, busquen una informació de tipus emocional o intel·lectualment complexa impartida en persona per un professional de la salut, que sigui capaç de respondre preguntes, aclarir o adaptar informació general al context personal de les participants¹⁹² i que no proporcioni un excés d'informació ja que aquest excés dificulta la retenció¹⁸³.

En aquest sentit, consideren que és més adequat un treball en grups petits, un aprenentatge de tipus pràctic que faciliti la interacció, el *role playing*, solució de

problemes, aprenentatge procedimental o desenvolupament d'habilitats, i sense un calendari estricte¹⁸⁶.

En tercer lloc, es refereixen necessitats específiques per a cada grup social als quals, el sistema de salut, s'ha d'adaptar. Les mares adolescents, les minories ètniques i les dones de nivells socioeconòmics baixos utilitzen poc les fonts d'informació escrites i afirmen tenir més necessitat d'informació que la resta¹⁹³. Els serveis adreçats a mares adolescents proposen, a partir d'un estudi qualitatiu desenvolupat a Irlanda, una EM amb grups de coetànies en què s'ha d'integrar a la família de l'adolescent, i un replantejament de la manera en què ajudem a instaurar la lactància, ja que les mares perceben una excessiva pressió per part del sistema¹⁹⁴.

Les dones que pertanyen a minories ètniques troben barreres per al seu accés i prefereixen classes impartides per algú de la seva mateixa cultura, complementades amb altres mitjans d'aprenentatge com ara vídeos, gravacions, etc. També, les dones de classe social més desfavorida, utilitzen en menor proporció els serveis destinats al la preparació a la maternitat que les més afavorides socialment^{195, 196 i 197}.

Els pares, de manera freqüent, també demanen disposar de grups o cursos formatius sobre la paternitat, ja que les classes estan molt centrades en el part i l'embaràs, i a més dirigides a la dona. Es dedica poc temps, per tant, al tema de la transició a la paternitat, els canvis de rol i de vida. Els futurs pares manifesten sentiments de por respecte a la cura del nadó, de no saber fer-ho, i de la responsabilitat que implica. En conseqüència, es fa èmfasi en una EM que inclogui tots dos membres de la parella¹⁹⁸.

A més s'ha evidenciat que la paternitat responsable és un factor de protecció de conductes de risc i trastorns afectius en els nens i les nenes, i també permet prevenir les conductes violentes i l'abús en la família. S'ha descrit el moment del naixement dels fills com un moment idoni per al canvi de conductes i rols dels homes cap a posicions més igualitàries respecte a les seves famílies¹⁹⁹.

D'altra banda, i pel que fa els aspectes que hauria d'incloure el programa de preparació al naixement, els resultats dels estudis del Banc Mundial i de l'OMS²⁰⁰ sobre 4000 dones nord-americanes van mostrar que l'ús de tècniques de respiració i massatge en els grups de preparació al naixement va reduir la por i el dolor en el part i es va plasmar en una reducció de les cesàries i complicacions en la mare. Per tant, sembla que aquests aspectes serien importants també dins d'un programa, tal i com també tenen en compte els diferents models analitzats de preparació a la maternitat.

Característiques del professional que dinamitza el grup

La majoria d'estudis que analitzen els resultats obtinguts en els grups de preparació al naixement, les professionals conductores del grup han estat llevadores i la conducció de grups esta integrat dins de les seves activitats assistencials.

Martinez-Galiano²⁰¹ en un estudi de cohorts prospectiu i multicèntric realitzat a diferents províncies de Andalusia, l'any 2011, es va proposar determinar si els grups de preparació al naixement conduïts per llevadores tenien millors resultats en la salut materna i del nounat respecte als programes conduïts per altres professionals de la salut.

Els grups conduïts per llevadores van mostrar que les dones que assistien al grup conduït per llevadores acudien més hores al grup i durant més temps, la qual cosa millorava sens dubte els beneficis del programa i també mostrava una menor freqüència de baix pes al néixer i menor nombre d'ingressos a les unitats neonatals respecte als grups conduïts per altres professionals. A més les dones que van assistir als grups conduïts per llevadores van iniciar abans la lactància, fins als 2 mesos després del part, i també el contacte "pell amb pell" amb la seva criatura. No van mostrar diferències respecte als dos grups en l'ansietat abans del part o l'ús de les urgències obstètriques.

La valoració que feien les dones del programa de preparació al naixement era més positiva i satisfactòria si aquesta havia estat conduïda per llevadores. A més les dones tenien una millor opinió sobre la utilitat i els beneficis del programa.

La persona dinamitzadora del grup és un element més del procés de la intervenció grupal. És per això que l'estil personal, les actituds i les habilitats comunicatives de les llevadores seran clau per crear un espai de seguretat i confiança, facilitar la participació de tots els membres del grup i mantenir la motivació dels participants per assistir a les sessions.

També és molt important que les persones dinamitzadores tinguin una base sòlida dels conceptes tractats i que realitzin un procés d'auto-reflexió sobre la pròpia vivència de la identitat per tal de comptar amb eines de primera mà que els facilitin tractar la temàtica des de la congruència interna, la tranquil·litat i la seguretat. Per això les llevadores tenen les millors competències per desenvolupar aquest rol.

En aquest sentit, altres estudis mostren que les dones valoren molt positivament les activitats que realitzen les llevadores no només durant l'embaràs sinó també en el postpart^{202 i 203}.

La revisió Cochrane sobre els models de cures liderats per llevadores també mostra diferències en general pel que fa als resultats respecte la mortalitat, l'efectivitat i els aspectes psicosocials versus altres models medicalitzats liderats per professionals que també poden intervenir en l'embaràs o en el postpart (obstetraginecòlegs, metges de família)²⁰⁴.

Aquest model de cures implica evidentment no només la preparació al naixement sinó tot el contínuum assistencial i aporta una sèrie de característiques de l'atenció que ofereixen les llevadores fonamental per les intervencions d'educació, informació i promoció de la salut²⁰⁵, les quals tenen a veure amb un marc conceptual de referència³⁰ que identifica cinc components que son presents al llarg del contínuum de l'atenció durant l'embaràs, el part, el postpart i les primeres setmanes de vida de la criatura. Aquests components son els següents: les categories de pràctica professional, l'organització de l'atenció i cures, els valors, la filosofia i l'atenció cap a el professional.

En definitiva, les llevadores a més de l'organització de la continuïtat de l'atenció aporten valors i una filosofia de la cura específica. Els valors inclouen el respecte, la comunicació i el coneixement comunitari, a més de l'atenció a les necessitats i circumstàncies individuals. Els components filosòfics tenen a veure amb un abordatge biològic, psicològic, social i cultural, tot evitant les intervencions innecessàries.

Aquest enfocament inclou el reconeixement i enfortiment de les dones vers les seves capacitats, tot respectant els seus drets i la capacitat d'auto decidir, amb l'objectiu d'apoderar les dones per a la preparació efectiva en el moment del part dins de la filosofia del part natural²⁰⁶.

A més a més les llevadores aporten un millor suport emocional i les dones reporten estar millor informades i participar més en la presa de decisions²⁰⁷.

Tots aquests aspectes fan que els grups de preparació al naixement siguin percebuts com un model d'atenció liderat per les llevadores i serien els professionals que millor podrien desenvolupar aquestes accions educatives grupals, tot comprnent i assimilant millor marcs teòrics d'EpS, com ara el de l'apoderament.

Capítol 4.- Avaluació dels programes educatius

4.1. Procés d'avaluació: per què hem d'avaluar?

Aquesta pregunta s'ha formulat des de fa molt temps i ha estat font de molts discursos, tant educatius, socials com institucionals. Sembla prou clar que els beneficis que aporta justifiquen la seva utilització. Segons alguns autors la avaluació ha d'incorporar-se a les activitats educatives i de formació de manera espontània i natural, bo i utilitzant-la per comprendre millor el que es fa, per què es fa i de quina manera es pot fer millor²⁰⁸.

Malgrat aquesta naturalitat de l'avaluació, són necessàries avaluacions sistemàtiques i formals que ens permetin aportar evidències creïbles i vàlides sobre allò que se està avaluant, aquesta sistematització de l'avaluació significa generalment invertir recursos, siguin econòmics i humans per portar-la a terme amb l'objectiu de l'obtenció de resultats. Malgrat això, i segons Cabrera²⁰⁸ no s'ha de caure en l'error d'entendre que avaluar no té sentit si dels seus resultats no se'n deriva una acció. Per això, considera que en l'actualitat, tot i reconèixer el valor de la avaluació com a procés de presa de decisions, el valor més important és la seva capacitat de sensibilitzar, capacitar i transformar les persones que hi participen, i per tant l'avaluació té un valor intrínsec inqüestionable.

4.1.1. Característiques de l'avaluació

L'avaluació de programes educatius té una ampla trajectòria històrica dins del món educatiu, tot i que la veritable avaluació educativa s'inicia al segle XX i suposa una aproximació crítica sobre la dissociació entre allò que s'ensenya i les metes de la instrucció. Inicialment, l'avaluació es deixava a mans dels docents, els quals feien una avaluació amb clars components subjectius. Per solucionar aquesta situació es va iniciar un corrent d'avaluació que es proposava: a) l'elaboració de taxonomies per formular objectius, b) la diversificació de fonts d'informació, c) la unificació de criteris de correcció de proves, i d) la revisió dels judicis de valoració tot contrastant els resultats. Tots aquests criteris són actualment vigents²⁰⁹.

Un dels principals autors, considerat com a pare de la avaluació educativa, és Tyler, el qual va ser el primer a tenir-ne una visió metòdica, tot establint la necessitat d'una avaluació científica. A Tyler se li deu l'elaboració del seu concepte de "currículum", en què integra el seu mètode sistemàtic d'avaluació educativa i el defineix l'avaluació com: "procés sorgit per determinar en quina mida han estat assolits els objectius prèviament establerts"²¹⁰.

Aquesta visió Tayloriana encara és summament vigent en la avaluació de programes educatius, especialment de programes de salut i de preparació a la maternitat²¹¹.

El «currículum», segons Tyler, ve delimitat per les quatre qüestions següents:

- a) Quins objectius es volen assolir?
- b) Amb quines activitats es poden aconseguir?
- c) Com poden organitzar-se eficaçment aquestes experiències?
- d) Com es pot comprovar si s'han assolit els objectius?

L'avaluació requeriria de les següents condicions:

- a) Proposta clara d'objectius.
- b) Determinació de les situacions en què es manifesten les conductes esperades.
- c) Elecció d'instruments d'avaluació apropiats.
- d) Interpretació dels resultats de les proves.
- e) La determinació de fiabilitat i objectivitat de les mesures.

Per tant, amb aquest plantejament d'avaluació ja no es tracta d'una simple mesura, sinó que s'elabora un judici de valor sobre la informació que es recull. Això permet fer una valoració dels encerts i fracassos del programa dissenyat en funció dels resultats de les persones participants. Aquest aspecte seria utilitzat també, més endavant, per avaluadors com Crombach i Suffelebeam.

Van ser precisament Crombach²¹² i Scriven²¹³ els qui van anar perfilant les idees sobre l'avaluació, les seves funcions i metodologia en els anys seixanta.

Crombach va aportar els següents aspectes al procés d'avaluació, que son actualment importants:

- a) Associar el concepte d'avaluació a la pressa de decisions. Així, distingeix tres decisions educatives: a) sobre el perfeccionament del programa i de la instrucció; b) sobre les persones participants (necessitats i resultats finals); c) regulació de la qualitat del sistema, docents i organització.
- b) L'avaluació que s'utilitza quan un programa s'està aplicant, contribueix més en el desenvolupament educatiu que quan es tracta d'un programa finalitzat.
- c) Es posa en qüestió la necessitat de que els estudis avaluats siguin de tipus comparatiu. Entre les objeccions a aquest tipus d'estudis, l'autor destaca el fet que, sovint, les diferències entre les puntuacions de mitjana entre-grups són menors que les intra-grups, així com altres referents a les dificultats tècniques que en el marc educatiu presenten els dissenys comparatius. Cronbach advoca per uns criteris de comparació de tipus absolut i reclama la necessitat d'una avaluació amb referència al criteri, en defensar la valoració amb relació a uns objectius ben definits i no la comparació amb altres grups.

- d) Es posen en qüestió els estudis a gran escala, ja que les diferències entre els tractaments poden ser molt grans i impedir discernir amb claredat les causes dels resultats. Es defensen els estudis més analítics, ben controlats, que poden usar-se per comparar versions alternatives d'un programa.
- e) Metodològicament Cronbach proposa que l'avaluació ha d'incloure: 1) els estudis de procés -fets que tenen lloc a l'aula; 2) les mesures de rendiment i actituds -canvis observats en els alumnes; 3) els estudis de seguiments, és a dir, el camí posterior seguit per les persones que han participat en el programa.
- f) Des d'aquesta òptica, les tècniques d'avaluació no poden limitar-se als tests de rendiment. Els qüestionaris, les entrevistes, l'observació sistemàtica i no sistemàtica, les proves d'assaig, segons l'autor, ocupen un lloc important en l'avaluació.

A aquests aspectes, cal afegir les aportacions de Scriven:

- a) S'estableix la diferència entre l'avaluació com a activitat metodològica, el que l'autor anomena meta de l'avaluació, i les funcions de l'avaluació en un context particular. Així, l'avaluació com a activitat metodològica és essencialment igual, sigui el que sigui el que estiguem avaluant. L'objectiu de l'avaluació és invariant, suposa en definitiva el procés pel qual estimem el valor d'alguna cosa que s'avalua, mentre que les funcions de l'avaluació poden ser enormement variades. Aquestes funcions es relacionen amb l'ús que es fa de la informació recollida.
- b) Scriven assenyala dues funcions diferents que pot adoptar l'avaluació: la formativa i la sumativa. Proposa el terme d'avaluació formativa per qualificar aquell procés d'avaluació al servei d'un programa en desenvolupament, a fi de millorar-lo, i el terme d'avaluació sumativa per aquell procés orientat a comprovar l'eficàcia del programa i prendre decisions sobre la seva continuïtat.
- c) Una altra important contribució de Scriven²¹⁴ és la crítica a l'èmfasi que l'avaluació dóna a la consecució d'objectius prèviament establerts, perquè si els objectius no tenen valor, no té cap interès saber fins a quin punt s'han aconseguit. Ressalta la necessitat que l'avaluació ha d'incloure tant l'avaluació dels mateixos objectius com el fet de determinar el grau en què aquests han estat assolits.
- d) Clarificadora és també la distinció que fa Scriven entre avaluació intrínseca i avaluació extrínseca, com dues formes diferents de valorar un element de l'ensenyament. En una avaluació intrínseca es valora l'element per si mateix, mentre que en l'avaluació extrínseca es valora l'element pels efectes que

produeix en les persones participants. Aquesta distinció resulta molt important a l'hora de considerar el criteri a utilitzar, ja que en l'avaluació intrínseca el criteri no es formula en termes d'objectius operatius, mentre que sí que es fa en l'avaluació extrínseca.

- e) Scriven adopta una posició contrària a Cronbach, ja que defensa el caràcter comparatiu que han de presentar els estudis d'avaluació. Admet, amb Cronbach, els problemes tècnics que els estudis comparatius comporten i la dificultat d'explicar les diferències entre programes, però considera que l'avaluació com oposada a la simple descripció implica emetre un judici sobre la superioritat o inferioritat del que s'avalua pel que fa a seus competidors o alternatives.

A partir d'aquests dos últims autors s'han anat succeït diferents maneres d'entendre l'avaluació i la seva metodologia, tot conservant els aspectes anteriorment esmentats. A finals dels anys setanta, dins dels especialistes, hi hagué un viratge cap a la avaluació criterial; aquesta avaluació aporta una informació real i descriptiva de la situació de les persones respecte als objectius d'ensenyança previstos, així com la valoració d'aquesta situació pel que fa a un estàndard o criteri de assoliments desitjables, essent irrellevant l'efecte de contrast, és a dir els resultats obtinguts per altres subjectes o grups de subjectes.

Al mateix temps, en les pràctiques avaluadores es van introduint altres conceptes, com ara: avaluació orientada cap a als individus (fonamentalment participants i docents) i avaluació orientada a la presa de decisions sobre "l'instrument" o "tractament" o "programa" educatiu. Aquest últim terme ha estat especialment impulsat per la avaluació de programes en l'àmbit social, tot incloent els programes educatius de salut. Aquestes pràctiques avaluadores son la base per la consolidació de la avaluació de programes i la investigació avaluativa²⁰⁹.

Progressivament, s'han anat donant un gran ventall de models avaluadors i Mateo és refereix en aquesta situació dels anys 70-80 com la eclosió de models²¹⁵. Autors com Guba i Lincoln²¹⁶ tendeixen a classificar, en aquesta època, els models en dos grans grups: quantitativs i qualitativs, tot i que evidentment trobaríem actualment molts matisos en aquesta classificació dicotòmica.

4.1.2. Concepte d'avaluació

Tal i com hem mostrat en l'apartat anterior, el fet realitzar una conceptualització de l'avaluació a partir dels diferents models (tot atenent els tòpics sobre què és

l'avaluació, quines funcions té i quin és el objecte de l'avaluació) no troba una única resposta.

Així ens trobem amb definicions com la de Tyler: "l'avaluació com a procés per determinar el grau de congruència entre el que es fa i els objectius prèviament establerts", aquesta definició corresponen als models d'avaluació orientats a la consecució de metes, i que contrasten amb altres definicions més amples que es propugnen des de models orientats a la presa de decisions: "la avaluació com a procés per determinar, obtenir i proporcionar informació rellevant per buscar decisions alternatives", que ha estat defensada per Stufflebeam²¹⁷.

Segons aquest autor, hi ha quatre dimensions que identifiquen el seu model d'avaluació: *context* (C), on té lloc el programa o la institució; *inputs* (I), elements i recursos inicials; *procés* (P) que s'ha de seguir per arribar a la meta i finalment el *producte* (P) que s'obté. En aquest cas, l'objectiu principal de la investigació avaluadora es la millora, la presa de decisions per la millora de les quatre dimensions (CIPP).

Ampliant el concepte de les anteriors definicions, Cabrera²⁰⁸ aporta una definició que entén l'avaluació i la defineix com un "procés sistemàtic per obtenir informació objectiva i útil per donar suport a un judici de valor sobre el disseny, l'execució i els resultats de la formació amb la finalitat de servir de base per a la presa de decisions pertinents i per promoure el coneixement i comprensió de les raons dels èxits i els fracassos de la informació. "

Aquesta definició aporta tota una sèrie de conceptes que seran fonamentals per sistematitzar el procés d'avaluació.

A partir d'aquesta definició Casanova²¹⁸, també definirà l'avaluació com a "procés sistemàtic i rigorós de recollida de dades, incorporat al procés educatiu des del seu inici de manera que sigui possible disposar d'informació continua i significativa per conèixer la situació, formar-ne judicis de valor i prendre decisions adequades per prosseguir l'activitat educativa i millorar-la progressivament".

Tot partint, així doncs, d'aquestes definicions els programes educatius en salut i en concret en els programes de preparació a la maternitat requereixen tenir en compte els aspectes elaborats per Cabrera que es recullen en la seva definició :

- a) Ésser un procés sistemàtic i no improvisat. L'avaluació no es pot identificar com un únic acte (passar un qüestionari o un prova de rendiment), sinó com un conjunt de processos no improvisats ni espontanis.

- b) Assegurar l'objectivitat i utilitat de la informació que es recull. Tot procés avaluador comporta una obtenció d'informació, sigui quantitativa o qualitativa. De poc serviria el judici valoratiu si no es donés suport a unes observacions vàlides i fiables. La qualitat de la informació és la clau perquè l'avaluació sigui creïble.
- c) Emetre un judici de valor o mèrit. L'avaluació vol dir l'emissió de un judici de valor sobre la informació recollida, i això requereix algun referent o criteri per comparar-la. El judici de valor i els criteris en què es recolzen constitueixen els components nuclears del concepte d'avaluació.
- d) Integrar-se activament en totes les fases del procés de formació. La avaluació ja no s'entén com un procés final, deslligada del procés de formació. Són dos processos paral·lels i interactius.
- e) Ser un instrument útil. El punt de partida de l'avaluació és identificar el perquè i el per a què es vol avaluar.
- f) Ajudar a la comprensió dels fenòmens formatius de les variables associades als èxits i als fracassos. L'avaluació ha d'intentar explicar els factors que han contribuït als èxits i als fracassos de les actuacions formatives. L'avaluació ha de guiar-se per un impuls de comprensió i d'entendre perquè les coses han arribat a ser com són.

4.1.3. Perspectiva transdisciplinària de l'avaluació: avaluant allò que fem

Des de les ciències de la salut la perspectiva transdisciplinària en la investigació avaluadora aporta una visió més ampla de l'ús de l'avaluació, tot incorporant dos components a l'avaluació: el conjunt de camps d'aplicació de l'avaluació i el contingut de la pròpia disciplina. En definitiva, la investigació avaluadora és una disciplina que inclou els seus propis continguts i els de moltes altres disciplines; la seva preocupació per l'anàlisi i millora s'estén a moltes disciplines, per això es caracteritza pel seu caire transdisciplinària²⁰⁹.

Aquesta visió és objectiva i defensa que l'avaluador determini el mèrit o el valor del programa, del personal o dels productes investigats. En aquest sentit, s'ha d'establir de manera explícita i defensar la lògica utilitzada en la inferència de conclusions avaluatives a partir de les premisses definides.

La perspectiva transdisciplinària s'orienta cap al "consumidor", més que cap al gestor o intermediari. No es tracta d'una orientació exclusiva cap a aquest, però sí la consideració primera del consumidor com a justificació del programa. A partir d'aquí,

també es produeix informació valuosa per al gestor que decideix per poder analitzar els productes d'un programa o institució a la vista dels seus objectius²⁰⁹.

Es tracta també d'una visió que inclou la generalització de conceptes en l'àmbit del coneixement i la pràctica. Des d'aquesta perspectiva, la investigació avaluadora és molt més que l'avaluació de programes i incideix en processos i institucions.

Aquesta visió generalitzada significa que:

- a) Els camps distintius d'aplicació de la disciplina són els programes, el personal, els rendiments, els productes, els projectes, la gestió, i la metaavaluació de tots aquests elements.
- b) Les investigacions avaluadores incideixen en tot tipus de disciplines i en les pràctiques que en resulten.
- c) Les investigacions avaluadores es mouen des de nivells molt pràctics fins a nivells més conceptuals.
- d) Els diferents camps de la investigació avaluadora tenen molts nivells d'interconnexió i solapament. L'avaluació de programes, de personal, de centres, etc., tenen molts punts en comú.

Davant de tot això, una de les qüestions que sorgeixen és si hem d'avaluar tot el que fem²⁰⁸. La resposta sembla clarament afirmativa, si allò que es té en compte és el potencial transformador i de canvi que aporta el procés avaluador per a les persones que participen i per a l'objecte que s'avalua. En general, els efectes de l'avaluació poden ser més importants i significatius pel mateix fet de realitzar-la que pels resultats obtinguts. La participació i els esforços realitzats contribueixen a una millor comprensió de l'objecte avaluat i a una millor sensibilitat entre les persones i els professionals a causa dels canvis que s'han de realitzar.

En aquest sentit, a l'hora d'iniciar un procés d'avaluació el plantejament de l'estudi que presento m'ha permès reflexionar sobre els següents aspectes de l'avaluació:

- Garanties que l'avaluació serveixi per alguna cosa i per a algú. En aquest sentit, hem d'assegurar-nos de que els resultats tinguin un cert impacte en la presa de decisions. Per això l'enfocament que presentem en aquest estudi d'avaluació de la implantació i desenvolupament de programa de preparació al naixement també compta amb la implicació del Departament de Salut per tal de millorar el funcionament del programa i per determinar si cobreix les necessitats i compta amb una voluntat política.
- Rellevància de l'objecte d'avaluació que el justifiqui. El fet de posar en marxa un programa com el de preparació al naixement a Catalunya amb un nou model

implica una inversió econòmica i de recursos en la seva elaboració i implantació.

- Viabilitat conceptual i metodològica d'allò que s'avalua. En el cas d'aquest estudi ha estat factible l'avaluació de la implantació i desenvolupament del programa de preparació al naixement sobre els professionals llevadores que l'estan desenvolupant.
- Oportunitat dels resultats de l'avaluació. La avaluació de la implantació del programa de preparació ens pot proporcionar informació rellevant per analitzar el seu desenvolupament dins dels programes ASSIR i conèixer com s'està portant a terme.

4.1.4. Característiques i disseny de l'avaluació

Des de la salut pública esta creixent cada cop més la necessitat d'avaluar els programes de salut que s'estan portant a terme. Per aquest motiu s'han creat diferents marcs per a l'avaluació de programes de salut pública que promouen l'ús de estàndards d'avaluació amb l'objectiu de millorar els programes d'intervenció o els seu impacte a nivell de resultats²¹⁹.

Un d'aquests marcs conceptuals és l'elaborat per el Centre de control de malalties i prevenció (*Centers for Disease Control and Prevention- CDC*)²²⁰ i que es recull en la figura 6. Aquest marc té dos objectius: definir i organitzar els elements essencials de l'avaluació dels programes i promoure la pràctica avaluadora en els sistema de salut pública. A més, aquest marc esta adaptat als estàndards de Avaluació educativa del Joint Committee (*Joint Committee on Standars for Educational Evaluation*), tot incorporant la utilitat, viabilitat, conveniència i precisió de l'avaluació.

Aquest marc, mostra un procés sistemàtic de sis passos essencials per organitzar els elements de l'avaluació dels programes:

- 1) Participació de les parts interessades: inclou una reunió amb les parts interessades per arribar a un consens sobre el propòsit de l'avaluació.
- 2) Descriure el programa: inclou la creació d'un model lògic del programa i el fet de determinar els resultats previstos.
- 3) Determinar el disseny de l'avaluació. En aquesta etapa cal fer les preguntes d'avaluació, procediment de recollida de dades i la creació de protocols.
- 4) Reunir evidència creïble: inclou la recopilació de dades, incloent la definició d'indicadors, per a respondre preguntes de l'avaluació.
- 5) Justificar conclusions: inclou l'anàlisi de dades, resums i la interpretació.

- 6) Assegurar l'ús i compartir els resultats: no només consisteix en la redacció d'informes i lliurament de resultats, sinó també les converses amb les parts interessades sobre com es faran servir els resultats per a la millora del programa.

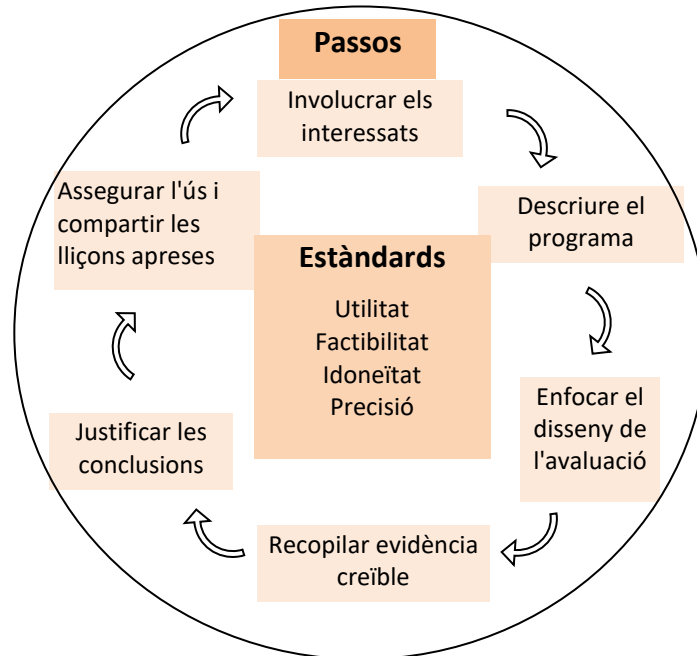


Figura 6. Marc i disseny de l'avaluació.

Font: Centers for Disease Control and Prevention- CDC (1999)²²⁰

També el grup de treball sobre serveis sanitaris i salut pública del *Medical Research Council* (MRC) del Regne Unit va definir l'any 2000 un marc teòric i metodològic per al disseny, avaluació i translació d'intervencions complexes en el context clínic que resulta adequat també a l'àrea de l'EM²²¹.

Segons aquest marc podem considerar que els serveis de salut hem d'avaluar una àmplia gamma d'intervencions complexes i noves propostes, a partir de les quals podem aprendre el que és més eficaç sobre qualsevol intervenció per tal de realització una aplicació més àmplia.

Aquest marc del MRC parteix d'una base teòrica que inicia el procés identificant l'evidència i establint el desenvolupament del procés i els resultats esperats. Al llarg de les següents fases es va implementant el model proposat, inicialment com un estudi pilot en el qual s'avaluaran les dificultats trobades i els resultats obtinguts tant pel que fa a la seva eficàcia com a la seva rendibilitat. Un resultat favorable conduirà a l'aplicació a poblacions més àmplies i un seguiment a llarg termini.

Les intervencions complexes es descriuen generalment com intervencions que contenen diversos components que interactuen, en les quals cal considerar la

variabilitat en la població objectiu, en lloc del nombre d'elements de la pròpia intervenció.

Per tant, és obvi que hi ha poques intervencions en el camp de la salut que siguin simples, i podem considerar a més que les intervencions educatives durant el procés de l'embaràs, part i postpart són intervencions que podríem catalogar de complexes. Però què fa que una intervenció sigui complexa realment?²²².

S'han definit algunes dimensions de complexitat, com ara:

- El nombre d'interaccions entre els components de la intervenció.
- El nombre i la dificultat de comportaments requerits.
- El nombre de grups o nivells de l'organització objecte de la intervenció.
- La quantitat i variabilitat dels resultats.
- El grau de flexibilitat o l'adequació de la intervenció.

Aquests aspectes tenen clares implicacions per el desenvolupament i l'avaluació dels programes:

- Una bona comprensió teòrica per l'abordatge dels comportaments per poder entendre quina és la causa del canvi.
- La manca d'impacte pot reflectir el fracàs d'aplicació en lloc d'una veritable ineficàcia del programa. Es necessita d'una avaluació del procés complet per identificar els problemes d'aplicació.

Aquest model del MRC es basa especialment en l'avaluació de l'eficàcia i efectivitat dels programes, i sabem que la avaluació en general, comprèn aquestes dues fases avaluadores²²³. Quan s'avalua la eficàcia d'un programa s'analitza si s'estan produint els canvis esperats en els destinataris del programa en relació als objectius, la metodologia i els continguts, mentre que l'avaluació de l'efectivitat d'un programa analitza les condicions d'implementació òptimes i el perfil de persones que es beneficien de la intervenció, a més dels canvis que s'hagin produït en el programa i que es considerin com a esperables.

En els últims anys, la valoració de la implantació i del procés d'un programa educatiu va adquirint una major importància. Aquest factor és fonamental més enllà del perquè i el com. Tanmateix, les respostes en aquests interrogants es poden fer des de diferents paradigmes. Alguns són distants al positivista o a l'experimental, els quals emfatitzen la mesura en relació a variables fàcilment escalables i quantificables.

De vegades, a més, no poden explicar la complexitat de les intervencions i dels resultats, per això des d'altres paradigmes també s'intenta fer un abordatge de l'avaluació.

En aquest cas, des del paradigma constructivista, la realitat es reconeix com a múltiple i construïda de diferents maneres. Des del paradigma de l'ètica i la responsabilitat²²⁴ cal construir un procés de poder i responsabilitat compartida que permeti conèixer les diferents mirades de la realitat. En aquest sentit l'avaluació es converteix en accions col·laboratives que a partir de processos participatius, dialògics i deliberatius fan que l'avaluació es constitueix com un instrument de creació col·lectiva²²⁵.

Des d'aquestes perspectives el procés avaluador té un paper actiu i constructiu. En aquest sentit com més es contextualitzi millor serà la seva pertinença. En aquest sentit Cabrera assenyala les característiques de les metodologies participatives com un procés d'aprenentatge cíclic i experiencial en què els participants, siguin persones, col·lectius o organitzacions aprenen de l'experiència, així com a valorar les seves pròpies necessitats, analitzar les prioritats i analitzar els encerts i els errors que els duen a adquirir habilitats i competències. D'aquesta manera el propi procés d'avaluació es converteix en un instrument de canvi i aprenentatge personal i organitzacional²²⁵.

Es per tot això que també últimament s'està optant per un enfocament metodològic de l'avaluació de programes en què s'utilitza un mètode mixt que recopila, analitza i vincula dades quantitatives i qualitatives, així com una anàlisi i discussió conjunta per aconseguir un major comprensió d'allò que s'investiga. En aquest context se situa el model d'avaluació de programes conegut com "Aprender juntos, crecer en familia"²²⁶.

La literatura també informa sobre els avantatges d'aquesta metodologia, la qual permet tenir una perspectiva més ampla i rica. Al mateix temps permet reduir la incertesa davant dels resultats obtinguts amb una determinada metodologia, en poder-los contrastar amb les dades obtingudes amb l'altra²²⁷. A més, permet obtenir dades més riques i variades, a causa de la multiplicitat de punts de vista que proporcionen les dues metodologies.

4.2. Avaluant la implementació dels programes educatius

Un problema encara no del tot resolt en el camp de la recerca de la implementació (*Implementation Research*) és com conceptualitzar i avaluar satisfactòriament la implementació d'un programa.

Conceptualitzar i mesurar els resultats en la implementació ens permet avançar en la comprensió dels processos d'execució i millora, a més d'avançar en la investigació aplicada i aprofundir en la comparació de les diferents estratègies d'implementació per determinar les més efectives.

E. Proctor és una de les autores que més esta publicant en aquesta línia i tot i que ho fa especialment dins dels serveis i programes de salut mental²²⁸. Les seves aportacions també es poden estendre dins d'altres programes, com el d'EM/PN.

Es defineixen els resultats de la implementació com els efectes de les accions deliberades i intencionades per implementar nous tractaments, programes i serveis. Els resultats de l'avaluació de la implementació tenen tres funcions importants:

- 1) Determinar els indicadors de l'èxit d'aplicació d'un programa.
- 2) Proporcionar indicadors i resultats sobre els processos d'execució.
- 3) Aportar resultats intermedis en relació a l'efectivitat dels tractaments i de la qualitat de la recerca en cures. Una intervenció o tractament no serà eficaç si no s'implementa bé. En aquest sentit els resultats d'execució serveixen com a condicions prèvies necessàries per assolir els canvis desitjats en els resultats posteriors del programa.

Distingir eficàcia de l'aplicació de l'efectivitat d'un determinat programa és fonamental per la replicació de les intervencions, ja que quan es demostra una ineficàcia, o pocs canvis, fet força comú, cal saber si s'ha produït un error perquè la intervenció va ser ineficaç (fracàs de la intervenció), o si una bona intervenció s'ha implementat de forma incorrecta (fracàs en la implementació).

En aquest cas, el nostre coneixement actual de l'aplicació es veu frustrat moltes vegades per la manca de comprensió teòrica dels processos implicats²²⁹.

En general, són poques les avaluacions d'intervenció publicades en què els investigadors expliquin el contingut i les estratègies per a la implantació d'una intervenció i, per tant, es pràcticament impossible la seva replicació^{230, 231}.

La revisió de gairebé 1.000 estudis sobre els resultats en el canvi de comportaments va mostrar com tan sols entre un 5% a 30% dels estudis experimentals descrivien les característiques de la intervenció. Fins i tot quan es va documentar la intervenció, per exemple, amb un manual detallat disponible, pocs investigadors van mesurar la força de la intervenció a la pràctica i menys encara, quan es feia els anàlisis dels resultats²³¹.

Per tant, sovint es deixa saber molt poc sobre els detalls d'una intervenció o la relació entre els components de la intervenció i els resultats. Conèixer els detalls i aquestes

relacions és fonamental per qualsevol futura introducció d'una intervenció o programa, i contribueix a mostrar als professionals que la volen desenvolupar com s'han de transformar o reorganitzar els processos d'implementació.

També s'explicita allò que s'ha d'incloure, en relació al correcte compliment del programa, per part dels professionals (fidelitat). Igualment, permet conèixer les claus de l'èxit per al seu desenvolupament.

Pel que fa els estudis dels resultats de l'EM després de la lectura de molta literatura publicada ens trobem en la mateixa situació i no hi ha una descripció dels programes, continguts i estratègia d'implementació que puguin mostrar la seva eficiència. Per tant, la seva eficàcia queda limitada quant als resultats de cara a la seva posterior replicació.

A l'hora d'avaluar una intervenció és important, així doncs, tal i com mostra Michie ²²⁹, clarificar tant el què com el com. Aquest autor especifica vuit característiques que s'han identificat com a descriptors de les intervencions en salut pública: els continguts o elements de la intervenció (tècniques); característiques de les persones que faciliten la intervenció; les característiques dels destinataris; les característiques de l'entorn (per exemple, lloc de treball); el tipus de posada en marxa; la intensitat (per exemple, el temps de contacte); la durada (per exemple, nombre de sessions a través d'una període determinat) i l'adhesió als protocols elaborats.

El fet d'anar definit les característiques del disseny de la intervenció millora la pràctica professional i els resultats de l'efectivitat dels serveis de salut. Tenint en compte aquests aspectes actualment s'està treballant des de la Cochrane a través del grup anomenat *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group* (EPOC) per avançar en la revisió d'estudis que avaluen les intervencions, d'acord amb les vuit característiques anteriorment esmentades.

Cal, per tant, establir els components fonamentals de la intervenció i el desenvolupament de les intervencions efectives per conèixer com funcionen, és a dir, els mecanismes pels quals les intervencions provoquen un canvi de comportaments²³².

Per tant, la conceptualització i el mesurament dels resultats d'implementació permeten avançar en la comprensió dels processos d'execució i en l'eficàcia comparativa de les estratègies d'aplicació així com millorar l'aplicació del programes educatius.

En aquest sentit, Proctor al 2009 va definir un marc a on situa les diferents etapes o tipus de resultats en la implementació de programes o intervencions, aquests tres tipus de resultats estan interrelacionats i els classifica en resultats en: la

implementació, en els serveis i en els clients o persones usuàries²³³. En la figura 7 es descriu aquest marc conceptual dels resultats de la implementació.



Figura 7: Tipus de resultats sobre la recerca en la implementació.

Font: Proctor E (2011)²²⁸

Pel que fa als resultats en la implementació, que és a on es situa la nostre recerca, Proctor incorpora diferents aspectes, i alguns dels quals seran fonamentals en l'avaluació de la implementació del programa d'EM/PN a Catalunya. Per aquesta autora, son fonamentals²²⁸:

a) Acceptabilitat: fa referència a la satisfacció per part dels professionals que han d'executar el programa o servei, però també per part de les persones destinatàries de la intervenció o de les administracions. La manca de acceptabilitat durant molt de temps ha estat assenyalat com un desafiament en aplicació dels programes. La satisfacció ve determinada per els continguts, complexitat, desenvolupament o credibilitat de la pròpia intervenció. L'acceptabilitat es pot mesurar en diferents moments de la implementació, pot ser prèvia a la implementació del programa o mesurar-se en diferents etapes de la implementació, i normalment es solen utilitzar qüestionaris, entrevistes semi-estructurades i grups de discussió entre altres estratègies.

b) Adopció: es defineix com la intenció, decisió inicial, o mesures per emprar una determinada intervenció, programa o innovació basada en la pràctica assistencial, i pot mesurar-se des de la perspectiva del professional o de la pròpia organització, i per la seva avaluació es poden utilitzar instruments tant quantitatives com a qualitatives.

c) Adequació: és l'ajust percebut entre la intervenció, programa o tractament i el tema particular o problema sobre el que s'ha d'intervenir dins d'una pràctica assistencial determinada.

A vegades adequació i acceptabilitat es superposen. Malgrat això, no són el mateix concepte ja que una determinada intervenció pot ser acceptable però no adequada i viceversa.

En aquest sentit, una determinada intervenció o programa pot ser considerat com una bona estratègia per actuar sobre una determinada situació però el seu protocol rígid a l'hora de portar-lo a terme el fa inadequat. Per altre banda, la adequació també dependrà de les habilitats, rols, entorn de treball dels professionals que han d'aplicar aquesta intervenció, però també influeix la percepció de les persones usuàries. Normalment, aquest aspecte s'hauria d'avaluar abans de la l'adopció del programa, per tant, a l'inici de la intervenció.

d) Cost: es defineix com l'impacte del cost de l'esforç de la implementació d'un determinat programa, servei o tractament. El veritable cost de la implementació, per tant, depèn dels costos de la intervenció en particular, l'estratègia d'implementació utilitzada, i la ubicació de la prestació del programa o servei. La mesura del cost pot ser interessant per la comparació de diferents estratègies de implementació d'un determinat programa, però en general són pocs els estudis que reporten aquest anàlisi econòmic, excepte els estudis de cost-efectivitat que si que el mesuren.

e) Factibilitat o viabilitat: es defineix com la mesura en que una determinada intervenció, innovació o tractament es pot utilitzar amb èxit i es pot portar a terme dins d'una determinada organització. El concepte de viabilitat s'invoca retrospectivament com una possible explicació de l'èxit d'una iniciativa o fracàs. Mentre la viabilitat està relacionada amb la idoneïtat, les dues construccions són conceptualment diferents, per exemple, un programa pot ser apropiat per a un servei ja que és compatible amb la seva missió però pot no ser factible a causa dels recursos o requisits de formació per la seva implementació. La factibilitat es pot mesurar a partir de qüestionaris, grups de discussió o entrevistes semiestructurades.

d) Fidelitat: es defineix com el grau en que una determinada intervenció o programa es implementat per part dels professionals tenint en compte el protocol original sota el que es planifica la intervenció. Per això, quan es parla de fidelitat de la implementació ens estem referint a el grau en que els programes s'implementen segons el que es preveu en el seu disseny i com els professionals ho portem a terme²³⁴, en funció d'aquest aspecte hi haurà una relació entre les intervencions i els resultats previstos.

Aquesta és una de les principals raons per les quals l'aplicació de la fidelitat necessita ser mesurada. Tenim exemples d'estudis que han demostrat com en funció de com s'apliquen els programes s'obtenen millors resultats.

En aquest sentit, un estudi sobre un programa de formació dels pares va trobar que quan el programa es va aplicar amb major fidelitat, les pràctiques de criança van millorar significativament, però l'efecte va ser molt menys quan fidelitat de la implementació va ser baixa²³⁵.

El concepte de fidelitat de la implementació és actualment descrit i definit en la literatura en termes de cinc elements que s'han de mesurar, aquests són: l'adhesió a una intervenció; temps d'exposició; qualitat d'execució del programa; la capacitat de resposta dels participants; i els components essencials del programa.

Dins d'aquesta conceptualització de la fidelitat de la implementació, l'adhesió s'entén com aquell element que fa que la intervenció o programa es realitzi tal i com va ser dissenyat. Mentre que l'exposició fa referència al nombre de sessions que han de ser rebudes per els participants, es a dir, si la freqüència i la durada de la intervenció es tant complerta com s'indica per els seus dissenyadors²³⁶. Per exemple, pot ser que no tots els elements de la intervenció es lliurin o són lliurats amb menys freqüència del que és necessari.

La qualitat d'execució del programa fa referència a com el professional o la persona dinamitzadora el porta a terme. Aquest és un element una mica ambigu, i que podria incloure diferents aspectes com per exemple, utilitzar les tècniques o activitats proposades per el programa o aplicar altres tècniques o activitats que no estan descrites en el programa però que hi han referències externes.

La capacitat de resposta de les persones participants implica els judicis d'aquests sobre la intervenció i els resultats així com la pertinència de la intervenció.

Per últim, el cinquè element que té a veure amb la fidelitat fa referència als elements del programa que son essencials i sense els quals el programa no tindria l'efecte desitjat. Tot i que aquest aspecte, s' inclou com un element de la fidelitat de la implementació, en realitat mesura alguna cosa diferent de la fidelitat, ja que es refereix a la determinació aquells elements del programa que són essencials per al seu èxit, i que serien una part important de qualsevol avaluació de noves intervencions.

Tot i estar d'acord en que la fidelitat en la implementació involucra la valoració d'aquests cinc elements, la revisió de la literatura ofereix dos punts de vista diferents sobre com s'hauria de fer.

D'una banda, s'argumenta que cada un d'aquests cinc elements representa una forma alternativa de mesurar la fidelitat, és a dir, fidelitat de la implementació es pot

mesurar usant qualsevol dels elements, adherència, exposició, qualitat d'execució etc²³⁶.

D'altra banda, s'argumenta que els cinc elements necessiten ser mesurats al mateix temps per fer una aproximació més completa de l'avaluació de la fidelitat en la implementació.

Malgrat això, i tal i com comenta Carroll²³⁴ les relacions entre els diversos elements són molt més complexes que el que ens aporta la conceptualització de manera independent dels elements anteriorment esmentats, per això en la figura 8 es pot observar el marc conceptual proposat per l'abordatge de l'avaluació de la fidelitat en la implementació d'un programa, en el que s'introdueixen dos elements més com són: la complexitat de la intervenció i les estratègies facilitadores. Una revisió sistemàtica d'estudis es va centrar en la identificació dels facilitadors i de les barreres en la difusió d'innovacions en les organitzacions i van trobar que la complexitat d'una idea, és una barrera substancial per la seva adopció²³⁷. Per altra banda, altres investigacions posen de manifest el paper de les estratègies facilitadores per millorar el nivell de fidelitat en la implementació, aquestes estratègies solen incloure la elaboració de manuals, guies, formació, monitoratge i retroalimentació ^{225, 2356}.

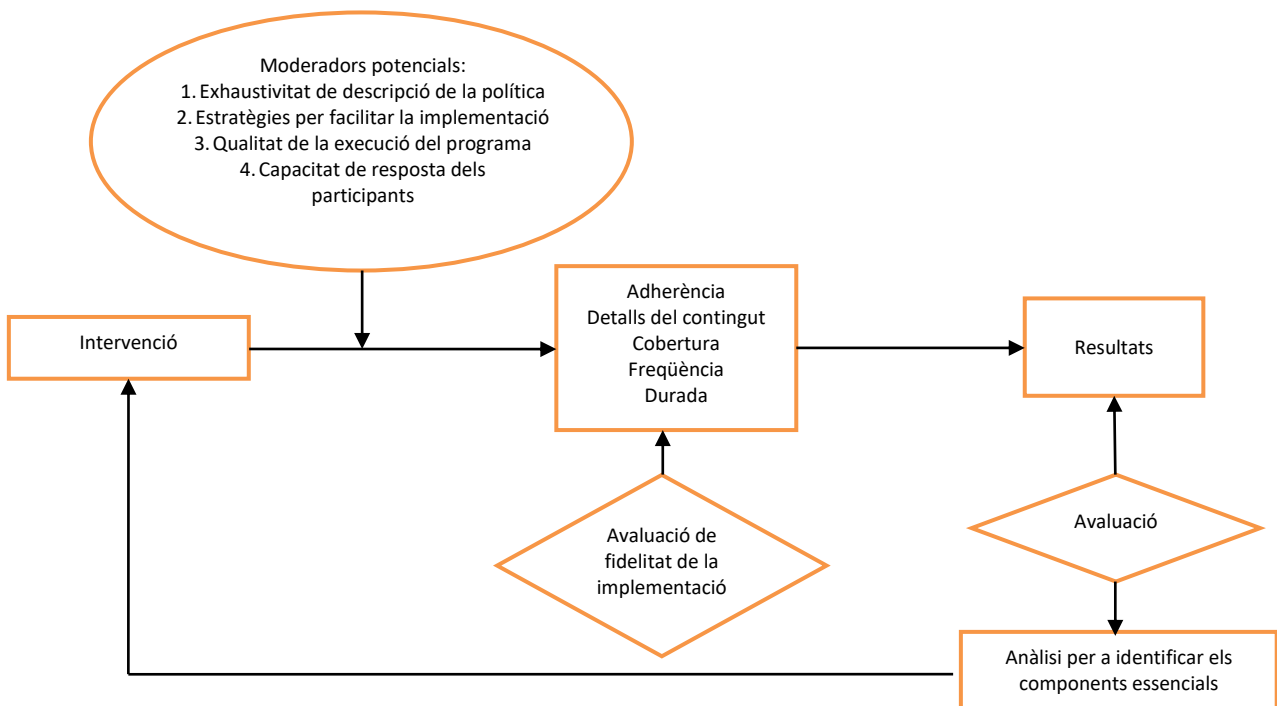


Figura 8: Marc conceptual de la fidelitat en la implementació.

Font: Carroll C, et al (2007)²³⁴

La figura 8 indica que la relació entre una intervenció i els seus resultats és extern a fidelitat de la implementació, però que el grau de fidelitat en la implementació pot

afectar a aquesta relació. L'anàlisi dels resultats permet identificar els components que són essencials per a la intervenció i han de ser implementats si es vol aconseguir els efectes de la intervenció. L'avaluació al mateix temps, informa dels continguts de la intervenció i determina els requisits mínims per una elevada fidelitat en la implementació, com per exemple, els components essencials de la intervenció.

La fidelitat en la implementació es pot mesurar al començament de la implementació del programa i al mig del seu procés de desenvolupament, i es poden utilitzar per la seva avaluació la observació, grups de discussió, dades administratives o qüestionaris amb *checklists*.

Per tot això, la fidelitat en la implementació dels programes es fonamental i és un dels elements fonamentals en els que es basa la recerca que plantegen en l'avaluació de la implementació i desenvolupament del programa d'EM/PN.

e) Penetració: es defineix com la integració d'una pràctica en un entorn de serveis i fa referència tant al nombre de persones que pot utilitzar aquest servei i/o programa com al nombre de professionals que el proporcionen. Aquest aspecte es pot mesurar a través d'auditories, qüestionaris o altres instruments que permetin observar el grau de penetració. Aquest element sol avaluar-se al mig o final del desenvolupament d'un programa i es sol utilitzar com a instruments d'avaluació les auditories, i els qüestionaris.

d) Sostenibilitat: indica el grau en què una nova intervenció o programa es manté o esta institucionalitzada dins de les activitats estables d'un determinat servei. Els resultats de penetració i sostenibilitat poden estar relacionats conceptual i empíricament, ja que normalment una penetració més alta pot contribuir a la sostenibilitat a llarg termini. Normalment, la sostenibilitat s'hauria d'avaluar una vegada esta consolidada la intervenció o programa i es pot utilitzar per la seva avaluació instruments com per exemple els qüestionaris, entrevistes semiestructurades i auditories entre d'altres.

Tots aquests aspectes que hem mencionat per entendre l'avaluació de la implementació d'un determinat programa son fonamentals a l'hora de planificar l'avaluació de la implementació, tot i això, no sempre tots aquests elements estan reflectits al mateix temps i per això la majoria d'investigacions en aquests camp tenen en compte uns o altres i es focalitza en l'anàlisi d'alguns d'ells.

Capítol 5. Programa d'Educació Maternal/Preparació al naixement a Catalunya

5.1. Programes d'Educació Maternal/Preparació al naixement en el nostre entorn

Tal com hem comentat en l'apartat de Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva a Catalunya, és responsabilitat de la llevadora en les unitats ASSIR i en els diferents Centres d'Atenció Primària el control i seguiment de l'embaràs normal. Igualment cal desenvolupar els grups de preparació al naixement i l'atenció al puerperi. La llevadora és, fet i fet, la professional referent per a les intervencions educatives i comunitàries en salut sexual i reproductiva.

Tot i que els grups d'EM fa molt de temps que es desenvolupen a Catalunya, tot seguint l'evolució històrica dels programes de preparació al naixement, no ha existit un programa específic, organitzat, protocol·litzat i institucionalitzat d'intervenció durant l'embaràs per preparar a les dones i les parelles per a la maternitat i paternitat. Existia, per tant, una certa heterogeneïtat de programes i continguts tot i que sí que existia una organització bastant comuna de les sessions que conformaven la intervenció, així com la metodologia utilitzada.

En general, els continguts educatius responien a la següent estructura:

- 1) Anatomia, fisiologia de l'embaràs i autocura
- 2) Hàbits alimentaris, sexualitat i signes d'alarma
- 3) El part: signes de començament del part, identificació de les contraccions i el seu significat i quan acudir a la maternitat
- 4) Altres tipus de part, instrumentats o cesàries. Recursos disponibles per facilitar el part: respiracions, anestèsia epidural, canvis posturals. Treball de l'autoconfiança i el desenvolupament de les capacitats pròpies de cada persona
- 5) Postpart immediat, signes d'alarma. Reaccions físiques i psíquiques habituals. Autocura materna, sexualitat
- 6) Lactància materna: mites, beneficis, tècnica
- 7) Lactància materna: problemes, ingurgitació, clivelles del mugró, mastitis. Solucions. Alimentació a bessons, alimentació amb biberó
- 8) Cures del nounat, signes d'alarma. Desenvolupament afectiu, acceptació i coneixement del nadó
- 9) Anticoncepció durant el puerperi

Cadascuna d'aquestes sessions es completa amb una part d'activitat corporal, formada per exercicis físics (circulatoris, pelvians o exercicis d'esquena), respiratoris, espoderaments i pràctiques de relaxació.

Des del Departament de Salut, juntament amb la Direcció de Salut Pública i el Servei Materno-Infantil, i amb el suport de l'Associació Catalana de Llevadores, es va plantejar la remodelació i adaptació d'un nou programa d'EM. A partir d'aquí s'ha dut a terme amb la coordinació tècnica per part del Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació (MIDE) de la Universitat de Barcelona, tot constituint-se un grup de treball format per llevadores i pedagogues que elaboren i publiquen al 2009 el nou Programa d'Educació Maternal: Preparació al Naixement.⁵³

Paral·lelament i posteriorment, altres comunitats autònomes com la valenciana, la gallega, la canària, la càntabra, l'andalusa i l'asturiana també han elaborat documents institucionals que pretenen homogeneïtzar la intervenció.

Aquestes guies son diverses i molt variades. La de la Comunitat Valenciana, dins del document del control bàsic de l'embaràs²³⁸, fa una referència als grups d'EM i es refereix molt genèricament a les sessions teòriques i pràctiques sense una descripció de continguts ni metodologies. Per tant, no es pot parlar d'una descripció d'un veritable programa d'intervenció.

La Junta de Galicia determina una intervenció de 10 sessions d'EM en el tercer trimestre a partir de les 28 setmanes i es descriuen els objectius i continguts, mal que de manera molt resumida. Aporta, tanmateix, uns possibles indicadors d'avaluació, però no es proporciona ni metodologia ni ajuts als professionals²³⁹.

En canvi, la guia elaborada per el Servicio Canario de Salud té un disseny de programa on s'estableixen tres mòduls d'intervenció: mòdul 1, abans de les 20 setmanes; mòdul 2, després de les 28 setmanes i mòdul 3, en el postpart. El mòdul 2 contempla 10 sessions de 2 hores i el contingut teòric no disposa d'una metodologia per la intervenció, però sí que compta amb una fitxa d'avaluació de les sessions. D'altra banda es descriu molt l'activitat física i les tècniques de relaxació a realitzar²⁴⁰.

La guia de Cantabria també descriu la intervenció amb 8 sessions durant l'embaràs, amb descripció d'objectius i continguts. Nogensmenys, ho fa de manera tan resumida i amb tan poques aportacions metodològiques que es fa difícil entendre que a partir d'aquest programa s'homogeneïtzi la intervenció, tot i ser un objectiu de la guia²⁴¹.

Finalment les guies d'Andalusia²⁴² i Astúries²⁴³ descriuen més exhaustivament els continguts i les sessions, tant dels continguts educatius com de l'entrenament psicofísic. Totes dues compten amb una estructura més completa de programa: la guia andalusa fa recomanacions de manera genèrica per a la persona encarregada de la docència i es proposen per a cadascuna de les 6 sessions activitats dinàmiques, però sense una descripció de desenvolupament i de posada en pràctica. Tanmateix, es proporcionen continguts transversals.

La guia asturiana estableix 8 sessions. En la seva guia trobem quatre blocs: tallers didàctics, contingut teòric, activitat física i preparatòria al part i avaluació. En el primer bloc es descriuen les activitats proposades, amb tècniques dinàmiques i fitxes per al treball de les activitats.

Aquestes guies, però, en cap cas fan una descripció detallada de l'organització del temps de cada sessió amb les activitats proposades per a cadascuna d'elles. Tampoc en la majoria dels casos es proporciona material per a les persones que hi participen, ni s'aporta material audiovisual específic per al treball de les sessions com a suport del desenvolupament de la sessió. Tampoc no es descriuen les estratègies didàctiques i no s'aporta informació sobre l'avaluació inicial de les necessitats de les persones a què es dirigeix el programa o bé sobre la estratègia de la implantació del programa. No es disposa d'informació sobre l'avaluació d'aquest programa.

En el País Basc, en canvi, existeix un informe d'avaluació estructurat i amb qualitat sobre el redisseny de l'EM, amb la proposta d'un marc per l'elaboració del programa d'EM en què es fa una anàlisi exhaustiva de l'evolució de la EM, així com dels models teòrics. També s'inclou una anàlisi de necessitats de les persones a què va adreçat el programa, a través de grups focals. Aquest punt actua com una recerca inicial per a l'establiment d'un nou programa d'EM, amb una sèrie de recomanacions per l'elaboració d'intervencions en aquest àmbit.^{112 i 211}

També es té informació sobre els programes d'EM de la Comunitat de Madrid a partir d'alguns articles i tesis doctorals, que indiquen les característiques d'aquests programes i dels seus assistents, així com propostes d'instruments per la seva avaluació^{73 i 244}.

5.2. Procés d'elaboració i disseny del Programa d'EM/ Preparació al naixement a Catalunya

Atesa la importància de la preparació per al naixement, a Catalunya es pretenia que aquesta preparació contemplés no tan sols els coneixements, sinó també els sentiments, les emocions i les habilitats necessàries per fer front als aspectes més fonamentals de l'embaràs, el part i el puerperi, així com l'entrenament psicofísic. Es desitjava que els continguts donessin resposta a les necessitats que expressen les dones i les seves parelles, així com les professionals que es dediquen a l'educació per a la preparació del naixement, tot intentant seguir el que la bibliografia revisada recomana.

A més, per a l'elaboració del material es va plantejar una recerca de caire cooperatiu²⁴⁵. Aquest tipus de metodologia d'investigació permet assignar un rol actiu als implicats i implicades (llevadores o professionals de la salut i mares-parelles) que es va complementar amb el treball dels investigadors i investigadores. L'última fase de l'elaboració del programa va consistir en el contrast i revisió del programa per part de les Associacions de Pediatria i Ginecologia i Obstetrícia de Catalunya.

L'equip de recerca va estar dirigit pel catedràtic de la UB Dr. Pere Amorós i va estar format per 12 persones (5 llevadores de l'Associació Catalana de Llevadores i 7 professors i professores del grup de recerca GRISIJ de la Universitat de Barcelona), el meu paper com a lideratge de l'Associació Catalana de Llevadores va ser coordinar l'equip de llevadores amb l'equip d'investigador de l'UB, participació en la coordinació de grups focals i la seva dinamització, disseny del programa, redacció i revisió del material elaborat i finalment planificació de la formació de les llevadores de tota Catalunya per la implementació del programa.

5.2.1. Característiques de la mostra de participants

En les diferents fases del procés de recerca van participar un total de 70 persones, d'entre les quals 56 eren llevadores (distribuïdes en 5 grups de discussió) i 14 persones (distribuïdes en 2 grups de discussió) que havien rebut informació a partir dels grups de preparació al naixement. D'aquestes, 13 van ser mares i 1 pare.

Les professionals llevadores provenien de 39 centres repartits per les quatre províncies catalanes (15 a la província de Barcelona, 10 a la província de Girona, 10 a la província de Lleida i 4 a la de Tarragona). L'edat mitjana de les professionals va ser de 43,71 anys. Aquesta dada es reflecteix en la seva experiència professional.

En el seu conjunt, les participants tenien una mitjana de 16,68 anys (mín. 10 mesos – màx. 35 anys) d'experiència com a professionals de la salut.

En els 2 grups d'usuaris van estar implicades 13 famílies. L'edat mitjana de les mares va ser de 33,15 anys; la mare més jove tenia 20 anys i la més gran, 41. L'únic pare participant tenia 36 anys. Totes les famílies que van participar, exceptuant-ne tres, tenien fills i filles. La majoria tenien un fill o filla (7) i la resta, en tenia dos (3). L'edat mitjana dels fills i filles majors o únics va ser de 58,9 mesos (mín. 1 mes - màx. 228 mesos) i l'edat mitjana dels fills i filles petits va ser de 2,3 mesos (mín. 1 mes – màx. 3 mesos).

El procés de recerca i d'elaboració del programa va ser publicat al 2013²⁴⁵.

5.2.2. Metodologia

L'objectiu de la recerca era determinar les necessitats educacionals relacionades amb les tres fases de l'EM: embaràs, part i postpart, per tal d'elaborar un programa d'EM per a les embarassades i les seves parelles.

Aquesta investigació es va dur a terme partint de la perspectiva de la investigació cooperativa. En conseqüència, la metodologia que es va utilitzar va ser qualitativa. L'estratègia emprada va consistir en grups de discussió. Cada grup va estar conduït per dos professionals i les seves reunions, enregistrades en cintes d'àudio.

L'anàlisi del contingut dels set grups de discussió es va realitzar mitjançant el programa informàtic d'anàlisi de dades qualitatives Atlas ti 5.0. L'anàlisi de contingut va mostrar amb claredat quatre dimensions: embaràs, part, puerperi i entrenament psicofísic.

En aquesta primera fase l'anàlisi del contingut de les aportacions derivades de la reflexió i de l'experiència de les professionals, així com la contribució del debat de mares i llevadores als grups de discussió sobre la preparació per al naixement, juntament amb la revisió bibliogràfica, ens va permetre detectar les necessitats formatives de les mares o futures mares.

En una segona fase, aquestes necessitats es van transformar en un programa d'EM/PN, organitzat de manera seqüencial. Per això es va fer una triangulació entre les necessitats detectades i l'experiència dels membres de la investigació cooperativa. Finalment el programa es va definir en 8 sessions estructurades. Cadascuna d'elles va ser elaborada i desenvolupada conjuntament per l'equip d'investigació (llevadores de l'Associació Catalana de Llevadores i professorat de la Universitat de Barcelona del grup de recerca GRISIJ), mitjançant un procés participatiu.

Com a resposta a les necessitats detectades al voltant de la preparació per al naixement, es va proposar el programa educatiu que posteriorment s'estendria a tot Catalunya.

5.2.3. Objectius del programa

El programa pretén afavorir d'una forma integral les mares i parelles, tot partint del desenvolupament de tres dimensions:

- Dimensió actitudinal i emocional relacionada amb cada fase del procés de naixement: predisposició a acceptar els canvis en el propi cos, la sexualitat i la relació amb la parella, disposició per establir el vincle afectiu, així com a atendre les seves necessitats dins un clima emocional. Igualment, es cerca l'acceptació de les implicacions emocionals sobre la modalitat de part i d'alimentació de la criatura, entre d'altres.
- Dimensió comportamental que contempli el desenvolupament d'habilitats que permetin afrontar d'una manera competent el procés de l'embaràs, el part i post part; estratègies davant el dolor, tècniques de relaxació, habilitats de relació i comunicació.
- Dimensió cognitiva relacionada amb el procés del naixement i les seves implicacions en les diferents etapes: embaràs, part i post part. Coneixement de les fases de l'embaràs i el part, els signes d'alarma, l'alimentació i la higiene del nadó, l'atenció vers el propi cos, el pla de naixement, etc.

Per últim, el desenvolupament del Programa de forma grupal ofereix a les persones participants l'oportunitat de:

- a) Compartir vivències, satisfaccions i dubtes.
- b) Sentir-se part d'un col·lectiu que té els mateixos interessos, desigs, necessitats i expectatives.
- c) Analitzar les seves pròpies actituds i contrastar-les amb les d'altres persones en la seva mateixa situació.
- d) Aconseguir una visió més àmplia i sensibilitzada d'uns determinats aspectes relacionats amb l'embaràs, el part i el post part.
- e) Comprendre les diferents formes d'afrontar la maternitat, segons la situació particular de cada família.
- f) Reflexionar sobre les seves pròpies reaccions davant noves situacions.

5.2.4. Estructura del programa

El Programa de EM/PN consta d'un tema introductori i 7 sessions distribuïdes de la forma següent: 2 sobre l'embaràs, dues sobre el part i 3 sobre el puerperi, amb una durada aproximada de 2 hores cadascuna d'elles.

Les sessions han estat pensades per ser aplicades segons l'ordre en què es presenten, ja que es té en compte l'estat gestacional en què es troben les dones quan s'inicien en l'educació per al naixement i les necessitats d'aquestes a mesura que avancen en el seu embaràs.

Els temes s'han distribuït en les sessions següents:

Sessió 0. Comencem!

Sessió 1. La gestació i els canvis

Sessió 2. Embaràs i benestar

Sessió 3. Arriba el moment: el procés del part

Sessió 4. Diferents situacions, diferents parts

Sessió 5. Puerperi

Sessió 6. Alimentació del nadó: lactància materna

Sessió 7. Atenció al nadó

Cada sessió consta dels apartats següents:

- Objectius
- Activitats, estratègies i temps previst
- Materials i recursos didàctics
- Annexos

El programa es va elaborar tot considerant la importància del treball conjunt de mares i parelles, i ofereix l'oportunitat de compartir les experiències i les vivències individuals i grupals, atès que constitueixen un element a partir del qual és possible analitzar la mateixa realitat des d'un altra perspectiva, així com promoure canvis i noves experiències positives.

El programa presenta una manera de treballar diferent a l'emprada de manera habitual per la llevadora. Així, intercala les estratègies de treball didàctic individual i grupal, a més de donar una nova perspectiva a la part d'entrenament corporal.

La filosofia del treball corporal és transmetre habilitats per prendre consciència de l'esquema corporal i practicar les tècniques de relaxació; és a dir, no es tracta d'oferir l'entrenament físic per a les mares embarassades, sinó de facilitar les eines i habilitats

adequades perquè puguin treballar de manera autònoma, amb la finalitat d'afavorir el benestar de la mare durant l'embaràs, el part i el post part.

5.2.5. Materials del programa

El programa d'EM/ PN incorpora un conjunt de materials:

- a) Un Cd amb:
 - Diapositives, que s'utilitzen com a suport per desenvolupar les activitats del programa, les quals inclouen les preguntes que han de contestar les persones participants en les diferents activitats. Aquestes preguntes també són útils per sustentar les conclusions de les llevadores o professionals de la salut sobre els diversos temes.
 - Fitxes de treball, que contenen casos pràctics per complementar la lectura de la llevadora o professional de la salut, o fitxes per a aquelles activitats en les quals s'ha de respondre a les qüestions plantejades.
- b) Un DVD amb:
 - Històries animades, que es corresponen amb la descripció animada de casos o situacions.
 - Vídeos, en els quals es presenten testimonis d'embarassades, mares i parelles sobre situacions característiques de l'embaràs i del puerperi.

5.2.6. Estratègies i tècniques de treball

Seguint les recomanacions de la bibliografia i tenint en compte algunes teories de l'educació, els continguts del programa es van estructurar en objectius, amb les seves activitats i estratègies.

El conjunt de tècniques i estratègies es basen en un treball grupal. La selecció es va dur a terme atenent, d'una banda, a l'eficàcia demostrada en el terreny de la formació i, de l'altra, a la seva adequació als continguts del programa.

Les tècniques triades permeten treballar, sistemàticament i de forma estructurada, els aspectes cognitius, emocionals i d'habilitats. A més a més, també ofereixen l'oportunitat d'analitzar, reflexionar i compartir tots aquests aspectes.

Les tècniques utilitzades en el nou programa són les següents:

- **Exposició oral de la llevadora:** L'exposició oral es pot definir com la presentació verbal de la informació de forma estructurada i sistemàtica. És una estratègia adequada quan es dona un dèficit de coneixements bàsics que es consideren importants. Pel caràcter passiu que suposa de cara als participants, convé tenir la

precaució de no abusar d'aquesta tècnica. Els factors que influeixen en l'efectivitat de l'exposició oral són: el missatge (contingut i estructuració), la llevadora o professional de la salut (habilitats personals i de comunicació), les persones participants (habilitats de comprensió i de retenció), els recursos de suport (mitjans audiovisuals i formulació de qüestions) i els factors ambientals (espai, mobiliari i il·luminació).

- **Exercicis en paper i llapis:** permeten als participants reflexionar sobre un aspecte determinat que forma part dels continguts de la sessió i permet exposar en el grup gran les diferents aportacions de l'aspecte treballat. El paper de la llevadora en aquesta tècnica és fixar-se en el ritme de cada persona o grup petit i de les habilitats de les persones.

- **Diàlegs simultanis:** Consisteix en l'organització del grup per parelles per a la discussió, debat o estudi d'un tema proposat per la llevadora o professional de la salut o pel grup mateix. Els objectius d'aquesta tècnica són promoure la participació de totes les persones del grup, facilitar la recollida i la transmissió d'informació i possibilitar, al mateix temps, la consecució ràpida d'acords en la solució d'un problema.

- **Discussió dirigida:** aquesta tècnica ens permet que cada participant exposi lliurement les seves idees, els seus punts de vista i la seva experiència per tal de debatre sobre un tema concret, o bé al voltant d'una pregunta que normalment comporta un anàlisi des de diferents perspectives. Amb aquesta tècnica fomentem la participació de tots els membres del grup, ser més conscients de les diferents mirades o de maneres diverses d'afrontar els problemes que es poden presentar. Ens permet estimular el raonament i l'anàlisi crítica, la comprensió i la tolerància.

Els conductors han d'introduir correctament el tema en qüestió i donar la informació necessària per emmarcar el tema o la reflexió. A més ha de regular els torns de paraula i fer una síntesi del que finalment s'ha aportat a la discussió.

- **Treball en grups petits o treball en parelles:** a través d'aquesta tècnica es promou la participació de tots els membres del grup i s'ajuda les persones a treballar en col·laboració per tal de desenvolupar una determinada tasca, tot interactuant entre ells. Igualment, es facilita l'exposició de diferents punts de vista. Normalment es tracta d'una activitat que desperta interès per part del grup. En algunes d'aquestes activitats es facilita textos o una guia de les qüestions a reflexionar. En aquesta tècnica la llevadora ha d'exposar l'objectiu de l'activitat i el temps que s'hi dedicarà.

- **Pluja d'idees:** en aquest cas aquesta tècnica permet que el grup aportï diferents idees d'una manera informal i ràpida sobre un tema que es planteja. Es tracta d'una tècnica

que estimula la creativitat i el fet d'expressar-se de manera lliure i sense prevencions. Explora diferents possibilitats i aporta força informació en un curt espai de temps, és molt dinàmica i motiva la participació. La llevadora dirigeix els passos a seguir, tot intentant que no es jutgi cap aportació, i permetent alhora l'expressió lliure de les idees, amb la creació d'un clima de confiança.

- **Estudi de casos:** es descriu detalladament una situació quotidiana i possible sobre la qual es demana als participants que, en grups reduïts, analitzin aquesta circumstància. Després en el grup gran s'aporten les idees per a la solució dels problemes plantejats. Aquesta tècnica permet desenvolupar coneixements i habilitats per fer el maneig de diferents situacions similars a les que es poden produir i permet treballar diferents alternatives a la situació generada. L'estudi de casos ajuda en la presa de decisions i aporta diferents punts de vista.

La llevadora, en aquesta tècnica, ha d'explicar el desenvolupament de la tècnica i introduir les situacions a analitzar. Igualment, participarà durant el desenvolupament de la tècnica sense imposar la seva opinió, bo i acceptant les opinions dels participants i generant diferents reflexions al voltant d'allò que es comenta. Finalment, ha d'extreure conclusions que retornarà al grup.

- **Joc de rol:** consisteix en la representació d'una situació imaginària i extrapolable a la vida real i a les circumstàncies que actualment viuen o viuran els participants del grup. Aquesta tècnica es realitza a partir d'un guió elaborat. Les persones que interpreten els diferents rols descrits en la representació han de llegir-los, situar-se en el lloc dels personatges i actuar en aquest rol. En aquesta tècnica, tot i haver un paper per cada personatge, es deixa llibertat a la interpretació per part dels participants.

Aquest tipus de tècnica afavoreix la transferència dels que s'ha viscut durant la interpretació a altres possibles situacions.

A més l'observació per part de la resta del grup, i la seva posterior participació, fa que també es puguin tenir en compte diferents punts de vista.

La llevadora, en aquesta tècnica, explicarà la situació, determinarà les regles del joc, assignarà el temps al joc de rol i crearà un entorn de distensió, confiança i seguretat per a les persones que interpreten el rol establert en el guió. Després la llevadora moderarà el debat posterior a la representació amb el grup gran i es finalitzarà amb un resum del que ha expressat el grup.

- **Fantasia guiada:** consisteix a demanar als participants que tanquin els ulls i s'imaginin una situació determinada, que serà descrita per la llevadora de la manera més realista

possible. Al mateix temps, es donen indicacions sobre en quins aspectes o preguntes convé focalitzar l'atenció. Posteriorment, un cop acabada la fantasia, es convida als participants a comentar la seva experiència. Aquesta tècnica pretén que les persones del grup puguin experimentar situacions que mai no havien viscut abans i, d'aquesta manera, apropar-se a les vivències d'altres persones en situacions en les quals és improbable que ells o elles s'hagin trobat.

- **Visualització de vídeos:** s'utilitza una pel·lícula de vídeo per presentar i analitzar un tema. Prèviament, es presenta la pel·lícula i se'n destaquen algunes idees. Després de veure-la, la llevadora formula un sèrie de preguntes referides al seu contingut i destinades a afavorir la reflexió i generar un debat en el grup sobre el tema que es tracti.

L'objectiu d'aquesta activitat és aprofitar la temàtica i el contingut de la pel·lícula o enregistrament seleccionat per formar i informar les participants sobre qüestions específiques i per donar, alhora, l'oportunitat de contrarestar les seves expectatives i vivències.

Aquestes tècniques participatives són les recomanades en els models de promoció de la salut i poden contribuir millor al canvi i l'empoderament de les dones, ja que treballen sobre la capacitat de les persones d'analitzar i reflexionar tant a nivell individual com a grupal, tot partint de les seves experiències, capacitats i habilitats per adaptar-les a noves situacions.

5.2.7. Desenvolupament de les sessions

El programa elaborat fa tota una sèrie de recomanacions generals per la preparació de cada sessió:

- S'ha de seguir l'ordre establert de les sessions.
- Cal llegir el tema atentament per conèixer les activitats que s'han de desenvolupar i per tenir present l'objectiu que es pretén aconseguir amb cadascuna d'elles.
- Cal seleccionar el material que es requereix per al desenvolupament de la sessió: CD (diapositives i fitxes) i DVD (vídeos i històries animades).
- Cal imprimir les fitxes de treball que siguin necessàries per a desenvolupar la sessió.
- S'han de preparar els recursos audiovisuals que exigeixi la sessió.

També recomana com s'ha de desenvolupar cada sessió:

- En iniciar cada sessió, es donarà la benvinguda a les persones participants. Les llevadores presentaran el grup i recordaran la importància de començar i acabar cada sessió puntualment, per a aprofitar òptimament el temps disponible. En cas que hi hagi nous o noves participants en les sessions, es presentaran al grup, donant una breu explicació sobre qui són. També és elemental informar a les assistents que tot allò que es tracti a les sessions romandrà dins el grup i estarà subjecte a les normes d'ètica professional relatives a la confidencialitat.
- El tipus de relació que s'ha d'establir entre la llevadora i les participants ha d'ésser de col·laboració i cooperació, i no pas la de professor i alumne, ja que d'aquesta manera les participants rebran millor l'ajuda que se'ls vol oferir, alhora que sentiran que les seves experiències amb l'educació per al naixement (siguin experiències directes o indirectes) són rellevants per al bon funcionament de la sessió. Es facilitarà, doncs, un ambient de treball basat en la confiança i ajuda mútues.
- Després de la presentació, es procedirà a exposar els objectius de la sessió i l'índex corresponent a les activitats mitjançant una imatge. S'animarà les assistents a participar, a fer preguntes i a expressar els seus dubtes en relació als temes tractats durant la sessió.
- Al final de cada sessió, s'avaluarà, entre totes les participants i la llevadora o professional de la salut, si s'han assolit els objectius plantejats.

El programa també recomana què fer durant la sessió i després de cada sessió:

- És convenient que la sessió sigui dirigida i estructurada, però amb un cert marge de flexibilitat. Així mateix, la llevadora ha de restar atent als senyals que el grup pugui donar per anar adaptant les activitats segons s'escaigui.
- Un dels elements més importants és que la llevadora tingui clar com ha de donar les instruccions al grup. Per aquest motiu, és important que conegui bé la sessió. Les normes han de ser senzilles, clares i concretes. S'ha d'informar del temps del què disposen els i les participants per a realitzar cada activitat.
- És important enllaçar les activitats que es van fent al llarg de les sessions, ja que això permet aprofitar millor les oportunitats que ofereix el programa.

Després de cada sessió, les recomanacions són:

- S'ha d'intentar que totes les participants surtin satisfetes de la sessió, tant les participants com les seves parelles. En cas que algú s'hagi sentit incomprès, convé solucionar aquesta qüestió, bo i parlant-ne amb la persona implicada.
- La llevadora ha de reflexionar, després de cada sessió, sobre com s'ha desenvolupat aquesta última i anotar totes les dades que puguin ser profitoses per a les pròximes sessions.
- A mesura que la llevadora es vagi sentint més còmoda es poden dissenyar noves activitats i fer servir nous materials que s'adaptin als reptes o necessitats emergents del grup.
- És convenient que cada sessió sigui avaluada per la mateixa llevadora, així com pels mateixos assistents, atès que, d'aquesta manera, es podran introduir les adaptacions i modificacions que calguin i es podrà donar resposta a les necessitats i interessos concrets de les persones que hi participen.

5.3. Implementació del programa i avaluació

Per tant, amb l'elaboració d'aquest material, es va aconseguir tenir un programa específic per totes les llevadores amb una estructura i organització homogènia d'aquests grups.

El programa es va posar en marxa a finals del 2010 i 2011, prèvia formació gratuïta de les llevadores de Catalunya. Fou coordinat per l'Associació Catalana de Llevadores i la Direcció de Salut Pública del Departament de Salut.

Els objectius bàsics d'aquesta capacitació van ser familiaritzar les llevadores amb el programa i la metodologia de grups, així com revisar les seves pràctiques amb les embarassades sobre consciència i treball corporal.

Els membres de l'equip de recerca, en parelles mixtes (llevadores i pedagogs), així com una llevadora i fisioterapeuta experta treball en corporal van impartir la formació a tot Catalunya. La formació va tenir una duració de 30 h, de les qual 22 van ser dedicades a la metodologia grupal i dinamització de les tècniques didàctiques, mentre que es van dedicar 8 h al treball corporal. (Annex 1)

Un total de 240 llevadores de Catalunya es van formar a partir d'aquests cursos, la qual cosa els va permetre iniciar la implantació i desenvolupament del programa.

Posteriorment, en l'ASSIR de Barcelona i dins de la formació interna de l'ICS, es van fer altres cursos per tal de mantenir la formació, i es van formar 63 llevadores més.

El disseny del programa planteja una avaluació de l'execució del programa i també inclou l'avaluació dels seus propis processos, per tal de disposar d'informació sobre l'evolució del grup i ajudar la llevadora mentre s'està realitzant el programa i incorporar canvis en funció del grup. Per aquesta raó, després de cada sessió el programa suggereix dos instruments: un obert per reflexionar sobre una sèrie de temes que tenen a veure amb l'estructura del programa, els objectius de la sessió, la dinàmica de grup i aspectes a tenir en compte per a la propera sessió; i l'altre tancat i a partir d'un qüestionari autocomplementat per les persones participants, en format d'una escala Likert que avalua el desenvolupament general de la intervenció educativa.

El programa no inclou una avaluació de la implantació, és per aquest motiu que en esta recerca que presento es vol avaluar la implantació per tal de conèixer aspectes de la implementació i determinar els canvis a realitzar per la millora del programa amb les següents preguntes que han guiat i que construïran els objectius de la recerca:

- Com s'està portant a terme la implantació del programa?
- Quina captació s'està realitzant dels participants al programa?
- Es manté la fidelitat a la metodologia plantejada en el programa , els continguts i mitjans audiovisuals?
- Es pot desenvolupar el programa tal i com esta dissenyat?
- Quina avaluació es porta a terme?
- Quin és el clima que es genera en l'activitat grupal?
- Quins elements poden influir positiva o negativament en la implementació?
- Quins són els canvis que s'han introduït per millorar el disseny i aplicació del programa?
- Quins dels aspectes del programa es valoren positivament?
- El programa necessita de suport als professionals i seguiment?
- Quina és la satisfacció dels participants en el programa?
- Com reaccionen els participants a la metodologia utilitzada?
- Els participants adquireixen coneixements, habilitats?
- Els participants mostren implicació?
- Quina es la satisfacció de les llevadores amb el programa?
- Quines àrees de formació serien necessàries per el manteniment del programa?

SEGONA PART: OBJECTIUS I METODOLOGIA DE LA INVESTIGACIÓ

Capítol 6. Objectius

6.1. Objectiu general

Avaluar la implementació i desenvolupament del programa d'Educació Maternal/Preparació al Naixement en la pràctica assistencial dels ASSIR de Catalunya des de la perspectiva de les llevadores.

Aquest objectiu general es concreta en els següents objectius específics corresponents a la fase quantitativa i qualitativa.

6.2. Fase quantitativa: objectius específics

- Descriure les característiques sociodemogràfiques i professionals de les llevadores dels ASSIR d'estudi.
- Analitzar la implementació del programa per part de les llevadores en termes de fidelitat al programa.
- Conèixer el grau de satisfacció i d'utilitat del programa per a les llevadores dinamitzadores i per a les persones assistents.
- Identificar les fortaleses i les dificultats en la implementació del programa.
- Determinar si hi ha diferències entre els ASSIR de Catalunya respecte la implementació i desenvolupament del programa a nivell de fidelitat, satisfacció i dificultats.
- Analitzar si les característiques sociodemogràfiques i de formació de les llevadores influeixen en la implementació del programa en termes de fidelitat, satisfacció i dificultats en el desenvolupament del programa.

6.3. Fase qualitativa: objectius específics

- Conèixer els elements per la implementació del programa com són les característiques de les gestants participants i les estratègies de captació.
- Valorar el procés de desenvolupament del programa respecte la metodologia, continguts, clima, participació i avaluació que proposa el programa amb les seves dificultats i propostes de millora.
- Explorar els canvis en termes de coneixements i capacitats de les llevadores i els participants amb l'ús del programa.

Capítol 7. Disseny i metodologia de la investigació

7.1. Disseny de la investigació

Escollir el disseny metodològic per a la investigació no m'ha estat fàcil i possiblement també ha estat un procés arriscat. La recerca que es porta a terme significa pensar en la naturalesa del fenomen a estudiar, per això alguns autors es refereixen a aquest procés com:

“Escollir quin és el mètode més apropiat per a la recerca no és merament una decisió tècnica, sinó que en la selecció també intervenen els valors socials que requereixen d'una explicació dels supòsits ètics, epistemològics i teòrics dels quals parteix l'investigador/a”²⁴⁶.

Aquesta investigació ha utilitzat una metodologia mixta, la qual cosa vol dir que ens mourem entre els dos paradigmes: quantitatiu (Fase I) i qualitatiu (Fase II). Aquests paradigmes van estar contraposats durant molt de temps, però cada cop més la seva unió és més freqüent gràcies a la utilització de mètodes mixtos en la investigació, especialment quan s'estan investigant realitats educatives. De fet la puresa dels mètodes es quasi il·lusòria i la tendència actual és a la convivència pacífica entre els dos mètodes²⁴⁷.

De vegades, només des d'un paradigma amb determinades característiques, bondats i limitacions, no es pot veure i comprendre i explicar la realitat. Cal, per tant, ampliar l'enfocament i donar lloc a una superació del fonamentalisme metodològic, especialment quan estem treballant des del camp dels programes educatius i se n'avalua la implementació²⁴⁸.

Diferents autors que defensen els mètodes qualitatius, reconeixen la importància del que aporten els quantitatius i viceversa. Denzin i Lincoln expliquen que els resultats de la investigació qualitativa permeten ser complementats amb anàlisis experimentals, ja que malgrat que la investigació qualitativa no genera evidència dura, els investigadors, a través de tècniques com l'estudi del cas, les entrevistes individuals o grupals o l'etnografia, generen material descriptiu que pot ser corroborat amb els mètodes quantitatius²⁴⁹.

Per tant, s'ha escollit aquesta metodologia mixta pels beneficis que aporta aquest enfocament, els quals queden clarament recollits en la figura 9:

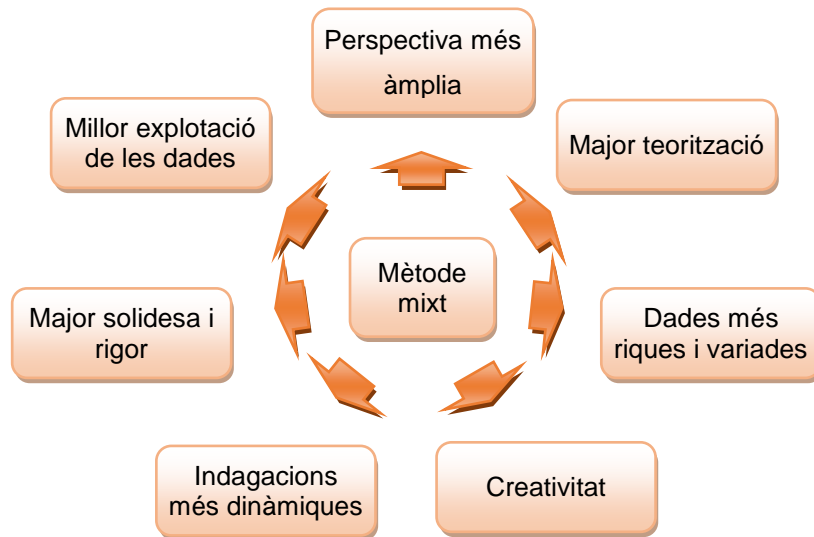


Figura 9. Beneficis del Mètode Mixt per a l'avaluació de programes.

Font: Amoros P et al (2016)²⁵⁰

Segons Creswell i Plano, els mètodes mixtos són

“un disseny d'investigació que compten tant amb una fonamentació epistemològica com amb uns mètodes d'investigació. Com a metodologia suposa conceptes filosòfics que orienten la recol·lecció i anàlisi de dades i la combinació d'aproximacions qualitatives i quantitatives en diferents fases del procés. Com a mètode s'enfoca en la recol·lecció, anàlisi i combinació de dades qualitatives i quantitatives en un estudi o una sèrie d'estudis”²⁵¹.

En aquesta investigació, s'ha optat per un disseny de triangulació entre mètodes amb l'objectiu de millorar la validesa en les dades obtingudes sobre el mateix objecte de la recerca, en aquest cas, la implementació del programa d'EM/PN. Això permetrà obtenir informació de manera independent i aconseguir un major grau de confiabilitat en les dades obtingudes i d'aprofundiment en les mateixes.

L'ús del mètode mixt pot aconseguir una perspectiva més àmplia i profunda del fenomen a estudiar, i permet un major grau de teorització o de formalització del coneixement després de la seva aplicació. Alhora, pot proporcionar dades més riques i variades mitjançant la multiplicitat de punts de vista, tot potenciant-se d'aquesta manera les dues metodologies²⁵⁰.

Les investigacions amb dissenys mixtos cada cop són més utilitzats en camps com: educació, infermeria, medicina, psicologia i comunicació, en el benentès que l'ús de més d'un mètode potencia la possibilitat de comprensió dels fenòmens en estudi, especialment, si aquests es refereixen a camps complexos on està involucrat l'ésser humà i la seva diversitat.

Hernández, Fernández i Baptista assenyalen que els dissenys mixts²⁵²:

“(...) Representen el més alt grau d'integració o combinació entre els enfocaments qualitatiu i quantitatiu. Tots dos es barregen o combinen en tot el procés de recerca, o, almenys, en la majoria de les seves etapes (...) afegeix complexitat al disseny d'estudi; però contempla tots els avantatges de cada un dels enfocaments.”

L'avaluació de la implementació del programa d'EM/PN implica una certa complexitat, ja que intervenen clarament factors diversos que depenen en moltes ocasions de les diferents mirades, motivacions i habilitats de les llevadores, si més no a l'hora de portar a terme el desenvolupament del programa. Per això, la contribució del mètode mixt ens permetrà tenir una visió més consistent tant per l'objecte de la investigació com pel procés mateix.

En la figura 10 es descriuen les dues fases de la investigació amb el disseny mixt, diferenciant la part quantitativa de la qualitativa per unir-se en la interpretació i discussió de les dades. Les característiques d'aquestes dues fases són:

- FASE I- Disseny observacional descriptiu transversal
- FASE II- Estudi qualitatiu interpretatiu

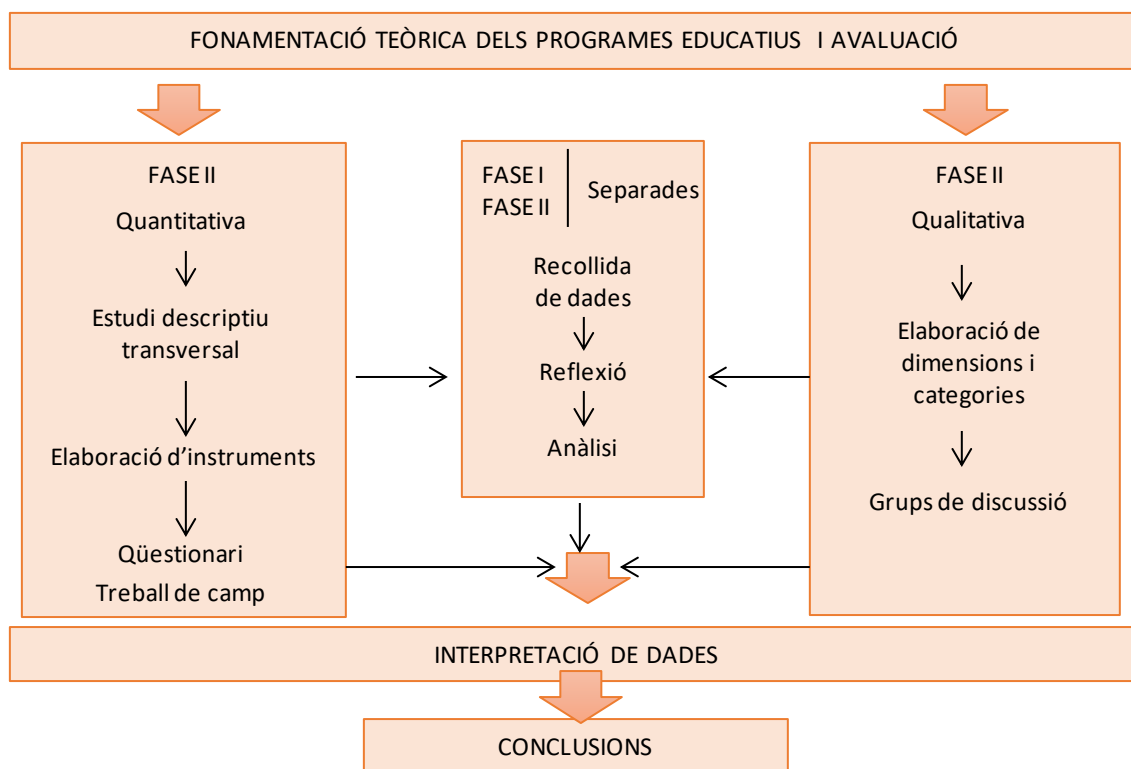


Figura 10. Disseny general de la investigació.

Font: Elaboració pròpia

7.2. Àmbit d'estudi

L'estudi s'ha realitzat en l'àmbit de l'atenció primària, en les 38 unitats dels serveis d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) de Catalunya; 25 dels quals són gestionades per l'Institut Català de la Salut (ICS) i la resta per altres proveïdors.

Els 25 ASSIR de l'ICS donen cobertura al 81,6% de la població de dones entre 15 i 69 anys i la resta de proveïdors al 18,4%. Aquests serveis formen part de les diferents Regions Sanitàries. Aquestes Regions són les següents: Barcelona, que inclou Barcelona Ciutat, Metropolitana Nord i Metropolitana Sud; Catalunya Central, Girona, Camp de Tarragona, Terres de l'Ebre i Lleida, que inclou l'Alt Pirineu i l'Aran. En la figura 11 s'inclouen el nombre d'ASSIR per cada Regió Sanitària i en la taula 6 s'especifiquen els diferents ASSIR que inclou cada Gerència Territorial.

El període d'estudi comprèn setembre de 2016 fins gener de 2017 i s'inclou en aquest període tant la Fase I com la Fase II.



Figura 11.- Distribució territorial dels ASSIR d'estudi amb el nombre d'ASSIR per territori.

Font: Elaboració pròpia

Taula 6: ASSIR per gerències territorials proveïdor ICS i altres proveïdors.

Barcelona Ciutat	Metropolitana Nord	Metropolitana Sud
ASSIR Dreta ASSIR Muntanya ASSIR Esquerra ASSIR La Mina ASSIR Parc Salut Mar ASSIR Guinardó	ASSIR Sabadell ASSIR Cerdanyola – Ripollet ASSIR Granollers ASSIR Mollet ASSIR El Maresme-Mataró ASSIR Badalona-St.Adrià ASSIR Sta Coloma Gramanet ASSIR Consorci Sanitari Terrassa ASSIR Mútua de Terrassa	ASSIR Baix Llobregat-Centre ASSIR Alt Penedès ASSIR Garraf ASSIR Llobr.Nord (Martorell) ASSIR Delta Llobregat
Catalunya Central	Girona	Lleida
ASSIR Bages-Solsonès ASSIR Berguedà ASSIR Anoia ASSIR Osona	ASSIR Garrotxa ASSIR Gironès-Pla de l'Estany ASSIR Alt Empordà ASSIR Baix Empordà ASSIR Selva Interior ASSIR Ripollès ASSIR Selva Marítima	ASSIR Lleida
Alt Pirineu-Aran	Camp de Tarragona	Terres de l'Ebre
ASSIR Alt Pirineu ASSIR Hospital Puigcerdà	ASSIR Tarragona ASSIR Valls ASSIR Reus ASSIR El Vendrell	ASSIR Terres de l'Ebre

7.3. FASE I quantitativa de l'estudi

7.3.1 Subjectes d'estudi

La població d'estudi comprèn totes les llevadores dels diferents serveis ASSIR que en el moment de l'estudi realitzaven, dins la seva activitat assistencial, grups d'EM/PN i que volguessin participar voluntàriament.

El nombre de llevadores que estaven realitzant grups d'EM/PN en el període d'estudi era de 451.

L'entitat proveïdora majoritària dels ASSIR és l'ICS, però també estan incloses les llevadores que presten atenció en els ASSIR gestionats per altres proveïdors.

Les llevadores incloses en la Fase I de l'estudi van ser identificades a través de la informació aportada per les responsables llevadores de cada ASSIR.

Criteris de selecció de les llevadores

Respecte a la selecció de les llevadores participants es van incloure totes les llevadores que formaven part de la plantilla habitual de l'ASSIR, tant les llevadores amb plaça en propietat o interina així com les llevadores amb contractes eventuais continuats i que volguessin de manera voluntària respondre al qüestionari on line que van rebre al correu electrònic corporatiu.

Es van excloure aquelles llevadores que en el període d'estudi estiguessin de baixa laboral.

Tècnica de mostreig

La tècnica de mostreig es del tipus no probabilístic accidental.

7.3.2 Instruments de la investigació

Entre la tipologia dels diferents instruments quantitatius (escales, proves, enquestes o qüestionaris) s'ha optat pel qüestionari. La finalitat d'aquest instrument és recollir dades quantitatives i utilitzar-les en la investigació per obtenir informació d'un conjunt considerable de persones. Consisteix a interrogar sobre una sèrie de variables que ens donen informació sobre els diferents aspectes a investigar.

El qüestionari es va elaborar *ad-hoc* i seguint les següents etapes²⁵³:

Construcció de l'instrument: Es va elaborar el qüestionari tot delimitant les característiques en termes de tipologia de la pregunta (oberta/tancada), de resposta (qualitativa-text/quantitativa amb escala), l'extensió i la forma d'aplicació (*on-line*).

Les preguntes quantitatives amb escala es van categoritzar en 5 categories amb una escala de Likert de 1 (Gens), 2 (Poc), 3 (Alguna vegada), 4 (Bastant) i 5 (Molt).

Redacció de les preguntes: Es van prioritzar aquells aspectes rellevants per a la recerca, tot intentant buscar un redactat clar i curt, així com un ordre coherent de preguntes. Inicialment es va introduir les preguntes neutrals, fàcils de contestar, per anar després a les preguntes que implicaven més reflexió en la resposta.

Disseny del qüestionari: En aquesta fase es va donar format i estructura a l'instrument, tot incloent la presentació del qüestionari amb una breu introducció de la recerca que es portaria a terme. Es va intentar presentar el format de manera atractiva i fàcil d'entendre, dins de les possibilitats que ofereix el Google Drive.

Les preguntes van quedar ordenades i el nombre inclòs es podia respondre en 15 minuts, aproximadament.

Procés de validació del contingut: Es va escollir la validació del contingut i disseny de la prova a partir del judici d'experts. Es tracta d'un mètode de validació útil per verificar la fiabilitat d'una investigació que es defineix com una opinió informada de persones amb trajectòria en el tema i que poden donar informació, evidència, judicis i valoracions²⁵⁴.

Segons Weir²⁵⁵, es poden utilitzar els judicis d'experts en la valoració d'un instrument per determinar l'equivalència en les diferents àrees pel que fa: complexitat global, complexitat cognoscitiva i la demanda comunicativa i s'hauria de tractar de proporcionar evidències sobre la major quantitat d'aquests nivells que es pugui.

En aquesta investigació es va escollir la validació a través de llevadores expertes dels ASSIR de Barcelona de l'ICS. Van participar-hi un total de 9 llevadores. Les llevadores participants van fer aportacions, incorporades posteriorment al qüestionari, sobre la complexitat, l'ordre de les preguntes i l'estructura del qüestionari.

Prova pilot: Abans de passar el qüestionari es va fer un pilotatge amb les mateixes condicions que s'hauria de fer en la mostra seleccionada i es va passar el qüestionari online. Va ser una mostra de llevadores de conveniència en la qual van participar 10 llevadores: 1 llevadora de l'ASSIR Mollet, 5 llevadores dels ASSIR de Barcelona ciutat, 2 llevadores de l'ASSIR Granollers, 1 llevadora de l'ASSIR de Badalona i 1 llevadora de l'ASSIR Cerdanyola.

Es va enviar un correu electrònic a les llevadores participants amb l'objectiu d'identificar els següents punts: comprensió de les preguntes, dificultats en la complementació, temps de dedicació, seqüenciació de les preguntes, claredat del qüestionari i disseny. Es va elaborar un qüestionari breu específic per recollir aquestes qüestions mitjançant la plataforma de Google Drive® amb la tecnologia de Google Forms® a través de l'enllaç: <https://goo.gl/forms/c6oBGjQEioiAxzrW2> (Annex 2).

Aquest qüestionari contenia 10 preguntes que normalment es responien amb SI/No.

En algunes d'aquestes preguntes s'havia de fer referència als ítems del qüestionari que presentaven dificultats o confusió. En totes les preguntes es podien incorporar comentaris i finalment hi havia una valoració global del qüestionari.

7.3.3 Recollida de dades del qüestionari

Per a l'enviament del qüestionari es va contactar personalment via telefònica amb les responsables llevadores dels ASSIR de Catalunya per informar de la recerca.

Posteriorment es va enviar a les responsables dels ASSIR un correu electrònic informatiu explicant breument en què consistia la investigació i amb la sol·licitud de participació de les llevadores de cada ASSIR en la resposta del qüestionari.

En aquest correu s'especificava el següent:

- Descripció dels objectius de la recerca, justificació de la mateixa i demanda de participació.
- Enllaç electrònic al qüestionari de recollida de dades a través de la plataforma Google Drive® i amb la tecnologia de Google Forms®: <http://goo.gl/forms/pYVZJvL066> (Annex 3).
- Dades de contacte de la investigadora per si es precisava informació addicional.

El qüestionari es va enviar via correu electrònic a través de les responsables llevadores dels ASSIR de Catalunya, excepte les llevadores que pertanyien als ASSIR de Barcelona ciutat a les que es va enviar directament.

Com a estratègia per aconseguir una major taxa de resposta es van realitzar tres recordatoris. El primer recordatori es va fer als 20 dies de l'enviament del qüestionari, on s'agraïa la participació i es proporcionava la taxa de resposta de l'ASSIR en funció del nombre de llevadores que havien contestat. El segon als 15 dies del primer recordatori i, finalment, el tercer als 15 dies del segon recordatori.

Aquesta FASE I d'elaboració d'instrument i treball de camp es va realitzar de gener fins a octubre de 2016.

7.3.4 Variables d'estudi

Variables sobre coneixement i utilització del material del programa d'EM/PN

- Coneixement del material específic del programa d'EM/PN: si / no
- Utilització del material específic pel programa d'EM/PN: si /no
- Motius pels quals no s'utilitza el material: respostes obertes

Variables relacionades amb la fidelitat al programa d'EM/PN

La fidelitat al programa s'ha mesurat a partir d'una sèrie de variables que es presenten a continuació i que es van categoritzar en una escala de Likert que anava de gens (1), poc (2), alguna vegada (3), bastant (4) o molt (5).

- Nombre de sessions que es realitzen en el grup
- Nombre de gestants i acompanyants que formen el grup
- Oferiment del programa a les dones gestants i parelles
- Fidelitat als continguts i metodologia del programa
- Adequació del nombre de sessions del programa
- Incorporació d'altres activitats al programa
- Incorporació d'altres continguts al programa
- Incorporació d'altres materials audiovisuals al programa
- Utilització de sessions expositives
- Explicació dels objectius del programa en cada sessió
- Utilització del temps marcat per cada activitat
- Possibilitat de realitzar les sessions amb les activitats i temps marcats
- Avaluació de cada sessió utilitzant l'instrument d'avaluació proposat
- Avaluació de la satisfacció dels participants
- Foment de la participació activa dels participants
- Proporció de temps de la llevadora creu que les/els participants estan en actitud activa o d'escolta amb 5 categories:
 - 20% actives versus 80% escoltant
 - 40% actives versus 60% escoltant
 - 50% actives versus 50% escoltant
 - 60% actives versus 40% escoltant
 - 80% actives versus 20% escoltant

Variables relacionades amb la percepció de la llevadora sobre la satisfacció i la utilitat del programa d'EM/PN pels participants

Aquestes variables es van categoritzar en una escala de Likert que anava de gens (1), poc (2), alguna vegada (3), bastant (4) o molt (5).

- Assistència de les parelles de les gestants als grups
- Satisfacció de les expectatives
- Acceptació de les/els participants de la metodologia del programa
- Les activitats afavoreixen la comprensió dels continguts del programa
- Acceptació de les/els participants de les activitats plantejades
- Percepció de les/els participants de dèficit de continguts al programa
- Preferència de realitzar activitats respecte a les sessions expositives
- Afavoreix el coneixement sobre embaràs i part
- Afavoreix el coneixement sobre lactància i post-part
- Adquisició d'habilitats d'autocura i cura de la criatura
- Percepció de les/els participants de recolzament per part de les llevadores
- Mostren implicació els/les participants en el procés
- El programa d'EM/PN permet la formació de xarxa

Variables relacionades amb les fortaleces i les dificultats del programa i dels recursos disponibles

Aquestes variables es van categoritzar en una escala de Likert que anava de gens (1), poc (2), alguna vegada (3), bastant (4) o molt (5).

- Continuïtat de la llevadora durant tot el grup
- Realització de reunions de seguiment del programa
- Preparació de les sessions abans de l'inici de la sessió
- S'assegura la confidencialitat sobre allò que es tracta en el grup
- Disponibilitat d'ordinador i canó de projecció
- Disponibilitat de suport audiovisual (CD,DVD, vídeo)
- Satisfacció amb l'ús del programa d'EM/PN en els seus grups

Variables sobre les característiques de les llevadores:

- Servei ASSIR al qual es pertany
- Sexe
- Edat
- Anys d'experiència professional

- Necessitat de formació específica per a la realització del programa d'EM/PN: si /no
- Realització de la formació específica: si /no
- Any de realització de la formació específica
- Nombre de grups per realitzar correctament els grups d'EM/PN: 1-2, 3-4, >4 grups
- Formació diferent a la formació específica d'EM/PN rebuda posteriorment a la implementació del programa: si /no
- Temàtica de la formació: educació per la salut, consciència corporal, tècniques educatives grupals, tècniques de relaxació, metodologia didàctica, preparació a la maternitat a l'aigua, preparació física: ioga, pilates, esferodinamia

Variables relacionades amb els grups d'EM/PN

- Nombre de grups que realitza la llevadora l'any: cap, 1-2, 3-4, 5-6, >6, grups oberts.
- Realització d'altres activitats educatives grupals relacionades amb la maternitat-paternitat
- Tipus d'activitats educatives grupals: grups postpart, grups de recolzament a l'alletament, grups de futurs pares, grups d'adolescents gestants, altres

7.3.5 Procés d'anàlisi de dades quantitatives

Per les dades quantitatives recollides a través del qüestionari (Fase I) es va aplicar una anàlisi estadística.

En una primera fase es va realitzar una depuració de la base de dades, comprovant la qualitat de les mateixes i explorant els valors perduts o anòmals (fora de rang). També es va recuperar la informació vàlida del qüestionari de recollida de dades i es va realitzar una anàlisi descriptiva per a totes les variables.

Es van tractar les variables qualitatives amb freqüències i percentatges i les quantitatives amb la mitjana i desviació estàndard (DE) si la seva distribució era normal i, en cas contrari, amb la mitjana: mínima i màxima.

Per les variables relacionades amb la fidelitat, la satisfacció, utilitat, dificultats del programa, l'escala de Likert es van transformar en dos únics valors per l'anàlisi de les dades: positiu i negatiu. El positiu fa referència als valors de bastant i molt (4 i 5) i el negatiu a gens, poc i algunes vegades (1, 2 i 3). Existeixen sis variables: incorporació d'altres activitats, continguts, sessions, material audiovisual al programa, utilització de

sessions expositives i, finalment, la valoració per part dels participants de manca de determinats continguts en el programa, en les quals un resultat positiu té una interpretació negativa en el programa i, per aquest motiu, s'han transformat els resultats a la inversa i per això es presentaran a la inversa.

En una segona fase s'ha realitzat l'anàlisi estadística bivariant per determinar la relació entre el coneixement i l'utilització del programa i les variables: característiques sociodemogràfiques, fidelitat al programa, percepció de la llevadora sobre la satisfacció i utilitat del programa pels participants, variables relacionades amb la fortaleces i dificultats del programa.

Aquest anàlisi s'ha fet mitjançant la prova ji al quadrat (χ^2) en el cas de les variables qualitatives i per a les quantitatives s'ha emprat la t de Student (t). Per estudiar la relació entre variables quantitatives s'ha calculat el coeficient de correlació de Pearson (r). Les estimacions es van acompanyar dels seus intervals de confiança del 95%.

L'anàlisi estadístic multivariant s'ha realitzat a partir de la regressió logística utilitzant com a variables dependents les dues variables relacionades amb el coneixement del programa i la seva utilització.

S'ha realitzat una descripció gràfica de les diferents variables amb taules, diagrames de barres i sector. El nivell de significació per a la contrastació d'hipòtesis ha estat del $p \leq 0,05\%$. Per a l'anàlisi estadística s'ha utilitzat el paquet de programes estadístic SPSS 21 per a Windows.

7.4 FASE II qualitativa de l'estudi

7.4.1 Paradigma de la investigació qualitativa

La investigació qualitativa realitzada s'emmarca prioritàriament dins del paradigma interpretatiu, el qual busca fonamentalment entendre el procés d'implementació i desenvolupament del programa d'EM/PN. Al mateix temps pretén comprendre i interpretar la realitat, així com els significats, les propostes, les dificultats i els entorns diversos a l'hora d'implantar i desenvolupar el programa, per tal de construir conjuntament un nou coneixement que ens permeti avaluar el procés d'implementació i de millora del programa.

Aquest paradigma interpretatiu té com a fonament epistemològic els següents pressupòsits:

- La veritat es construeix a partir d'aproximacions successives a l'objecte investigat, a partir d'argumentacions dialògiques.
- Es busca la comprensió qualitativa del fenomen a investigar.
- És una pràctica social de producció de coneixements que cerca el canvi des d'una perspectiva de transformació social vista com a totalitat.
- El seu punt de partida és la interpretació comuna de les situacions que es produeixen amb caire emancipador.

S'ha escollit el paradigma interpretatiu perquè comprèn la realitat com a dinàmica i s'adreça al significat de les accions humanes, a la seva comprensió i significació.

Ahora, conté una sèrie de característiques que s'ajusten al tipus de mirada que es vol proporcionar en la investigació de la implementació del programa d'EM/PN. Aquestes característiques són les següents:

- Està orientada al descobriment.
- Hi ha una relació de participació democràtica i comunicativa entre l'investigador i l'objecte investigat.
- Considera els grups focal i de discussió com un model de producció de coneixement, tot permetent a l'investigador entendre allò que està passant amb el seu objecte d'estudi.
- Hi predomina la pràctica.
- Està centrada en les diferències.
- La investigació i l'acció estan en constant interacció. L'acció, com a font de coneixement, i la investigació, esdevenen un tot.
- Es pot utilitzar en grups petits.

Per tot el que s'ha exposat, el paradigma interpretatiu és possiblement el que millor defineix la recerca, al decantar-se per una metodologia més plural.

El paradigma interpretatiu determina la perspectiva de la recerca, per això la metodologia de la investigació és mixta i es mou també dins del camp de la investigació qualitativa del procés d'implementació i desenvolupament d'un procés educatiu.

Les metodologies qualitatives s'orienten cap a la comprensió de les situacions úniques i particulars, se centren en la recerca dels significats i del sentit que els concedeixen els

mateixos individus, en relació a com viuen i experimenten certs fenòmens o experiències relacionats amb l'entorn en el qual es desenvolupa la recerca.

Les metodologies qualitatives s'interessen per la vivència concreta en el seu context natural, és a dir per la "realitat" tal i com la interpreten els subjectes, tot respectant el context on aquesta "realitat social" és construïda.

Per tant, aquesta metodologia permet: "descriure i interpretar els fenòmens socials i educatius, interessant-se per l'estudi dels significats i intencions de les accions humanes des de la perspectiva dels propis agents socials"²⁵⁶.

En aquest sentit, i seguint el criteri de Mertens, la tasca fonamental de l'investigador/a que busca la comprensió d'un món complex consisteix a recórrer a l'anàlisi de l'experiència vivencial des de la visió de qui l'experimenta, com una manera per comprendre les diverses construccions sobre el significat dels fets i coneixements²⁵⁷.

Les característiques de les metodologies qualitatives, segons Olabuenaga, ens permet identificar els elements d'aquest mètode que s'ajusten a la recerca plantejada²⁵⁸:

- Permet captar el significat de les coses, per tant el seu objectiu és la captació i reconstrucció de significat
- El seu llenguatge és bàsicament conceptual i metafòric
- Prefereix la recollida d'informació a partir de la observació reposada o de la entrevista en profunditat, la seva manera de captar la informació no és estructurada sinó flexible
- El seu procediment és més inductiu que deductiu
- L'orientació no és particularista i generalitzadora sinó holística i concreta

Tal i com recull Mundet²⁵⁹, la investigació qualitativa ve determinada per una sèrie de principis metodològics:

a. Principi del punt de vista situat: pretén crear estudis amb suficiència interpretativa entenent els subjectes amb tota la seva globalitat, per tant té una implicació directa amb la realitat, per això cal:

- La combinació de mètodes i la construcció d'un enfocament multimetodològic que permeti comprendre amb precisió i detall allò que realment es vol estudiar.
- La reflexivitat, entenent que la investigadora no té uns resultats, sinó que cal que els interpreti.

- Una polifonia representacional, acceptant i reconeixent diferents i noves formes de representar la realitat. En aquest punt, es consideren els relats com a formes representacionals.

b. Principi de l'epistemologia ètica: cal enfocar la recerca des del principi de donar resposta a problemes reals de les persones, treballant des de la igualtat i la moral ètica.

c. Principi de la democràcia radical: cal aproximar-nos a la realitat d'estudi des de la perspectiva de la recerca com a praxis de canvi social d'un context concret d'estudi.

Dins d'aquest principi, es poden realitzar investigacions multimètode, que permeten plantejar dissenys mixtos, amb complementarietat i integració de dades quantitatives i qualitatives per poder interpretar millor la realitat estudiada.

Per tant, es concep la investigació qualitativa com aquella que produeix dades descriptives: les pròpies paraules de les persones, parlades o escrites i la conducta observable.

En aquesta línia de pensament, Cea assenyala "que el paradigma qualitatiu s'associa a l'epistemologia interpretativa (dimensió intersubjectiva) centrada en el subjecte individual i en el descobriment del significat, els motius i les intencions d'acció"²⁶⁰.

7.4.2 Subjectes d'estudi

La població subjecta d'estudi van ser una mostra no probabilística i de conveniència de les llevadores que estaven portant a terme grups d'EM/PN en els diferents ASSIR de Catalunya i que participarien en els grups de discussió. Es va optar per un mostreig teòric o intencionat, tenint en compte les següents característiques: sexe (home, dona), organització (ICS o altres proveïdors), contractació (fixa, interina o eventual) i experiència professional en grups d'EM/PN.

No es va determinar amb antelació el nombre de participants al no buscar la representativitat estadística. Segons alguns autors²⁶¹ els grups de discussió han d'estar formats per un mínim de 6 i un màxim de 12 participants.

En aquesta investigació, en els grups de discussió van participar de 9 a 11 llevadores, a excepció del grup de Girona, que van ser 14.

Es va realitzar una distribució de grups de discussió en funció de regions sanitàries i tenint en compte la representativitat del territori, en el cas de Catalunya Central es va decidir incorporar-les al grup de discussió de Metropolitana Nord.

- Regió sanitària Barcelona: inclou tres grups (Barcelona Ciutat, Metropolitana Nord i Metropolitana Sud)
- Regió sanitària Lleida: Un grup
- Regió sanitària Tarragona: Un grup
- Regió sanitària Girona: Un grup

Criteris de selecció de les llevadores

Les llevadores que es van incloure en l'estudi dins dels grups de discussió van ser les que de manera voluntària volguessin participar, que es poguessin organitzar l'agenda de visites i que portessin com a mínim d'un any conduïnt grups d'EM/PN.

7.4.3 Instruments de recollida de dades: grups de discussió

Per mantenir la coherència amb la metodologia utilitzada i com a estratègia de recollida de informació per aquesta etapa de la investigació, es van triar els grups de discussió perquè són una eina que aporta informació, profunditat en les narratives i context. En aquest sentit, els grups de discussió són abans que res una tècnica d'investigació qualitativa, on la discussió grupal s'utilitza com un mitjà per generar enteniment profund de les experiències i creences dels participants.

Les discussions a l'interior del grup proporcionen perspectives de com s'està portant a terme la implementació del programa d'EM/PN. És, per tant, una bona tècnica per obtenir i analitzar la informació i poder respondre als interrogants de la investigació.

Segons Kitzinger i Barbour: "Qualsevol debat de grup es pot denominar grup de discussió en la mesura en què l'investigador estimula activament la interacció del grup i en para esment"²⁶².

Tal com assenyala Morgan²⁶³, els grups de discussió es planifiquen en base a tres elements constitutius de tota investigació qualitativa: a) exploració i descobriment, b) context i profunditat, i c) interpretació.

Exploració i descobriment. Els mètodes qualitatius són molt útils quan es tracta d'explorar i descobrir. Els grups de discussió en aquest context són usats freqüentment per aprendre sobre opinions o comportaments o fets que cal investigar i que depenen de les persones.

Context i profunditat. Aquestes dues dimensions són centrals per comprendre el rerefons que hi ha en les actituds de les persones. Els grups de discussió arriben en aquestes dimensions a través d'impulsar en els participants el desig d'investigar les

modalitats i formes mitjançant les quals ells són, al mateix temps, semblants i diferents els uns als altres. D'aquesta manera es descobreix, també, la diversitat existent.

Interpretació. En els grups de discussió els participants tractaran d'entendre's mútuament i, al mateix temps, els investigadors han de tractar de comprendre per què dues persones que provenen de contextos tant similars pensen tant diferent, així com dos persones que provenen de contextos diferents pensen de forma similar.

Aquest diàleg pot ser enriquidor per entendre les diferents mirades vers al programa d'EM/PN.

El grup de discussió crea així un procés per donar a conèixer pensaments i compararlos a nivell de tots els participants. En la discussió grupal dinàmica els participants faran la feina d'exploració i descobriment, no solament en entrar en dimensions de context i profunditat, sinó en generar, també, les seves pròpies interpretacions sobre els tòpics que es discuteixen.

Els grups de discussió són bàsicament una forma d'escoltar el que diu la gent i aprendre a partir de l'anàlisi del que van dir. En aquesta perspectiva i des d'aquesta investigació els grups de discussió amb les llevadores creen línies de comunicació, on el seu primer canal s'estableix a l'interior del grup, amb un continu comunicatiu entre la investigadora i les llevadores, així com entre les mateixes llevadores.

Però a més, és possible identificar un procés comunicacional que connecta el context de la investigadora i les mateixes llevadores, de manera que hauria estat un error limitar l'atenció només al procés comunicacional dins del grup.

També és important entendre que el grup de discussió que es planteja és en el punt mitjà d'un procés ampli de comunicació, que podria estar caracteritzat pels següents elements: primer, la investigadora decideix què necessita escoltar de les llevadores; segon, el grup de discussió crea una conversa entre les llevadores al voltant d'aquest tòpic; i tercer: la investigadora sintetitza alguns aspectes afirmats per les llevadores, els quals permeten, al seu torn, una nova reflexió.

És important tenir en consideració que la comunicació és un procés de dues direccions, de tal manera que els grups de discussió treballen millor quan allò que interessa a la investigadora també interessa a les llevadores del grup.

Quan les discussions adquireixen aquesta característica, els grups i els seus resultats són més fàcils d'interpretar, i es pot captar la dinàmica que va existir durant la discussió de manera més eficaç, tot transmetent-la en l'informe final. En definitiva, molts processos poden influir en la comunicació que s'origina en el grup de discussió,

però és principalment l'actitud que tinguem com a investigadors/es la que tindrà una més gran influència.

Segons Barbour hi ha dos elements essencials en els grups de discussió: el primer és el guió de les preguntes per part de la persona dinamitzadora/investigadora que prepara la trobada, i el segon la selecció de les persones participants²⁶². Aquest últim aspecte ja s'ha comentat en l'apartat anterior.

El grup de discussió en aquesta investigació ha seguit una sèrie d'etapes:

Etapa preparatòria

Els grups de discussió es van planificar entre novembre i desembre de 2016 i es van organitzar en funció dels següents aspectes:

Característiques i nombre dels participants. Es va convidar les llevadores a participar en el grup de discussió tenint en compte la distribució territorial i el fet que estaven realitzant grups d'EM/PN des de feia com a mínim un any. Igualment, es va procurar tenir una certa heterogeneïtat pel que fa a proveïdors de salut on es presta l'activitat assistencial.

Disseny del guió de preguntes. Un grup de discussió es desenvolupa generalment a través de preguntes, les quals funcionaran com temes generadors de la discussió. Un principi bàsic quan es formulen les preguntes en la dinàmica d'un grup és fer-les d'una manera conversacional. El grup focal és una experiència social, de manera que les preguntes s'han d'inserir en un ambient informal de discussió.

Es va preparar un guió de preguntes amb les qüestions que, de manera general, es volien tractar en el grup i que responien als objectius de la recerca. El seguit de preguntes va ser orientatiu, ja que es va considerar important permetre que el grup adquirís la seva pròpia dinàmica. El guió utilitzat es va elaborar el mes de setembre de 2016 (Annex 4).

Convocatòria. La invitació per participar en els grups es va realitzar per via telefònica a través de les responsables de l'ASSIR que van convocar les llevadores en funció dels criteris d'inclusió i exclusió. Es va enviar també un correu electrònic amb les característiques del grup de discussió i els objectius de la recerca. Totes les reunions grupals es van realitzar de 13:30 a 15h, utilitzant l'espai que normalment tenen els ASSIR per les reunions d'equip. D'aquesta manera es va evitar la interferència amb els horaris assistencials.

Disseny de la logística i la ubicació del grup. La logística de la ubicació és important per a l'èxit dels grups de discussió. Les mateixes responsables territorials de l'ASSIR es van encarregar de la localització de l'espai. En general, es van buscar ubicacions que permetessin que el grup es distribuís en una taula àmplia i amb pocs elements distractors o de soroll.

La moderació. La investigadora va assumir el rol de moderadora donada l'experiència de la qual disposa en la dinamització de grups de professionals i del coneixement en el tema que s'investiga. El rol adoptat per la moderació va ser el de guiar la discussió, escoltar els que es deia, no participar i no intercanviar opinions o discutir entre els participants, la qual cosa va requerir força autodisciplina. Durant la moderació es va estar mentalment alerta per no patir distraccions o pressions que limitessin la capacitat de pensar ràpidament, tot mantenint el ritme àgil de la discussió grupal.

També es va comptar amb la participació d'una col.laboradora que actuava d'observadora i que recollia alguna anotació relacionada amb les converses que s'establien. Aquesta persona forma part de l'equip de direcció de l'ASSIR Barcelona Ciutat.

Etapa de desenvolupament

Inici de la sessió grupal. Es va iniciar el grup agraint la participació de les llevadores assistents, la presentació de la investigadora i de l'observadora. De manera breu es van recordar els objectius de la recerca. Es va informar de l'enregistrament de les converses i la seva posterior transcripció.

Es van establir les normes de funcionament del grup com, per exemple, respectar el torn de paraules, mantenir silenci quan una llevadora participava i respectar les diferents opinions.

Les llevadores van llegir i signar el consentiment informat i l'acceptació de la gravació.

La investigadora va iniciar el grup amb la primera pregunta introductòria, amb l'objectiu d'endinsar les llevadores en el tema de discussió i establir una connexió entre les seves experiències i opinions amb el tema plantejat.

Es va començar amb una pregunta relativament senzilla, la qual va permetre dir alguna cosa a totes les llevadores i començar, alhora, la dinàmica participativa. Aquesta pregunta introductòria va ser la següent: "Quines característiques tenen les participants dels grups d'EM/Preparació al naixement?". Posteriorment es va anar seguint el guió que s'havia establert per la moderació, però amb flexibilitat suficient per poder tenir en compte l'evolució del discurs de les llevadores participants.

Etapa de cloenda

El grup va finalitzar tenint en compte el temps establert i en funció de la informació aportada pel grup quan no hi havia idees noves en relació als continguts tractats.

Està descrit que un dels problemes que els investigadors es poden trobar és que les persones participants en els grups de discussió vulguin també obtenir el seu punt de vista o consell. Això es va produir en els grups de discussió d'aquesta recerca i al final de la sessió, fora de la gravació, es va donar la oportunitat de tractar problemes específics.

Finalment es va agrair de nou la participació a tot el grup de professionals i la investigadora es va comprometre a fer, un cop finalitzada la recerca, el retorn dels resultats, així com a tractar d'implementar aquells canvis que fossin necessaris en el programa.

Diari de camp

Al llarg de la recerca s'ha emprat una estratègia d'observació que és el diari de camp (Annex 5), amb l'objectiu de recollir informació sobre aspectes relacionats amb les situacions, anècdotes o idees que han suggerit les converses. Aquest instrument ha permès disposar d'un informe de l'experiència en relació amb el procés, el mètode i els participants.

El diari és una estratègia que facilita l'expressió de sentiments i percepcions durant el procés de recerca. A més, permet reflectir el dia a dia de la recerca, tot travessant les potencialitats i limitacions, la resolució de conflictes i reflexions en la presa de decisions, entre altres aspectes.

El diari de camp ha estat un instrument que ha acompanyat la investigació en les 6 sessions grupals.

Les notes que es van recollir en el diari es van organitzar seguint les següents tipologies²⁶⁴: a) *observacionals*, derivades de la descripció del context físic on es van desenvolupar els diferents grups, sobre els participants i les relacions que s'establien, així com la seva disposició a compartir la seva experiència i la relació que s'establia entre la investigadora i el grup; b) *metodològiques*, que feien referència a l'hora d'inici i de finalització de la reunió, llenguatge no verbal i manteniment del torn de paraula; c) *teòriques*, que incloïen observacions sobre allò que s'havia parlat i la seva interpretació; i finalment d) *personals*, basades en la reflexió global sobre la dinàmica del grup i aportacions per part dels participants que calia recordar i destacar per tenir en compte en l'anàlisi de les dades. (Annex 5)

7.4.4 Procés d'anàlisi de dades qualitatives

L'anàlisi de les dades qualitatives (textuals) ens permet obtenir també informació sobre la realitat i té com a finalitat identificar els diferents elements que la configuren, descriure la relació entre aquests elements identificats i sintetitzar el coneixement resultant.

L'objectiu final d'aquesta modalitat analítica és la generació inductiva de constructes teòrics que, juntament amb els nuclis temàtics i les categories, conformen un entramat conceptual que engloba tots els aspectes de la realitat analitzada i els assigna uns nous sentits i significats.

Per a l'anàlisi del contingut, s'ha utilitzat el programa informàtic *Atlas-Ti* versió 6.2, seguint la tècnica d'anàlisi de contingut. Aquesta eina ens ha facilitat l'anàlisi d'un gran volum de dades qualitatives.

Aquesta anàlisi permet realitzar inferències vàlides i fonamentades. A partir de les dades textuals s'ha procedit a la codificació, la recopilació, l'organització en unitats manejables, la síntesi i la recerca de regularitats o patrons. És d'importància rellevant deixar clara la diferència entre analitzar i interpretar. Si bé l'anàlisi suposa organitzar la informació per tractar-la i establir unitats descriptives bàsiques, la interpretació implica donar sentit a aquestes unitats i buscar-ne relacions i connexions²⁶⁵.

La primera fase de l'anàlisi ha estat textual, és a dir, s'han seleccionat fragments i cites significatives en les transcripcions dels grups de discussió, mentre que la segona fase és on s'han creat els codis o categories.

La codificació es defineix com la condensació del gruix de les dades en unitats totalment analitzables. Implica llegir les dades i anar donant a cada fragment o segment de significat, amb una etiqueta a cada part del text en funció de les categories i els codis assignats per cada una d'elles. Aquestes etiquetes han servit per identificar patrons en les dades, tot descobrint allò important i discernint allò que no ho és per tal d'aportar explicacions sobre el fenomen que s'estudia.

S'han utilitzat codis (unitat mínima de significat) en format d'abreviatures, tenint en compte els objectius específics i el contingut que han aportat els participants.

Tal i com mostren alguns autors²⁶⁶, es va confeccionar una llista temptativa de categories que posteriorment es van anar comparant per identificar si existien enunciats que permetessin unificar-los. Així, els que tenien el mateix significat en funció de les definicions atorgades van passar a formar part del mateix codi.

Durant el procés d'anàlisi es van anar creant tota una sèrie de categories i finalment aquestes es van agrupar en diferents dimensions, variables i codis.

Les taules 7.1 i 7.2 mostren les 5 dimensions i les 20 categories que es van crear amb les variables corresponents i les seves categories i els seus codis. En l'annex 6 es troba la taula complerta amb les definicions i preguntes orientatives per als grups de discussió.

Taula 7.1: Dimensions i categories grups de discussió

DIMENSÍO	VARIABLE	CATEGORIES	CODI	
CARACTERÍSTIQUES PARTICIPANTS i CAPTACIÓ	Característiques de les participants	Edat	TCarP-1	
		Paritat	TCarP-2	
		Setmanes gestació	TCarP-3	
		Procedència i idioma	TCarP-4	
		Predisposició prèvia a participar	TCarP-5	
		Altres	TCarP-0	
	Estratègies de captació	Elements facilitadors	TEstCapt-1	
		Elements que poden dificultar	TEstCapt-2	
		Estratègies de captació	TEstCapt-3	
		Altres	TEstCapt-0	
	Millores en la captació	Millores en la captació	TEstMill-1	
	DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA	Metodologia	Maneig de la metodologia per part del dinamitzadora	TMet-Des1
			Adaptacions i canvis per part de la dinamitzadora	TMet-Des2
Altres			TMet-Des0	
Clima		Homogeneïtat i/o heterogeneïtat del grup	TCLim-Des1	
		Suport informal	TCLim-Des2	
		Rol de la llevadora	TCLim-Des3	
		Rol dels participants	TCLim-Des4	
		Altres	TCLim-Des0	
		Característiques del programa	Elements de la metodologia participativa	TCaractProg-Des1
Avantatges del programa			TCaractProg-Des2	
Dificultats del programa			TCaractProg-Des3	
Materials audiovisuals			TCaractProg-Des4	
Altres			TCaractProg-Des0	
Participació al llarg del programa		Participació sostinguda	TPart-Des1	
		Participació masculina	TPart-Des1	

Continua a la pàgina següent

Taula 7.2: Dimensions i categories grups de discussió

DIMENSIÓ	VARIABLE	CATEGORIES	CODI
CANVIS I APRENTATGES	Canvis	Canvis cognitius	TCamb-1
		Canvis emocionals	TCamb-2
		Canvis comportamentals	TCamb-3
		Altres	TCamb-0
	Aprentatges	Millora els coneixements sobre les necessitats dels participants	TAprent-1
		Desenvolupament de la intervenció de forma grupal	TAprent-2
		Canvi del model d'intervenció grupal	TAprent-3
		Altres	TAprent-0
GRAU DE SATISFACCIÓ	Satisfacció	Valoració desenvolupament programa global	TGrad-Satis1
		Valoració positiva llevadora	TGrad-Satis2
		Percepció de la dinamitzadora de la valoració positiva participants (part i postpart)	TGrad-Satis3
		Altres	TGrad-Satis0
	Propostes de millora	TGSatis-Mill1	
PROCÉS D'AVALUACIÓ	Avaluació continuada	Avaluació continuada	TAvalCont-1
	Avaluació general en relació a les característiques programa	Dificultats	TAvalCont-2
		Propostes d'avaluació	TAvalCont-3
		Formació de les llevadores	TAvalCont-4

7.5 Criteris científics i ètics que avalen la recerca

7.5.1 Criteris científics

Els criteris de rigor i qualitat són una exigència de tota investigació.

La recerca de caire quantitatiu normalment ha de complir amb quatre criteris, que s'han tingut en compte per la investigació que es presenta:

Validesa: Implica l'adequada selecció de les preguntes d'investigació, de manera que les variables a estudiar siguin rellevants i tinguin en compte les dimensions que incorporen les preguntes, de manera que es puguin obtenir uns resultats vàlids, per la població estudiada, en aquest cas les llevadores que desenvolupen els programes de EM/PN.

Generalització o validesa externa: La mostra ha de ser representativa de la població. Per això, s'han d'evitar biaixos a partir de mides de mostra adequats i mostreig aleatori. En la recerca que es presenta no hi ha una aleatorització ja que es tracta d'una mostra no probabilística.

Fiabilitat: El mesurament ha de tenir la precisió suficient, per tant, cal minimitzar l'error aleatori, i tal i com hem comentat anteriorment, requereix d'una mostra suficient.

Replicabilitat: La possibilitat de que es pugui replicar la investigació i que els resultats no es contradiguin.

No obstant, el fet d'utilitzar metodologies mixtes, com és el cas de la recerca que es presenta, implica també utilitzar altres criteris per valorar el rigor o la qualitat, com son en termes generals, la credibilitat o la contribució a la ciència.

Per això, en la recerca de caire qualitatiu s'han d'estimar i descobrir els possibles biaixos en tot el procés de la investigació, amb la finalitat d'expressar les preocupacions en els límits d'acció, tot tenint una especial cura en el principi fonamental de la coherència interna.

S'ha d'entendre que la coherència interna implica la manera com s'expressa l'estructura de la recerca en relació amb cadascun dels aspectes que la componen, per encaixar de manera eficient i amb criteris de qualitat un discurs encadenat adequadament amb el propòsit de comprendre el procés en tota la seva complexitat i extensió.

Els criteris utilitzats en la metodologies qualitatives més utilitzats són:

Credibilitat: El rigor científic al voltant de la credibilitat implica la valoració de les situacions en les quals una investigació pugui ser reconeguda com a creïble. Per això, és essencial la indagació d'arguments fiables que poden ser demostrats en els resultats de l'estudi realitzat, en concordança amb el procés seguit en la investigació. La credibilitat en la present investigació, es recolza en els següents aspectes:

- Respecte pels fets i situacions generades en el context. Aquest punt implica tenir molt presents el temps i l'espai de la investigació des dels quals s'han valorat els discursos de les llevadores pel que fa a la implementació del programa d'EM/PN.
- Valoració per jutges d'experts de l'instrument d'investigació.
- Estimació valorativa de les dades i/o informació derivada dels instruments aplicats.
- Maneig i desenvolupament de la triangulació com un procés de contrastació i confluència de mètodes, instruments i dades adreçats al voltant d'una mateixa temàtica.

Transferibilitat o aplicabilitat: Els resultats d'aquest estudi no són transferibles ni aplicables a altres contextos, ja que aquest va lligat a l'avaluació de la implementació d'un programa. De tota manera, podria esdevenir un referent a l'hora de produir transferències dels instruments i fases de la investigació en una altra situació i/o context, depenent de la condició o grau d'intensitat a l'acostament pel que fa a similitud del procés desenvolupat, de qui investiga i també de qui desitja produir aquesta transferència.

La generalització com a criteri de rigor científic, s'ha d'entendre llavors com el resultat de l'apreciació de la investigació per part d'audiències oportunes que poden interpretar lliurement els resultats en funció de les seues propis requeriments en matèria d'investigació. El fet de descriure el context i els instruments de manera precisa fa que qualsevol lector pugui comprovar el grau de correspondència entre els resultats obtinguts amb altres possibles contextos.

Dependència: Aquest criteri implica el nivell de consistència o estabilitat dels resultats i troballes de la investigació. Per això, s'ha presentat l'evolució del procés d'investigació de manera detallada.

Conformabilitat: es refereix a l'intent de proporcionar una informació el més neutra i objectiva possible.

El grau d'implicació de la investigadora en l'estudi no s'ha eludit pas. En qualsevol cas és la garantia del procés de la investigació, producte de la informació aportada pels instruments aplicats, on les dades no estan esbiaixades, ni responen a cap tipus de manipulació de naturalesa personal, la qual cosa en garanteix l'objectivitat.

En aquest estudi s'ha estat transparent quant a l'origen de les dades i al seu processament, utilitzant un procés de categorització i codificació, revisat per una persona externa a l'estudi i per un dels directors de la tesi.

7.5.2 Criteris ètics

Aquest estudi compleix els criteris de l'ètica, valor científic, raó risc-benefici raonable i consentiment informat per a la participació i confidencialitat segons els principis ètics de la *Declaració d'Hèlsinki de l'Associació Mèdica Mundial-Principis ètics* per les investigacions mèdiques en éssers humans, que es van aprovar en la 64a Assemblea General, celebrada a Fortaleza, Brasil, l'octubre de 2013²⁶⁷. Igualment se cenyeix a allò estipulat pel Codi de Bones Pràctiques de la Universitat de Barcelona.

En tot moment es va assegurar la confidencialitat de les dades d'acord a la Llei Orgànica de Protecció de dades de caràcter personal 15/1999²⁶⁸.

Les llevadores participants van ser informades de manera clara i complerta per part de la investigadora sobre les característiques de l'estudi.

La resposta al qüestionari autocomplimentat online de la fase quantitativa va ser totalment anònim i de caire voluntari. Per aquest motiu, la participació de les llevadores implicava en la seva resposta una forma de consentiment informat. En canvi els participants de la fase qualitativa de l'estudi sí que van signar el consentiment informat (Annex7).

Per les dues fases de l'estudi es va obtenir l'informe favorable del Comitè d'Ètica de Investigació Clínica de l'IDIAP Jordi Gol (Annex 8).

TERCERA PART:

RESULTATS

Capítol 8. Resultats

Aquest capítol està organitzat en dos apartats. En primer lloc es presenten els resultats derivats de la fase I, la quantitativa de l'estudi aquesta comprèn: descripció de la mostra a partir de l'anàlisi univariant, seguits de l'anàlisi bivariant que estudia la relació entre les diferents variables amb les variables dependents i per últim es presenten els resultats de l'anàlisi multivariant.

En segon lloc, es mostren els resultats de la fase II, la qualitativa, a on es descriuen les característiques de les llevadores participants en els grups de discussió i les dades obtingudes a partir de les categories creades per l'anàlisi de les dades qualitatives i en funció dels objectius plantejats en la recerca.

8.1. Resultats FASE I: Resultats quantitius obtinguts a partir del qüestionari

a. Resultats descriptius

8.1.1. Variables sobre les característiques sociodemogràfiques de les llevadores

Del total de 451 llevadores que estaven realitzant grups d'EM/PN a Catalunya i a les que es va enviar el qüestionari, el van respondre 334, que significa el 74,1% de respostes.

La distribució del nombre de qüestionaris enviats i rebuts de llevadores per ASSIR i per Gerència Territorial es presenta en la taula 8. S'observen alguns ASSIR amb un percentatge de resposta del 100% com és el cas de Granollers, Baix-Llobregat Centre, l'Anoia, Gironès/Pla de l'Estany, Ripollés, Hospital de Puigcerdà i Reus. Mentre que hi ha altres ASSIR amb una taxa de respostes més baixa com és l'ASSIR Terres de l'Ebre (33,3%), el Vendrell (40%) o Osona (42,1%).

En la figura 12 es presenta la taxa de resposta global agrupant els ASSIR per gerències territorials, el percentatge més elevat de resposta es va obtenir de Camp de Tarragona amb un 80,5% seguit de Metropolitana Sud i Girona, i la taxa més baixa va ser de Terres de l'Ebre.

Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa:
Educatió Maternal / Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya

Taula 8: Distribució del número de qüestionaris enviats i rebuts de les llevadores per ASSIR i Gerència Territorial de Catalunya

GERÈNCIES TERRITORIALS	UNITATS ASSIR	Qüestionaris Enviats	Qüestionaris Rebuts	% respostes
BARCELONA CIUTAT	ASSIR Dreta	13	10	76,9%
	ASSIR Muntanya	21	16	76,2%
	ASSIR Esquerra	17	12	70,6%
	ASSIR La Mina	1	1	100,0%
	ASSIR Parc Salut Mar	5	4	80,0%
	ASSIR Guinardó	6	4	66,7%
	TOTAL	63	47	74,6%
METROPOLITANA NORD	ASSIR Sabadell	20	13	65,0%
	ASSIR Cerdanyola - Ripollet	12	8	66,7%
	ASSIR Granollers	19	19	100,0%
	ASSIR Mollet	14	10	71,4%
	ASSIR El Maresme-Mataró	10	7	70,0%
	ASSIR Badalona - St. Adrià	18	14	77,8%
	ASSIR Sta. Coloma Gramanet	7	5	71,4%
	ASSIR Consorci Sanitari de Terrassa	8	6	75,0%
ASSIR Mútua de Terrassa	15	12	80,0%	
	TOTAL	123	94	76,4%
METROPOLITANA SUD	ASSIR Baix Llobregat Centre	21	21	100,0%
	ASSIR Alt Penedès	6	3	50,0%
	ASSIR Garraf	9	9	100%
	ASSIR Martorell (Bx Llobr Nord)	9	6	66,7%
	ASSIR Delta-Llobregat	24	14	58,3%
	TOTAL	69	53	79,1%
CATALUNYA CENTRAL	ASSIR Bages-Solsonès	23	16	69,6%
	ASSIR Berguedà	3	2	66,7%
	ASSIR Anoia	9	9	100,0%
	ASSIR Osona	19	8	42,1%
	TOTAL	54	35	64,8%
GIRONA	ASSIR Garrotxa	10	6	60,0%
	ASSIR Gironès /Pla de l'Estany	7	7	100,0%
	ASSIR Alt Empordà	7	6	85,7%
	ASSIR Baix Empordà	9	8	88,9%
	ASSIR Selva Interior	5	4	80,0%
	ASSIR Ripollès	2	2	100,0%
	ASSIR Selva Marítima	15	10	66,7%
	TOTAL	55	43	78,2%
LLEIDA	ASSIR Lleida	23	14	60,9%
	ASSIR Hospital Puigcerdà	3	3	100,0%
ALT PIRINEU -ARAN	ASSIR Alt Pirineu	10	8	80,0%
	TOTAL	36	25	69,4%
CAMP TARRAGONA	ASSIR Tarragona	17	15	88,2%
	ASSIR Reus	14	14	100,0%
	ASSIR El Vendrell	10	4	40,0%
	TOTAL	41	33	80,5%
TERRES DE L'EBRE	ASSIR Terres de l'Ebre	12	4	33,3%
	TOTAL	12	4	33,3%
	TOTAL	453	334	73,7%

* ASSIR no ICS

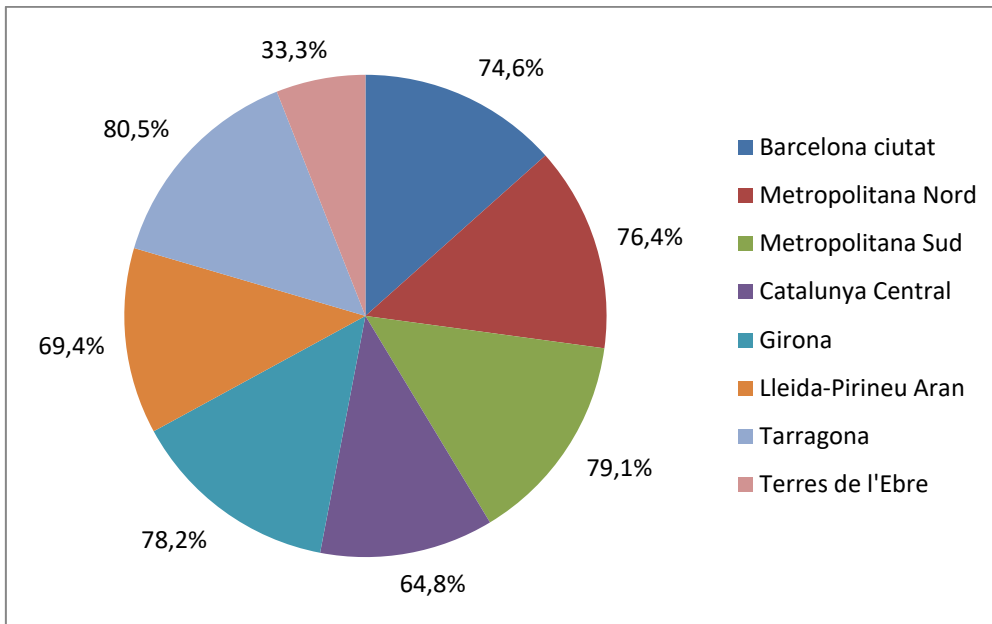


Figura 12: Proporció de resposta al qüestionari per Gerències territorials

El 97,9% (327) de les llevadores van ser dones. L'edat mitjana va ser de 46,87 anys; desviació estàndard (DE): 11 anys; mediana: 46,5; rang: 25-65 anys. En l'histograma es presenta la distribució per edat de les participants (figura 13).

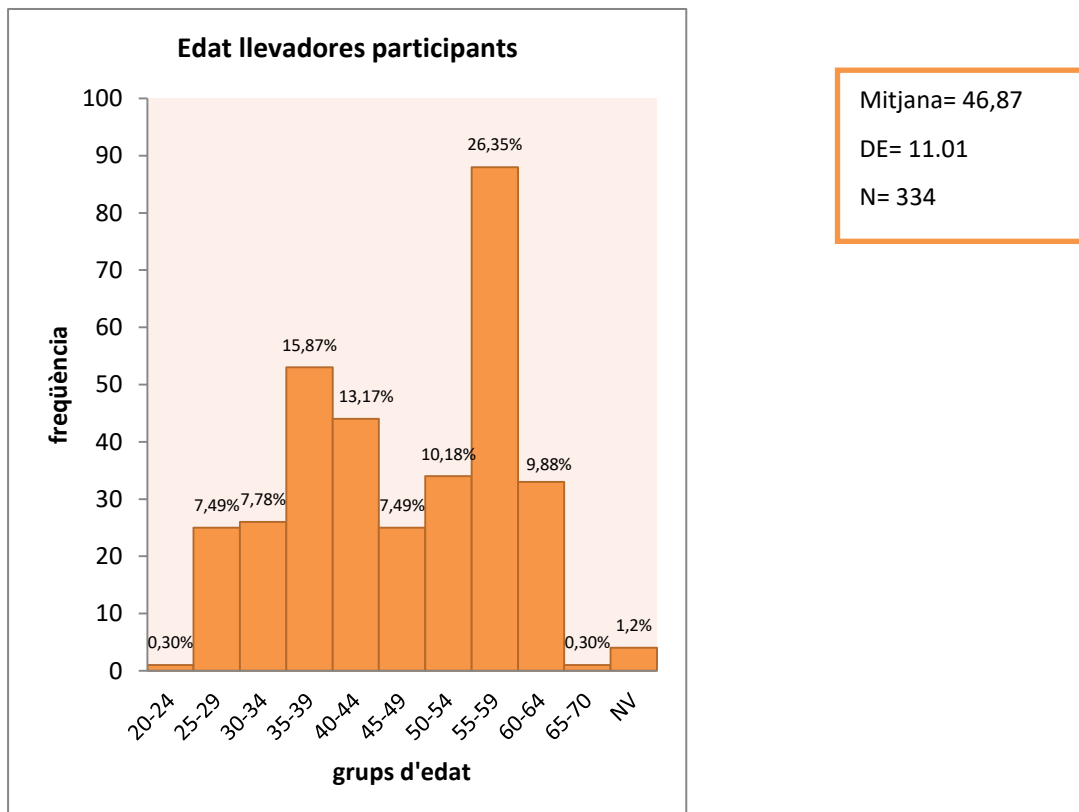


Figura 13: Distribució de l'edat de les llevadores participants

En la figura 14 es mostra la distribució respecte als anys d'experiència a l'ASSIR de les llevadores participants, la mitjana va ser de 14,65 anys (DE=10,50 anys); mediana de 12anys; amb un valor mínim de 0 i un valor màxim de 42 anys. Hi han 5 llevadores que tenien una experiència inferior a un any.

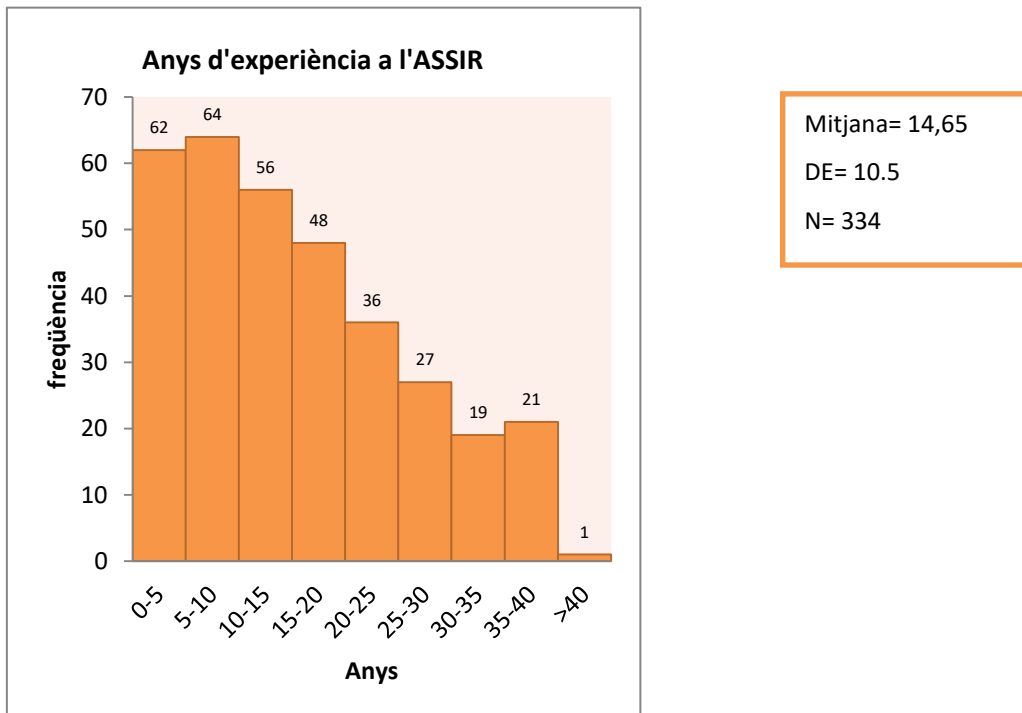


Figura 14: Distribució anys d'experiència en l'ASSIR de les llevadores participants

D'altra banda, un 47,9% de les persones enquestades (160) van respondre positivament a la realització de la formació específica planificada per la implantació correcta del programa

De les 160 llevadores que van respondre afirmativament a la pregunta anterior s'observa que un 63,95% (86) de les participants va realitzar aquesta formació entre els anys 2010 i 2012, que coincideix amb la implementació del programa a Catalunya. Es presenten aquests resultats la taula 9.

Taula 9: Distribució dels anys de la realització de la formació específica programa EM/PN

Any	Freqüència	Percentatge
2009	4	2,72
2010	56	38,10
2011	30	20,41
2012	8	5,44
2013	11	7,48
2014	5	3,40
2016	1	0,68
No contesta	9	6,12
perduts	23	15,65
Total	147	100%

El 76,65% de les llevadores (256) creia necessària una formació específica per sentir-se segura en l'ús del material i desenvolupar el programa correctament.

A partir del 2010 un 63,2% (211) de les llevadores participants van fer formació diferent a la ofertada específicament per la implantació del programa d'EM/PN. La preparació a la maternitat a l'aigua i formació específica sobre ioga i Pilates són el tipus de formació que més van realitzar les llevadores (taula 10).

Taula 10: Distribució del tipus de formació relacionada amb l'EM/PN a partir del 2010

Temàtica formació	Freqüència	Percentatge
Preparació a la maternitat a l'aigua	107	18,90%
Preparació física: ioga i pilates	94	16,61%
Consciència corporal	84	14,84%
Tècniques de relaxació	82	14,49%
Educació per la salut	68	12,01%
Tècniques educatives grupals	55	9,72%
Metodologia didàctica	34	6,01%
Altres	42	7,42%
Total	566	100,00%

En l'apartat d'altres, 42 llevadores van descriure amb un camp obert els diferents tipus de formació que havien realitzat a partir del 2010, sent la més freqüent l'esferodinàmia, la taula 11 mostra els diferents tipus de formació dins de l'apartat d'altres.

Taula 11: Distribució d'altres tipus de formació relacionada amb l'EM/PN a partir del 2010

ALTRES	Freqüència	Percentatge
Esferodinamia	14	33,33%
Grups de pares	6	14,29%
Música i veu en l'embaràs i post part	3	7,14%
Sòl pelvià / hipopressius	3	7,14%
Massatge Infantil	2	4,76%
Alletament/lactància materna	2	4,76%
Aspectes relacionals en la pràctica clínica	1	2,38%
Lideratge	1	2,38%
AIPAP en terra	1	2,38%
Beneficis hidroteràpia	1	2,38%
Eines no farmacològiques per dolor en el part	1	2,38%
Metodologia tradicional ("el que es feia abans")	1	2,38%
Apoderament	1	2,38%
Nutrició i dietètica	1	2,38%
Part natural	1	2,38%
Reflexologia podal	1	2,38%
Sofrologia	1	2,38%
Formació durant període llevadora interna resident	1	2,38%
Total	42	100,00%

Respecte al nombre de grups d'EM/PN que la llevadora ha de portar a terme per desenvolupar correctament la metodologia proposada pel programa, 110 llevadores (32,95%) van respondre entre 1 i 2 grups, i 120 llevadores (35,93%) entre 3 i 4 grups (taula 12).

Taula 12: Nombre de grups necessaris per desenvolupar programa

	Freqüència	Percentatge
1-2 grups	110	32,93%
3-4 grups	120	35,93%
> 4 grups	69	20,66%
perduts	35	10,48%
Total	334	100%

8.1.2. Variables relacionades amb els grups d'EM/PN

Respecte a l'experiència en la dinamització de grups d'EM/PN, el 40,1% (134) de les llevadores participants realitzen entre 5 i 6 grups d'EM/PN anualment, mentre que un 4,5% no realitzava en l'actualitat cap grup, el 17,9% realitzava grups oberts (taula 13).

Taula 13: Nombre de grups d'EM/PN que les llevadores realitzen a l'any

	Freqüència	Percentatge
1-2 grups / l'any	15	4,5
3-4 grups / l'any	54	16,2
5-6 grups / l'any	134	40,1
>6 grups / l'any	48	14,4
Grups oberts: incorporació contínua	60	17,9
Cap grup	15	4,5
Altres	8	2,40
Total	334	100,00

Un 70,66% (236) de les llevadores realitzen en l'actualitat altres activitats educatives grupals a més del grups d'EM/PN. Els grups que realitzen amb més freqüència, són els relacionats amb el postpart i l'alletament matern amb un 55,09% i 31,44% respectivament (taula 14).

Taula 14: Altres activitats educatives grupal que realitzen les llevadores

Activitat	Freqüència	Percentatge
Grups de post-part	184	55,09
Grups de recolzament a l'alletament	105	31,44
Grups de homes futurs pares	10	2,99
Grups d'adolescents gestants	6	1,80
Altres	29	8,68
Total	334	100,00

De les 29 llevadores que realitzen altres tipus d'activitats grupals, 8 (27,59%) fan preparació a la maternitat a l'aigua i 5 massatge infantil (17,24%) (taula 15).

Taula 15: Distribució dels altres tipus d'intervencions grupals

ALTRES	Freqüència	Percentatge
Preparació maternitat a l'aigua	8	27,59
Massatge infantil	5	17,24
Xerrada 1r trimestre de gestació	3	10,34
Intervencions en gestants immigrants	2	6,90
Hipn parto	1	3,45
Estabilitat lumbopelvica	1	3,45
Intervencions avis/avies	1	3,45
Intervencions en gestants amb risc psicosocial	1	3,45
loga per embarassades, mares i nadons	1	3,45
Recuperació sòl pelvià	1	3,45
Sessió específica per parelles	1	3,45
Intervencions no relacionats amb la maternitat	4	13,80
Total	29	100,00

8.1.3. Variables sobre el coneixement i utilització del material del programa d'EM/PN

El programa d'EM/PN és conegut per quasi totes les llevadores que han respost el qüestionari, ja que 325 (97,6) llevadores afirmen conèixer el programa i 272 llevadores (81,44%) reconeixen que l'utilitzen en la seva pràctica assistencial (figura 15).

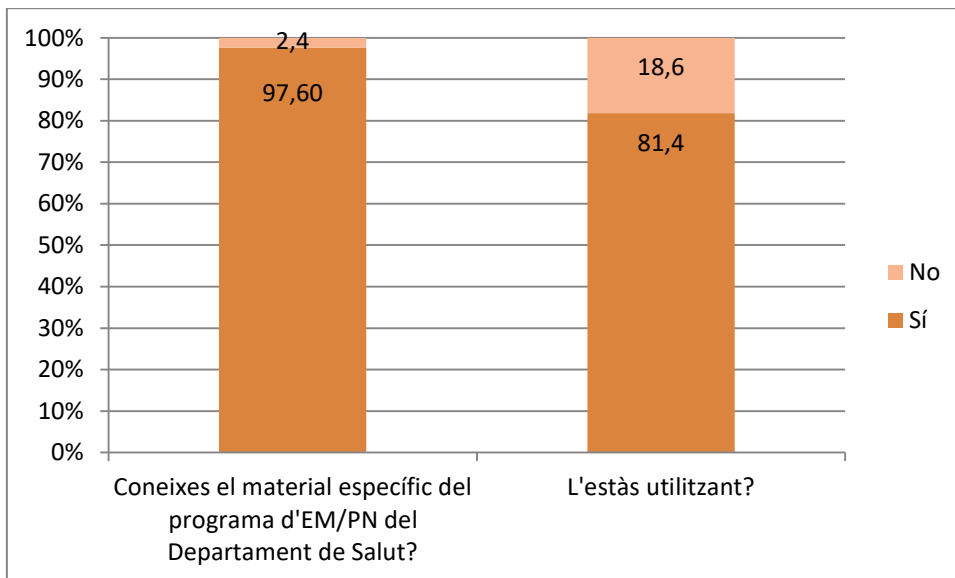


Figura 15: Grau d'implantació del programa d'EM/PN

Els diferents motius que descriuen les 63 llevadores que no utilitzen el programa es presenten a la taula 16. El 43,54% no es sent còmoda amb la metodologia que proposa el programa, i un 30,64% necessitaria formació per el seu ús, mentre que un 28,12% afirma no tenir temps per desenvolupar-lo i un 22,58% fa un ús parcial del programa. La manca de mitjans audiovisuals en un 17,74% també és un aspecte important a l'hora de no utilitzar el programa.

Taula 16: Motius per no utilitzar el material específic del programa d'EM/PN

	Freqüència	Percentatge
No em sento còmoda/e amb la metodologia	27	43,54
Necessitaria formació	19	30,64
Manca de temps per desenvolupar-lo	17	28,12
Faig un ús parcial	14	22,58
No dispo de mitjans audiovisuals	11	17,74
No s'adapta a grups específics	5	8,06
No faig educació maternal actualment	5	8,06
No tinc el material o condicions espai físic	3	4,83
Utilitzo metodologia pròpia	2	3,22

A la taula 17 es presenta l'anàlisi del coneixement i utilització del programa segons l'ASSIR al que pertany cada llevadora. Si bé s'observen resultats en el coneixement del programa molt similar, destaca que el coneixement del programa a l'ASSIR de Terres de l'Ebre és del 50%, hem de tenir en compte que van contestar 4 llevadores, dos el coneixien i les altres dos no. També en l'ASSIR Catalunya Central s'observa un menor coneixement respecte la resta d'ASSIR, un 11,4% (4) de les llevadores que no el coneixen.

L'ASSIR que utilitza més el programa és Girona 93% (40), mentre que destaca en la menor utilització del programa l'ASSIR de Terres de l'Ebre que un 50% (2) no l'utilitzen, i el segueixen en el menor ús: Lleida i Alt Pirineu-Aran 32% (8), Camp de Tarragona 27,3% (9) i finalment Catalunya Central amb un 25,7% (9)

Taula 17: Coneixement del material específic d'EM/PN i utilització del programa (n=334)

ASSIR	Coneixes el material específic del programa d'EM/PN del Dep. de Salut?		L'estàs utilitzant?	
	SI	NO	SI	NO
	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)	Freq (%)
Barcelona Ciutat	46 (97,9)	1 (2,1)	42 (89,4)	5 (10,6)
Metropolitana Nord	93 (98,9)	1 (1,1)	78 (83,0)	16 (17,0)
Metropolitana Sud	53 (100,0)	0 (0,0)	43 (81,1)	10 (18,9)
Catalunya Central	31 (88,6)	4 (11,4)	26 (74,3)	9 (25,7)
Girona	43 (100,0)	0 (0,0)	40 (93,0)	3 (7,0)
Lleida i Alt Pirineu -Aran	24 (96,0)	1 (4,0)	17 (68,0)	8 (32,0)
Camp Tarragona	33 (100,0)	0 (0,0)	24 (72,7)	9 (27,3)
Terres de l'Ebre	2 (50,0)	2 (50,0)	2 (50,0)	2 (50,0)

8.1.4. Variables sobre la fidelitat del programa

La fidelitat al programa s'ha mesurat a partir d'una sèrie de variables (taula 18,19 i 20). El programa d'EM/PN proposa desenvolupar el seu contingut en 8 sessions, i el 49,4% (165) de les llevadores participants van respondre estar realitzant aquest nombre de sessions, un 50,6% està per sobre o per sota d'aquest nombre.

Taula 18: Nombre de sessions grupals que realitzen les llevadores en el programa d'EM/PN

	Freqüència	Percentatge
menys de 8	102	30,5%
8 sessions	165	49,4%
més de 8	62	18,6%
perduts	5	1,5%
Total	334	100,00%

Sobre la composició dels grups d'EM/PN pel que fa al nombre de gestants i parelles que hi participen va variar entre menys de 10 persones a més de 25, tal i com es pot objectivar en la taula 19.

Taula 19: Distribució del nombre de persones que componen el grup d'EM/PN

	Freqüència	Percentatge
< 10	77	23,05%
10 - 15	140	41,92%
16 - 20	52	15,57%
21 - 25	24	7,19%
> 25	16	4,79%
perduts	25	7,49%
Total	334	100,00%

A continuació es mostren els resultats obtinguts en les variables que indiquen la fidelitat de les llevadores al programa amb una escala de Likert que anava de gens (1) a molt (5) (taula 20).

Taula 20: Descripció dels resultats de variables de fidelitat al programa

Valoració de la llevadora respecte al programa n=334	1. Gens		2. Poc		3. Alguna vegada		4. Bastant		5. Molt	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
1. El programa s'ofereix entre les dones gestants i parelles	7	(2,1)	9	(2,7)	23	(6,9)	118	(35,3)	177	(53,0)
2. S'estan mantenint amb fidelitat els continguts i metodologia del programa	12	(3,6)	41	(12,3)	79	(23,7)	165	(49,4)	37	(11,1)
3. El núm. de sessions és adequat	6	(1,8)	22	(6,6)	24	(7,2)	183	(54,8)	99	(29,6)
4. S'han incorporat altres activitats al programa	22	(6,6)	24	(7,2)	136	(40,7)	108	(32,3)	44	(13,2)
5. S'han incorporat altres continguts al programa	23	(6,9)	46	(13,8)	124	(37,1)	107	(32,0)	34	(10,2)
6. S'han incorporat altres sessions al programa	68	(20,4)	72	(21,6)	113	(33,8)	57	(17,1)	24	(7,2)
7. S'han incorporat altres materials audiovisuals al programa	43	(12,9)	51	(15,3)	118	(35,3)	82	(24,6)	40	(12,0)
8. Utilitzo les sessions expositives	29	(8,7)	52	(15,6)	81	(24,3)	119	(35,6)	53	(15,9)
9. En cada sessió explico els objectius marcats en el programa	33	(9,9)	64	(19,2)	76	(22,8)	112	(33,5)	49	(14,7)
10. Respecto el temps marcat per cada activitat	42	(12,6)	81	(24,3)	91	(27,2)	103	(30,8)	17	(5,1)
11. Puc realitzar les sessions amb les activitats i temps marcat en el programa	52	(15,6)	83	(24,9)	80	(24,0)	103	(30,8)	16	(4,8)
12. Avaluó cada sessió del programa utilitzant l'instrument d'avaluació del programa	113	(33,8)	122	(36,5)	61	(18,3)	29	(8,7)	9	(2,7)
13. Avaluó quantitativament en cada grup la satisfacció dels/les participants	80	(24,0)	78	(23,4)	74	(22,2)	69	(20,7)	33	(9,9)
14. Procuo per la participació activa (realització d'alguna activitat i no sols en actitud d'escolta) de les/els participants	6	(1,8)	8	(2,4)	35	(10,5)	138	(41,3)	147	(44,0)

Tal i com s'ha exposat en la metodologia, els resultats d'aquesta escala es van transformar en dos únics valors per l'anàlisi de les dades: positiu i negatiu. El positiu fa referència als valors de bastant i molt (4 i 5) i el negatiu a gens, poc i algunes vegades (1, 2 i 3). Es considera el valor positiu com un valor d'alta fidelitat al programa i negatiu com un valor baix de fidelitat. Aquesta agrupació ha permès visualitzar millor la tendència al seguiment del programa.

Les variables relacionades amb la utilització de les sessions expositives, la incorporació d'altres activitats o de nous continguts o sessions o materials audiovisuals al programa, té una interpretació negativa en el seguiment del programa; és per això que s'han transformat els resultats a la inversa i es presenten segons la tendència corresponent. Es presenten en la taula 21 els resultats de les variables de fidelitat agrupats en resultats positius i negatius.

Taula 21: Descripció de les variables de fidelitat al programa agrupades

Valoració de la llevadora respecte al programa n=334	Positiu		Negatiu	
	Frec	(%)	Frec	(%)
1. El programa s'ofereix entre les dones gestants i parelles	295	(88,3)	39	(11,7)
2. S'estan mantenint amb fidelitat els continguts i metodologia del programa	202	(60,5)	132	(39,5)
3. El número de sessions és adequat	282	(84,4)	52	(15,6)
4. S'han incorporat altres activitats al programa	182	(54,5)	152	(45,5)
5. S'han incorporat altres continguts al programa	193	(57,8)	141	(42,2)
6. S'han incorporat altres sessions al programa	253	(75,7)	81	(24,3)
7. S'han incorporat altres materials audiovisuals al programa	212	(63,5)	122	(36,5)
8. Utilitzo les sessions expositives	172	(48,5)	162	(51,5)
9. En cada sessió explico els objectius marcats en el programa	161	(48,2)	173	(51,8)
10. Respecto el temps marcat per cada activitat	120	(35,9)	214	(64,1)
11. Puc realitzar les sessions amb les activitats i temps marcat en el programa	119	(35,6)	215	(64,4)
12. Avaluo cada sessió del programa utilitzant l'instrument d'avaluació del programa	38	(11,4)	296	(88,6)
13. Avaluo quantitativament en cada grup la satisfacció dels/les participants	102	(30,5)	232	(69,5)
14. Procuo per la participació activa (realització d'alguna activitat i no sols en actitud d'escolta) de les/els participants	285	(85,3)	49	(14,7)

Freq= Freqüència absoluta

Els aspectes més destacables sobre la fidelitat del programa són que el programa d'EM/PN s'ofereix a un 88,3% de les dones i parelles, i que el 85,3% de les llevadores procura per la participació activa de les persones del grup i un 84,4% considera que el nombre de sessions és l'adequat. Com a aspecte negatiu cal mencionar que l'avaluació de les sessions tan sols la porten a terme un 11,4% de les llevadores (taula 25).

Respecte els resultats sobre el temps que les llevadores creuen que les persones participants en els grups estan en actitud activa o en actitud d'escolta durant les sessions d'EM/PN, el 28,14% de les llevadores van respondre que les persones participants estan 50% actives versus 50% escoltant (taula 22).

Taula 22: Actitud activa versus actitud d'escolta dels participants en les sessions d'EM/PN

	Freqüència	Percentatge
20% actives versus 80% escoltant	49	14,67%
40% actives versus 60% escoltant	91	27,25%
50% actives versus 50% escoltant	94	28,14%
60% actives versus 40% escoltant	53	15,87%
80% actives versus 20% escoltant	40	11,98%
Altres	7	2,10%
Total	334	100,00%

8.1.5 Variables relacionades amb la percepció de la llevadora sobre la satisfacció i la utilitat del programa d'EM/PN pels participants

En la taula 23 es detallen els resultats sobre el grau de satisfacció i utilitat del programa per les llevadores i per les persones participants en els grups d'EM/PN.

Taula 23: Descripció de les variables de satisfacció i utilitat del programa

Respecte als participants n=334	1. Gens		2. Poc		3. Alguna vegada		4. Bastant		5. Molt	
	Freq	(%)	Freq	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
15. Les parelles de les dones gestants solen assistir als grups	3	(0,9)	51	(15,3)	76	(22,8)	157	(47,0)	47	(14,1)
16. Creus que el programa satisfà les expectatives	3	(0,9)	12	(3,6)	40	(12,0)	234	(70,1)	45	(13,5)
17. La metodologia és acceptada per les/els participants	3	(0,9)	20	(6,0)	33	(9,9)	222	(66,5)	56	(16,8)
18. Creus que la realització de les activitats plantejades per cada sessió afavoreix la comprensió dels continguts per a les/els participants	4	(1,2)	18	(5,4)	42	(12,6)	214	(64,1)	56	(16,8)
19. Existeixen activitats ben acceptades per les/els participants	4	(1,2)	9	(2,7)	46	(13,8)	204	(61,1)	71	(21,3)
20. Les/els participants creuen que manquen continguts que no estan plantejats en el programa	44	(13,2)	129	(38,6)	108	(32,3)	43	(12,9)	10	(3,0)
21. Prefereixen, les/els participants, la realització d'activitats respecte les sessions expositives	11	(3,3)	62	(18,6)	128	(38,3)	111	(33,2)	22	(6,6)
22. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre l'embaràs i el part	3	(0,9)	4	(1,2)	24	(7,2)	166	(49,7)	137	(41,0)
23. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre lactància-postpart	3	(0,9)	5	(1,5)	23	(6,9)	160	(47,9)	143	(42,8)
24. Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura	4	(1,2)	8	(2,4)	32	(9,6)	213	(63,8)	77	(23,1)
25. Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora	3	(0,9)	2	(0,6)	14	(4,2)	166	(49,7)	149	(44,6)
26. Les/els participants mostren implicació en el procés	3	(0,9)	2	(0,6)	25	(7,5)	212	(63,5)	92	(27,5)
27. El programa permet formar xarxa entre les/els participants	3	(0,9)	10	(3,0)	43	(12,9)	171	(51,2)	107	(32,0)

Freq= Freqüència absoluta

Els resultats mostren com un 70,1% de les llevadores consideren que el programa satisfà les expectatives de les persones participants als grups d'EM/PN. El 66,5% opinen que la metodologia és acceptada per els participants i el 64,1 % creu que les activitats que planteja el programa afavoreixen la comprensió dels continguts que es pretenen aprendre. Respecte als coneixements, el 63,9% de les llevadores consideren que el programa facilita més l'adquisició d'habilitats d'autocura i de cura de la criatura que no l'adquisició de coneixements sobre lactància (47,9%). Es destaca també que un 12,9% de les llevadores creuen que les participants troben a faltar bastant continguts que no están plantejats en el programa.

En la taula 24 es mostren els resultats agrupats de l'escala en positiu i negatiu sobre el grau de satisfacció i utilitat del programa, ja que ens permet visualitzar la tendència. Cal tenir en compte que la variable relacionada amb la valoració dels participants sobre la manca de continguts té una lectura negativa en quan a la satisfacció quan és un valor positiu per això s'han transformat els resultats a la inversa i es presenten segons la tendència corresponent. Tal i com s'observa en la taula quasi totes les variables obtenen una resposta positiva per sobre del 80% de les persones enquestades.

Taula 24: Descripció dels resultats de les variables de satisfacció i utilitat al programa agrupades.

Respecte als participants n=334	Positiu		Negatiu	
	Frec	(%)	Frec	(%)
15. Les parelles de les dones gestants solen assistir als grups	202	(60,5)	132	(39,5)
16. Creus que el programa satisfà les expectatives	279	(83,5)	55	(16,5)
17. La metodologia és acceptada per les/els participants	278	(83,2)	56	(16,8)
18. Creus que la realització de les activitats plantejades per cada sessió afavoreix la comprensió dels continguts per a les/els participants	271	(81,1)	63	(18,9)
19. Existeixen activitats ben acceptades per les/els participants	276	(82,6)	58	(17,4)
20. Les/els participants creuen que manquen continguts que no estan plantejats en el programa	52	(84,4)	282	(15,6)
21. Prefereixen, les/els participants, la realització d'activitats respecte les sessions expositives	133	(39,8)	201	(60,2)
22. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre l'embaràs i el part	303	(90,7)	31	(9,3)
23. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre lactància-postpart	303	(90,7)	31	(9,3)
24. Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura	290	(86,8)	44	(13,2)
25. Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora	315	(94,3)	19	(5,7)
26. Les/els participants mostren implicació en el procés	304	(91,0)	30	(9,0)
27. El programa permet formar xarxa entre les/els participants	277	(82,9)	57	(17,1)

Freq= Freqüència absoluta

8.1.6 Variables relacionades amb les fortaleces i les dificultats del programa i dels recursos disponibles.

Els resultats de les variables que permeten identificar les fortaleces o dificultats en la posada en marxa del programa i que tenen a veure amb els professionals i recursos es detallen en la taula 25. La majoria de les llevadores, el 71,9% disposen d'ordinador i canó de projecció per portar a terme el programa i el 62,0% també tenen material de suport audiovisual. Les llevadores poden preparar bastant (52,4%) o molt (23,1%) les sessions abans del seu inici.

Taula 25: Descripció de les variables de fortaleces i dificultats del programa.

Respecte als professionals i recursos n=334	1. Gens		2. Poc		3. Alguna vegada		4. Bastant		5. Molt	
	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)	Frec	(%)
28. S'aconsegueix mantenir la mateixa llevadora durant tot el grup	1	(0,3)	4	(1,2)	8	(2,4)	75	(22,5)	246	(73,7)
29. Es porten a terme reunions de seguiment del programa amb altres companys/es	137	(41,0)	102	(30,5)	51	(15,3)	31	(9,3)	13	(3,9)
30. Preparo les sessions abans de l'inici de la sessió	7	(2,1)	23	(6,9)	52	(15,6)	175	(52,4)	77	(23,1)
31. S'assegura la confidencialitat del que es tracta en el grup	1	(0,3)	7	(2,1)	5	(1,5)	108	(32,3)	213	(63,8)
32. Disposo d'ordinador i canó de projecció	19	(5,7)	8	(2,4)	10	(3,0)	57	(17,1)	240	(71,9)
33. Disposo de suport audiovisual (CD, DVD, vídeo...)	26	(7,8)	13	(3,9)	20	(6,0)	68	(20,4)	207	(62,0)
34. Em sento satisfeta/et fent servir aquest programa en els meus grups	10	(3,0)	23	(6,9)	51	(15,3)	152	(45,5)	98	(29,3)

Freq= Freqüència absoluta

En la taula 26 es presenta l'agrupació de la escala en positiu i negatiu de les variables que permeten identificar les fortaleces o dificultats en la posta en marxa del programa. S'observa que quasi totes les variables obtenen una resposta positiva per sobre del 75% de les llevadores enquestades. Cal remarcar que només un 13,2% porten a terme reunions de seguiment del programa amb altres companys.

Taula 26: Descripció de les variables de fortaleses i dificultats del programa agrupades.

Respecte als professionals i recursos n=334	Positiu		Negatiu	
	Frec	(%)	Frec	(%)
28. S'aconsegueix mantenir la mateixa llevadora durant tot el grup	323	(96,7)	11	(3,3)
29. Es porten a terme reunions de seguiment del programa amb altres companys/es	44	(13,2)	290	(86,8)
30. Preparo les sessions abans de l'inici de la sessió	251	(75,1)	83	(24,9)
31. S'assegura la confidencialitat del que es tracta en el grup	321	(96,1)	13	(3,9)
32. Disposo d'ordinador i canó de projecció	297	(88,9)	37	(11,1)
33. Disposo de suport audiovisual (CD, DVD, vídeo...)	276	(82,6)	58	(17,4)
34. Em sento satisfeta/et fent servir aquest programa en els meus grups	250	(74,9)	84	(25,1)

Freq= Freqüència absoluta

b. Anàlisi inferencial

En aquest apartat es presenten els resultats de l'anàlisi bivariant.

8.1.7. Relació entre les variables sociodemogràfiques i les variables de conèixer i utilitzar el programa.

S'han comparat les variables edat i anys d'experiència en l'ASSIR de les llevadores respecte a conèixer el programa d'EM/PN i no s'han trobat diferències estadísticament significatives (taula 27). Tot i que en la taula s'observa que les llevadores que contesten que coneixen el programa tenen una diferència entre mitjanes de 4,1 anys d'experiència superior respecte a les que no el coneixen.

Taula 27: Relació entre les variables edat i anys d'experiència i conèixer el programa.

Conèixer el material específic del programa EM/PN	SI			NO			t	df	p
	n	Mitj	DE	n	Mitj	DE			
Edat	323	46,9	6,1	9	44,9	9,0	0,54	2,04	0,584
Anys d'experiència ASSIR	324	14,8	10,6	9	10,7	11,1	1,15	4,1	0,082

Mitj= mitjana; DE= desviació estàndard; t= t de Student; p= valor de p; df= diferència entre mitjanes

Quan s'han comparat les variables edat i anys d'experiència amb la utilització del programa tampoc s'han trobat diferències estadísticament significatives, tal i com es pot observar en la taula 28.

Taula 28: Relació entre les variables edat i anys d'experiència i utilitzar el programa.

Conèixer el material específic del programa EM/PN	SI			NO			t	df	p
	n	Mitj	DE	n	Mitj	DE			
Edat	271	47	11,3	61	46,3	9,8	0,45	0,71	0,65
Anys d'experiència ASSIR	272	14,8	10,7	61	13,8	9,7	0,72	1,07	0,47

Mitj= mitjana; DE= desviació estàndard; t= t de Student; p= valor de p; df= diferència entre mitjanes

Tampoc s'observen diferències estadísticament significatives entre conèixer el programa i els anys d'experiència laboral, agrupat en menor experiència, inferior a 20 anys o major experiència, més o igual a 20 anys i tampoc hi han diferències entre els anys d'experiència laboral i la utilització del programa (taula 29).

Taula 29: Relació entre els anys d'experiència i conèixer el material específic del programa EM/PN i estar utilitzant el programa d'EM/PN

Anys d'experiència a l'ASSIR	Coneixes el material específic del programa d'EM/PN del Dep. de Salut? n=334			L'estàs utilitzant? n=334		
	SI - n; % (IC 95%)	NO - n; % (IC 95%)	p	SI - n; % (IC 95%)	NO - n; % (IC 95%)	p
≤ 20 anys	234; 96,3	9; 3,7	0,121	194; 79,8	49; 20,2	0,219
>20 anys	91; 100,0	0; 0,0		78; 85,7	13; 14,3	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p

8.1.8 Relació entre les variables conèixer o utilitzar el programa i la formació específica o complementària realitzada per les llevadores

En la taula 30 s'observa que les llevadores que van realitzar la formació específica per la implantació del programa d'EM/PN coneixen més el programa (159; 99,4%) respecte a les que no van fer formació, (166; 95,4%), trobant-se diferències significatives [p= 0,038]. També s'han trobat diferències estadísticament significatives [p=0,001] entre haver realitzat la formació específica i estar utilitzant el programa, les llevadores que van realitzar la formació específica (142;88,8%) utilitzant més el programa que les que no la van realitzar (130;74,7%).

Taula 30: Relació entre realitzar la formació específica per la implantació del programa i conèixer el material i estar utilitzant el programa EM/PN

Vas realitzar formació específica per a la implantació del programa EM/PN?	Coneixes el material específic del programa d'EM/PN del Dep. de Salut? n=334			L'estàs utilitzant? n=334		
	SI - n; % (IC 95%)	NO - n; % (IC 95%)	p	SI - n; % (IC 95%)	NO - n; % (IC 95%)	p
SI	159; 99,4	1; 0,6	0,038	142; 88,8	18; 11,3	0,001
NO	166; 95,4	8; 4,6		130; 74,7	44; 25,3	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p

En la taula 31 podem veure que no hi ha diferències significatives entre haver fet formació específica o complementària i conèixer el material del programa, i en canvi aquesta formació si que determina la utilització del programa, trobant-se diferències significatives [p= 0,015]. Les llevadores que han rebut algun tipus de formació (223; 84,2%) utilitzen més el programa respecte a les que no han fet cap tipus de formació (49;71,0%).

Taula 31: Relació entre realitzar la formació específica o complementària i conèixer i estar utilitzant el programa EM/PN

Vas realitzar formació específica o complementària per a la implantació del programa EM/PN?	Coneixes el material específic del programa d'EM/PN del Dep. de Salut? n=334			L'estàs utilitzant? n=334		
	SI - n; % (IC 95%)	NO - n; % (IC 95%)	p	SI - n; % (IC 95%)	NO - n; % (IC 95%)	p
SI	259; 97,7	6; 2,3	0,399	223; 84,2	42; 15,8	0,015
NO	66; 95,7	3; 4,3		49; 71,0	20; 29,0	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p

Si analitzem l'edat de les llevadores respecte a haver rebut la formació específica sobre el programa d'EM/PN, s'observa que les llevadores més joves (<35 anys) és el grup que ha rebut menys formació (15; 9,5%) i les llevadores que han rebut més formació específica son les de més edat > de 50 anys (94; 44,5%), observant-se diferències significatives [p= 0,000] (taula 32)

Taula 32: Relació entre l'edat de les llevadores i haver rebut formació específica del programa EM/PN

Edat de les llevadores	Vas rebre formació específica per la implantació del programa EM/PN del Dep. de Salut? n=332		
	SI - n; % (IC 95%)	NO - n; % (IC 95%)	p
<35 anys	15; 9,5	47; 27,0	0,000
35 a 50 anys	55; 34,8	65; 37,4	
>50 anys	88; 55,7	62; 35,6	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p

No es troben diferències significatives entre l'edat i haver rebut algun altre tipus de formació diferent a la específica per la implantació del programa (taula 33).

Taula 33: Relació entre l'edat de les llevadores i haver rebut alguna formació diferent a l'específica del programa EM/PN

Edat de les llevadores	Vas rebre alguna formació diferent a la específica relacionada amb EM/PN a partir del 2010? n=332		
	SI - n; % (IC 95%)	NO - n; % (IC 95%)	p
<35 anys	43; 20,4	19; 15,7	0,567
35 a 50 anys	74; 35,1	46; 38	
>50 anys	94; 44,5,7	56; 46,3	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p

8.1.9 Relació entre conèixer el programa i la fidelitat al programa d'EM/PN

La taula 34 mostra la relació entre conèixer o no conèixer el programa d'EM/PN, i les variables de fidelitat: "la utilització de sessions expositives", "l'avaluació quantitativa de la satisfacció de les participants" i "procurar per la participació activa de les participants". S'observa una relació estadísticament significativa entre no conèixer el programa i utilitzar menys les sessions expositives (88,9%) [IC 95%: 85,5-92,3] en comparació amb les llevadores que sí que el coneixen (47,4%) [IC 95%: 42-52,7]; p=0,014.

Quan es compara si les llevadores que no coneixen el programa avaluen quantitativament la satisfacció de les participants es troba que cap llevadora ho fa trobant-se diferències estadísticament significatives [p=0,044].

També s'han trobat diferències estadísticament significatives quan s'ha comparat si les llevadores procuren la participació activa de les persones assistents al grup. Un 86,5% de les llevadores que coneixen el programa afavoreixen la participació respecte a un 44,4% de les llevadores que no el coneixen [$p < 0,001$].

Taula 34: Relació entre conèixer el programa i variables de fidelitat al programa.

Conèixer el material específic del programa d'EM/PN n=334		SI n; % (IC 95%)	NO n; % (IC 95%)	p
8. Utilitzo les sessions expositives	Negatiu	171; 52,6 (47,3-58)	1; 11,1 (7,7-14,5)	0,014
	Positiu	154; 47,4 (42-52,7)	8; 88,9 (85,5-92,3)	
13. Avaluo quantitativament en cada grup la satisfacció de les/els participants	Negatiu	223; 68,6 (63,6-73,6)	9; 100 (100-100)	0.044
	Positiu	102; 31,4 (26,4-36,4)	0; 0 (0-0)	
14. Procuo per la participació activa: realització d'alguna activitat i no sols en actitud d'escolta) de les/els participants	Negatiu	44; 13,5 (9,9-17,2)	5; 55,6 (50,2-60,9)	<0,001
	Positiu	281; 86,5 (82,8-90,1)	4; 44,4(39,1-49,8)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p

8.1.10 Relació entre conèixer el programa i la percepció de les llevadores sobre satisfacció i la utilitat amb al programa d'EM/PN.

En les variables sobre la satisfacció i la utilitat de programa, novament, només s'ha analitzat l'associació amb aquelles variables que les llevadores que no coneixen el programa podrien contestar en funció del que estan desenvolupant a nivell d'activitat grupal que porten a terme.

S'han trobat diferències estadísticament significatives entre conèixer el programa i afavorir els coneixements de les participants sobre l'embaràs i el part. Un 91,4% de les llevadores que coneixen el programa afavoreixen els coneixements de les participants respecte al 66,7% de les que no el coneixen [$p=0,012$](taula 35).

Respecte a la percepció de la llevadora sobre el recolzament a les participants, també hi ha diferències estadísticament significatives entre les llevadores que coneixen el programa que recolzen en major freqüència (95,1%) respecte a les que no el coneixen (66,7%) que ho fan en menys freqüència [$p < 0,001$]. També s'observa que les llevadores que coneixen el programa identifiquen una major implicació dels participants en el procés (92%) respecte a les que no el coneixen (55,6%) [$p < 0,001$].

Taula 35: Relació entre conèixer el programa i variables de satisfacció i utilitat del programa

Conèixer el material específic del programa d'EM/PN n=334		SI n; % (IC 95%)	NO n; % (IC 95%)	p
15. Les parelles de les dones gestants solen assistir als grups	Negatiu	127; 39,1 (33,8-44,3)	5; 55,6 (50,2-60,9)	0,319
	Positiu	198; 60,9 (55,7-66,2)	4; 44,4 (39,1-49,8)	
21. Prefereixen, les/els participants, la realització d'activitats respecte les sessions expositives	Negatiu	195; 60 (54,7-65,3)	6; 66,7 (61,6-71,7)	0,687
	Positiu	130; 40 (34,7-45,3)	3; 33,3(28,3-38,4)	
22. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre l'embaràs i el part	Negatiu	28; 8,6 (5,6-11,6)	3; 33,3(28,3-38,4)	0,012
	Positiu	297; 91,4 (88,4-94,4)	6; 66,7(61,6-71,7)	
23. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre lactància-postpart	Negatiu	29; 8,9 (5,9-12)	2; 22,2(17,8-26,7)	0,175
	Positiu	296; 91,1(88-94,1)	7; 77,8(73,3-82,2)	
24. Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura	Negatiu	42; 12,9(9,3-16,5)	2; 22,2(17,8-26,7)	0,416
	Positiu	283; 87,1(83,5-90,7)	7; 77,8(73,3-82,2)	
25. Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora	Negatiu	16; 4,9(2,6-7,2)	3; 33,3(28,3-38,4)	0,000
	Positiu	309; 95,1(92,8-97,4)	6; 66,7(61,6-71,7)	
26. Les participants mostren implicació en el procés	Negatiu	26; 8(5,1-10,9)	4; 44,4(39,1-49,8)	0,000
	Positiu	299; 92(89,1-94,9)	5; 55,6(50,2-60,9)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p

8.1.11 Relació entre conèixer el programa i les dificultats i fortaleeses del programa i dels recursos disponibles.

En la comparació de si es coneix el programa respecte a les variables sobre les dificultats i fortaleeses en l'ús del programa i dels recursos disponibles, no s'ha tingut en compte la variable "satisfacció de la llevadora respecte al programa" donat que si no es coneix no es pot manifestar satisfacció envers el programa.

En la taula 36 es mostren els resultats del anàlisi bivariant. S'ha trobat relació entre conèixer el programa i la variable "s'assegura la confidencialitat del que es tracta en el grup". Un 96,6% de les llevadores que coneixen el programa asseguren la confidencialitat en relació al 77,8% de les que no el coneixien [p=0,004].

Taula 36: Relació entre conèixer el programa i les variables relacionades amb dificultats i fortaleeses

Conèixer el material específic del programa d'EM/PN n=334		SI n; % (IC 95%)	NO n; % (IC 95%)	p
28. S'aconsegueix mantenir la mateixa llevadora durant tot el grup	Negatiu	10; 3,1(1,2-4,9)	1; 11,1(7,7-14,5)	0,183
	Positiu	315; 96,9(95,1-98,8)	8; 88,9(85,5-92,3)	
29. Es porten a terme reunions de seguiment del programa amb altres companys/es	Negatiu	283; 87,1(83,5-90,7)	7; 77,8(73,3-82,2)	0,416
	Positiu	42; 12,9(9,3-16,5)	2; 22,2(17,8-26,7)	
30. Preparo les sessions abans de l'inici de la sessió	Negatiu	79; 24,3(19,7-28,9)	4; 44,4(39,1-49,8)	0,168
	Positiu	246; 75,7(71,1-80,3)	5; 55,6(50,2-60,9)	
31. S'assegura la confidencialitat del que es tracta en el grup	Negatiu	11; 3,4(1,4-5,3)	2; 22,2(17,8-26,7)	0,004
	Positiu	314; 96,6(94,7-98,6)	7; 77,8(73,3-82,2)	
32. Disposo d'ordinador i canó de projecció	Negatiu	35; 10,8(7,4-14,1)	2; 22,2(17,8-26,7)	0,280
	Positiu	290; 89,2(85,9-92,6)	7; 77,8(73,3-82,2)	
33. Disposo de suport audiovisual (CD, DVD, vídeo...)	Negatiu	55; 16,9(12,9-20,9)	3; 33,3(28,3-38,4)	0,200
	Positiu	270; 83,1(79,1-87,1)	6; 66,7(61,6-71,7)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

8.1.12 Relació entre utilitzar el programa d'EM/PN i la fidelitat al programa

S'ha analitzat si hi havia relació entre la variable utilitzar el programa d'EM/PN i les variables de fidelitat que es poden respondre encara que les llevadores no l'estiguin utilitzant; per tant s'ha seguit el mateix criteri que en la variable conèixer el programa. (taula 37).

S'observa que, les llevadores que no utilitzen el programa fan servir menys les sessions expositives (71%) respecte a les que l'utilitzen (43,4%), trobant-se diferències estadísticament significatives; [$p < 0,001$].

També es troben diferències estadísticament significatives en la variable "avaluar quantitativament la satisfacció de les participants" on es mostra que les llevadores que no utilitzen el programa avaluen en menor freqüència (16,1%) que les llevadores que sí l'utilitzen (33,8%) [$p = 0,006$].

Quan es compara la utilització del programa amb la variable "procurar per a la participació activa de les participants" es mostra que les llevadores que utilitzen el programa procuren amb més freqüència per a la participació activa (89%) que les llevadores que no l'utilitzen (69,4%) [$p < 0,001$].

Taula 37: Relació entre utilitzar el programa i variables de fidelitat al programa

Està utilitzant el programa n=334		SI	NO	P
		n; % (IC 95%)	n; % (IC 95%)	
8. Utilitzo les sessions expositives	Negatiu	154; 56,6 (51,3-61,9)	18; 29 (24,2-33,9)	0,000
	Positiu	118; 43,4 (38,1-48,7)	44; 71 (66,1-75,8)	
13. Avaluo quantitativament en cada grup la satisfacció dels/les participants	Negatiu	180; 66,2 (61,1-71,3)	52; 83,9(79,9-87,8)	0,006
	Positiu	92; 33,8 (28,7-38,9)	10; 16,1 (12,2-20,1)	
14. Procuo per la participació activa (realització d'alguna activitat i no sols en actitud d'escolta) de les/els participants	Negatiu	30; 11 (7,7-14,4)	19; 30,6 (25,7-35,6)	0,000
	Positiu	242; 89 (85,6-92,3)	43; 69,4 (64,4-74,3)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

8.1.13 Relació entre utilitzar el programa d'EM/PN i la percepció de les llevadores sobre satisfacció i la utilitat amb el programa d'EM/PN

En l'anàlisi sobre si hi ha associació entre utilitzar el programa i la percepció sobre la satisfacció i la utilitat del programa s'han analitzat 7 de les 13 variables (taula 38).

El 94,9% de les llevadores que utilitzen el programa afavoreixen la millora dels coneixements sobre embaràs i part en relació al 72,6% de les que no l'utilitzen [$p < 0,001$], i el mateix succeeix amb l'afavoriment dels coneixements relacionats amb la lactància i el postpart amb el 93,8% en relació al 77,4%; [$p < 0,001$].

Sobre l'adquisició d'habilitats per l'autocura i la cura de la criatura, també el 91,5% de les llevadores que utilitzen el programa tenen la percepció de que les participants adquireixen habilitats respecte al 66,1% de les llevadores que no l'utilitzen [$p < 0,001$].

El 96,7% de les llevadores que utilitzen el programa tenen la percepció de que les participants reben el recolzament en relació al 83,9% de les que no l'utilitzen [$p < 0,001$]. També s'han trobat diferències estadísticament significatives en relació a la variable "les participants mostren implicació en el procés"; el 94,9% de les llevadores que l'utilitzen perceben que les participants s'impliquen en el procés en comparació al 74,2% de les que no ho fan [$p < 0,001$].

Taula 38: Relació entre utilitzar el programa i variables de satisfacció i utilitat del programa

Està utilitzant el programa n=334		SI	NO	p
		n; % (IC 95%)	n; % (IC 95%)	
15. Les parelles de les dones gestants solen assistir als grups	Negatiu	105; 38,6(33,4-43,8)	27; 43,5(38,2-48,9)	0,472
	Positiu	167; 61,4(56,2-66,6)	35; 56,5(51,1-61,8)	
21. Prefereixen, les/els participants, la realització d'activitats respecte les sessions expositives	Negatiu	161; 59,2(53,9-64,5)	40; 64,5(59,4-69,6)	0,440
	Positiu	111; 40,8(35,5-46,1)	22; 35,5(30,4-40,6)	
22. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre l'embaràs i el part	Negatiu	14; 5,1(2,8-7,5)	17; 27,4(22,6-32,2)	<0,001
	Positiu	258; 94,9 (92,5-97,2)	45; 72,6 (67,8-77,4)	
23. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre lactància-postpart	Negatiu	17; 6,3 (3,7-8,8)	14; 22,6(18,1-27,1)	<0,001
	Positiu	255; 93,8(91,2-96,3)	48; 77,4(72,9-81,9)	
24. Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura]	Negatiu	23; 8,5(5,5-11,4)	21; 33,9(28,8-38,9)	<0,001
	Positiu	249; 91,5(88,6-94,5)	41; 66,1(61,1-71,2)	
25. Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora	Negatiu	9; 3,3(1,4-5,2)	10; 16,1(12,2-20,1)	<0,001
	Positiu	263; 96,7(94,8-98,6)	52; 83,9(79,9-87,8)	
26. Les/els participants mostren implicació en el procés	Negatiu	14; 5,1(2,8-7,5)	16; 25,8(21,1-30,5)	<0,001
	Positiu	258; 94,9(92,5-97,2)	46; 74,2(69,5-78,9)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p

8.1.14 Relació entre utilitzar el programa i les dificultats i fortaleeses del programa i dels recursos disponibles

En la comparació d'aquestes variables, novament no s'ha tingut en compte la variable "satisfacció de la llevadora respecte al programa" donat que si no se'l coneix no es pot manifestar satisfacció envers el programa (taula 39).

S'han trobat diferències estadísticament significatives en la variable "preparo les sessions abans de l'inici de la sessió". El 78,3% de les llevadores que utilitzen el programa ho fan respecte al 61,3% de les que no l'utilitzen [$p=0,005$].

També hi ha diferències estadísticament significatives en la variable "disposar de material audiovisual". El 86% de les llevadores que l'utilitzen en disposen respecte al 67,7% de les que no l'utilitzen [$p<0,001$].

Taula 39: Relació entre utilitzar el programa i les variables relacionades amb dificultats i fortaleeses

Està utilitzant el programa		SI	NO	p
n=334		n; % (IC 95%)	n; % (IC 95%)	
28. S'aconsegueix mantenir la mateixa llevadora durant tot el grup	Negatiu	8; 2,9(1,1-4,8)	3; 4,8(2,5-7,1)	0,450
	Positiu	264; 97,1(95,2-98,9)	59; 95,2(92,9-97,5)	
29. Es porten a terme reunions de seguiment del programa amb altres companys/es	Negatiu	236; 86,8(83,1-90,4)	54; 87,1(83,5-90,7)	0,944
	Positiu	36; 13,2(9,6-16,9)	8; 12,9(9,3-16,5)	
30. Preparo les sessions abans de l'inici de la sessió	Negatiu	59; 21,7(17,3-26,1)	24; 38,7(33,5-43,9)	0,005
	Positiu	213; 78,3(73,9-82,7)	38; 61,3(56,1-66,5)	
31. S'assegura la confidencialitat del que es tracta en el grup	Negatiu	9; 3,3(1,4-5,2)	4; 6,5(3,8-9,1)	0,248
	Positiu	263; 96,7(94,8-98,6)	58; 93,5(90,9-96,2)	
32. Disposo d'ordinador i canó de projecció	Negatiu	28; 10,3(7-13,6)	9; 14,5(10,7-18,3)	0,339
	Positiu	244; 89,7(86,4-93)	53; 85,5(81,7-89,3)	
33. Disposo de suport audiovisual (CD, DVD, vídeo...)	Negatiu	38; 14(10,3-17,7)	20; 32,3(27,2-37,3)	0,001
	Positiu	234; 86(82,3-89,7)	42; 67,7(62,7-72,8)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

8.1.15 Anàlisi d'associació entre anys d'experiència laboral i variables de fidelitat, satisfacció, utilitat, dificultat i fortaleces del programa en les llevadores que estan utilitzant el programa

En aquest apartat presentem l'anàlisi bivariant que permet mesurar l'associació entre la variable depenent i el resta de variables. S'ha agrupat l'experiència laboral en dos grups, menys de 20 anys i més de 20 anys . Aquesta agrupació s'ha realitzat tenint en compte el fet de que coexisteixen a nivell laboral llevadores amb dos tipus de formació com a especialistes, les que tenen menys de 20 anys d'experiència tenen la formació actual basada en dos anys de residència com a llevadores internes residents i les que tenen més de 20 anys d'experiència tenen la formació anterior amb un any d'especialitat, i amb característiques formatives diferents a les anteriors.

Les variables relacionades amb la incorporació d'altres activitats, continguts, sessions i materials audiovisuals al programa, així com utilització de les sessions expositives, el valor positiu té una interpretació negativa en el seguiment del programa per això s'han transformat els resultats a la inversa i es presenten segons la tendència corresponent.

S'han trobat diferències estadísticament significatives respecte la fidelitat dels continguts i metodologia del programa, les llevadores que utilitzen el programa i que tenen més anys d'experiència mantenen més la fidelitat a aquests aspectes respecte a les de menys anys d'experiència i incorporen menys activitats noves al programa, no obstant, utilitzen sessions més expositives i poden realitzar les sessions i activitats en el temps marcat (taula 40).

Taula 40: Relació entre anys d'experiència i variables de fidelitat del programa en les llevadores que l'estan utilitzant.

Anys d'experiència a l'ASSIR n=272		≤ 20 anys	>20 anys	p
		n; % (IC 95%)	n; % (IC 95%)	
1. El programa s'ofereix entre les dones gestants i parelles	Negatiu	19; 9,8	3; 3,8	0,140
	Positiu	175; 90,2	75; 96,2	
2. S'estan mantenint amb fidelitat els continguts i metodologia del programa	Negatiu	69; 35,6	18; 23,1	0,046
	Positiu	125; 64,4	60; 76,9	
3. El núm. de sessions és adequat	Negatiu	23; 11,9	10; 12,8	0,826
	Positiu	171; 88,1	68; 87,2	
4. S'han incorporat altres activitats al programa	Negatiu	93; 47,9	26; 33,3	0,028
	Positiu	101; 52,1	52; 66,7	
5. S'han incorporat altres continguts al programa	Negatiu	82; 42,3	26; 33,3	0,173
	Positiu	112; 57,7	52; 66,7	
6. S'han incorporat altres sessions al programa	Negatiu	40; 20,6	23; 29,5	0,117
	Positiu	154; 79,4	55; 70,5	
7. S'han incorporat altres materials audiovisuals al programa	Negatiu	72; 37,1	22; 28,2	0,162
	Positiu	122; 62,9	56; 71,8	
8. Utilitzo les sessions expositives	Negatiu	95; 49,0	59; 75,6	<0,001
	Positiu	99; 51,0	19; 24,4	
9. En cada sessió explico els objectius marcats en el programa	Negatiu	95; 49,0	32; 41,0	0,235
	Positiu	99; 51,0	46; 59,0	
10. Respecto el temps marcat per cada activitat	Negatiu	122; 62,9	41; 52,6	0,116
	Positiu	72; 37,1	37; 47,4	
11. Puc realitzar les sessions amb les activitats i temps marcat en el programa	Negatiu	127; 65,5	37; 47,4	0,006
	Positiu	67; 34,5	41; 52,6	
12. Avaluo cada sessió del programa utilitzant l'instrument d'avaluació del programa	Negatiu	171; 88,1	65; 83,3	0,290
	Positiu	23; 11,9	13; 16,7	
13. Avaluo quantitativament en cada grup la satisfacció dels/les participants	Negatiu	132; 68,0	48; 61,5	0,305
	Positiu	62; 32,0	30; 38,5	
14. Procuo per la participació activa (realització d'alguna activitat i no sols en actitud d'escolta) de les/els participants	Negatiu	20; 10,3	10; 12,8	0,550
	Positiu	174; 89,7	68; 87,2	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

No s'han trobat diferències estadísticament significatives entre les llevadores de ≤20 anys i les de ≥20 anys d'experiència laboral i les diferents variables relacionades amb la satisfacció i utilitat del programa (taula 41).

Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa:
Educació Maternal / Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya

Taula 41: Relació entre anys d'experiència i variables de satisfacció i utilitat del programa en les llevadores que l'estan utilitzant.

Anys d'experiència a l'ASSIR n=272		≤ 20 anys	>20 anys	p
		n; % (IC 95%)	n; % (IC 95%)	
15. Les parelles de les dones gestants solen assistir als grups	Negatiu	69; 35,6	36; 46,2	0,105
	Positiu	125; 64,4	42; 53,8	
16. Creus que el programa satisfà les expectatives	Negatiu	22; 11,3	9; 11,5	0,963
	Positiu	172; 88,7	69; 88,5	
17. La metodologia és acceptada per les/els participants	Negatiu	23; 11,9	7; 9,0	0,493
	Positiu	171; 88,1	71; 91,0	
18. Creus que la realització de les activitats plantejades per cada sessió afavoreix la comprensió dels continguts per a les/els participants	Negatiu	25; 12,9	8; 10,3	0,548
	Positiu	169; 87,1	70; 89,7	
19. Existeixen activitats ben acceptades per les/els participants	Negatiu	25; 12,9	9; 11,5	0,761
	Positiu	169; 87,1	69; 88,5	
20. Les/els participants creuen que manquen continguts que no estan plantejats en el programa	Negatiu	160; 82,5	70; 89,7	0,133
	Positiu	34; 17,5	8; 10,3	
21. Prefereixen, les/els participants, la realització d'activitats respecte les sessions expositives	Negatiu	112; 47,7	49; 62,8	0,440
	Positiu	82; 42,3	29; 37,2	
22. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre l'embaràs i el part	Negatiu	9; 4,6	5; 6,4	0,550
	Positiu	185; 95,4	73; 93,6	
23. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre lactància-postpart	Negatiu	14; 7,2	3; 3,8	0,411
	Positiu	180; 92,8	75; 96,2	
24. Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura	Negatiu	16; 8,2	7; 9,0	0,845
	Positiu	178; 91,8	71; 91,0	
25. Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora	Negatiu	5; 2,6	4; 5,1	0,287
	Positiu	189; 97,4	74; 94,9	
26. Les/els participants mostren implicació en el procés	Negatiu	9; 4,6	5; 6,4	0,550
	Positiu	185; 95,4	73; 93,6	
27. El programa permet formar xarxa entre les/els participants	Negatiu	27; 13,9	13; 16,7	0,563
	Positiu	167; 86,1	65; 83,3	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

Respecte a les variables relacionades amb l'experiència i les dificultats i fortaleses del programa no s'observen diferències estadísticament significatives entre les llevadores amb ≤20 anys i les de ≥20anys d'experiència professional, a excepció de la variable sobre si es mantenen reunions de seguiment del programa amb els altres companys/es a on sí que s'han trobat diferències estadísticament significatives (taula 42).

Les llevadores de ≤ 20 anys d'experiència realitzen menys reunions de seguiment que les de ≥ 20 anys amb diferències estadísticament significatives [$p=0,002$]

Taula 42: Relació entre anys d'experiència i les variables relacionades amb dificultats i fortaleces del programa en les llevadores que l'estan utilitzant.

Anys_d'experiència a l'ASSIR n=272		≤ 20 anys	>20 anys	p
		n; % (IC 95%)	n; % (IC 95%)	
28. S'aconsegueix mantenir la mateixa llevadora durant tot el grup	Negatiu	7; 3,6	1; 1,3	0,446
	Positiu	187; 96,4	77; 98,7	
29. Es porten a terme reunions de seguiment del programa amb altres companys/es	Negatiu	176; 90,7	60; 76,9	0,002
	Positiu	18; 9,3	18; 23,1	
30. Preparo les sessions abans de l'inici de la sessió	Negatiu	40; 20,6	19; 24,4	0,498
	Positiu	154; 79,4	59; 75,6	
31. S'assegura la confidencialitat del que es tracta en el grup	Negatiu	7; 3,6	2; 2,6	1,000
	Positiu	187; 96,4	76; 97,4	
32. Disposo d'ordinador i canó de projecció	Negatiu	22; 11,3	6; 7,7	0,371
	Positiu	172; 88,7	72; 92,3	
33. Disposo de suport audiovisual (CD, DVD, vídeo...)	Negatiu	24; 12,4	14; 17,9	0,230
	Positiu	170; 87,6	64; 82,1	
34. Em sento satisfeta/et fent servir aquest programa en els meus grups	Negatiu	35; 18,0	9; 11,5	0,188
	Positiu	159; 82,0	69; 88,5	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

8.1.16 Anàlisi d'associació entre els diferents ASSIR i variables de fidelitat, satisfacció, utilitat, dificultat i fortaleces del programa.

S'ha realitzat també un anàlisi bivariant amb els ASSIR i les diferents variables de fidelitat, satisfacció, utilitat, fortaleces i dificultats i s'han trobat poques diferències significatives.

Respecte les variables relacionades amb la fidelitat en la variable "el nombre de sessions és adequat", l'ASSIR Lleida mostra que son adequades en un 56% amb diferències estadísticament significatives respecte a l'ASSIR de Barcelona (93,6%), Girona (86%), Metropolitana Nord (84%), Metropolitana Sud(86,8%) i Tarragona (90,9%); [$p < 0,05$] (taula 43).

Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa:
Educació Maternal / Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya

Tot i no haver trobat diferències estadísticament significatives, si que es pot observar com els ASSIR Catalunya Central i Lleida son els ASSIR amb un menor grau de fidelitat als continguts i metodologia del programa 42,9% i 40% respectivament, son els que han incorporat també més activitats i sessions al programa (excloent Terres de l'Ebre) i en el cas de Catalunya Central és a on es procura menys per la participació activa de les persones participants (71,4%).

Els ASSIR que afirmen tenir més fidelitat als continguts i metodologia serien Terres de l'Ebre (75%), Girona (72,1) i Metropolitana Nord (70,2%), però en canvi Metropolitana Nord (56,4%) i Metropolitana Sud (60,4%) també utilitzen més sessions expositives.

Taula 43: Relació entre l'ASSIR i les variables de fidelitat amb els seus valors positius.

	BCN CIUTAT N=47	CAT. CENTRAL N=35	GIRONA N=43	LLEIDA N=25	METRO NORD N=94	METRO SUD N=53	TARRAG ONA N=33	TERRES DE L'EBRE N=4	Significatiu (p<0,05) enfront de
	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	
1. El programa s'ofereix entre les dones gestants i parelles	42 89,4 (80,5- 98,2)	28 80 (66,7- 93,3)	37 86 (75,7- 96,4)	19 76 (59,3- 92,7)	88 93,6 (88,7- 98,6)	49 92,5 (85,3- 99,6)	28 84,8 (72,6- 97,1)	4 100 (100- 100)	
2. S'estan mantenint amb fidelitat els continguts i metodologia del programa	28 59,6 (45,5- 73,6)	15 42,9 (26,5- 59,3)	31 72,1 (58,7- 85,5)	10 40 (20,8- 59,2)	66 70,2 (61- 79,5)	32 60,4 (47,2- 73,5)	17 51,5 (34,5- 68,6)	3 75 (32,6- 117,4)	
3. El núm. de sessions és adequat	44 93,6 (86,6- 100,6)	28 80 (66,7- 93,3)	37 86 (75,7- 96,4)	14 56 (36,5- 75,5)	79 84 (76,6- 91,4)	46 86,8 (77,7- 95,9)	30 90,9 (81,1- 100,7)	4 100 (100- 100)	Lleida
4. S'han incorporat altres activitats al programa	25 53,2 (38,9- 67,5)	21 60 (43,8- 76,2)	17 39,5 (24,9- 54,1)	13 52 (32,4- 71,6)	41 43,6 (33,6- 53,6)	20 37,7 (24,7- 50,8)	12 36,4 (20- 52,8)	3 75 (32,6- 117,4)	
5. S'han incorporat altres 5 continguts al programa	22 46,8 (32,5- 61,1)	19 54,3 (37,8- 70,8)	13 30,2 (16,5- 44)	10 40 (20,8- 59,2)	41 43,6 (33,6- 53,6)	18 34 (21,2- 46,7)	16 48,5 (31,4- 65,5)	2 50 (1-99)	
6. S'han incorporat altres sessions al programa	7 14,9 (4,7- 25,1)	15 42,9 (26,5- 59,3)	9 20,9 (8,8- 33,1)	9 36 (17,2- 54,8)	17 18,1 (10,3- 25,9)	15 28,3 (16,2- 40,4)	7 21,2 (7,3- 35,2)	2 50 (1-99)	
7. S'han incorporat altres materials audiovisuals al programa	21 44,7 (30,5- 58,9)	14 40 (23,8- 56,2)	11 25,6 (12,5- 38,6)	10 40 (20,8- 59,2)	38 40,4 (30,5- 50,3)	12 22,6 (11,4- 33,9)	14 42,4 (25,6- 59,3)	2 50 (1-99)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

Taula 43 (continua): Relació entre l'ASSIR i les variables de fidelitat amb els seus valors positius

	BCN CIUTAT N=47	CAT. CENTRAL N=35	GIRONA N=43	LLEIDA N=25	METRO NORD N=94	METRO SUD N=53	TARRAGO NA N=33	TERRES DE L'EBRE N=4	Significatiu (p<0,05) enfrent de
	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	
8. Utilitzo les sessions expositives	24 51,1 (36,8- 65,4)	13 37,1 (21,1- 53,2)	17 39,5 (24,9- 54,1)	13 52 (32,4- 71,6)	53 56,4 (46,4- 66,4)	32 60,4 (47,2- 73,5)	18 54,5 (37,6- 71,5)	2 50 (1-99)	
9. En cada sessió explico els objectius marcats en el programa	26 55,3 (41,1- 69,5)	12 34,3 (18,6- 50)	20 46,5 (31,6- 61,4)	13 52 (32,4- 71,6)	45 47,9 (37,8- 58)	25 47,2 (33,7- 60,6)	16 48,5 (31,4- 65,5)	4 100 (100- 100)	
10. Respecto el temps marcat per cada activitat	10 21,3 (9,6-33)	10 28,6 (13,6- 43,5)	17 39,5 (24,9- 54,1)	9 36 (17,2- 54,8)	40 42,6 (32,6- 52,5)	16 30,2 (17,8- 42,5)	16 48,5 (31,4- 65,5)	2 50 (1-99)	
11. Puc realitzar les sessions amb les activitats i temps marcat en el programa	9 19,1 (7,9- 30,4)	13 37,1 (21,1- 53,2)	16 37,2 (22,8- 51,7)	5 20 (4,3- 35,7)	43 45,7 (35,7- 55,8)	18 34 (21,2- 46,7)	14 42,4 (25,6- 59,3)	1 25 (-17,4- 67,4)	
12. Avaluó cada sessió del programa utilitzant l'instrument d'avaluació del programa	2 4,3 (-1,5- 10)	0 0 (0-0)	5 11,6 (2-21,2)	2 8 (-2,6- 18,6)	17 18,1 (10,3- 25,9)	8 15,1 (5,5- 24,7)	4 12,1 (1-23,3)	0 0 (0-0)	
13. Avaluó quantitativament en cada grup la satisfacció dels/les participants	18 38,3 (24,4- 52,2)	4 11,4 (0,9-22)	10 23,3 (10,6- 35,9)	6 24 (7,3- 40,7)	33 35,1 (25,5- 44,8)	22 41,5 (28,2- 54,8)	8 24,2 (9,6- 38,9)	1 25 (-17,4- 67,4)	
14. Procuo per la participació activa dels participants	44 93,6 (86,6- 100,6)	25 71,4 (56,5- 86,4)	40 93 (85,4- 100,6)	21 84 (69,6- 98,4)	80 85,1 (77,9- 92,3)	46 86,8 (77,7- 95,9)	26 78,8 (64,8- 92,7)	3 75 (32,6- 117,4)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

Respecte les variables sobre satisfacció i utilitat del programa, observem que “l'assistència de les parelles de les gestants als grups d'EM/PN”, els territoris de Catalunya Central (42,9%) i Tarragona (54,5%) presenten una menor assistència de les parelles, trobant-se diferències estadísticament significatives respecte a l'ASSIR Barcelona (80,9%); [p < 0,05] (taula 44).

Pel que fa a la percepció de les llevadores sobre “les activitats plantejades per cada sessió i que afavoreixen la comprensió dels continguts”, l'ASSIR Lleida presenta diferències estadísticament significatives respecte a Metropolitana Nord, amb un 56% i 88,3% respectivament; [p < 0,05].

Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa:
Educació Maternal / Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya

Les llevadores de Catalunya Central tenen una valoració inferior respecte la percepció que tenen els participants sobre el recolzament que reben de les llevadores (80%) enfront Barcelona (97,9%), Lleida (100%), Metropolitana Nord (96,8%) i Tarragona (100%) amb diferències estadísticament significatives [$p < 0,05$] (taula 44 continua).

Taula 44: Relació entre l'ASSIR i les variables de satisfacció i utilitat del programa amb els seus valors positius.

	BCN CIUTAT N=47	CAT. CENTRAL N=35	GIRONA N=43	LLEIDA N=25	METRO NORD N=94	METRO SUD N=53	TARRAG ONA N=33	TERRES DE L'EBRE N=4	Significatiu ($p < 0,05$) enfront de
	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	
15. Les parelles de les dones gestants solen assistir als grups	38 80,9 (69,6- 92,1)	15 42,9 (26,5- 59,3)	23 53,5 (38,6- 68,4)	12 48 (28,4- 67,6)	68 72,3 (63,3- 81,4)	26 49,1 (35,6- 62,5)	18 54,5 (37,6- 71,5)	2 50 (1-99)	Cat central i Tarragona
16. Creus que el programa satisfà les expectatives	42 89,4 (80,5- 98,2)	25 71,4 (56,5- 86,4)	35 81,4 (69,8- 93)	18 72 (54,4- 89,6)	83 88,3 (81,8- 94,8)	45 84,9 (75,3- 94,5)	27 81,8 (68,7- 95)	4 100 (100- 100)	
17. La metodologia és acceptada per les/els participants	39 83 (72,2- 93,7)	26 74,3 (59,8- 88,8)	36 83,7 (72,7- 94,8)	17 68 (49,7- 86,3)	83 88,3 (81,8- 94,8)	46 86,8 (77,7- 95,9)	28 84,8 (72,6- 97,1)	3 75 (32,6- 117,4)	
18. Creus que la realització de les activitats plantejades per cada sessió afavoreix la comprensió dels continguts per a les/els participants	38 80,9 (69,6- 92,1)	26 74,3 (59,8- 88,8)	37 86 (75,7- 96,4)	14 56 (36,5- 75,5)	83 88,3 (81,8- 94,8)	43 81,1 (70,6- 91,7)	27 81,8 (68,7- 95)	3 75 (32,6- 117,4)	Lleida
19. Existeixen activitats ben acceptades per les/els participants	40 85,1 (74,9- 95,3)	27 77,1 (63,2- 91,1)	38 88,4 (78,8- 98)	18 72 (54,4- 89,6)	79 84 (76,6- 91,4)	42 79,2 (68,3- 90,2)	28 84,8 (72,6- 97,1)	4 100 (100- 100)	
20. Les/els participants creuen que manquen continguts que no estan plantejats en el programa	7 14,9 (4,7- 25,1)	3 8,6 (-0,7- 17,8)	6 14 (3,6- 24,3)	6 24 (7,3- 40,7)	20 21,3 (13- 29,6)	6 11,3 (2,8- 19,9)	3 9,1 (-0,7- 18,9)	1 25 (-17,4- 67,4)	
21. Prefereixen, les/els participants, la realització d'activitats respecte les sessions expositives	16 34 (20,5- 47,6)	12 34,3 (18,6- 50)	21 48,8 (33,9- 63,8)	7 28 (10,4- 45,6)	40 42,6 (32,6- 52,5)	20 37,7 (24,7- 50,8)	15 45,5 (28,5- 62,4)	2 50 (1-99)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

Taula 44 (continua): Relació entre l'ASSIR i les variables de satisfacció i utilitat del programa amb els seus valors positius.

	BCN CIUTAT N=47	CAT. CENTRAL N=35	GIRONA N=43	LLEIDA N=25	METRO NORD N=94	METRO SUD N=53	TARRAG ONA N=33	TERRES DE L'EBRE N=4	Significatiu (p<0,05) enfront de
	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	
22. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre l'embaràs i el part	44 93,6 (86,6- 100,6)	27 77,1 (63,2- 91,1)	40 93 (85,4- 100,6)	22 88 (75,3- 100,7)	88 93,6 (88,7- 98,6)	47 88,7 (80,1- 97,2)	31 93,9 (85,8- 102,1)	4 100 100)	
23. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre lactància-postpart	42 89,4 (80,5- 98,2)	29 82,9 (70,4- 95,3)	41 95,3 (89,1- 101,6)	24 96 (88,3- 103,7)	87 92,6 (87,2- 97,9)	46 86,8 (77,7- 95,9)	30 90,9 (81,1- 100,7)	4 100 100)	
24. Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura	40 85,1 (74,9- 95,3)	27 77,1 (63,2- 91,1)	40 93 (85,4- 100,6)	21 84 (69,6- 98,4)	85 90,4 (84,5- 96,4)	41 77,4 (66,1- 88,6)	32 97 (91,1- 102,8)	4 100 100)	
25. Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora	46 97,9 (93,7- 102)	28 80 (66,7- 93,3)	40 93 (85,4- 100,6)	25 100 (100- 100)	91 96,8 (93,3- 100,4)	48 90,6 (82,7- 98,4)	33 100 (100- 100)	4 100 100)	Cat central
26. Les/els participants mostren implicació en el procés	45 95,7 (90- 101,5)	29 82,9 (70,4- 95,3)	40 93 (85,4- 100,6)	22 88 (75,3- 100,7)	87 92,6 (87,2- 97,9)	48 90,6 (82,7- 98,4)	29 87,9 (76,7- 99)	4 100 100)	
27. El programa permet formar xarxa entre les/els participants	41 87,2 (77,7- 96,8)	25 71,4 (56,5- 86,4)	37 86 (75,7- 96,4)	19 76 (59,3- 92,7)	81 86,2 (79,2- 93,1)	45 84,9 (75,3- 94,5)	25 75,8 (61,1- 90,4)	4 100 100)	

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

Respecte a les variables relacionades amb les dificultats i fortaleses del programa observem diferències estadísticament significatives pel que fa el manteniment al llarg del grup de la mateixa llevadora de l'ASSIR Lleida (84%) enfront a Metropolitana Nord (98,9%) i Metropolitana Sud (100%); [p < 0,05] (taula 45) i també es a Lleida a on les llevadores es senten menys satisfetes fent servir el programa en front de Tarragona.

Pel que respecte a les reunions de seguiment del programa també s'han trobat diferències estadísticament significatives, essent l'ASSIR Barcelona (2,1%) i Girona (4,7%) els que porten a terme en menor grau aquestes reunions enfront de Metropolitana Sud (30,2%). L'ASSIR Girona disposa de menys mitjans audiovisuals per portar a terme el programa (69,8%) amb diferències estadísticament significatives enfront l'ASSIR Lleida (96%) i l'ASSIR Metropolitana Nord (95,7%); [p < 0,05].

Avaluació de la implementació i desenvolupament del programa:
Educació Maternal / Preparació al Naixement en els ASSIR de Catalunya

Taula 45: Relació entre l'ASSIR i les variables relacionades amb dificultats i fortaleses del amb els seus valors positius.

	BCN CIUTAT N=47	CAT. CENTRAL N=35	GIRONA N=43	LLEIDA N=25	METRO NORD N=94	METRO SUD N=53	TARRAG ONA N=33	TERRES DE L'EBRE N=4	Significatiu (p<0,05) enfrent de
	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	N % positius (IC95%)	
28. S'aconsegueix mantenir la mateixa llevadora durant tot el grup	46 97,9 (93,7- 102)	34 97,1 (91,6- 102,7)	40 93 (85,4- 100,6)	21 84 (69,6- 98,4)	93 98,9 (96,9- 101)	53 100 (100- 100)	32 97 (91,1- 102,8)	4 100 100)	Lleida
29. Es porten a terme reunions de seguiment del programa amb altres companys/es	1 2,1 (-2-6,3)	5 14,3 (2,7- 25,9)	2 4,7 (-1,6- 10,9)	3 12 (-0,7- 24,7)	13 13,8 (6,9- 20,8)	16 30,2 (17,8- 42,5)	3 9,1 (-0,7- 18,9)	1 25 (-17,4- 67,4)	Barcelona i Girona
30. Preparo les sessions abans de l'inici de la sessió	37 78,7 (67- 90,4)	29 82,9 (70,4- 95,3)	32 74,4 (61,4- 87,5)	19 76 (59,3- 92,7)	75 79,8 (71,7- 87,9)	36 67,9 (55,4- 80,5)	20 60,6 (43,9- 77,3)	3 75 (32,6- 117,4)	
31. S'assegura la confidencialitat del que es tracta en el grup	46 97,9 (93,7- 102)	33 94,3 (86,6- 102)	42 97,7 (93,2- 102,2)	24 96 (88,3- 103,7)	90 95,7 (91,7- 99,8)	51 96,2 (91,1- 101,4)	32 97 (91,1- 102,8)	3 75 (32,6- 117,4)	
32. Disposo d'ordinador i canó de projecció	44 93,6 (86,6- 100,6)	31 88,6 (78- 99,1)	30 69,8 (56- 83,5)	24 96 (88,3- 103,7)	90 95,7 (91,7- 99,8)	46 86,8 (77,7- 95,9)	30 90,9 (81,1- 100,7)	2 50 (1-99)	Girona
33. Disposo de suport audiovisual (CD, DVD, vídeo...)	41 87,2 (77,7- 96,8)	25 71,4 (56,5- 86,4)	38 88,4 (78,8- 98)	21 84 (69,6- 98,4)	81 86,2 (79,2- 93,1)	42 79,2 (68,3- 90,2)	26 78,8 (64,8- 92,7)	2 50 (1-99)	
34. Em sento satisfeta/et fent servir aquest programa en els meus grups	35 74,5 (62- 86,9)	23 65,7 (50- 81,4)	35 81,4 (69,8- 93)	13 52 (32,4- 71,6)	77 81,9 (74,1- 89,7)	36 67,9 (55,4- 80,5)	29 87,9 (76,7- 99)	2 50 (1-99)	Lleida

IC 95%= interval de confiança al 95%; p= valor de p.

c. Anàlisi Multivariant

S'han aplicat diferents models de regressió logística on les variables dependents han estat les variables de conèixer i utilitzar el programa.

Els models escollits han estat els que tenien més capacitat d'associació i predicció sobre les variables dependents, en aquest cas, es tracta d'un model associatiu i no predictiu.

Respecte la variable dependent de conèixer el programa (taula 46), el model objectiva amb significació estadística un menor coneixement del programa de l'ASSIR Terres de l'Ebre [OR: 0,03; p= 0,03; IC (0-0,72)] respecte a Barcelona Ciutat.

Respecte la resta de les variables, només mostren significació estadística:

- A favor de conèixer el programa :
 - Procuo per la participació activa (realització d'alguna activitat i no sols en actitud d'escolta) de les/els participants
 - Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora

Les llevadores que puntuen de manera positiva en aquestes dues variables s'associa a un major coneixement del programa.

Taula 46: Anàlisi multivariant variable dependent coneixes el programa

Variable	OR (IC95%)	p
ASSIR de referència: Barcelona Ciutat		0,27
CATALUNYA CENTRAL	0,76 (0,04-13,79)	0,85
GIRONA	56291791,24 (0-0)	1,00
LLEIDA	1,2 (0,06-25,17)	0,91
METROPOLITANA NORD	3,41 (0,18-63,3)	0,41
METROPOLITANA SUD	71736248,3 (0-0)	1,00
TARRAGONA	57912510,47 (0-0)	1,00
TERRES DE L'EBRE	0,03 (0-0,72)	0,03*
Procuo per la participació activa (realització d'alguna activitat i no sols en actitud d'escolta) de les/els participants	8,09 (1,07-61,42)	0,04*
Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora	38,27 (1,26-1159,87)	0,04*
Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura	0,05 (0-1,7)	0,09
Em sento satisfeta/et fent servir aquest programa en els meus grups	2,82 (0,47-16,86)	0,26
Constant	1,8 (0-0)	0,73

*Diferències estadísticament significatives

Respecte a la variable dependent, utilitzar el programa, es poden observar les dades obtingudes (taula 47). El model objectiva que tots els ASSIR mostren menor grau d'utilització del programa essent l'ASSIR de referència el de Barcelona Ciutat, malgrat que amb significació estadística, només els de Metropolitana Nord [OR: 0,23; p= 0,033; IC (0,06-0,89)]; Terres de l'Ebre [OR: 0,05; p= 0,019; IC (0-0,61)], i Tarragona [OR: 0,1; p= 0,003; IC (0,02-0,47)], s'observa una menor utilització del programa respecte a Barcelona Ciutat.

Respecte a la resta de les variables, només mostren significació estadística:

- A favor de la utilització del programa:
 - Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura
 - Les/els participants mostren implicació en el procés
 - Em sento satisfeta/et fent servir aquest programa en els meus grups
- En contra de la utilització del programa: El programa permet formar xarxa entre les/els participant.

Taula 47: Anàlisi multivariant variable dependent utilitzar el programa

Variable	OR (IC95%)	p
ASSIR de referència: Barcelona Ciutat		0,040
CATALUNYA CENTRAL	0,38 (0,08-1,76)	0,216
GIRONA	0,8 (0,14-4,69)	0,809
LLEIDA	0,23 (0,05-1,1)	0,066
METROPOLITANA NORD	0,23 (0,06-0,89)	0,033*
METROPOLITANA SUD	0,49 (0,12-2,09)	0,337
TARRAGONA	0,1 (0,02-0,47)	0,003*
TERRES DE L'EBRE	0,05 (0-0,61)	0,019*
S'estan mantenint amb fidelitat els continguts i metodologia del programa	2,03 (0,9-4,54)	0,086
S'han incorporat altres continguts al programa	0,54 (0,27-1,09)	0,083
Respecto el temps marcat per cada activitat	2,15 (0,91-5,09)	0,080
Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura	2,78 (1,04-7,42)	0,041*
Les/els participants mostren implicació en el procés	5,86 (1,87-18,38)	0,002*
El programa permet formar xarxa entre les/els participants	0,29 (0,1-0,85)	0,023*
Em sento satisfeta/et fent servir aquest programa en els meus grups	7,35 (3,29-16,41)	0,000*
Constant	0,79 (0-0)	0,773

*Diferències estadísticament significatives

8.2. Resultats FASE II: Resultats qualitius obtinguts a partir dels grups de discussió

Els resultats derivats de la fase qualitativa de l'estudi es descriuen en aquest apartat i pretenen aportar un major coneixement sobre els elements relacionats amb la implementació i desenvolupament del programa de EM/PN.

En primer lloc, es fa una breu descripció de les característiques de les llevadores participants en els grups de discussió per tal de poder acotar millor els resultats analitzats.

L'anàlisi dels resultats està estructurat en funció dels tres objectius específics per la Fase II qualitativa de la recerca.

8.2.1. Característiques de les llevadores participants en els grups de discussió

Les llevadores que han format part dels 6 grups de discussió realitzats, han estat 65 distribuïdes en els diferents territoris de Catalunya (Barcelona ciutat, Metropolitana Nord, Metropolitana Sud, Tarragona, Lleida i Girona) tal com es descriu en la metodologia de l'estudi. El número d'assistents ronda entre 10 i 14 participants i la durada de cada grup és de 90 minuts, aproximadament (taula 48).

Taula 48: Assistents i durada reunió grup discussió

	núm. ASSISTENTS	durada del grup
Barcelona ciutat	11	1:33:39
Metropolitana Nord	9	1:24:51
Metropolitana Sud	10	1:22:27
Lleida	11	1:42:41
Girona	14	1:23:03
Tarragona-Reus	10	1:24:55
TOTAL	65	8:51:36

A la taula 49, es mostren les característiques sociodemogràfiques de les llevadores participants, observant que **la mitjana d'edat** és de 44,3anys amb concordança amb la mitjana d'edat de les llevadores que van contestar el qüestionari en la Fase I que va ser de 46,8 anys.

El temps d'exercici professional de les llevadores participants es de 15,3 anys de mitjana, lleugerament per sobre de la mitjana de temps d'exercici professional de les dades obtingudes en la Fase I que va ser de 14,65 anys.

Cal destacar que les llevadores que pertanyen a l'àrea de Metropolitana Sud tenen una edat mitjana superior, 52 anys respecte la resta de territoris i també és en aquest territori on les llevadores participants tenen més anys d'experiència professional, 23,6 anys, de fet a més edat, més experiència professional.

Respecte **l'experiència en grups** hi ha certa divergència entre els territoris, observant que Lleida és l'àrea a on les llevadores que van formar part del grup de discussió tenen menys experiència en la dinamització de grups, 6,4 anys mentre que la mitjana dels territoris va ser del doble, 12,4 anys. També va ser a l'àrea Metropolitana Sud a on les llevadores tenien més experiència grupal amb 19,9 anys.

Taula 49: Característiques sociodemogràfiques de les llevadores participants

	Edat*	Temps com a llevadora*	Experiència en Grups*
	Anys	Anys	Anys
Barcelona ciutat	41,6	10,9	9,1
Metropolitana Nord	40,6	13,1	11,5
Metropolitana Sud	52,0	23,6	19,9
Lleida	41,4	13,8	6,4
Girona	45,9	15,2	12,9
Tarragona-Reus	44,0	15,4	14,3
Mitjana	44,3	15,3	12,4

*Valors de les mitjanes de les participants de cada àrea territorial

A continuació es passen a descriure els diferents resultats obtinguts en els grups de discussió.

8.2.2. Característiques de les gestants participants i captació als grups d'EM/PN

Característiques de les gestants participants

Les característiques de les participants és important per determinar la manera d'aplicar el programa. Les llevadores expliquen la composició dels grups tenint en compte: a) edat, b) paritat, c) inici dels grups, d) diversitat cultural i e) motivació de les gestants a participar en el grup.

a) Edat

La franja d'edat de les participants en els grups és força homogènia i es trobaria entre 33-38 anys, sent les gestants més joves les que difícilment acudeixen.

“He notado un incremento en la edad, yo incluso diría 35 en adelante. Que las veo en este grupo de edad muy motivadas, además” (Grup Lleida).

Les llevadores verbalitzen la dificultat de motivar les noies joves en la participació en els grups, malgrat consideren que els hi seria de gran utilitat per tal de poder desenvolupar la capacitat parental i la nova vida que hi ha després del part.

“A mi este grupo adolescente no me suelen venir que son las que a lo mejor querrías que vinieran más y son las que no están... y si vienen un día ya no vuelven. Vienen como muy desubicadas por lo que decía Inés, porque todas son de 35 o 30 y algo para arriba y claro una chica de 16-17 años tampoco viene”(Grup Tarragona).

Un dels elements que les llevadores identifiquen com a **motivador per la participació de dones més joves** (menys de 18 anys) és el fet de **tenir parella que els dóna el suport necessari** per superar les resistències per participar en un grup d'EM/PN. El suport informal, doncs, es mostra com un element a considerar a l'hora de poder captar a noies joves embarassades.

“Adolescents a vegades aconseguim que vinguin però els hi fa molta vergonya, estem parlant de noies de 15, 16 anys i costa que vinguin, costa que vinguin, però si tenen el suport d'una parella trobes que sí, que si que acudeixen”(Grup Girona).

b) Paritat: nombre de fills de les participants

Les llevadores posen de manifest que **les dones que acudeixen més a les sessions d'EM/PN es troben en el seu primer embaràs**, fent evident que a les dones secundíparaes els costa més assistir als grups, normalment, per motius d'horaris i cura de l'altre criatura. La justificació que les llevadores donen per entendre aquest fet són situacions diverses, atenent el territori (si es tracta d'una àrea rural o urbana).

“Jo estic a Banyoles i a Banyoles és una població més rural, per dir-ho així, que moltes vegades no sol ser la primera vegada que vénen sinó que repeteixen i ja ens coneixem i que al ser un grup obert van venint totes i està molt bé” (Grup Girona).

El fet d'haver acudit a un control privat en l'anterior embaràs fa que ara busquin una altra tipologia de filosofia respecte l'atenció al part.

“Normalment les primíparaes i les secundíparaes, són secundíparaes que no havien fet l'anterior grup amb el 1r fill. No havien fet grup de preparació al naixement o per que on vivien no en feien”(Grup Barcelona).

“Les que són secundíparaes, de vegades et trobes que un nombre important amb el primer part l'han tingut en un àmbit privat i amb una experiència que no s'esperaven o una mica desagradable i ara busquen un altre tipus d'atenció al naixement”(Grup Metropolitana Nord).

c) Setmanes gestació: inici dels grups

En relació als grups de preparació al naixement les llevadores comenten que solen **iniciar-se cap a les 26-30 setmanes de gestació**, però no hi ha una unificació de criteris entre les diferents àrees territorials, mostrant-se una certa diversitat. L'inici dels grups respon, a vegades, a criteris més de tipus organitzatiu que a l'adequació al programa, per això, la captació de les gestants en alguns territoris es fa molt aviat, donada la demanda important de grups per part de les gestants i la disponibilitat de grups.

Per altra banda, hi ha dones que s'incorporen amb més de 30-32 setmanes i no poden finalitzar el grup.

“Una embarassada adulta comença el grup cap a les 26-28 setmanes o inclús 30 o 32 el que passa és que, moltes vegades, no acaben d'arribar al final de les sessions però, en canvi, les altres comencen molt d'hora o nosaltres les fem començar”(Grup Barcelona).

d) Procedència i idioma de les dones

La majoria de les dones que participen en els grups de preparació son autòctones i es posa de manifest la dificultat de captar les dones immigrants.

“Vemos muchas dones magrebíes, mucha gente de fuera pero es verdad que las que vienen al grupo son autóctonas, porqué al resto o no llegamos o vienen dos clases y luego ya no vienen.” (Grup Metropolitana Sud).

“Les dones immigrants que s'han format aquí, que porten més anys a Catalunya que al seu país, que parlen català, aquestes sí que vénen” (Grup Girona).

Pel que fa a la **procedència de les dones**, els resultats evidencien una **baixa assistència de dones gitanes o magrebines en les sessions i**, en canvi, les dades mostren com **les dones sud-americanes son les que acudeixen** amb major freqüència en aquestes sessions. **Les principals barreres per no acudir son les idiomàtiques** però també les culturals i de comprensió de la necessitat de la preparació al naixement per part d'aquestes dones.

“Jo penso que també a més de la barrera idiomàtica es cultural que no hi veuen la necessitat de venir perquè jo sí que em trobo per exemple amb gent tant europees com Europa de l'est que sí que fan, tot i que no entenguin molt, sí que fan l'esforç de venir i procurar entendre perquè el grup és important. Però per exemple les marroquines no hi venen, no ho veuen”(Grup Barcelona).

Les llevadores destaquen que, en alguns territoris on s'han realitzat algunes estratègies d'acompanyament a les dones immigrants, especialment a on hi ha una forta immigració, això podria arribar a ser un motiu que dificulta la consolidació i estabilització dels grups amb dones no autòctones i, en el cas que iniciïn el grup, les llevadores no aconsegueixen assegurar la permanència d'aquestes dones en el grup. També es reconeix que les dones pakistaneses o índies, que tenen una xarxa de suport informal dins la seva comunitat no venen a aquests grups.

Per altra banda, **el nivell socioeconòmic baix també es destaca com un problema important per l'accés de les dones.**

“Tenim dues vessants, per una banda, és que hi ha molta població immigrant però a més amb un nivell socioeconòmic més baix de tota Catalunya amb lo qual aquí tenim una problemàtica social brutal. S'ajunten dues vessants la immigració, no té res a veure la immigració que pot haver-hi a Viladecans o Granollers que pot haver-hi a Hospitalet”(Grup Metropolitana Sud).

e) Predisposició prèvia i motivació de les gestants per participar en els grups

En general, les llevadores destaquen que la majoria de dones que acudeixen ho fan amb una alta **motivació perquè tenen ganes de poder afrontar el part i la lactància de manera assertiva i conscienciada**, inclús algunes d'elles venen amb expectatives molt altes sobre el que pot oferir el grup.

“Sí, són dones que estan motivades pel tema de fer bé les coses, sobretot de cara al part i lactància, probablement són els temes que més els preocupen. Carregades de dubtes”(Grup Metropolitana Nord).

“Jo sovint em trobo que tenen unes expectatives molt altes i en un temps molt curt i sí que després hem de fer la reflexió o fins i tot abans d’inscriure-les fer la reflexió de que amb 8 sessions no podem fer-ho tot i de la manera amb les expectatives que elles tenen”(Grup Metropolitana Nord).

No obstant, també una altra part de **les dones que participen en el grup ho fan sense saber el què es trobaran i**, en aquest cas, és el grup el que permet anar construint les seves expectatives i motivació. És destaca també el fet de que, en determinades situacions que la participant no pot acudir als grups per temes de salut, és la parella que la substitueix.

“Jo afegiria que també són dones que encara no es plantegen moltes coses, d’actituds i de participació. O sigui, vénen com amb una actitud “A veure què em trobo” i és al llarg del curs que van canviant d’idea, plantejant-se coses, noves perspectives com si algú els hi hagués de donar permís segons per què” (Grup Metropolitana Nord).

En aquest sentit, es posa de manifest que el **perfil de participants en el programa ha canviat al llarg dels anys, passant de ser persones molt preocupades per fer-ho bé a nivell teòric a ser persones més connectades amb la part vivencial** i que demanen poder fer una bona preparació física pel part, donat que algunes venen amb molta informació.

“El perfil ha canviat, abans eren dones que sobretot venien a la teoria i si podien saltar-se la banda de la preparació física no li donaven importància i ara són dones que et demanen bé fer una bona preparació” (Grup Lleida).

Estratègies i millores en la captació de les gestants participants

De l’anàlisi dels grups de discussió de les professionals podem posar de manifest les seves aportacions sobre els aspectes que han facilitat el procés de captació i selecció de les gestants participants. En aquest sentit, apareixen dos aspectes fonamentals: les estratègies usades per les llevadores i les dificultats obtingudes quan les posaven en pràctica i, per altra banda, les propostes de millora que proposen per poder superar aquestes dificultats.

a) Estratègies i dificultats en la captació

Respecte a les estratègies que utilitzen les llevadores per la captació de les dones es posa de manifest com **l'estratègia més emprada és a través de les consultes de control i seguiment de l'embaràs** i el "boca a boca".

"El boca a boca fa molt i en els llocs en els que ja hi ha una tradició de fa anys de fer grups la gent és com una cosa que forma part del control de l'embaràs, o sigui, venir al curs forma part del control de l'embaràs i també a les consultes i també els cartells que hi ha a les consultes de les llevadores" (Grup Metropolitana Nord).

Tanmateix, els resultats també constaten que més enllà del boca a orella les estratègies són molt diverses, essent particulars en cada grup. **Una d'elles és la via telefònica.**

"...Entonces lo que haces es llamarlas a todas por teléfono, suelo llamar yo a veces unos días antes y se lo ofrezco" (Grup Barcelona).

Un altre aspecte important de la captació és **el circuit sanitari pel qual venen derivades les gestants**, creant certa diferència quan les dones acudeixen de l'àmbit de la sanitat privada i per motius de risc en l'embaràs però que fan el control a nivell hospitalari, ja que **la informació que els hi arriba dels grups de preparació és a un moment molt desfasat en quant a temps**, se les informa molt tard de l'existència d'aquest grup. Aquest fet implica que aquest tipus de gestants acudeixen més tard amb la demanda d'informació sobre els grups d'EM/ PN per poder tenir accés a la preparació al naixement.

"Un altre problema podria ser el fet que veig que a les consultes d'Alt Risc Obstètric (ARO) i a la privada les informen tardíssim" (Grup Tarragona).

Pel que fa a **les dificultats de captació**, les llevadores verbalitzen certs problemes deguts al **nivell socioeconòmic més baix** de certes àrees de població o el fet que fossin **dones migrades**. En aquests casos, s'han realitzat intervencions concretes que no estan contemplades, d'entrada, en el programa habitual d'EM/PN per fomentar la participació de les dones en els grups com disposar d'una llevadora referent en multiculturalitat.

"A Molins de Rei fa anys que vam agafat una llevadora referent de multiculturalitat i amb una mediadora també ho vam intentar i ens va passar exactament el mateix, que les dones no venien, potser venien a les primeres dos o tres classes però el que dèiem, la xarxa, l'enraigament" (Grup

Metropolitana Sud).

Per altra banda, les llevadores també ressalten en els seus comentaris que els **grups excessivament nombrosos** fan que la pròpia llevadora ja no es motivi per captar més famílies perquè ja té el grup assegurat, essent aquesta la llevadora poc proactiva en aquestes àrees o barris determinats: amb poc esforç de captació els grups estan plens, amb un nombre de participants que, en ocasions, superen els límits establerts en el propi programa (entre 10-16 persones, aproximadament).

“Un tríptic no cal... tenim molta gent hi ha més demanda que oferta, ens morim d'èxit” (Grup Barcelona).

“Jo en canvi com a centre petit La Sagrera jo el que m'estic trobant és al revés que cada cop tinc grups més grans. De fet l'últim grup eren 36 persones” (Grup Barcelona).

b) Millores en la captació

Les llevadores participants, en alguns territoris davant les dificultats que s'han trobat, plantegen poder millorar la captació de les gestants participants **amb l'ús de material informatiu dirigit a les dones com, per exemple, cartells o díptics** o altres estratègies que, ara mateix no estan ni unificades ni sistematitzades i que, en canvi, depenen de la bona voluntat i l'habilitat de cada llevadora o de cada ASSIR per dissenyar i difondre aquests materials gràfics i/o digitals.

“Si, vam elaborar un cosa peticona amb totes les activitats grupals en qüestió a la maternitat. Que això incloïa el primer bloc que oferim cap a les 12 setmanes, després el d'educació maternal, el de recolzament d'al·letament i el de puerperi”(Grup Tarragona).

“Nosaltres a Mollet tenim tríptic i quan fem la 1a visita d'embaràs li donem i allà hi ha una mica totes les activitats que hi ha, la xerrada de 1r trimestre, grups d'educació maternal, postpart, lactància” (Grup Metropolitana Nord).

En la discussió es va mostrar **que no hi ha una sistematització de la informació** que es proporciona a les gestants malgrat es considera adequat poder elaborar un material homogeni per tot el territori amb el recolzament institucional.

“Una manera de donar-li importància a aquests grups d'educació maternal seria fer una propaganda més institucional, com se fa a la vacunació de la grip que surt a la tele una campanya així de “Vacuneu-vos”(...)” (Grup Lleida).

Per últim, respecte el procés de selecció i captació de les persones participants, les llevadores coincideixen en que el **grau d'acceptació de les dones** a participar en el programa, en general, **és positiu**.

8.2.3. Valoració del procés de desenvolupament del programa

Un cop s'ha implementat el grup d'EM/PN, hi han 5 elements i factors que han tingut molta influència en el desenvolupament del mateix i són: **les característiques pròpies del programa** i la seva posada en marxa, **la percepció de la dinamitzadora de les sessions** en relació a l'ús de la metodologia participativa, el **clima grupal** que s'ha generat en funció dels elements que han influït positiva o negativament en el clima grupal i, per últim, **la participació sostinguda** en el temps de les gestants en termes d'assistència general i fent especial èmfasi **en la participació masculina** com a figura també important en el procés de maternitat-paternitat.

Metodologia

a) Maneig de la metodologia per part de la llevadora

La percepció que tenen les llevadores respecte el maneig de **la metodologia grupal proposada en el programa és positiva però amb matisos i elements que cal posar de relleu**, especialment, relacionats amb la dinamització dels grups i les adaptacions metodològiques realitzades per les llevadores al llarg de la seva pràctica.

En primer lloc, les llevadores destaquen que **la metodologia del programa proporciona eines específiques de treball grupal, alhora que implica a les participants perquè actuïn com a agents actius** (i no mers agents passius que reben informació), creant sinèrgies i dinàmiques de treball conjunt entre la llevadora i els participants.

“Jo els hi dic que venim a treballar. Treballaré jo i ells també”(Grup Metropolitana Sud).

“Jo personalment la metodologia molt bona. És una metodologia participativa que inclou varis aspectes” (Grup Lleida)

Per altra banda, a nivell metodològic, **el programa els hi dóna estratègies per fer aflorar els continguts que volen treballar en cada sessió i que poden ser un tant difícils d'introduir com, per exemple, la sexualitat**.

Es tracta, doncs d'aportar al grup dinàmiques que els permetin expressar-se i reflexionar sobre diferents aspectes (més o menys íntims) en un ambient distès.

“A mí me ha dado herramientas, por ejemplo si el grupo es muy cerrado y son pocos, por ejemplo el tema de la sexualidad, el tema de la sexualidad a veces costaba empezar” (Grup Metropolitana Sud).

En aquest punt, les llevadores rescaten de nou el tema de la dificultat de gestionar el temps per poder arribar a donar tot el contingut que es presenta en cada sessió.

“És una metodologia bona, el que passa que gestionar tot el material aquest en el temps i les sessions que s’ha plantejat m’és impossible”(Grup Lleida).

Tots els elements metodològics comentats i proposats en el **programa impliquen un canvi de paradigma basat en la interacció i la participació de les gestants** participants, deixant de banda les sessions purament teòriques i expositives.

“El que intento fer és que les classes no siguin classes magistrals perquè allò no és un col·legi i si que hi ha gent que pren notes però les intento fer el més interactives possible faig activitats que les intento fer interactives com la per exemple la pluja d’idees (...)” (Grup Lleida).

En general, aquest canvi és molt ben rebut per les pròpies professionals que se senten còmodes per dinamitzar les sessions grupals i perquè les gestants poden anar agafant més consciència corporal a través dels exercicis físics i de relaxació.

“Jo personalment em sento molt còmoda ara perquè veia que donava molt de contingut teòric. Jo tenia la sensació que donava molt contingut teòric i que, tot i així, acabaven moltes vegades amb els mateixos dubtes, inquietuds i és com... potser necessites més “parar la ment i sent, escolta, agafa confiança i llavors ja tot bé” (Grup Girona).

Ara bé, les mateixes llevadores reconeixen que si fa molt temps que treballen en aquests serveis i tenen una trajectòria llarga, els hi és més difícil d’integrar aquest model metodològic grupal i participatiu. En canvi, les llevadores que no tenen una estructura metodològica professional molt integrada perquè no fa tants anys que s’hi dediquen els hi és més fàcil incorporar en la seva tasca professional aquest paradigma.

“Imagino que és molt diferent llevadores que fa relativament pocs anys que hem acabat, que ens va molt bé per tenir una estructura, una guia per no sortir-nos molt perquè no tenim encara creada una experiència pròpia per poder tenir les nostres eines de dir, clar no hem viscut encara prou per crear-nos la nostra pròpia metodologia i ens va molt bé tenir aquest camí més o menys fet”(Metropolitana Nord).

Per altra banda, la implementació del programa **ha dotat a les llevadores, independentment dels anys d'experiència, d'uns coneixements i habilitats didàctiques de conducció de grups**, donat que la metodologia participativa plantejada implica una major dinamització del grup. Les mateixes professionals llevadores són conscients d'aquesta adquisició i la valoren positivament, tot i que la manca de temps pel seu desenvolupament es torna a posar de manifest.

“Jo penso que hi ha hagut una evolució de quan vam fer el curs que anàvem com a “Va, anem a seguir això, totes les...” a quan ja portes un rodatge,(...)” (Grup Lleida).

“I de vegades et passa, o al menys a mi em passa, que estàs fent alguna activitat, es generen preguntes i dius “veus, mira, ara això et funciona”(Grup Barcelona).

Pel que fa a activitats concretes del programa, les llevadores han destacat que, al llarg del procés, s'han sentit còmodes amb algunes activitats i tècniques que es proposen com, per exemple, l'activitat que es fa per introduir els signes d'alerta durant l'embaràs (activitat del semàfor) o les històries animades durant l'embaràs.

“La del semàfor els hi agrada i a part va molt bé per introduir vocabulari i per situar-nos amb cosetes, jo aquesta la utilitzo molt i agrada molt” (Grup Metropolitana Sud).

En canvi, altres activitats les troben més dificultoses de posar en pràctica, com és el cas de la tècnica de la fantasia guiada. Aquesta tècnica pretén que les persons del grup puguin experimentar situacions per les que no han passat, apropant-se a les vivències d'altres persones i comprendre la situació que poden haver viscut no tant sols cognictivament sinó també emocionalment. Les llevadores viuen aquesta activitat complicada alhora de gestionar les emocions que provoca en les gestants i els pocs recursos que tenen per poder sostenir aquestes emocions quan afloren.

(Fantasia guiada) “Sí, aquí quan llegeixen es desmunten moltes emocions, gairebé, acaben plorant, gairebé sempre, a totes les lectures aquestes acaben plorant, a algú se li escapen les llàgrimes, a la majoria i aquesta m'és realment difícil, per mi eh? no pel grup”(Grup Lleida).

“Sí, és clar com que m’és difícil de gestionar doncs no la faig, la obvio. Algunes vegades la torno a fer, però en la classe que està tan farcida doncs no ho sé portar això, però és cosa meva entenc. No és perquè no sigui útil” (Grup Lleida).

Respecte les tècniques de dinamització també expressen les dificultats en algunes d’elles. Això fa que les llevadores fessin una tria de les activitats amb les que es senten més còmodes, i en alguns casos poden arribar a descartar la resta d’activitats que es proposen en les diferents sessions.

“Si aquesta, que és molt... a mi em va agradar molt quan la vam fer i aprens moltes coses però la vaig intentar fer amb el grup i no va sortir... em va sortir bé però no com jo esperava, llavors aquesta és com una cosa que dius no i no l’he tornada a fer, en canvi m’agrada”(Grup Tarragona).

Un altre aspecte metodològic important en la implementació del programa és el fet que el grup tingui un caràcter obert (les gestants es poden incorporar al grup sempre) o tancat (comencen i acaben les mateixes gestants en els mateixos moments). Al llarg de la implementació, hi ha grups que han estat oberts i altres que han estat tancats.

En general, **les llevadores consideren que la proposta metodològica grupal s’adapta més als grups tancats que els grups oberts** perquè en aquests casos han vist que la fidelitat al programa és parcial, ja que cal fer més adaptacions metodològiques i requereix que la llevadora que dinamitza el grup tingui més recursos per anar conduint i acollint a les persones noves.

“És que és diferent quan el grup és tancat a quan el grup és obert. Quan el grup és tancat és fàcil, tots comencen al mateix moment per tant inclús la gent és com a més predisposada a fer aquest tipus d’activitat” (Grup Lleida).

“(en el grup tancat) El que passa és que has de tenir més tables per integrar tothom i perquè les dinàmiques siguin una mica més àgils” (Grup Metropolitana Nord).

Respecte a l’organització de les sessions, cal posar de manifest la dificultat expressada per part de les llevadores per equilibrar la part de contingut teòric amb la part de preparació física. A més, tal i ja s’ha comentat, el perfil de les dones gestants participants actuals, així ho volen.

Tanmateix, el que realment acaba passant és que **no hi ha temps per poder aprofundir en la preparació física, consciència corporal i educació per la salut per part de les professionals per manca de temps i de formació específica en tècniques concretes.** També consideren que el plantejament del treball corporal en l'EM/PN hauria de ser mantingut en totes les sessions del programa i hi ha maneres diferents de portar-ho a terme.

“Clar et quedés amb molta... tot el tema d'exercicis i demés que també els hi interessa molt, jo trobo, clar, s'ha d'escurçar molt” (Grup Metropolitana Nord).

“Jo el que sí que veig és que jo la part física abans del programa en feia molta més de la que faig ara i ara us he de dir que de la meua zona han crescut com a bolets els centres que fan ioga, preparació. La primera hora la part física i la segona hora la part teòrica. Amb el programa he canviat, he intentat seguir-lo i la part física doncs si em queda, si dedico un dia a la part física com a mínim, la part de relax i respiració, o sigui ho vaig posant dins de les classes que puc però no amb la rutina que feia abans com esteu fent vosaltres ara”(Grup Girona).

b) Adaptacions i canvis per part de la llevadora

La implementació del programa ha implicat diverses adaptacions per part de les dinamitzadores que han posat en pràctica les sessions. En aquest sentit, s'observa que el programa dóna un marc general d'intervenció, però s'observen diferències que responen, bàsicament, a la manera en que cada professional fa ús del mateix. Fins a cert punt una certa flexibilitat metodològica és important i necessària en qualsevol implementació. Tanmateix, es cospa que, en el cas que ens ocupa, el programa comença a ser força diferent i heterogeni entre una implementació i una altra donades les adaptacions que es fan en funció de criteris personals, poc sistemàtics (sense un plantejament de re-estructuració formal d'objectius i continguts) fruit de la observació i interpretació de les llevadores en relació a les necessitats dels grups diversos. En definitiva, **les adaptacions no es fan dins d'un marc de reflexió o de treball grupal en el propi equip de llevadores d'un ASSIR, sinó que són resultat d'iniciatives personals de cada llevadora. Les principals adaptacions giren entorn de quatre aspectes:**

- Respecte al nombre de participants
- Respecte les activitats i materials
- Respecte a la seqüenciació de les sessions

- Respecte al material audiovisual
- Respecte a la part de consciència corporal

b.1. Respecte nombre de participants

Una de les adaptacions i canvis importants que s'han realitzat i que afecta directament a la base de la metodologia grupal és el nombre de persones participants en un grup, observant-se que **el nombre de participants és molt superior al que es recomana a nivell metodològic**. Aquest fet es detecta més especialment en les zones urbanes, mentre que en les zones rurals el nombre de participants dels grups és més fidel a la metodologia plantejada. Es tracta de grups de més de 20 persones mentre que la recomanació metodològica marca formar grups d'entre 10 i 16 persones com a màxim. Aquest fet dificulta, greument, el desenvolupament de les dinàmiques plantejades, especialment, les físiques.

“Jo he de dir, per exemple, en el meu cas, que tenim una aula que és molt petita al centre i som gairebé 40, 30 llargs, 40 segons el grup, clar si es posa el grup de peu i giren la pelvis ja l'hem liat i ens hem d'estar re col·locant per aviem la pilota que uns quants la utilitzin mentre els altres... vull dir que hi ha parts que he d'adaptar al volum de la gent que som, llavors moviment poc” (Grup Barcelona).

b.2. Respecte a les activitats i materials

Les llevadores també **han incorporat adaptacions en el programa en termes d'activitats noves** que han extret d'altres programes grupals que porten a terme o que coneixen per diferents vies (relacionats o no amb la temàtica concreta d'EM/PN) o que han conegut per altres mitjans i que l'adapten al grup d'EM/PN.

“A la sessió de postpart jo he robat i he afegit una activitat dels grups de homes, el rellotge, com reparteixen el temps ara i com creuen que el repartiran després de néixer el bebè i aquest és la bomba perquè llavors comencen a fer...” (Grup Barcelona).

“Hi ha un programa de València de Preparació al naixement que hi ha una sessió de post part que es diu Ganancias y pérdidas i jo ho he fet de posar-los: “Que vais a ganar y que vais a perder cuando tengáis un bebé” i a partir d'aquí surt de tot, no tant canvis físics... perquè de vegades quan dius canvis socials “Què canviarà a nivell social?” no saben... però quan dius “Qué ganarás y que perderás” aquí surt molta cosa...” (Grup Barcelona).

Per altra banda, algunes llevadores han realitzat activitats que, d'entrada, no estan dissenyades en el programa i que incorporen les experiències de testimonis.

“Jo a la classe de la lactància, normalment, convido una, dos o tres mares que vinguin amb el bebè per explicar la seva experiència. M'agrada que alguna hagi sigut una cesària, una altra un altre tipus de part perquè puguin compartir, que els hi surti de dins el que fan, veuen com donen el pit, coneixen els grups de suport que hi ha a la zona i jo trobo que és molt interessant i hi ha molta interacció (...)” (Grup Girona).

b.3. Respecte la seqüenciació de les sessions

El programa proposa vuit sessions amb un ordre cronològic en funció del desenvolupament del procés embaràs, part i postpart. En general, les llevadores posen de manifest que les sessions inicials (la gestació i els canvis, l'embaràs i el benestar) **les solen reduir per obtenir més temps per altres temes en els que detecten un major interès** per part de les dones o per organitzar altres activitats de socialització o bé augmentant el nombre de sessions per poder assolir els objectius.

“Jo de contingut faig una sessió més, que és una sessió que parla només de la pelvis, de pelvis i sòl pelvià i faig una sessió més perquè crec que és necessari i aleshores fem tota una sessió de consciència corporal de tot el que és la pelvis que la faig abans de començar el part, llavors ja van al part coneixent moviments, llibertat de la pelvis i tot això. Jo he introduït això, así por mi cuenta” (Grup Metropolitana Sud).

“Jo el que he hagut de fer és ampliar les sessions. Hi ha algunes classes que en comptes de fer-les en una sessió la faig en dos o amb tres, depèn, perquè trobo interessant aquestes dinàmiques i hi ha certes dinàmiques que si el grup és poc participatiu de seguida fas, però com el grup sigui dels que et sap greu de tallar, llavors ja per norma el que faig és ampliar, llavors el programa no són vuit, que en realitat són set perquè com que la del començament no la fem doncs jo faig de 10 o de 11, depèn”(Grup Lleida).

b.4. Respecte al material audiovisual

Un aspecte important del programa a nivell metodològic és el disseny i l'ús del material audiovisual. En aquest sentit, les llevadores identifiquen punts forts i punts febles del material audiovisual proporcionat pel programa.

En primer lloc, sí que valoren que els hi dóna eines didàctiques pel treball amb els grups i que, al mateix temps, el fet de ser de durada curta els hi dóna joc per presentar i obrir un debat sobre diferents temes que planteja el programa, a més de fer-ho de manera molt vivencial i emocional (les imatges mobilitzen emocions). Tot això ho veuen com a positiu. No obstant, consideren que caldria millorar alguns aspectes dels vídeos o de les històries animades per tal que poguessin ser més fidels a la realitat. Un dels vídeos més controvertits és sobre el part ja que, algunes llevadores, consideren que respon a les característiques d'un part molt intervingut i poc humanitzat, mentre altres no ho comparteixen, entenent que sí que aporta elements d'aquesta humanització.

“Jo penso que dins del vídeo, o sigui a mi el vídeo de part no m'agrada com està... una perquè podria haver-hi algun... no et dic que tots siguin fàcils, macos i ja està i que donem aquesta visió, però almenys un d'ells que fos un part més respectat sense tanta mà, sense tanta tensió, perquè es viu amb molta tensió, el vídeo en sí és com molt ràpid, tirant del cap...” (Grup Barcelona).

En el cas del vídeo sobre la lactància materna, el grup de discussió el valora com a excessivament tècnic, amb llenguatge poc entenedor i que no respon a les qüestions més pràctiques de les dones.

“El de la lactància... però de vegades veig que és un pèl massa tècnic, el llenguatge que fan servir els professionals. Els hi he de tornar a explicar algunes coses...” (Grup Barcelona).

L'ús del material audiovisual, especialment els vídeos, tampoc ha estat exempt de canvis i adaptacions per part de les llevadores que afegeixen altres vídeos que no es contemplen en el programa o, directament, n'usen uns de diferents que els proposats perquè consideren que són més reals i responen a les necessitats de les gestants.

“Jo passo el vídeo del part del programa, però també he incorporat un vídeo d'un part que és un part fisiològic de dones que van parir a l'hospital de Villena de fa molts anys perquè les parelles, de vegades, no entenen que una dona es queixi, que una dona cridi,(..)” (Grup Metropolitana Nord).

“Jo també incorporo el que és el part fisiològic i també un vídeo quan parlem del que és la cesària, la cesària respectada, respectant tot el vincle de tres i, a més, he incorporat tot el tema de part natural, part respectat i demés, tota

una sèrie d'eines naturals, des de l'aromateràpia, tex machine, l'aigua, etcètera per combatre el dolor en el moment del part" (Grup Metropolitana Nord).

b.5. Respecte a la part de consciència corporal

Pel que fa a la part d'entrenament físic, també han fet adaptacions, fent ús, inclús d'altres mètodes i tècniques per exercitar la consciència corporal com, per exemple, el ioga. La resposta de les gestants és molt bona però el fet és que és fruit d'un coneixement complementari que té la professional més enllà de les competències pròpies de formació del programa.

"Jo també he adaptat les classes i a la part física faig ioga i aquí responen molt bé. Perquè aquí recordo quan fèiem altres tipus d'exercici que era com "uf, ah" llavors bueno fem estiraments i treball molt els exercicis de respiració, meditació. Cada exercici físic és una oportunitat per estar meditant en la postura, llavors responen molt bé, els hi agrada i a mi també fer-ho" (Grup Tarragona).

Clima grupal

El clima del grup es crea amb les actituds i habilitats pròpies de la relació d'ajuda. Tanmateix, **el que més destaca és la creació d'un clima de treball positiu**: quan s'aconsegueix establir un vincle entre les professionals i les persones participants fonamentat en l'empatia, la confiança i l'acceptació que la professional aconsegueix transmetre al grup. En aquest sentit, hi ha una sèrie d'elements que influeixen positiva o negativament en la creació d'aquet clima positiu de relació i treball com la homogeneïtat i heterogeneïtat del grup, el suport informal que es genera, el rol de la llevadora i el rol dels participants.

a) Homogeneïtat i heterogeneïtat grupal

La composició dels grups en termes de diversitat en diferents nivells (nivell cultural, diferents opcions i filosofia sobre l'atenció al part, models diversos de famílies,...) és un element important en el desenvolupament del programa. En aquest sentit, **l'atenció a la diversitat és un aspecte que s'ha tingut en compte**, s'ha valorat i s'ha considerat que aporta riquesa i obertura al grup malgrat requerir d'un major esforç per part de les llevadores en l'aplicació i ús de la metodologia per tal de poder integrar els diferents punts de vista i necessitats.

“Clar això també en relació a les característiques del grup i de les parelles a vegades també dóna molta variabilitat, o sigui, hi ha gent de diferents nivells culturals, diferents nivells de participació, i aleshores això també és un enriquiment perquè els grups són oberts a tot tipus de població i també és veritat que jo crec que les llevadores fem un esforç per integrar a tothom i tothom se sent bé” (Grup Metropolitana Nord).

“A mi una de les coses que em sorprenen és que en el grup et trobes tant gent que ha decidit parir a casa com gent que no sap molt bé què farà el dia del part o com vol el part, com parelles molt participatives o parelles que estan una mica més així que van entrant de mica en mica” (Grup Girona).

b) Suport informal

Un element evident en els grups d’EM/PN que perceben les llevadores és que **el propi grup actua com a element vehicular de recolzament informal a persones que es troben en unes condicions diferents a la resta com, per exemple, el cas de dones lesbianes, dones immigrants,... perquè crea una xarxa de suport en si mateix.**

“El que jo si que m’he trobat fins ara en unes quantes que he tingut de parelles de dones és que el grup les ha acollit molt bé”(Grup Barcelona).

Aquesta xarxa de suport, molts cops, queda instrumentalitzada per diferents vies de les xarxes socials com l’aplicació whatsapp (la més nombrada) que permet una comunicació ràpida, eficient i grupal. Aquesta eina permet crear un grup de comunicació on totes les persones participants comparteixen les vivències, els dubtes i les experiències que volen. **S’ha posat de manifest que quan es dóna un ús major d’aquesta aplicació és després del part on aquest grup serveix per canalitzar col·laboracions i xarxes de suport** amb l’únic objectiu de poder ajudar-se les unes a les altres. Aquesta xarxa de suport es manté i es visualitza posteriorment en el postpart.

“És el seu grupet, de fet moltes fan un grup, ara que hi ha whatsapp i noves tecnologies, es fan el seu grup whatsapp i són aquell grup i després et vénen al postpart i després queden per anar a passejar, per fe cafès, i algunes t’ho diuen “No encara ens veiem i continuem quedant” (Grup Girona).

c) Rol de la llevadora

En el desplegament de la metodologia grupal i participativa que proposa el programa d'EM/PN és fonamental el rol que desenvolupa la dinamitzadora del grup, en aquest cas, la llevadora. Al llarg de la implementació s'ha posat de manifest que **els principals elements que han incorporat les llevadores en el rol de dinamitzadora han estat el mantenir la motivació de les dones participants, integrar i cohesionar el grup**, així com la pròpia dinamització del mateix en termes de participació. La majoria d'elles constaten que aquest rol ha estat modificat respecte el que estaven desenvolupant fins aleshores, utilitzant molt més la participació de les gestants i les seves parelles com una eina de millora en la conducció d'aquests grups.

“Realment jo noto que hi ha un abans i un després, clarament, tot i que jo pensava que feia grups participatius, que la gent parlaven i no només parlava jo, però ara veig que realment la gent parla més, jo parlo menys”.
(Grup Barcelona).

“El que fa el professional és portar, orientar, fer participar jo crec que amb això el grup ha guanyat protagonisme, potser abans era més classe magistral” (Grup Metropolitana Nord).

Malgrat hi ha una consciència i una voluntat per canviar d'un rol més expositiu a un rol que promogui la participació de les gestants, les llevadores mateixes valoren que encara hi ha camí per recórrer en el sentit **que encara es mantenen certes resistències professionals i actituds que les fa dirigir algunes sessions expositives**. El pas important és la consciència per part de la llevadora de que és un rol que, reconeix que hauria de canviar però que, en tot cas, aquest canvi caldria que anés acompanyat de formació que dotés a les professionals d'eines i recursos per dur-lo a terme.

“Es necessita una formació base important i això està molt ben muntat però el gestionar tot això no és fàcil, ni molt menys eh? Per això que el rol expositiu sempre el tenim més primat que l'altre però si vols fer el rol aquest de dinamitzar és difícil. És la meva opinió” (Grup Lleida).

d) Rol dels participants

Un altre aspecte fonamental per crear un ambient de treball positiu i participatiu recau en l'actitud de les persones participants, entenent que el seu rol condiona el desenvolupament del grup i la possibilitat d'utilitzar la metodologia que proposa el programa. Pel que s'ha comentat en els grups de discussió, les persones participants als grups d'EM/PN han tingut, de manera general, un rol actiu i passiu que ha permès i

ha dificultat, en certs moments, tirar endavant la dinàmica del programa. **Davant el temor de les professionals que això passi, les llevadores expliquen i especifiquen la metodologia en la primera sessió del grup per tal que les persones integrin i acceptin la necessitat d'adoptar un rol actiu en les sessions**, sabent que pot causar resistències entre les participants en concepte de vergonya, falta d'hàbit a la participació, passivitat, timidesa,...

“Hi ha gent que és tímida, hi ha gent que li costa arrencar. Jo ja aviso a la primera classe que serà amb grup molt participatiu, bueno preparar-les una miqueta que mirarem de parlat tots (...)” (Grup Girona).

“Segons el grup: si és molt participatiu casi bé que has de reconduir perquè hi ha gent que, a vegades, pot distorsionar tot el grup i tu l'has d'anar reconduint però si són d'aquestes que no parlen és per morir-se” (Grup Tarragona).

“No tenen hàbit, al menys jo el que em trobo és gent que no, que ha estat molt poc dins d'una aula fent dinàmiques i fer-li fer un role playing és per ells fer el ridícul més estrepitós, llavors clar avergonyir-lo perquè no torni la setmana següent” (Grup Barcelona).

Com es pot copsar, el rol actiu de les persones participants no sempre és possible en tots els grups i implica una reconducció del grup per part de la professional, ja sigui per un excés d'intervenció per part d'algunes o per detriment i resistències per part d'altres. S'ha donat el cas de persones que no han comprès la dinàmica de treball en el grup, per falta de coneixement i confiança amb aquest tipus de treball (molts cops el treball emocional s'aconsegueix a partir de la interacció amb els altres i amb la guia de la llevadora i no exclusivament amb la tramesa de la informació de l'experta a la gestant). Davant d'aquest fet, manca conèixer amb més profunditat les estratègies que han emprat les professionals per resoldre aquestes situacions on certes resistències personals dificulten tirar endavant la dinàmica, malgrat que sí han expressat, en més d'una ocasió, el seu neguit en conduir aquestes situacions.

“Yo vengo a que me lo expliques” I vam tenir una en un grup que em va tocar fer la sessió del part: “Dia del part: què passaria, què faríeu? I diu: “Hombre, esto no me lo explicas tú?” I dic “no, vull veure què heu sentit? Quines pors teniu?” “no, no, yo vengo a que tú me lo expliques, yo no voy a decir nada” (Grup Barcelona).

Característiques del programa

a) Elements de la metodologia participativa aplicada al programa

Un dels elements clau pel desenvolupament del programa ha estat la delimitació i seguiment de determinades **pautes metodològiques basades en l'adequació dels objectius, les activitats, els continguts i el temps necessari per poder portar a terme cada sessió.**

Respecte a aquests aspectes, les llevadores de manera generalitzada valoren que el desenvolupament del programa no ha estat implementat de la manera que es proposa en el disseny en concepte de poca adequació a la realitat pel que fa als temps marcats per cada sessió i activitat proposada en el programa.

Davant d'aquesta situació, les llevadores han optat per fer una adaptació del programa al temps disponible en funció de les característiques del grup, identificant que **la metodologia plantejada té una aplicació diferent en funció si es treballa amb grups grans o, per contra, en grups petits.** En el cas dels grups més grans, hi ha una dificultat evident d'acompliment del temps amb la realització de les activitats que es plantegen per cada sessió, malgrat es treballi el contingut principal que està previst per cada una d'elles. Per altra banda, si el grup és petit no permet generar un debat enriquidor per les gestants, trobant-se en situacions extremes en que el grup és una parella i poques persones més o grups reduïts de 6 persones. Aquesta casuística implica una dificultat a l'hora de respectar les activitats i els temps amb els que ha estat dissenyada.

“S'ha d'adaptar perquè si tu tens un grup poc participatiu és molt difícil fer segons què, o petit no? dius ara fem grups de tres i veus que som sis... llavors dius doncs fem-ho entre tots i intentes fer allò. També de vegades participes tu més del que el programa esperaria de tu perquè si no participen elles ho has de fer tu perquè sinó queda buit de contingut, llavors de vegades és difícil” (Grup Barcelona).

“En grups grans potser funciona però si tu tens un grup petit, que el grup és una parella, què, ho discutiran entre ells? Costa una mica. Llavors clar, doncs, fem un grup enlloc de fer grups entre nosaltres i tu acabes exposant molt” (Grup Barcelona).

Per tot això, les llevadores consideren que el programa ha de ser, en general, més flexible en termes metodològics per tal de poder adaptar-lo als grups d'EM/PN oberts (que no tenen un inici i un final).

Les llevadores han anat trobant algunes estratègies per fer aquesta adaptació amb sessions més expositives. Aquesta flexibilitat permet a les professionals encarar el treball grupal de manera més assertiva i adequada i sense tanta angoixa per ser coherents al programa.

“Tot i que jo penso que la veritat no hem de ser estrictes. O sigui, posar i voler fer el programa sencer amb els temps que hi ha, això l’únic que cosa que crearà al final és una angoixa al professional com dèiem realment i després la diferència de cada grup” (Grup Girona).

“...o sigui entenc que hem de fer un esforç per procurar tocar tot el contingut però que s’hagi de poder adaptar al teu cas concret, al teu grup...”(Grup Barcelona).

b) Avantatges del programa

Les llevadores han identificat una sèrie d’avantatges a l’hora de posar en pràctica el programa. Una d’elles és **que el programa està dissenyat de manera molt coherent i estructurada en quant a recursos, activitats i planificació de les diferents activitats per cada sessió.**

“És una avantatge que tinguis moltes dinàmiques grupals, idees per fer i això crec que és un bon programa, moltes dinàmiques i moltes històries que tu d’allà puguis dir “si vull treballar això com ho puc fer? I agafar allò...”(Grup Barcelona).

“Les avantatges jo penso que tenim moltes eines i el dia que no saps una mica per on començar t’ho mires una mica i dius “Va si, va em llanço” Et dóna una mica d’empenta” (Grup Girona).

Alhora també facilita molt la posada en pràctica el fet que el material estigui escrit, descrit i articulat en fitxes o altres materials per dinamitzar les sessions. En aquest sentit, el fet de descriure la metodologia en base a objectius, continguts i estratègies dóna sentit a la metodologia emprada que, fins ara, a les professionals els hi podia semblar que era fruit de l’espontaneïtat. Alhora, són, doncs, recursos als que sempre poden recórrer per dinamitzar activitats que necessitin.

“Pero yo la ventaja que veo es que ahora está escrita y tienes las fichas, las actividades mejor descritas te da muchas herramientas para hacerlo tal cual, te da herramientas para buscar un recurso en un momento determinado que necesitas”(Grup Tarragona).

El fet que el programa estigui estructurat permet a les professionals una homogeneïtzació i consens dels continguts i estratègies didàctiques, a més de proporcionar un guió i un suport eficient que fa més fàcil el seu ús.

“La veritat és que la metodologia quan vam fer el curs de preparació al naixement, jo vaig trobar que era... a mi em va agradar moltíssim, sobretot perquè asseguraves que totes tinguéssim la mateixa base o totes poguéssim impartir el mateix tipus d’ensenyament, que totes tinguéssim la mateixa informació” (Grup Girona).

“...és una metodologia que jo crec que és molt positiva perquè s’ha consensuat que tots més o menys fem el mateix i ens ha donat recursos per poder fer servir en cada una de les classes que penso que això també és molt interessant” (Grup Lleida).

Malgrat aquest disseny acurat del programa, les llevadores consideren **importantíssim que després cada professional es reservi espais per poder preparar les sessions a partir dels recursos i materials proporcionats pel programa.** La planificació del programa no exigeix a les professionals haver-se’l de fer seu i això implica temps que cal considerar.

“Jo el que si que crec és que si aporta una cosa molt bona el programa és que no necessites improvisar, o sigui, si tu et prepares la sessió tens garantit que si te la prepares això sortirà. (...) necessitem tenir temps per preparar cada sessió i els materials perquè sinó tens els materials no pots treure profit. Llavors, jo crec que una de les coses més bones, des del meu punt de vista, del programa és que et dóna moltíssim material però t’ho has de preparar” (Grup Metropolitana Nord).

Un altre element que és considerat un avantatge per les professionals participants és el fet que sigui **un programa que fomenta la participació de les gestants i les seves parelles, partint de la idea que l’aprenentatge real es dóna quan les gestants viuen i expressen les seves vivències i experiències.**

“El més important a part de la formació que això també ho poden buscar és que tinguin les habilitats per després enfrontar-se a les situacions que elles hauran de viure”...” Eines per la vida, per gestionar el canvi. Aquestes eines són l’assertivitat” (Grup Girona).

c) Dificultats detectades en el programa

La principal dificultat que les llevadores expressen a l'hora de posar en pràctica el programa és **l'acompliment del temps marcat**, tal i com hem comentat anteriorment, fet pel qual, en ocasions, no poden realitzar l'activitat física programada per aquella sessió o que la llevadora tingui la percepció que ha de limitar i "tallar" el debat i les preguntes formulades per les persones participants.

"Si comences a generar espais de reflexió el que em passa molt és que volen intervenir, parlar i se't van menjant temps. Llavors no puc fer tant del temps de part més física que els hi dic que ho facin a casa, és aquesta estona que estic utilitzant però si els hi dones molt marge perquè facin preguntes i intervinguin clar això no els hi pots dir després "(Grup Barcelona).

"Jo una de les coses que veig que alguna vegada pot ser una dificultat és la quantitat d'activitats que estan especificades i el temps que tens. Jo crec que està molt bé que estiguin totes aquestes activitats perquè depenent de cada grup, depenent de cada situació triaràs una o triaràs altres" (Grup Metropolitana Nord).

Un altre aspecte que les llevadores identifiquen com a dificultat a l'hora d'implementar el programa és que **hi ha certes estratègies didàctiques** proposades en el programa **que són difícils** de posar en pràctica perquè hi ha resistències per part de les gestants, perquè demanen certa motivació, implicació i participació de les mateixes com és el cas del *Role-playing* i algunes estratègies que proposa el programa no sempre agraden a las persones participants en el grup, així com dificultats per fer participar a les gestants i les seves parelles.

"La gent que tenim als cursos, a vegades, no els hi agrada aquest tipus de dinàmica que implica que facin i que participin". (Grup Metropolitana Sud)

"Reflexionar...no els hi agrada, treballar volen que precisament siguis tu la que dóna les pautes"(Grup Barcelona).

Per altra banda, el fet que el programa tingui un contingut seqüencial fa que, en un moment determinat, es tractin aspectes que, probablement, no formen part de les necessitats actuals de les dones (quan inicien els grups) i, en canvi, no s'aprofundeixi en altres temes que sí que són necessaris per elles, això fa que les llevadores es tinguin que plantejar fer més sessions de les que preveu el programa, ja que cal destinar més temps a alguns temes i activitats del que estava programat.

“Mi problema es que hay temas que se me alargan mucho porque tienen muchas preguntas, tema parto, tema lactancia es como lo que más les interesa, y cuidados del recién nacido... Sin embargo, cambios en el embarazo pues es que ya están sufriendo, vamos no les estás explicando nada nuevo porqué lo sufren ellas mismas” (Grup Metropolitana Nord).

A les dificultats comentades fins ara cal afegir-ne una darrera més estructural que es relaciona amb la percepció de les llevadores participants que el programa d'EM/PN general necessita una adaptació en funció de les característiques actuals de la població, identificant que **caldria una major atenció als models diversos de famílies que hi ha actualment i a la diversitat cultural**, observant que la majoria dels materials amb els que es treballa mostren famílies heterosexuales i occidentals, deixant de banda altres tipologies de matrimonis o parelles com, per exemple, una parella de lesbianes on una de les mares asiàtica. Algunes de les llevadores posen de manifest que s'han vist obligades a fer aquestes adaptacions que no contemplava el programa.

“Està molt centrat en la parella home-dona. Ni mares solteres, ni lesbianes” (Grup Tarragona).

“Ja no solament això sinó també en les cultures, et trobes aquí pel que he vist que la meitat són autòctones o que parlin espanyol, punt. Llavors amb la resta ja no tens res a fer, és que ja no vénen lògicament. A veure jo sóc la primera que si em ve una magrebí que no entén res és a que ni a mi mateixa se m'acudeix dir-li res” (Grup Tarragona).

Participació al llarg del programa de les gestants i parelles

Un dels aspectes més importants en el desenvolupament de l'activitat grupal és poder detectar i conèixer les estratègies que s'han posat en marxa per aconseguir la regularitat, el manteniment i la constància en l'assistència dels participants. **La motivació i la constància de les persones participants són els dos elements clau que poden desestabilitzar el grup en quant a assistència.** En aquest sentit, hi ha divergència segons la procedència. S'ha detectat que, en dones autòctones, si les dones no assisteixen de manera sostinguda en el temps és perquè s'han incorporat més tard (per motius aliens) o perquè han parit abans d'hora, en ambdós casos estem davant dos elements independents de la motivació de les mateixes. Per contra, si parla de dones migrades, es detecten més problemes per mantenir la seva assistència regular a les sessions.

Davant aquesta situació, les professionals han valorat alguns elements relacionats amb l'assistència i la continuïtat de totes les persones, independentment de la seva procedència.

a) L'horari del grup

L'horari en el que es desenvolupen les sessions sembla ser que **podria condicionar la regularitat en l'assistència** i, per això, una part important dels grups es realitzen a la tarda més que els matins perquè és la franja horària que permet una assistència major de parelles.

“De tarde van mucho más los que son autónomos, van muchas más parejas. Por las mañanas hago curso el viernes de 9 a 11, parejas tengo muy pocas, realmente me fallan mucho” (Grup Metropolitana Sud).

“Jo crec que això s'afavoreix en l'horari de tarda. Si volem que participin les parelles han de ser en un horari que ells puguin estar”(Grup Metropolitana Sud)

b) Regularitat i constància

Pel que fa a la regularitat es detecta que la majoria de persones que assisteixen acaben el programa sense problemes perquè estan motivades.

“El que està clar és que com que és voluntari, les que vénen normalment estan motivades a venir, si fos obligatori doncs potser ja seria diferent però com que és un oferiment...”(Grup Lleida).

“En general, les que comencen segueixen i, a més a més, si un dia és festa hasta els hi sap fins i tot greu que els hi saltis” (Grup Lleida).

Ara bé, també s'ha constatat que algunes s'incorporen al grup més tard del que correspondria (normalment en grups oberts), fent que no puguin finalitzar el grup perquè pareixen abans que s'acabi el curs. Les llevadores no han verbalitzat com solucionen aquest punt perquè encara no han trobat la manera de fer-ho, malgrat que són conscients que aquest problema necessita de canvis organitzatius que ho facilitin.

“Normalment acaben i, si hi ha pèrdues, és perquè no ha donat temps perquè han parit” (Grup Barcelona).

“La majoria que s'ha apuntat acaba correctament i l'acaba mes o menys a la setmana 34 o 35, ho ha fet bé, i les que no són les que pareixen de cop i volta” (Grup Barcelona).

Un aspecte que **també facilita la continuïtat de les gestants en el grup, és que elles tinguin un coneixement previ de la llevadora que porta el grup**, ja que la relació directe entre llevadores i gestants a partir del control de l'embaràs facilita que les mateixes professionals presentin el grup a les gestants i, si hi ha una relació de confiança, s'animin més i aquesta motivació es mantingui en el temps.

“Perquè una altra cosa que també passa en els grups, que no sé si passa a tot arreu, és que moltes de nosaltres també portem l'embaràs i aleshores la participació també és més gran quan coneixen la llevadora que fa el grup si, a més a més, és la llevadora que porta l'embaràs que si no et coneixen de res” (Grup Metropolitana Nord).

c) Estratègies per facilitar la permanència en el grup

Les llevadores han expressat que, per assegurar-se l'assistència de les persones participants al llarg de tot el programa, han desplegat diferents estratègies que assegurin haver-les fet servir. En un primer moment, han posat de manifest **el mantenir a les persones informades de les sessions des del primer moment, posant èmfasi en determinades sessions que consideren de màxima prioritat.**

“Tu els hi expliques totes les sessions que hi ha i elles pregunten quina toca, quina no? i hi ha una sèrie de sessions “estrella” que estan súper motivades i que volen venir a totes!” (Grup Lleida).

Una segona estratègia que han utilitzat és **l'ús d'un objecte permanent al llarg de les diferents sessions, dota de sentit la continuïtat i la regularitat en el grup, així com de pertinença al mateix.**

“Yo lo que hago es el primer día tenemos una pizarrita y hacemos un corazón. Entonces esos corazones, tenemos por ejemplo 10 corazones, se mantienen durante el curso y es una manera de bueno llegan y ven su corazón como que pertenecen también al grupo y les gusta” (Grup Barcelona).

Per altra banda, també han identificat certs col·lectius amb casuístiques més concretes que han assistit al grup de manera més irregular. Es tracta de persones amb un nivell socioeconòmic baix i amb un alt índex de risc social i persones d'una procedència cultural diferent. En ambdós col·lectius s'ha intentat posar remei des de diferents estratègies però, de moment, no s'ha aconseguit que aquestes persones assisteixin de manera regular al programa.

“Depèn del barri. Hi ha barris on hi ha més risc social. La continuïtat als grups d’educació maternal és més difícil” (Grup Tarragona).

“Nosaltres fa uns 10 anys vam intentar, amb l’ajuntament, serveis socials, l’hospital, el servei de pediatria, l’ASSIR muntar uns grups específics per dones magrebines, amb unes mediadores magrebines i vam fer, vam estructurar-ho en 5 sessions només (...) doncs ens faltaven les dones, venien a la primera sessió i després anaven desapareixent”(Grup Metropolitana Sud).

d) Participació del homes en els grups

El poder incloure i fer participants els homes en els grups d’EM/PN és una demanda social cada cop més emergent. S’ha constatat que molts d’ells estan motivats a venir però que, **si no ho fan, és probablement per un problema de conciliació entre la vida personal i la vida professional**. En aquest sentit, s’ha identificat que el **fet d’adaptar l’horari (fent grups a la tarda o vespre) facilita la participació masculina**.

“Jo trobo que sí que cada cop hi ha més participació dels homes en els grups i, a més de la continuïtat, la motivació que dèiem es cada cop més alta a totes les sessions, no es salten cap”(Grup Barcelona).

Per altra banda, també es posa de relleu que la participació masculina es retroalimenta entre ella, és a dir, **quan hi ha algun home a un grup això atrau a altres homes a venir**, malgrat puguin sorgir, aleshores, problemes de formacions de grups molt grans.

“Jo el que he trobat és que el grup que a lo millor coincideix que comencen tres o quatre homes a la vegada, llavors un diu que no està sol, les dones que han vingut soles la propera setmana vénen amb el marit. Llavors com que se potencia, si veuen que hi ha més les altres “No, no que no estaràs sol, que han vingut tal, tal” llavors m’ha passat al grup que vénen tots els homes. També l’horari és bo”(Grup Lleida).

8.2.4. Valoració dels canvis i aprenentatges

En aquest apartat es presenten els resultats relacionats amb la percepció per part de les llevadores dels canvis que produeix el programa tant en les gestants i les seves parelles, com a nivell d’aprenentatge professional de les llevadores com a dinamitzadores de les sessions i, en ambdós casos, les propostes de millora que s’aporten per tal de poder superar les barreres (en tots els nivells) que s’hagin pogut constatar en el camí.

Canvis percebuts en les gestants i parelles:

Les professionals que han dut a terme el programa han percebut, de manera general, que les persones participants **adquireixen coneixements i habilitats, especialment, en concepte d'obrir la mirada, desmitificar el procés d'embaràs, lactància i postpart, entendre'l i viure'l d'una manera més real i personal.**

“Penso que hi ha una part com d'obrir la ment, de tots aquells mites, aquelles històries que tenim com molt... sobre el part o sobre el postpart i veus que van fent “Oh, oh!” com “Ostres això és nou, ostres. Penso que els enriqueix molt la visió de l'altre, els hi obre la ment al veure-ho d'una altra manera “Ah, pues potser si que em plantejo a esperar una mica abans de posar-me la peri” jo que sé. Coses que no s'havien plantejat mai ...”(Grup Barcelona).

“Penso que les dones quan vénen al grup van canviant i hi ha una evolució. Algunes dones t'ho diuen “Jo, mira, gràcies al que he sentit o al que han parlat portava una idea i ara en porto una altra”. No sé si és del material, no sé si és del caire de cada llevadora que d'això, no sé de què és però si que hi ha moltes veus que et diuen “Mira jo pensava en una cosa així i ara veig més coses.” Jo crec que si que estem movent coses. Penso que si”(Grup Lleida).

Per altra banda, també es constata que, malgrat les llevadores perceben que les gestants evolucionen, han mostrat certes dificultats per poder matissar i classificar aquestes millores. Malgrat tot, s'ha pogut observar com els principals canvis percebuts en les gestants són:

a) Canvi emocional: una major capacitat per poder acceptar i viure millor les diferents situacions que es produeixen en el moment del part (canvi emocional), entenent que tot aprenentatge passa per la vivència.

“Els aporta tenir una vivència més implicada però que al mateix temps jo crec que s'assimila millor la informació si s'afegeix un aspecte emocional que si ho vius només de forma expositiva”(Grup Barcelona).

Per altra banda, un element fonamental en el programa, i que forma part dels canvis a nivell emocional que es persegueixen, és acceptar les situacions que es poden presentar i que no responen a les expectatives respecte al part que la dona ha planificat.

En aquest sentit, les llevadores també han identificat canvis emocionals en les dones que anirien en aquesta línia i que contribueixen a que **les dones puguin afrontar aquestes situacions amb les seves pròpies eines emocionals:**

“Jo penso que un punt molt important a valorar és l'experiència final de les dones que han tingut en el procés, independentment que la dona tingui molt clar que vol un part natural, o a la banyera, és que és igual, el tipus de part que vulgui, i si al final pel que sigui, és un altre tipus de part però l'experiència d'aquesta dona és excel·lent encara que no hagi tingut el part que ella es pensava, doncs això és positiu.” (Grup Metropolitana Nord).

Es ressalta alguna de les activitats que presenta el programa com un element important per viure les diferents situacions que es puguin presentar de manera positiva, en aquest cas, les llevadores es refereixen a l'activitat que ajuda a treballar les situacions imprevistes que inclou un conte:

“(..) quan parlem del part ja hi ha una activitat específica que és el conte, jo parlo de deixar sempre una porta oberta per les coses que no ens agraden i potser a través d'aquesta dinàmica amb aquest conte o pot ser dient les coses que poden anar bé, que és el que pretenem.” (Grup Metropolitana Nord).

El treball participatiu per part de les persones assistents que planteja el programa també es visualitza com una oportunitat de poder treballar millor els aspectes emocionals, especialment quan es treballa en grups petits.

b) Canvi comportamental: Modificar alguns comportaments relacionats amb el benestar i la pròpia salut, es també un element fonamental en el programa i que s'expressa en les reflexions de les llevadores:

“Mira avui mateix m'he trobat una gestant que ahir vam fer una sessió, era la segona, i parlàvem d'alimentació i m'ha comentat això, que hi ha coses d'alimentació que ahir van sortir i que ella pensava que ho tenia ben entès i que modificarà algunes coses i que li va anar molt bé”(Grup Metropolitana Sud).

També es considera que **el programa aporta a les dones participants elements per actuar en les situacions més freqüents en les que es trobaran** i a partir de les quals elles aniran adoptant determinats comportaments:

“Jo crec que posem uns ciments de quatre coneixements bàsics i de com actuar en quatre situacions que amb ells els hi dóna ja una base per després aprendre més coses. Jo penso que coneixements i habilitats agafen”(Grup Barcelona).

“Jo crec que el més important a part de la formació que això també ho poden buscar és que tinguin les habilitats per després enfrontar-se a les situacions que elles hauran de viure”(Grup Girona).

Les llevadores consideren que les dones adquireixen habilitats a l'hora d'afrontar el part i són verbalitzats:

“Vaig pensar molt en tu, no pensava que m'hagués servit tant” tot el que els hi expliques que fem amb pilota, massatge, coses que els hi expliques a nivell teòric... jo m'he trobat algunes que t'ho diuen quan te vénen després, “Ostres, no m'ho pensava que m'anirien també totes les classes”(Grup Lleida).

c) Canvi cognitiu: un major apoderament de les dones per la presa de decisions , es un dels principals canvis que les llevadores manifesten. En general, aquest apoderament passa per una major capacitat de les dones de decidir i de ser molt més conscients del que volen, sent més crítiques amb el que a vegades s'ofereix en els entorns hospitalaris:

“ (...) el primer dia preguntes què esperen i és “Yo que no me duela” i al final, jo faig una roda de preguntes i canvia totalment, això passa a segon pla i a lo millor et parlen molt més del postpart, de que sigui respectada, de... i dius bueno ho hem aconseguit, passem de no dolor, no sentir, no nada a plantejar-nos molt més no? Amb lo qual jo crec que sí que canvia molt”(Metropolitana Sud).

“Amb els grups el que dius la dona va agafant apoderament, també es va agafant més força”(Grup Lleida).

Aquests canvis cognitius també es manifesten en les dones secundipares que comparen la preparació que van fer en l'anterior embaràs amb la actual i destaquen un major aprenentatge en aquest programa, i es valora molt positivament que aquesta percepció sigui precisament d'una dona que ja té més experiència en la maternitat i criança.

“Em va sobtar gratament perquè va dir “És que ara estic aprenent més del que vaig aprendre la primera vegada” (Grup Lleida).

Tanmateix, a les llevadores els costa arribar a concretar i matissar quin és el procés que aquestes dones gestants segueixen per construir i elaborar en general els canvis emocionals, cognitius i comportamentals.

Aprentatges de la llevadora en el desenvolupament del programa

Respecte la percepció que tenen les professionals que han dinamitzat les sessions del programa d'EM/PN sobre el seu propi aprenentatge es constata un poc aprofundiment, ja que les llevadores tenen certa dificultat per identificar quins han estat els seus aprenentatges en clau professional. Malgrat tot, sí que es pot observar com un d'ells és el sentit i el significat que té per elles, professionalment parlant, el fet de liderar i desenvolupar els grups d'EM/PN així com el que els hi suposa posar en pràctica una nova manera de fer basada en la participació del grup.

a) Sentit professional

Les llevadores reconeixen sentir-se realitzades professionalment a través de la seva intervenció en els grups d'EM/PN i a més, observen com la seva intervenció és un catalitzador i un referent pel canvi de les gestants a partir del treball compartit, basat en la participació activa de les persones en la presa de decisions que envolten el procés de la maternitat.

“Jo trobo que és un dels pocs moments de la nostra feina que sents que realment el que estàs fent és important, vull dir, el que tu li pots transmetre a aquesta persona sense donar punts de vista particulars, simplement exposant com hauria de ser en condicions ideals l'atenció que haurien de rebre (...)” (Grup Metropolitana Nord).

“Les classes de preparació al naixement és com un camí de presentació per nosaltres, pels professionals, i penso que la relació que s'estableix amb una dona que ve a preparació al naixement, la figura de la llevadora, és que ets el professional de referència de tota la vida d'aquella dona (...)” (Grup Girona).

“Per mi tenir confiança en elles mateixes, treure la por al part i realment reforçar l'autoestima com pare i mare, parella, i que ho poden fer i evidentment també preparar-los a que tinguis més opcions de parts i més opcions de lactància. En el sentit que només hi ha un tipus de part i només un tipus de lactància (...)” (Grup Girona).

b) Desenvolupament de la intervenció grupal

En aquest sentit, cada professional des del seu propi estil **ha posat en pràctica les seves habilitats per liderar grups i el programa els hi ha permès aprofundir en la dinamització de grups:**

“Llavors una altra cosa és que cada llevadora pugui formar-se en dinàmica de grup, en intervenció grupal, per elaborar el seu estil i la seva experiència però el programa jo crec que obre moltíssimes possibilitats, tècniques de dinamització, utilitat del propi grup com a generador de idees (...)”(Grup Metropolitana Nord).

Per altra banda, s’ha observat com el **programa serveix com a model i referència** perquè cada professional pugui tirar endavant una proposta d’intervenció grupal i superant les pròpies barreres. Per tot plegat, sembla que la implementació d’aquest programa ha significat, per les llevadores **un repte professional, la valoració del qual és positiu.**

“Jo entenc que a mi això m’ha donat eines per poder ser una professional que potser no tant teòric sinó per poder jugar des d’una vessant diferent però “con lo que domino (...) I a mi m’ha donat força totes aquestes fitxes perquè jo he après a treballar de manera diferent i enfrontar-me en situacions que abans ni m’hagués plantejat no?(...)”(Grup Metropolitana Sud).

8.2.5. Valoració del grau de satisfacció i propostes de millora

L’avaluació de la satisfacció amb el programa té en compte el punt de vista de les professionals respecte el seu maneig, així com la seva percepció respecte la satisfacció de les persones participants. A més, les llevadores fan propostes de millora del programa, algunes d’aquestes es poden deixar intuir en l’apartat de desenvolupament del programa i els canvis realitzats al llarg de la implementació.

Satisfacció

a) Desenvolupament del programa i valoració positiva de la llevadora

De manera general, les professionals llevadores que han implementat el programa d’EM/PN **estan satisfetes, especialment, perquè és una referència per elles a l’hora de tenir tècniques de dinamització grupal, perquè consideren que el programa té una lògica organitzativa que facilita la tasca professional i perquè té certa flexibilitat i capacitat d’adaptació que els permet contextualitzar i preparar els continguts en funció de les necessitats de cada grup.**

“Quan és un grup un grup que participa poc va molt bé seguir el guió a “rajatabla” perquè les activitats van molt bé perquè els fas parlat a tots i els fas participar i això ho trobo una cosa molt positiva del material”(Grup Girona).

“A mi m’han anat molt bé perquè és molt organitzat. A mi m’agrada l’organització i l’ordre i saps que has de fer en cada moment”(Grup Girona).

“Yo lo veo un poquito espeso aunque lo veo que está súper bien preparado por profesionales, pedagogos, superprofesional” (Grup Barcelona).

El caràcter de flexibilitat que té el programa permet un marge de maniobra a les professionals per poder dinamitzar els grups fent ús de la seva pròpia creativitat.

Aquest aspecte és viscut de manera diferent segons cada professional, ja que hi ha qui ho veu molt positiu i engrescador i, d’altres professionals, ho viuen de manera angoixada i estressant per la necessitat de preparació de cada sessió i la responsabilitat que suposa la dinamització del grup.

“Jo reconec que els grups que funcionen bé, és molt diferent, si va funcionant bé i la gent és participativa, quan l’has fet o quan has acabat, la gent et diu que bé, llavors és una satisfacció enorme” (Grup Barcelona).

“A mi em gasta energia, molta eh? molta, i tinc la sensació que les acompanyo a apropar-se a la situació del part, de la criança, del postpart. És com un acompanyament. Però a mi em treu molta, molta energia i mira que sóc gran i estic a punt de jubilar-me i continua gastant-me molta energia i mai, mai, vaig a un grup sempre preparar-me abans el que parlaré, el que explicaré” (Grup Metropolitana Nord)

“Abans em generava relax i ara em genera estrès perquè, el que deies, hi ha uns continguts que les dones els vénen a buscar i moltes vegades tu dubtes si... com que has de donar o hauria de sortir tanta informació, depèn com vagi el grup de vegades no surt”(Grup Girona).

D’altra banda, una reflexió valorativa professional de les llevadores és que el **programa cobreix unes necessitats relacionades amb la preparació al naixement.**

Tanmateix, es reconeix el programa com un complement més en l’acompanyament que té la persona en aquest procés vital. D’aquí rau **la necessitat i la oportunitat de treballar en xarxa per tal que tots els professionals tinguin coneixement de la intervenció integral i transversal.**

“És que arribar a les necessitats de totes les dones és impossible. Penso que tal com està plantejat el programa de preparació al naixement donem un model que és totalment complementari amb altres coses, amb altres... natació, ioga, pilates, tot no ho podem oferir aquí llavors el que treballem jo penso que ho treballem molt bé i lo altre ho poden anar a buscar en un altres lloc. Tant de bo ho poguéssim oferir tot nosaltres però això ara per ara no és possible”(Grup Tarragona).

b) Percepció de la llevadora respecte a la valoració positiva de les participants

Les llevadores consideren que les persones participants estan satisfetes amb el programa i un dels elements que identifiquen com a indicador de la mateixa és la participació més o menys activa en les sessions, la continuïtat en l'assistència a les sessions i el grau d'acceptació de les activitats proposades (comentat anteriorment). Tanmateix, les pròpies participants expressen, de manera general, que quan acaba el programa voldrien més preparació física.

“Jo sé que els agrada venir perquè, sinó, no vindrien”(Grup Barcelona).

“Quan fas el qüestionari de final del curs demanen “M’ha agradat venir, la gimnàstica, m’ha agradat la pilota, m’agradaria fer més o les respiracions, m’agradaria fer més sofrologia o... “ et demanen més”(Grup Metropolitana Nord).

Es considera que la satisfacció de les persones participants també ve determinada per **les expectatives que les gestants tenen a l'inici del curs i com es veuen acomplertes** (o no) al llarg de les sessions i posades en pràctica a l'hora del part (molts cops passa que no és coherent el que s'ensenya a les sessions amb el que acaba passant a l'hospital).

“A mi el que m’afecta són aquelles dones que tenen unes expectatives d’atenció, de participació i que nosaltres fomentem amb les nostres dinàmiques i en quant arriben a l'hospital, tot això, a vegades es compleix o a vegades no i que també treballes això. També ho treballes perquè les coses poden anar d’una manera que no esperem però ... no sé si m’explico bé”(Grup Metropolitana Nord).

Propostes de millora realitzades per les llevadores

Les llevadores en aquest punt han estat especialment explícites i les millores que han sorgit al llarg dels diferents grups de discussió tenen a veure amb aspectes comentats anteriorment en l'apartat dels canvis incorporats al llarg de la implantació i

desenvolupament del programa.

En aquest punt es constaten alguns aspectes que les professionals millorarien anteriorment comentats com ara alguns aspectes del disseny de les sessions, els materials audiovisuals, així com s'aporten noves idees que han posat en pràctica les llevadores que no han estat comentades fins ara. Aquestes millores es concreten en cinc aspectes:

- Moment d'iniciar els grups d'EM/PN
- Material de recolzament per la captació de les participants
- Nombre de sessions, temps i continguts
- Material audiovisual
- Altres propostes

a) Moment d'iniciar els grups d'EM/PN

Un element important que ha sorgit en els grups de discussió és el moment d'inici de l'activitat grupal. **De manera generalitzada, la proposta és començar els grups d'educació maternal entre les 20 i les 24 setmanes de gestació** (després de la primera ecografia) en comptes d'iniciar-lo entre les 26 i les 30 setmanes de gestació que és el que s'ha vingut fent fins ara.

“Una reflexió que m'han comentat és que, a vegades, els hi hagués agradat començar abans el grup no haver-lo començat tan tard perquè s'han perdut o perquè han parit i començar abans el grup perquè algunes coses que surten en el programa de Preparació al naixement potser s'haurien de començar abans”(Grup Barcelona).

b) Material de recolzament per la captació de les participants

Un dels aspectes que les llevadores proposen per millorar la implementació del programa **és fer una campanya de captació i motivació més eficient en quan a l'elaboració d'un material dirigit a les dones a on s'explicitin els objectius, continguts i metodologia dels grups d'EM/PN** que serveixi d'ajuda i recolzament a la informació que donen les llevadores per captar a les persones participants i per ajustar les expectatives de les mateixes a la realitat del curs.

“Penso que també la dificultat és la diferència entre les expectatives i el que acaba sent. Potser estaria bé que tinguéssim una petita explicació, no sé si un tríptic o una petita informació, de què va esto “això anirà d'això, no vinguis esperant allò altre,...”(Grup Barcelona).

c) Nombre de sessions, temps i continguts

Pel que fa al disseny de l'estructura del programa, les llevadores són crítiques en diversos aspectes. **Un primer respon al fet de poder augmentar el nombre de sessions per poder desenvolupar tots els continguts del programa i respondre als objectius dels mateixos**, ja que en tots els grups de discussió realitzats hi ha una opinió generalitzada relacionada amb la impossibilitat de poder desenvolupar les sessions en el temps previst.

“Volem que treballem casos en el grup, que a mi m'encanta lo de treballar casos però clar això és molt de temps. Jo començo de vegades bé, o determinats temes la lactància, el part, la tornada a casa i lo demás a lo millor és més expositiu, per que no tinc temps” (Grup Metropolitana Nord).

Les llevadores també han reflexionat sobre el fet d'augmentar el nombre de sessions que tenen a veure amb el procés de part i de postpart. Respecte això, s'han manifestat diversos temes que consideren que valdria la pena poder prestar una atenció específica. Un d'ells és **la incorporació de més contingut sobre la pelvis i les teràpies alternatives**, especialment, en aquelles dones que volen un part natural.

“Nosaltres en aquest sentit, hem estat inclús parlant, que potser en aquelles dones que volen, i tenen molt clar que volen, un part sense anestèsia potser algo més específic per aquelles dones”(Grup Barcelona).

Per altra banda, els continguts relacionats amb el part també requeririen un major aprofundiment en aspectes emocionals **com la gestió de la por i el dolor**, plantejant alguna activitat que pugui facilitar aquest treball (aromateràpia, musicoteràpia,...).

“Yo lo que añadiría también en el tema del parto es alguna terapia alternativa que cada vez la gente lleva más... aromaterapia, o algo de homeopatía, o algo como una posibilidad de musicoterapia, cosas así que le gusta mucho a la gente y a veces parece que no sabe que es y lo bueno que puede ser”(Grup Barcelona).

En termes de contingut i sessions, les llevadores també han valorat important poder augmentar el nombre de sessions on es treballi, específicament, el procés de postpart per **poder conscienciar a les parelles durant l'embaràs de la importància del postpart** i no tan sols del part i per desenvolupar habilitats (emocionals, cognitives i comportamentals) per manejar la situació quan s'arriba a casa després del part.

“Però el comentari és, jo crec que al grup de prepart hauríem de parlat més del postpart, sí que ho tenim present que el puerperi és una sessió molt important per elles, per les parelles i que a lo millor amb una sessió no és suficient”(Grup Metropolitana Nord).

“Però jo faria més una sessió de postpart físic i una només d'emocional, penso que li hem de donar una cabuda important”(Grup Lleida).

El darrer aspecte que s'ha considerat oportú per poder augmentar la dedicació en el programa **són les cures de les criatures com, per exemple, el massatge infantil.**

“Jo faria a l'hora de la criança, una de les cures del nen, les cures típiques que totes les mares tenen neguit, i una del que és la criança” (Grup Lleida)

“Y sobre todo y sobre masaje infantil. Yo creo que se podría añadir también un trocito de masaje infantil o de más, el tacto... (...)”(Grup Barcelona).

Un segon aspecte que introdueixen les professionals és la necessitat de mantenir les vuit sessions que proposa el programa, però reorganitzant les sessions inicials i eliminant els continguts d'aquelles sessions que no responen a les necessitats actuals de les dones com son la sessió 1 (La gestació i el canvis) i part de la sessió 2 (Embaràs i benestar). D'aquesta manera, plantegen introduir una sessió preliminar al grup d'EM/PN proposada a les gestants a l'inici del segon trimestre que permetés abordar els canvis que es produeixen durant l'embaràs i els aspectes relacionats amb l'alimentació i els comportaments saludables en aquesta etapa.

“Nosaltres portem ja dies pensant que tant alimentació com els canvis, 30 i algo setmanes els hi genera més frustració que altra cosa i, en canvi, els hi aniria súper començar a parlar d'alimentació per poder modificar hàbits”(Grup Barcelona).

“Sobretudo el tema del tabaco es importante en estas fechas porque si adelantas sobretudo el mensaje que perjudica al bebé y eso estamos en una semana buena como para que pueda darse cuenta de los riesgos que puede tener el tabaco porque sino llegamos un poquito tarde. Yo haría una sola sesión sobre ese tema especial” (Grup Metropolitana Sud).

Altres propostes de millora i actualització del contingut del **programa és poder incorporar aspectes d'esterilitat en les sessions per tal que les dones que estan embarassades i que ho han aconseguit a través de tècniques de reproducció assistida es sentin incloses, representades i escoltades en la seva dificultat.**

També es proposa adaptar millor els continguts a la diversitat de famílies.

“I després penso que una cosa que falta, que ara cada vegada hi ha més, és que en cap sessió o el vídeo el reflectir tot el tema de tractament de fertilitat, cada vegada hi ha més parelles que han passat per tot un procés en el que ha sigut un llarg camí fins arribar a l'estat que estan ara i no queda, llavors perquè no es sentin “Ostres sóc la bitxo raro” no, que m’hagués pogut quedar a la primera com aquesta, com aquesta...?” que surti reflectit, igual que podria sortir una parella de dones que tenen un crió (...)” (Grup Lleida).

d) Material audiovisual

El material audiovisual va ser valorat en els grups de discussió com **una eina útil per transmetre informació a través d’imatges i situacions reals**. Ara bé, s’ha considerat oportú **poder revisar el contingut dels mateixos, tenint en compte la diversitat actual del model de família**, l’atenció més acurada del part i el procés d’al·letament.

“El material el veieu realment?” Home doncs podria actualitzar-se una mica el material visual” (Grup Girona).

En concret, es valora que caldria revisar el vídeo relacionat amb el part, els vídeos de testimonis que expressen la seva vivència de la sexualitat durant l’embaràs i el que visualitza l’atenció al part normal que també requeriria d’un mirada d’un part més humanitzat. Pel que fa els vídeos de l’al·letament s’expressa la importància de fer un vídeo més pràctic i no tant tècnic.

“Igual que mostres una noia que està parint amb anestèsia o sense anestèsia i vas posant diverses parelles també estaria bé que és veies una parella del mateix sexe”(Grup Girona).

Les professionals també aporten una idea interessant sobre crear un banc de recursos i d’eines de suport audiovisual que podrien ajudar a les dones a seleccionar el tipus de pàgines d’internet i vídeos que fossin més adequades o vàlides sota el criteri de les professionals.

“Jo tinc com una selecció, diguéssim de pàgines d’internet, de web, que poden ser útils, com de la lactància i tot això de suport i, normalment, li dono un fulletó així que he fet amb tots aquests vídeos una mica de selecció, per no perdre’s per youtube i mirar parts. Llavors és un suport, eines de suport que poden compartir a casa a la nit amb la parella”(Grup Girona).

8.2.6. Valoració del procés d'avaluació

Qualsevol implementació d'un programa hauria de contemplar un procés de avaluació del mateix per poder reconèixer la seva eficàcia i eficiència. En el cas que ens ocupa, es contemplen aquests aspectes per tal de conèixer la continuïtat, la satisfacció de les participants i els canvis necessaris per la millora del programa. En els grups de discussió s'ha pogut recollir com les llevadores no han estat gaire fidels a aquest procés d'avaluació de les sessions i no tenen en compte els instruments d'avaluació que es proposen en el material dels grups d'EM/PN. Al mateix temps, també s'ha volgut fer una aproximació a aspectes generals d'avaluació respecte a les característiques del programa que tenen a veure amb les dificultats organitzatives i la necessitat del seguiment del mateix, així com de la formació de les llevadores per poder dur a terme el programa sense problema.

Avaluació continuada del procés

En els grups de discussió s'ha pogut reconèixer que l'avaluació del procés del programa s'està realitzant de manera heterogènia i sense una sistemàtica en els diferents territoris.

Per poder desglossar aquesta ineficiència en aspectes concrets, es pot afirmar que hi ha professionals que van incorporar l'avaluació quan es va iniciar la implantació del programa i, després, s'ha deixat de realitzar per deixadesa i per pròpia autodiagnosi del que es necessita.

“Ya no, al principio si, en 2010, 2011 si que hacíamos, pero ahora ya no”
(Grup Metropolitana Sud).

“Ja vaig veure més o menys i amb el que a mi em va semblar doncs va ser quan vaig decidir treure una sèrie d'activitats en concret i ficar-ne una altra i acabar-lo d'adaptar al meu estil i ara jo no ho passo”(Grup Lleida).

Un altre aspecte que dificulta poder portar a terme l'avaluació continuada és l'existència dels grups oberts que, es realitzen en alguns territoris.

“Perquè al ser grup obert, clar, hauria de passar avui tu que acabes te passo l'avaluació final, llavors era avaluació de la sessió per als que hi havia aquell dia, la sessió del final quan venien a la consulta de postpart després els hi preguntaves una mica”(Grup Lleida).

Un altre aspecte que reconeixen les professionals en relació a l'avaluació és que han adaptat el qüestionari d'avaluació en funció del que elles han considerat més oportú i han modificat i incorporat altres eines avaluatives.

“Jo utilitzo el qüestionari però ho he modificat una mica perquè m'agradaria saber quines coses han faltat o si les expectatives s'han complert i també la meva, una qualificativa de la meva.., no sé puntuació. Que expliquin que puc canviar o que puc millorar”(Grup Metropolitana Nord).

“Jo vaig fer un qüestionari online perquè moltes m'ho respongessin a casa”(Grup Metropolitana Nord).

La opció de valorar sense cap instrument però tenint en compte l'assistència és un altre de les opcions que utilitzen les llevadores.

“Jo la millor avaluació que tinc és que vinguin totes a totes les sessions”(Grup Tarragona).

Altres professionals asseguren haver elaborat una enquesta específica per tot el procés de l'embaràs en el que s'inclou la valoració dels grups d'EM/ PN però en la que tampoc hi ha un seguiment.

“Fem una enquesta, que bueno algunes llevadores s'obliden de donar-la, és una enquesta per totes les dones que has assistit a educació maternal i al grup de postpart i és una enquesta que és només de l'atenció a tot el que és el control de l'embaràs, que també hi ha dones que no poden venir al grup i llavors és només a l'atenció a la consulta...”(Grup Girona).

Per tot el que s'ha comentat, es pot reconèixer que, entre les professionals, hi ha una actitud força generalitzada de deixar de fer l'avaluació del procés del programa i no fer servir l'avaluació proposada.

“La evaluación por ejemplo que dice después de cada sesión yo no he llegado a hacerlo nunca” (Grup Metropolitana Sud).

“Jo no valoro. La gent està contenta quan, el que hem dit abans, un cop han parit diuen que estan contents, una classe així valorada no”(Grup Lleida).

Avaluació general en relació a les característiques del programa i la formació necessària pel seu desenvolupament

En la realització dels grups de discussió s'han valorat dos aspectes fonamentals per la implementació del programa i que no s'han donat al llarg d'aquests anys de implementació del mateix. **En primer lloc, s'ha constatat una manca d'espais de supervisió professional de la pràctica i, per altra banda, proporcionar de manera mantinguda una formació completa i específica per implementar el programa.**

a) Supervisió professional a les llevadores que porten el programa

Les llevadores han posat de manifest que en la implementació del programa ha mancat treballar en equip i espais per reflexionar sobre la praxis de manera conjunta per dotar de significat i sentit a la intervenció educativa. Aquest fet s'ha posat de manifest en tots els grups del territori on s'ha posat en marxa el programa. En aquest sentit, **les llevadores voldrien disposar d'espais per poder valorar, en equip, el programa**, poder compartir el que s'està portant a terme, les dificultats sorgides en la implementació, així com compartir la incorporació dels canvis o adaptacions, especialment, entre llevadores que es troben en la mateixa àrea territorial.

“Jo penso que seria molt necessari justament per això que dic, per tenir diferents punts de vista per veure què estem fent, unificar criteris i si penso que estaria bé”(Grup Metropolitana Nord).

A vegades, aquest seguiment s'ha produït per iniciativa individual d'un grup reduït de llevadores, però el que demanen és tenir aquest espai a nivell institucional.

“Ho hem fet, nosaltres ho hem fet, el que passa al final hi ha poc espai però ho hem fet. Hem fet les persones que fem postpart i les persones que fem prepart ens hem reunit per posar en comú temes. El que passa és que teníem una hora i vam acabar fent 3 hores i no donava temps i...”(Grup Barcelona).

Un aspecte a destacar és que les pròpies professionals han coincidit **a valorar de manera molt positiva el propi grup de discussió planificat en aquesta investigació, com un espai que els hi ha permès un intercanvi entre professionals de diferents ASSIR d'un mateix àmbit territorial.**

“S'ha fet a petit comitè i ara per aquest any estava la proposta és fer-ho en una de les sessions de formació que en fem unes quantes a l'any, però així com avui o com un curs o així no se n'ha fet cap que jo sàpiga” (Grup Lleida).

b) Formació pel desenvolupament del programa

El fet de tenir una formació que permeti a les professionals poder posar en pràctica de manera adequada el programa, és un aspecte que s'ha valorat molt en els grups de discussió.

Les professionals consideren que els cal una formació inicial per desenvolupar el programa però també una formació específica mantinguda en el temps que els permeti millorar les habilitats dels professionals tant pel que fa la dinamització de grups com pels aspectes relacionats amb la preparació psicofísica de les gestants.

“Es necessita una formació base important i això està molt ben muntat però el gestionar tot això no és fàcil, ni molt menys eh? Per això que el rol expositiu sempre el tenim més primat que l'altre però si vols fer el rol aquest de dinamitzar és difícil. És la meva opinió eh?”(Grup focal Lleida).

En la majoria de grups de discussió s'ha posat de manifest una manca de formació mantinguda sobre el programa i això fa que les llevadores que no van fer la formació durant el període d'implantació l'apliquin únicament amb el suport del material que descriu l'organització i disseny del programa.

“Jo per exemple em vaig formar a fora i em va anar molt bé tenir aquí una guia perquè no tenia res a veure el que feia allà amb el que feia aquí i em va anar bé. El que sí que és veritat és que em vaig haver de, al principi, abans de fer el curs, em vaig haver de buscar les castanyes. Vull dir que no es quedava ni res, va ser jo “a ver que hago”. Una miqueta així com perduda al principi”(Grup Metropolitana Nord).

“Jo com a LLIR també penso com la Marta. Arribes a primer i et diuen “Això és tot el que tens per preparació al naixement” I dius “Vale, per on ho agafo?” Perquè a més la formació que tenim, bueno l'anem ampliant poc a poc, i aleshores comences a intentar gestionar i preparar una classe o una xerrada o una dinàmica de grup i et trobes que no saps com fer-ho (...)”(Grup Lleida).

Les professionals també consideren que caldria ampliar la formació bàsica amb una formació específica sobre les dinàmiques grupals, el treball amb col·lectius de població específics, com son les persones migrades, o també amb la preparació psicofísica i tècniques de relaxació.

“Però aquí si que ens hauríem de formar, és a dir, ara em trobo còmoda en certa manera tenint un grup culturalment bastant homogeni perquè si en un grup per algun motiu se’ns hi comencessin a introduir paquistaneses, magrebines, no sé com ho gestionaríem”(Grup Metropolitana Nord).

“Clar, de treball corporal pots fer una pinzellada perquè no pots fer tot el que voldrien les senyores i el que volen fer, a més a més, ho han de fer en un altre lloc. Jo també trobo que, per exemple, a mi em falta una mica de formació, de relaxació, d’esferodinàmia o d’alguna cosa d’aquestes que jo reconec que faig una pinzellada, que potser podria fer algo més, podria ser però també vaig molt justa de temps, però bueno amb el que jo tinc ara doncs puc fer una pinzellada perquè elles puguin aprofundir en un altre lloc”(Grup Girona).

Les llevadores, per tant, van posar de manifest les necessitats formatives que caldria tenir per mantenir i millorar els coneixements, actituds i habilitats en la dinamització de grups amb característiques dels participants diverses. Aquesta formació no pot ser puntual sino que requereix d’una planificació i un programa formatiu mantingut que contribuiria a la formació de les llevadores de nova incorporació i a la actualització de les llevadores amb més experiència.

QUARTA PART:

DISCUSSIÓ

Capítol 9. Discussió

Aquest capítol està dedicat a la discussió dels objectius plantejats a la investigació i a la comparació dels resultats obtinguts amb altres estudis publicats sobre aquest tema.

La recerca que s'ha realitzat ha permès conèixer quina és la situació actual del programa d'EM/PN als ASSIR de Catalunya respecte a la seva implementació i desenvolupament i aportar un major coneixement sobre la seva avaluació, especialment pel que fa als aspectes de penetració, fidelitat i satisfacció de les llevadores al programa elaborat. Al mateix temps, s'han identificat aquells elements del programa que dificulten el correcte desenvolupament i els que caldria millorar per tal d'ajustar-se tant a les necessitats de les llevadores que el porten a terme com a la percepció que elles mateixes tenen de les necessitats de les participants als grups d'EM/PN.

La revisió de la literatura ens ha permès objectivar l'existència de poques publicacions que detallin el tipus d'intervenció o programes que incloguin la descripció dels seus continguts i el desenvolupament de la implementació per tal de poder-los replicar^{230,231}. Aquesta recerca vol aconseguir obtenir els resultats que permetin entendre millor el procés d'implementació dins d'una avaluació formativa del programa d'EM/PN, determinant així el grau d'aplicació en un entorn específic i el seu manteniment o sostenibilitat per tal d'aportar major informació per la difusió del programa en altres entorns. Cal remarcar que el desenvolupament d'una intervenció és el primer pas per a la millora de la salut i, tal i com indica Durlak²⁶⁹, la transferència dels programes a l'entorn real d'aplicació és complicada i implica un procés de difusió i seguiment a llarg termini.

La metodologia utilitzada en aquesta recerca dins d'un disseny mixt ha estat un factor determinant a l'hora de poder comprendre millor la realitat de la implementació del programa. La fase I, quantitativa, ha permès analitzar tant les característiques de les llevadores que porten a terme el programa, com la valoració que n'han fet aquestes del seu ús a la pràctica assistencial. Mentre que la fase II, qualitativa, a partir dels grups de discussió, ha contribuït a tenir una aproximació més detallada del desenvolupament del programa i les pròpies vivències de les llevadores, assolint així una major comprensió de les dades obtingudes. Per aquest motiu, la discussió dels objectius i resultats que es presenten a continuació es realitza tenint en compte els resultats obtinguts en les dues fases.

Una possible limitació d'aquest estudi és que l'avaluació del desenvolupament del programa s'ha realitzat a partir de les percepcions de les llevadores i no s'ha contrastat amb la valoració de les dones pel que fa a la seva satisfacció o la valoració de l'adequació del propi programa a les seves necessitats educatives. No obstant això, aquesta pot ser una línia de recerca que continuï la iniciada en aquesta primera.

9.1. Descripció sociodemogràfica i professional de les llevadores dels ASSIR de Catalunya

El qüestionari elaborat per a la recerca ha obtingut un percentatge de resposta d'un 74,1% molt superior a la descrit per altres estudis^{244,32} i ha permès obtenir informació de 334 llevadores distribuïdes pels diferents ASSIR de Catalunya. Aquest elevat percentatge de resposta probablement es deu a la sistematització dels recordatoris, el fet que la investigadora participes en la elaboració del programa d'EM/PN i per tant, una persona fiable i reconeguda.

Les característiques d'aquestes professionals correspon a: un 97,9% van ser dones i l'edat mitjana de 46,8 anys és elevada (rang: 24-65 anys). Aquests resultats són molt similars als obtinguts en un estudi realitzat en el 2009 per l'Institut d'Estudis de la Salut que analitzava les característiques sociodemogràfiques i laborals de les llevadores a Catalunya²⁷⁰.

Les dades obtingudes mostren una distribució irregular de les edats en l'histograma i l'edat compresa entre 55-59 anys concentra el 26,3% de les llevadores i, pràcticament, la meitat de les llevadores, el 46,5% està en la franja de 50 a 64 anys. Aquest fet es deu a que l'any 1986 el programa de formació de l'especialitat de llevadora va haver d'adaptar-se a les directrius europees. Això va portar al tancament de les antigues escoles el curs 1986-87. El nou programa formatiu no es va publicar fins al juny de 1992 i la primera promoció, formada amb el nou model d'especialitat, no va a sortir al mercat laboral fins al març de 1996²⁷¹, per això també tenim un 28% de les llevadores que es troben entre 35 i 44 anys que són les llevadores que es van incorporar al mercat laboral després de la seva formació a partir del 1996.

La mitjana dels anys d'experiència ha estat de 12 anys el que indica, en general, una trajectòria consolidada en la conducció de grups d'EM/PN. Un 40,1% de les llevadores porta a terme anualment entre 5-6 grups, i el 70,6% també realitza altres activitats grupals, el que li permet obtenir una expertesa en la dinamització de grups d'educació per la salut durant l'embaràs i post-part.

Aquesta experiència permet el manteniment de les competències de les llevadores, entenent-les com la capacitat d'interacció, mediació i gestió entre el coneixement i la realitat física, social i cultural amb les que es troben en la pràctica assistencial.

Teate A²⁷², en el seu estudi per a la posada en marxa d'un programa de preparació al naixement, també posa de manifest que pel correcte desenvolupament del programa, l'experiència de les llevadores és un element fonamental per l'èxit del mateix.

Entre les dades obtingudes, destaca que el programa d'EM/PN elaborat pel Departament de Salut és conegut per quasi totes les llevadores (97,6%) i és utilitzat pel 81,4%, el que implica una elevada penetració del programa dins de l'activitat assistencial de les llevadores i, per tant, una bona difusió del mateix entre els ASSIR de Catalunya.

La penetració del programa en l'entorn assistencial és fonamental, tal i com diu Proctor, per determinar el nivell d'implementació²²⁸, considerant el percentatge obtingut d'utilització del programa d'EM/PN com un nivell molt òptim, tal i com es destaca en altres estudis on es mesura també el nivell de penetració a partir de les preguntes que es realitzen als proveïdors del programa²⁷³. Pel que fa referència al nostre entorn, Fernández y Fernández M²⁴⁴ presenta les dades d'utilització del programa d'educació maternal de l'atenció primària de la comunitat de Madrid on el 89,1% de les llevadores segueixen el mateix programa i, per tant, estaríem amb una penetració semblant a la que es presenta en aquest estudi.

Pràcticament la meitat de les llevadores (47,9%) va realitzar la formació prèvia per la posada en marxa del programa. D'aquestes, un 63,95% la va realitzar entre els anys 2010 i 2012 coincidint amb la seva implantació.

La formació específica de les llevadores sobre els grups d'EM/PN posteriorment a la seva implantació és molt escassa i no es manté de manera sistemàtica, les llevadores en els grups de discussió van destacar la importància de la formació inicial per poder desenvolupar correctament el programa i que aquesta formació fos al mateix temps mantinguda al llarg del temps i no tan sols en el període d'implantació, ja que això fa que les llevadores l'utilitzin únicament amb el suport del material escrit elaborat, sense l'entrenament de les competències que es requereix, tal i com per altra banda, també mostren altres estudis que implanten programes d'EM/PN i que valoren com a fonamental la capacitat de les llevadores per portar a terme aquests grups²⁷⁴.

Tot i això, les llevadores han realitzat altres tipus de formació relacionades amb l'EM/PN i que forma part de la seva formació continuada (63,2%), destacant com a principals àrees de formació les relacionades amb nous models de preparació on l'entrenament físic té una importància fonamental i en consonància amb els models emergents d'EM/PN¹¹⁴, especialment pel que fa la introducció del ioga i el pilates.

9.2. Característiques de les gestants participants en el programa d'EM/PN

Les característiques de les gestants que participen en els grups d'EM/PN, expressades per les llevadores, permet identificar la tipologia de les dones que actualment realitzen el programa. Es tracta de dones d'una franja d'edat que oscil·la entre 33 i 38 anys, i que es confirma que augmenta progressivament. En general les dones adolescents i joves no hi solen acudir, tot i ser un grup de la població amb clares necessitats de desenvolupament de competències parentals. Aquesta situació no és gaire diferent a la que es dona a d'altres països i que reflecteixen diferents estudis^{275,276}, tot i que posen de manifest que el 22% de les adolescents estarien interessades en la realització de grups d'EM/PN.

La majoria de les dones participants als grups es troben en el seu primer embaràs i les que ja tenen un fill/a no assiteixen tant, a no ser que no participessin en l'anterior embaràs en els grups d'EM/PN, aquest aspecte no difereix del perfil que destaquen altres autors²⁷⁷ no obstant, en les zones rurals les llevadores expressen que també participen les secundíparaes en aquests grups.

Les dones gestants solen iniciar els grups entre les 26-30 setmanes de gestació, però no existeix una homogenització en tot el territori català i respon més a criteris organitzatius que d'adequació al programa, i això fa que en alguns casos es captin o molt preçozment o tardanament, quan les dones estan de més de 30 setmanes de gestació, amb la qual cosa el desenvolupament del programa per part d'aquestes dones no es pot garantir.

Les dones que acudeixen als grups d'EM/PN són majoritàriament autòctones i es fa difícil, per part de les llevadores, la captació de les dones immigrants, a excepció de les dones llatino-americanes, identificant-se diferents barreres que dificulten l'accessibilitat: idiomàtiques, culturals i percepció baixa de la necessitat de la preparació per a la maternitat.

Per altra banda, el fet que aquestes dones iniciïn el grup d'EM/PN no garanteix la seva continuïtat. Les dones d'ètnia gitana tenen una molt baixa participació en les intervencions grupals i per tant, es fan poc presents en aquest tipus d'activitat.

Les dificultats d'accés també es destaca en les dones amb un nivell socioecòmic baix. Aquests aspectes també han estat recollits al llarg de la literatura publicada on es mostra que diferents entorns de programes de preparació a la maternitat probablement no s'adapten del tot a les necessitats de les poblacions minoritàries^{163,195}.

En general, les dones que participen en els grups de EM/PN solen estar motivades pels aprenentatges, especialment pels temes relacionats amb el part i la lactància, però també per afrontar la maternitat amb habilitats maternals que tenen a veure no tant sols en l'adquisició de coneixements i habilitats, sinó també en aspectes emocionals i vivencials, que els hi permet adquirir una major consciència del procés i apoderament en temes importants com els anteriorment citats. A més busquen una major preparació física, que si no s'oferta adequadament en el programa es busca en altres recursos. Malgrat això, les dones que acudeixen al grup desconeixen el que realment es proposa en el programa de EM/PN, probablement perquè no existeix una informació homogènia per tota la població i la informació és proporcionada per les llevadores individualment.

9.3. Anàlisi de la implementació del programa per part de les llevadores: valoració del procés de desenvolupament i fidelitat del programa

La fidelidad de la implementació del programa d'EM/PN fa referència a la mesura en què la intervenció proposada es posa en pràctica segons el que estava previst en el disseny i desenvolupament de la mateixa i és fonamental per poder aconseguir els resultats previstos. Per altra banda, no es pot valorar l'eficàcia de la intervenció sinó es coneix el grau de fidelitat²⁷⁸. La mesura de la fidelitat pot proporcionar informació sobre els elements claus del procés d'implementació.

Les diferents variables analitzades dins de la recerca presentada permet afirmar que el desenvolupament del programa s'està portant a terme sense mantenir una total fidelitat com es detalla a continuació.

El programa d'EM/PN a Catalunya va establir 8 sessions per desenvolupar els objectius proposats en la intervenció, i el 48,8% de les llevadores es mantenen fidels a aquest nombre de sessions, la resta de llevadores (50,6%) realitzen menys o més sessions. L'explicació d'aquest canvi es pot obtenir a partir dels grups de discussió, on es va posar de manifest que les llevadores consideren que la seqüenciació de les sessions no és l'adequada i expliquen que les sessions inicials del programa es solen reduir per dedicar més temps a altres sessions amb continguts de més interès per les dones i, probablement, aquest factor també fa que un 24,3% de les llevadores hagin incorporat en el programa altres sessions.

Malgrat això, el 84,4% de les llevadores consideren adequat aquest nombre de sessions i, per tant, ens trobaríem amb una acceptació important per part de les llevadores del nombre de sessions que proposa el programa, però possiblement no tan d'acord amb els continguts i característiques d'algunes d'aquestes sessions. Per altra banda també s'observa una heterogeneïtat en la literatura respecte al nombre de sessions que hauria de tenir un programa d'aquestes característiques^{126,279, 280}, tot i que la majoria oscil·len entre 6 i 10 sessions però inclús en alguns programes es plantegen 12 sessions.

Respecte al nombre de participants, també s'ha comprovat heterogeneïtat i, tot i que el 40% de les llevadores afirmen que els grups es componen de 10-15 participants (el programa recomana entre 10 i 18), un 27% de les llevadores va afirmar que estan per sobre de 15, arribant el 5% fins a més de 25 participants. Els grups són especialment nombrosos en les àrees urbanes, tal i com es va posar de manifest en els grups de discussió, on els grups d'EM/PN poden arribar a ser de fins a 30-40 participants. Aquest aspecte també és un punt d'alerta per altres estudis²⁴⁴ i, així, en la comunitat de Madrid també s'observa que al llarg dels anys ha anat augmentant el nombre de participants als grups passant de 13 participants a 20 participants en el 2008 i un 67,7% de les llevadores d'aquesta comunitat declaren que els grups tenen entre 15 i 24 participants, el que estaria inclús per sobre dels nostres resultats. En altres experiències de programes de preparació a la maternitat, la proposta per treballar correctament seria de 8 a 12 participants²⁷².

El nombre de participants al grup determina indubtablement canvis en la metodologia participativa que planteja el programa, ja que el temps per a la realització de les activitats programades és superior a l'augmentar el nombre de participants.

La captació de les gestants i de les parelles és un element fonamental pel programa. El 88,3% de les llevadores l'oferta sistemàticament i, generalment, es realitza a través de les consultes de control i seguiment de l'embaràs. A més a més, el programa està suficientment instaurat entre les dones i en coneixen la seva existència, malgrat això, s'assenyala que les dones amb risc durant l'embaràs que es controlen a nivell hospitalari o les dones que han escollit el sistema privat pel seguiment de l'embaràs reben més tard la informació sobre els grups que la resta de les dones gestants.

Les llevadores han matissat algunes estratègies descrites per a la captació, com per exemple, l'elaboració de díptics o cartells informatius dirigits a les dones, malgrat això, són iniciatives puntuals i es considera necessari una sistematització institucional de la informació a proporcionar sobre els objectius, continguts i desenvolupament del programa. La captació de les dones migrades i les de nivell socioeconòmic més baix són amb les que es troben més dificultats per determinar les estratègies per a la captació.

La incorporació al programa de nous continguts i activitats ha estat una pràctica que al llarg de la implementació ha realitzat el 42,2% i 45,5% respectivament de les llevadores, el que modifica l'estructura i organització del programa, per quasi la meitat de les llevadores enquestades, fent una adaptació individual i, per tant, no homogènia dels continguts. Aquesta dada és inferior a la que mostren altres estudis en els quals el 68,8% de les llevadores de la comunitat de Madrid responien que el programa que utilitzen està adaptat per cada una d'elles²⁴⁴.

En aquest estudi, les llevadores han modificat clarament la intervenció durant l'adopció o implementació del programa per adaptar-se a les necessitats de l'entorn o per ajustar millor el programa a les condicions locals. Aquest fenomen està descrit i recollit per autors com Rabin, que considera que l'adaptació i comprensió del context en la implementació es sol produir i no tindria perquè modificar els efectes de la intervenció, sempre i quan els components centrals de la intervenció estiguin preservats²⁸¹.

La metodologia participativa en els programes d'educació per a la salut és, en general, un element fonamental per l'adquisició de coneixements, habilitats i actituds i és cabdal en el programa d'EM/PN dissenyat, aspecte que es considera, per altra banda, molt positiu per les llevadores i és un dels elements que ha significat més esforç a

l'hora d'aplicar el programa. Les llevadores han expressat que aquest aspecte ha significat un canvi de paradigma important en les seves intervencions grupals.

Respecte a aquesta metodologia participativa plantejada pel programa, les llevadores destaquen, en un 85,3%, que utilitzen de manera sistemàtica la participació de les gestants i parelles, aspecte que es contraposa amb que quasi la meitat de les llevadores (48,5%) continuen utilitzant les sessions expositives.

En els grups de discussió aquest és un aspecte ampliament debatut i les llevadores verbalitzen certes resistències a aquest canvi, tot i ser conscients d'aquesta necessitat.

Alguns dels elements que utilitzen per raonar aquest fet són: grups excessivament nombrosos, l'ús de determinades activitats amb les quals no es senten prou còmodes, dificultats pel canvi quan hi ha una trajectòria professional llarga i la necessitat d'una major formació que doti a les professionals d'eines i recursos per portar-les a terme.

Respecte a altres aspectes relacionats amb el desenvolupament del programa, com el fet de realitzar les sessions i activitats en el temps marcat, s'observa que aquest element dificulta la fidelitat al programa ja que la majoria de les llevaores (64,4%) no pot realitzar les activitats proposades en el temps establert i, per tant, la percepció que tenen és que el programa no s'adequa a la realitat, tot i que de nou, cal especificar que aquest aspecte es valora, per part de les llevadores, de manera diferent si es treballa en grups grans o més petits.

En general, es considera que el programa hauria de ser més flexible, ja que la dificultat per poder realitzar les activitats en el temps establert genera certa angoixa a les llevadores i no permet mantenir la fidelitat al programa. Malgrat això, el programa planteja les activitats i metodologia des de la base de la flexibilitat i l'adaptació, per tal d'acomodar-se als diferents entorns però no es visualitza exactament així per part de les llevadores.

L'avaluació sistemàtica de les sessions és un dels elements amb menys fidelitat que mostra l'estudi, ja que només la porten a terme el 11,4% de les llevadores i l'avaluació de la satisfacció, tot i que té un percentatge més elevat (30,5%), tampoc mostra una avaluació continuada en el temps. L'avaluació sistemàtica és sempre un aspecte que sol ser poc utilitzat en la majoria de programes per part dels professionals, tal i com es destaca en altres estudis tot i ser un dels aspectes més rellevants dels programes²⁸². En el nostre entorn, l'estudi de Gallardo³², assenyala que l'avaluació del programa

d'educació maternal a Madrid el realitzava tant sols un 27% de les llevadores. Tot i ser un percentatge baix estaria per sobre de l'obtingut en aquest estudi.

S'observa, en els grups de discussió, com l'avaluació proposada en el programa també ha sofert canvis i adaptacions i no hi ha una avaluació formal per conèixer quina és l'opinió de les dones respecte als objectius, continguts i activitats plantejats en el programa. Les llevadores mostren dificultats per mantenir l'avaluació al llarg del temps i expressen certes dificultats tècniques en l'avaluació quan els grups d'EM/PN són oberts. Aquest aspecte estaria fonamentat en que el programa no s'ha dissenyat per grups oberts, tot i l'existència d'aquests grups en l'entorn assistencial.

En general, es pot evidenciar que l'avaluació del procés d'implementació no està sent efectiva ni sistemàtica per part de les llevadores i no existeix una sistemàtica per tots els territoris.

9.4. Grau de satisfacció i d'utilitat del programa per a les llevadores i per a les persones assistents

En general, es mostra una elevada satisfacció i utilitat del programa tant per les llevadores com per les persones participants, obtenint valors que oscil·len entre el 80 i 90%, en aspectes com l'acceptació de la metodologia del programa, els continguts, l'adquisició de coneixement, habilitats del programa, implicació en el procés o recolzament rebut per la llevadora. L'alta valoració de la satisfacció no és gaire diferent a la que es mostra en altres estudis que també valoren la satisfacció dels participants als grups de preparació a la maternitat, tant dins del territori espanyol²⁸⁰ com a nivell internacional^{283,284}. La diferència entre altres estudis i aquest és que la satisfacció va ser mesurada directament a partir de les participants als grups i no a partir de la percepció de les llevadores que dinamitzaven els grups.

Malgrat això, existeixen alguns aspectes que es podrien assenyalar com elements discordants ja que tot i expressar una elevada satisfacció i implicació en el procés per part de les participants, sobta que quasi un 40% de les participants no solen assistir amb assiduitat a les sessions. Probablement en aquest cas, són dos ítems que es valoren per part de les llevadores de manera separada, és a dir, que quan les participants assisteixen a les sessions es mostren motivades, actives i participatives i, pel contrari, la no regularitat o constància en l'assistència respondria a aspectes lligats a: incorporació tardana de les gestants al grup o manca de coneixement previ per part de la dona de la llevadora que dinamitza el grup.

Les llevadores per solucionar la permanència de les dones en el grup han elaborat diferents estratègies com, per exemple, informar de les diferents sessions i destacar la importància de l'assistència a algunes d'elles generant expectatives per les següents sessions, per tal de millorar l'assistència.

Com en altres aspectes, tenen una menor constància en l'assistència a les sessions les participants amb nivell socioeconòmic més baix, amb un major índex de risc social i dones immigrades, posant de nou de manifest que existeixen diferents problemes en les dones que pertanyen a minories i que no s'ajusten a les seves percepcions o necessitats^{285,286,287}.

Aquest aspecte fa que aquests grups de la població tinguin una atenció menys òptima i, per això, caldria veure com el programa s'adapta o se'n proporciona un d'específic per aquests grups de població, tot i que aquest és un problema encara no gaire ben resolt.

Un 60,5% de les llevadores afirma que les parelles/homes solen assistir als grups, però existeix encara un percentatge (39,5%) que exposa que assisteixen poc, tot i que destaquen que és una demanda social. El fet que els homes no acudeixen s'explica per les dificultats que tenen en la compaginació de la vida professional i la personal, i això ha fet que les llevadores adaptin els horaris i s'ofertin més grups de tarda que de matí dins de la programació de l'activitat d'EM/PN. Aquest aspecte també és recollit per altres estudis que identifiquen com una necessitat de les dones i de les parelles d'horaris més flexibles compatibles amb l'activitat laboral²⁸⁸.

El 82,9% de les llevadores destaquen que el programa permet formar xarxa entre les participants i fa referència al suport informal que es proporcionen entre elles, especialment quan en el grup assisteixen dones amb característiques diverses, com per exemple, dones lesbianes, soles o immigrants. Aquesta xarxa és també efectiva posteriorment al part, ja que el programa, segons les llevadores, permet treballar aspectes emocionals i vivencials durant les 8 setmanes del grup, i aquesta continuïtat i treball conjunt permet assolir un major nivell de cohesió i complicitat entre les participants construint veritables xarxes de suport, que fa que les participants es sentin segures en el grup. Determinades eines de comunicació com el whatsapp també ha facilitat la comunicació entre les participants. En l'estudi realitzat a Suècia també destaca, per part de les llevadores, la importància i la construcció de xarxes entre iguals²⁷⁴.

9.5. Conèixer les fortaleeses i dificultats del programa

El 96,7% de les llevadores reconeixen que es pot garantir la continuïtat de la llevadora que condueix el grup d'EM/PN per desenvolupar el programa i, per tant, es pot crear un clima de treball positiu, establint vincle entre les professionals i les persones participants amb un entorn de confiança i empatia.

En els grups es manté la confidencialitat del que s'expressa en les diferents sessions i també és un aspecte important per mantenir la confiança del grup.

Les llevadores manifesten diferents elements que donen una satisfacció elevada en l'ús del programa. Un d'ells és la metodologia grupal proposada pel programa, ja que els ha proporcionat eines per treballar en l'apoderament de les dones, a més de facilitar que les participants siguin agents actives en el procés d'aprenentatge. Aquests elements que ressalten les llevadores són també fonamentals en la posada en marxa de diferents programes educatius que es recullen en la literatura científica²⁷² i, a més a més, se senten satisfetes amb el rol que assumeixen en el grup, essent facilitadores dels aprenentatges, mantenir la motivació i permetre la cohesió del grup. Les llevadores també perceben que les participants se senten recolzades per elles en el procés de maternitat. Aquest rol que manifesten les llevadores és el proposat també per d'altres models de preparació a la maternitat¹²³.

La majoria de llevadores, 82,6%, disposen dels mitjans audiovisuals per portar a terme el programa. Això es deu a que un element important en la implantació del programa va ser proporcionar els mitjans tècnics (ordinadors i canó) als diferents ASSIR de Catalunya per tal de garantir que aquest es pugués portar a terme.

Respecte al material audiovisual que inclou el programa, s'identifiquen aspectes positius com per exemple, els vídeos de curta durada que donen la possibilitat d'analitzar diferents aspectes relacionats amb la maternitat i paternitat i a partir d'aquests iniciar el debat o reflexions amb les participants. En aquest sentit, les llevadores han incorporat altres materials audiovisuals procedents de diferents recursos, com per exemple, sobre el part i també consideren que algun vídeo és excessivament tècnic com, el de la lactància.

Finalment, un dels aspectes que es destaquen en aquest apartat, com una dificultat important, és que tant sols un 13,2% de les llevadores afirmen que realitzen reunions de seguiment del programa i, per tant, no existeixen espais de reflexió que permetin

compartir les dificultats, les situacions que es plantegen en els grups o els diferents punts de vista per dinamitzar les sessions o per unificar criteris. L'existència d'aquests espais és un element important que assenyalen les llevadores en els grups de discussió i, de fet, és un element que també es recull en d'altres programes de preparació a la maternitat com el que comenta Fabian²⁷⁴, que descriu la necessitat de les llevadores de col·laborar amb altres professionals que siguin font de coneixement, inspiració i recolzament i, si falten aquests espais, les llevadores solen expressar preocupació al no poder enfortir el seu rol dins de les sessions grupals.

9.6 Canvis de coneixements i capacitats de les participants al grup i aprenentatges de les llevadores amb l'ús del programa.

a) Canvis de coneixements i capacitats de les participants

El programa aporta el treball d'una sèrie de competències que proporcionen, a les gestants i les seves parelles, coneixements i habilitats que els permetran afrontar el procés maternal de manera més assertiva en clau de coneixements cognitius, vivències emocionals i canvis comportamentals.

Les llevadores perceben canvis emocionals en les dones que realitzen el programa especialment pel que fa el desenvolupament d'estratègies emocionals per adaptar-se i acceptar les situacions imprevistes, buscant una major consciència de com aquestes situacions es perceben i, a partir d'aquí, gestionar millor la possibilitat d'optar per viure-les de manera positiva o negativa, intentant trobar la positivitat de les situacions amb una actitud de gaudir d'experiències diferents a les que inicialment s'havien planificat a l'inici del programa. Les activitats plantejades en les sessions del programa ajuden de manera positiva a aquests canvis.

El treball participatiu i en petits grups contribueix, també, al treball dels aspectes emocionals al generar-se espais de diàleg entre iguals i, aquest, també és el plantejament de molts altres programes i de la percepció de les llevadores respecte al treball d'aspectes emocionals de les persones participants, tal i com mostra Novick²⁸⁹.

En general, les llevadores valoren molt positivament els canvis comportamentals i d'habilitats en les dones participants, que els permeten afrontar d'una manera competent el procés de l'embaràs, el part i el postpart i que després seran capaces d'utilitzar en diferents moments, entre d'altres, determinades tècniques o instruments durant el part, però també amb el canvi de comportaments que els permetran una millora de la salut de la gestant, especialment la millora dels hàbits alimentaris.

L'apoderament de les dones a partir del programa és un aspecte important per les llevadores dins dels canvis cognitius que es produeixen. Aquest és un aspecte clau per l'èxit dels programes de promoció de la salut i prevenció⁷¹ i implica aconseguir l'autonomia de la dona en la presa de decisions respecte al procés de maternitat. En aquest sentit, les llevadores consideren un element cabdal i de l'èxit del programa l'apoderament de les dones entent-lo com una millora de la capacitat de percebre's a si mateixes com a aptes per ocupar els espais de presa de decisions i d'utilitzar aquests espais de manera activa, tal i com proposa la pròpia Estrategia de Salut Sexual i Reproductiva del Ministeri de Sanitat ⁷².

En resum, els principals canvis en tots els nivells (emocional, cognitiu i comportamental) es concreten en poder desenvolupar habilitats comunicatives i afrontar situacions noves, els raonaments per augmentar la capacitat crítica i l'apoderament sobre el seu propi procés, entenent què volen i què poden fer les dones per aconseguir-ho.

b) Aprenentatges de les llevadores amb l'ús del programa

Les llevadores consideren que el programa establert i els grups d'EM/PN els permet dotar de sentit la seva tasca educativa i professional, ja que s'estableix una relació de confiança i proximitat com a pilar fonamental per a la dinàmica grupal amb les persones participants i les seves necessitats. La llevadora se sol sentir integrada en un procés molt especial de la vida de les persones i aquest fet és viscut com un regal. Aquest és un sentiment també clarament expressat per llevadores d'altres països²⁷².

Un altre dels aprenentatges clau que ressalten les llevadores, en la implementació del programa pel que fa la intervenció grupal, ha estat la millora del coneixement de les dinàmiques grupals, les metodologies didàctiques i la dinamització del grup a través de de l'ús dels materials i recursos del programa, alhora que els ha permès anar reduint les intervencions més teòriques i menys participatives tot i que, com hem vist anteriorment, es continuen mantenint exposicions teòriques.

El fet de disposar d'un programa amb una proposta concreta d'intervenció permet a les llevadores que inicien el programa, afrontar-lo amb més capacitat ja que disposen d'una guia de referència a partir de la qual poden anar construint els seus aprenentatges amb l'experiència real en la dinamització dels grups d'EM/PN.

9.7. Característiques sociodemogràfiques i de formació de les llevadores que influeixen en la implementació del programa en termes de fidelitat, satisfacció i dificultats en el desenvolupament del programa

Els resultats de l'estudi posen de manifest que l'edat de les llevadores i els anys d'experiència professional no afecten a l'hora de conèixer o utilitzar el programa d'EM/PN.

Malgrat això, si que és un element important haver rebut la formació específica del programa per conèixer i utilitzar-lo. Aquest aspecte reforça el fet que abans de l'inici d'un programa es pugui ofertar la formació específica per proporcionar eines adequades per portar-lo a terme. Les llevadores més joves, són les que van rebre menys formació específica observant-se diferències significatives amb les de més edat.

En relació a aquests aspectes s'observa que les llevadores que utilitzen el programa i tenen més anys d'experiència són més fidels al programa (76,9% respecte el 64,4%); probablement, això té relació amb la formació prèvia a la implementació del programa, ja que les llevadores de més edat són les que van rebre més formació abans d'iniciar-lo i possiblement els va aportar més coneixements sobre la metodologia del programa i eines pel seu ús. Aquest fet, ha facilitat la mplementació del programa tal i com està dissenyat.

Per altra banda, les llevadores de més edat també realitzen més sessions de treball amb altres companyes i segur que aquest aspecte permet reflexionar i compartir les dificultats i les estratègies per millorar la implementació del programa. Aquest fet pot contribuir a la fidelitat i pot determinar que aquestes llevadores no introdueixin activitats noves amb la mateixa freqüència que les col·legues més joves.

Conèixer el programa determina que les llevadores procurin més per la participació de les dones, un 86,9% respecte a un 44,4%, i també el fet d'utilitzar-lo millora la participació d'aquestes, un 89% respecte al 69,4% que no l'utilitzen.

Aquests resultats ens indiquen, que el poder disposar d'un programa estructurat que fomenti la participació i que aquest sigui conegut i utilitzat per les llevadores són un element clau per aquesta participació. Un dels objectius de les diferents activitats plantejades en les sessions del programa és precisament fomentar aquesta participació. Per això, no conèixer el programa fa que no s'utilitzin les propostes d'activitats i, per tant, pugui haver una menor participació de les dones i parelles.

També, conèixer el programa per part de la llevadora, sembla que proporciona la percepció a les professionals, que les dones adquireixen més coneixements sobre l'embaràs i el part, un 91,4% de les que el coneixen respecte a un 66,7% que no el coneixen.

No hi ha diferències entre conèixer o no el programa i la valoració de les llevadores sobre la millora dels coneixements de les dones sobre la lactància o les cures del nadó. Probablement, això és degut a la percepció de les professionals sobre les dificultats que es plantegen durant el puerperi i que que no es resolen en el programa d'EM/PN, ja que la intervenció durant la gestació no sembla solucionar els dubtes que apareixerant en la situació real de puerperi i per tant, les dones continuen trobant-se força perdudes en la resolució d'aquestes situacions. De fet, és en aquest aspecte on les dones mostren més insatisfacció respecte la informació rebuda per part dels professionals, tal i com marca l'enquesta PLAENSA¹⁶⁹.

En canvi, la percepció de les llevadores que utilitzen el programa (94,4%) és que les dones adquireixen més coneixements sobre l'embaràs i el part i també sobre habilitats en autocura i cura de la criatura respecte a les que no l'utilitzen i puntuen en un 72,6% l'adquisició d'aquests coneixements. Per tant, l'aplicació del programa és un element important per la percepció de les llevadores respecte l'adquisició d'un major grau de coneixement i habilitats en les participants en alguns aspectes relacionats amb el postpart, com és la cura del nadó.

Es també un element interessant d'assenyalar que les llevadores que utilitzen el programa tenen una major percepció que les dones reben més el recolzament per part de les professionals i també perceben una major implicació de les participants. Probablement aquests dos elements estan associats i a major recolzament rebut s'obté una major implicació de les participants.

Utilitzar el programa també fa que les llevadores preparin més les sessions, el 78,3% que l'utilitzen respecte al 61,3% que no ho fan. Això pot ser degut a que el programa està plantejat amb elements metodològics que requereixen un coneixement dels objectius, les activitats plantejades, del control del temps i de l'especificitat de cada sessió. La metodologia participativa del programa fa que les llevadores siguin més conscients que per fer una correcta planificació de la participació dels assistents es requereix d'una preparació inicial per cada sessió i grup si realment es vol utilitzar la

metodologia proposada, tot i que les llevadores que no l'utilitzen fan servir menys les sessions expositives i això semblaria una incoherència amb els resultats obtinguts.

Un element que pot fer entendre aquesta situació podria ser la dificultat en l'acompliment del temps establert per cada activitat i sessió, que faria que les llevadores que utilitzen el programa, preocupades per destinar més temps del previst a las activitats participatives, dediquin una part expositiva dins de cada sessió, la qual requereix menys temps que si es fomenta la participació de les persones assistents al grup.

9.8. Diferències entre els ASSIR de Catalunya respecte a la implementació i desenvolupament del programa a nivell de fidelitat, satisfacció, utilitat, dificultats i fortalezes

No es van trobar diferències significatives pel que fa als aspectes relacionats amb la fidelitat excepte en l'ASSIR de Lleida. Tot i això, els ASSIR amb més fidelitat al programa, pel que fa a continguts i metodologia, són els de Terres de l'Ebre, Girona i Metropolitana Nord. Així mateix Metropolitana Nord és l'ASSIR que utilitza més sessions expositives conjuntament amb Metropolitana Sud. Cal matisar que el percentatge de llevadores que va respondre de Terres de l'Ebre és el més baix de tota Catalunya i això fa que es desconegui què és el que estan fent la resta de llevadores d'aquest territori.

L'ASSIR de Lleida i Catalunya Central són els que tenen un menor grau de fidelitat, incorporant noves sessions i activitats. A l'ASSIR de Lleida es considera que el nombre de sessions que planteja el programa no és l'adequat, fet que explica que incorporin nous continguts i activitats i, per tant, que puguin generar més sessions en la implementació del programa. El nombre de sessions que en general es proposa en diferents programes descrits en la literatura, solen oscil·lar entre 8 i 12 ^{172,272,276}, per tant, el programa implantat a Catalunya podria estaria situat en el límit inferior i probablement requeriria ampliar alguna sessió com proposen les llevadores.

En aquest sentit, tornem a estar davant de la idea de que fidelitat i les adaptacions co-existeixen a l'hora d'implementar un programa i és un dels principals debats en la literatura²⁹⁰. La adaptació que fan les llevadores en els diferents ASSIR de Catalunya aportant canvis al disseny original alhora d'implementar el programa pot ser potencialment positiu però també podria comportar un risc a la base teòrica del

programa, per tant, mantenir l'equilibri entre les adaptacions necessàries i la fidelitat és un dels elements fonamentals descrits per diferents autors a l'hora d'implementar un programa²⁹¹ i també una de les dificultats, ja que els marcs conceptuals no aborden la qüestió de com adaptar una intervenció mentres es manté la seva efectivitat. El que si que sembla fonamental, és definir molt clarament els elements essencials del programa i explicitar-los²⁷².

Per altra banda, també és a l'ASSIR de Lleida on les llevadores se senten més insatisfetes amb el programa, trobant-se diferències significatives respecte a Tarragona i, a més a més, Lleida també té més dificultats en el manteniment de la mateixa llevadora com a dinamitzadora del grup al llarg de tota la durada del mateix en front de Metropolitana Nord i Sud, que són els ASSIR on es pot garantir millor aquesta continuïtat. Per això, cal tenir en compte que Lleida és bàsicament rural i que les llevadores estan totalment descentralitzades en els diferents CAP de la província i, per tant, solen treballar soles i les absències es cobreixen probablement amb llevadores que normalment no són conegudes per la població.

És interessant destacar com alguns ASSIR, com Catalunya Central i Tarragona, tenen el percentatge més baix d'assistència de les parelles de les gestants als grups d'EM/PN respecte a l'ASSIR de Barcelona trobant-se diferències significatives en aquests casos. Els resultats han mostrat que també a la resta d'ASSIR el percentatge de participació de les parelles és inferior al de Barcelona.

Aquest aspecte podria tenir com a explicació el fet que en els ASSIR de Barcelona es porta a terme un treball específic en la participació dels homes per una paternitat conscient i responsable amb un programa específic dirigit exclusivament als homes²⁹², per tant, les llevadores de Barcelona podrien estar molt més sensibilitzades en aquests temes, fent així que la seva percepció sigui d'una major participació dels homes.

També, per altra banda, probablement un dels efectes d'aquest programa específic pot ser la major presència dels homes en els grups d'EM/PN ja que és un dels objectius d'aquests grups específics que treballen per la millora de la implicació dels homes en la salut sexual i reproductiva.

Diferents estudis també recullen la importància de la participació dels homes durant l'embaràs en els grups d'EM/PN i aquest, hauria de ser un objectiu fonamental també d'aquests grups, tot i que aquestes aquestes intervencions proporcionen una imatge

limitada de com aquesta participació en l'embaràs pot estar associada a la cura de la criatura després del naixement^{293,294}.

Els ASSIR de Girona són els que actualment tenen menys mitjans audiovisuals per desenvolupar el programa respecte als ASSIR de Metropolitana Nord, Lleida o Barcelona. El fet que Girona sigui el territori amb proveïdors diferents que gestionen els ASSIR, pot fer pensar que no hi ha una estratègia conjunta i que depèn de cada empresa gestora la planificació d'aquests recursos, no existint una homogeneïtat pel que fa a la seva dotació o reposició. En canvi, en els altres ASSIR mencionats pràcticament la totalitat són gestionats per l'ICS i probablement hi ha una planificació homogènia de les necessitats de recursos i la seva reposició.

Finalment, s'ha pogut objectivar que respecte a l'ASSIR de Barcelona la resta d'ASSIR presenten una menor utilització del programa i quan més satisfetes estan les llevadores en l'ús del programa més ús en fan. Per tant, la satisfacció de les llevadores com s'ha demostrat és un element fonamental per la seva implementació^{269,272}.

9.9. Propostes de millora del programa aportades per les llevadores

Respecte les propostes de millora relacionades amb les característiques del programa, metodologia i recursos, les llevadores consideren que iniciar els grups d'EM/PN abans del que es preveu en el programa seria un canvi important i caldria iniciar-los entre la setmana 20 i 24 d'embaràs, ja que consideren que milloraria la captació i la continuïtat de les dones en el grup. D'aquesta manera la majoria de les dones podrien finalitzar el grup assistint a totes les sessions que es plantegen en el programa i no hi hauria tants casos de dones que no poden acabar el grup perquè inicien el part. Aquesta mateixa proposta és la realitzada per altres investigadores que també proposen iniciar els grups entre la setmana 20 i 22²⁹⁵, tot i que d'altres com Cunningham plantegen l'inici del treball grupal a la setmana 14²⁹⁶

Respecte la captació de les dones es considera que caldria fer una captació més institucional i no basada simplement en la informació de les llevadores en les consultes de seguiment de l'embaràs. Per tant, fan explícita la necessitat del disseny de material informatiu dirigit a les dones on pugui haver informació específica sobre els objectius i característiques del programa.

L'element més significatiu respecte al nombre de sessions és que caldria un augment de sessions per poder fer més abastable l'assoliment dels objectius proposats pel

programa. També caldria modificar les sessions amb una proposta clara de reduir les primeres sessions i incorporar d'altres, especialment pel que fa el puerperi, facilitant l'adquisició de coneixements relacionats amb la lactància i cura de la criatura així com habilitats en la gestió d'aquest procés.

Cal incorporar altres continguts més relacionats amb la gestió de la por i el dolor, especialment en aquelles dones que desitgen un part normal sense medicalitzar. De fet, aquest és un aspecte clarament identificat pels primers programes de preparació a la maternitat, per la Guia d'Atenció al Part Normal del Ministeri de Sanitat²⁷ i també per altres estudis¹⁹¹ que consideren que si les dones tenen expectatives més realistes dels nivells de dolor, seran menys propenses a sentir un fracàs a l'hora d'afrontar el part i tindran més confiança per conduir el seu part cap a una experiència més positiva. En aquest sentit, i és el que també expressen les llevadores en els grups de discussió, les dones necessiten ser educades o informades per assegurar-se que estan preparades pel que podria succeir en l'entorn real aportant eines per fer front al part o altres aconteixements que envolten la maternitat.

Les modificacions en les característiques socials i reproductives de la població fa que es plantegi l'adaptació del programa a parelles que accedeixen a la maternitat-paternitat després d'utilitzar tècniques de reproducció assistida, o que incorpori la diversitat de models de família. Aquests dos aspectes no es considera que es recullin suficientment en el programa d'EM/PN, tant pel que fa el contingut de les sessions com en el material audiovisual que proposa el programa ja que en els vídeos utilitzats no s'identifiquen models de família diversos i continuen existint bàsicament models de parelles heterosexuales.

Les llevadores consideren que caldria actualitzar el material audiovisual, especialment aquell que està relacionat amb el tipus de part, incorporant així una visió més humanitzada d'aquest procés. Cal tenir en compte que el material audiovisual sol ser el que, amb un marge de temps més reduït, cal adaptar a les necessitats canviants de les dones i parelles i que, al mateix temps, és el que sol tenir un cost més important en la seva elaboració, tant pel que implica l'elaboració de continguts com la producció d'aquest material, i això sol fer que sigui difícil la inversió econòmica per la renovació d'aquest material però, al mateix temps, és la imatge que també es dona de tot el programa.

IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA I LA RECERCA

IMPLICACIONS PER A LA PRÀCTICA CLÍNICA I LA RECERCA

En el nostre entorn la recerca sobre la implementació dels programes d'EM/PN no es porta a terme amb gaire freqüència. Existeixen pocs estudis que aportin informació sobre aquest procés i que proporcionin a altres investigadors informació sobre els elements clau per la implementació d'un programa d'aquestes característiques.

Per això, la recerca sobre la implementació de programes ens aporta informació sobre els factors que condicionen el seu èxit o fracàs. Determinar els indicadors i els resultats del programa durant el procés d'implantació, així com, informació sobre la seva execució poden ser d'ajuda a d'altres investigadors per tal que puguin portar a terme la disseminació, l'adopció, la implementació i la sostenibilitat d'un programa d'EM/PN. Probablement, que no es disposi d'una evidència forta sobre els beneficis d'aquests grups, té a veure amb el desconeixement previ d'aquests factors que determinen l'èxit en la implementació del programa i, per tant, els resultats posteriors en les persones participants.

a) Implicacions per a la pràctica clínica

Aquesta tesi intenta aprofundir en els elements que són importants a l'hora de valorar el desenvolupament i la implementació del programa d'EM/PN a Catalunya. L'experiència adquirida amb aquesta avaluació, la bibliografia consultada i els resultats obtinguts permeten fer una sèrie de recomanacions a l'hora d'implantar un programa d'aquestes característiques:

- Cal tenir en compte una formació homogènia per totes les llevadores que hagin de fer servir el programa. Això permet un major coneixement i ús del mateix, però també cal preveure una formació mantinguda en el temps per ajudar al seu ús a les persones de nova incorporació.
- En el disseny del programa seria positiu determinar els criteris de l'avaluació de la seva implementació per tal de, posteriorment, avaluar els efectes positius d'aquest programa.
- Seria important fer explícits els elements clau del programa i determinar quins d'aquests no poden tenir cap adaptació perquè afectarien la fidelitat del programa i els efectes que pretén obtenir.
- L'avaluació no es pot deixar totalment a mans dels professionals que porten a terme el programa, cal un seguiment d'aquesta i una implicació institucional en la seva execució i poder disposar d'indicadors sobre el procés d'implementació.

- Cal determinar el càlcul de necessitats de professionals per portar a terme el programa tenint en compte el nombre de participants de cada grup, del contrari, la metodologia proposada pel programa es modifica en funció d'aquests recursos, dificultant elements fonamentals com és la dinamització i participació de les persones assistents.
- Identificar les necessitats de mitjans audiovisuals i tècnics, previ a la implantació del programa i preveure la dotació necessària per poder desenvolupar-lo correctament, és bàsic pel posterior ús dels materials elaborats i clau de l'èxit.
- S'ha de preveure l'existència d'espais d'intercanvi entre els professionals que participen en la implementació del programa. És important pels professionals i per l'homogeneïtzació de la intervenció.
- Hi ha dificultats perquè els programes es puguin adaptar a la variabilitat dels grups de dones, per això cal analitzar la possibilitat de tenir grups d'EM/PN dirigits a grups específics, com per exemple joves o dones immigrades, que requereixen una organització diferent, i també es fa necessari adaptar els programes a entorns diversos, especialment, zones urbanes, semirurals o rurals.

Les aportacions i resultats seran informats al Departament de Salut i als diferents proveïdors dels ASSIR de Catalunya. Per l'any 2018, en els ASSIR de Barcelona, s'ha previst l'existència dels espais d'intercanvi entre llevadores conduïdes per una professional experta.

b) Implicacions per a la recerca

Aquesta tesi presenta els resultats de l'avaluació de la implementació del Programa d'EM/PN a Catalunya en les llevadores dels diferents ASSIR de tot el territori català amb un context d'investigació amb metodologia mixta.

Es recomana seguir investigant en l'avaluació del programa pel que fa a la implementació en els següents aspectes:

- Avaluació de la satisfacció, adquisició de coneixements, habilitats i ús d'eines personals per part de les dones participants en els grups d'EM/PN, com per exemple l'apoderament, la capacitat de decisió i el maneig de les situacions complexes que tenen a veure amb la maternitat, el part i el postpart.
- Avaluació de la metodologia participativa en l'adquisició d'aprenentatges versus altres metodologies.

- Avaluació dels resultats del programa en aspectes relacionats amb:
 - La construcció de la maternitat
 - Cura de la gestant durant l'embaràs i millora de la salut materna i fetal
 - Adaptació a les situacions imprevistes
 - Efectes del programa sobre els resultats en el part
 - Efectes del programa sobre el postpart: lactància, adaptació a l'entorn, relació familiar, vinculació, construcció de nous entorns i coresponsabilitat en la criança
- Detecció de necessitats i disseny de grups d'EM/PN per col·lectius amb necessitats específiques.
- Anàlisi del cost-benefici de la implementació del programa.
- Efectes de la formació de les llevadores en els resultats del programa.

CONCLUSIONS

CONCLUSIONS

Els resultats obtinguts de l'estudi permeten arribar a les següents conclusions generals tenint en compte els 9 objectius proposats en aquesta recerca:

1.- Descriure les característiques sociodemogràfiques i professionals de les llevadores

El programa és conegut i utilitzat per pràcticament la majoria de les llevadores i, en general, aquestes professionals tenen força experiència en la dinamització de grups, cosa que aporta certa clau d'èxit en la implantació del programa i un alt nivell de penetració del programa dins de l'activitat assistencial.

La formació de les llevadores prèvia a la implantació del programa ha estat un element clau per a la posada en marxa del programa i, en general, un elevat percentatge de les llevadores ha mantingut les seves competències amb formació complementària per poder desenvolupar les seves tasques educatives dins de l'EM/PN però cal també un manteniment de la formació específica en el temps.

2.- Analitzar la implementació del programa en termes de fidelitat

La meitat de les llevadores no s'ajusten al nombre de sessions establertes pel programa i identifiquen algunes sessions que caldria re-estructurar, especialment pel que fa a les dues primeres sessions del programa, i assenyalen la necessitat d'incorporar altres sessions més orientades al maneig del dolor en el part i aprofundir en la millora de coneixements, habilitats i emocions relacionades amb el puerperi.

Quasi la meitat de les llevadores han incorporat al programa noves activitats, sessions o materials audiovisuals fent una re-adaptació del programa a les necessitats que han detectat en l'entorn real. El programa no fa explícit els components clau que s'identifiquen com a bàsics en la implementació i que s'han de preservar en l'adaptació posterior que es pugui fer, tot i que es poden identificar elements essencials com són: la metodologia participativa, el nombre de sessions i de participants, els objectius i la flexibilitat en l'ús d'activitats i materials.

3.- Determinar la satisfacció i utilitat del programa per a les llevadores i les persones assistents

La metodologia participativa és un element que les llevadores identifiquen com a fonamental i molt positiu del programa i a més aquesta metodologia és acceptada per les persones participants. La majoria de les llevadores afirmen que apliquen aquesta metodologia tot i les dificultats que suposa el canvi de model d'intervenció. Malgrat això, la meitat de les llevadores continuen utilitzant sessions expositives.

L'ús del programa per part de les llevadores dóna sentit a la seva tasca educativa i professional i ha millorat els seus coneixements respecte les metodologies didàctiques i dinamització de grups d'EM/PN.

El programa és valorat molt positivament per les llevadores respecte als canvis en els coneixements, capacitats i habilitats de les participants per afrontar el procés de maternitat de manera més assertiva, tenint en compte els aspectes cognitius, emocionals i comportamentals i, precisament, és el treball participatiu en petits grups el que facilita que es puguin assolir aquests canvis.

4.- Identificació de fortaleces i dificultats en la implementació del programa

El programa d'EM/PN del Departament de Salut està clarament extès en tot el territori català, tant pel que fa al seu coneixement com al seu ús i la satisfacció vers el programa és molt elevada.

Els principals punts de millora del programa que es proposen són: iniciar la captació de les dones abans del que es recomana i iniciar els grups entre les 20-24 setmanes de gestació, actualitzar el material audiovisual i incorporar de manera més visible els diferents models de família en aquest material, augmentar les sessions per poder assolir els objectius plantejats en el programa, tenir en compte les minories socials i adaptar millor el programa als grups oberts.

5.- Determinar les diferències entre els ASSIR de Catalunya

Existeixen algunes diferències entre els ASSIR pel que fa referència al grau de fidelitat al programa i, per tant, l'aplicació d'aquest programa, identificant-se la menor fidelitat en l'ASSIR de Lleida i la manca de mitjans audiovisuals i tècnics en l'ASSIR de Girona. La participació dels homes en els grups d'EM/PN és també desigual i s'observa que en entorns on es treballa també des d'altres àrees la participació dels homes s'obtenen millors resultats en aquesta participació, com és el cas dels ASSIR de Barcelona.

Existeix certa heterogeneïtat en el territori respecte al nombre de participants que formen els grups d'EM/PN situant-se per sobre del que proposa el programa, especialment en algunes zones urbanes.

6.- Analitzar les característiques sociodemogràfiques i de formació de les llevadores que influeixen en la implantació del programa

El programa va preveure una formació a l'inici de la implantació del programa però no mantenir-la en el temps per tal de permetre la formació de les llevadores més joves que s'incorporen posteriorment a l'ASSIR i que són les que disposen de menys formació específica.

El fet de disposar d'aquesta formació no determina conèixer el programa però si la seva utilització i, per tant, la implementació del mateix per part de les llevadores més joves.

7.- Conèixer les característiques de les gestants participants i la seva captació en el programa

L'acceptació, per part de les dones dels grups d'EM/PN, és molt elevada i no hi ha problemes de captació, però caldria donar una informació més homogènia del programa fent més explícits els objectius, metodologia i desenvolupament del mateix, de manera que les expectatives de les dones s'ajustessin als objectius. Es considera important que aquesta informació es pogués donar de manera institucional i fos extensiva a tota Catalunya.

Els grups d'embarassades amb necessitats específiques com: joves, dones immigrades, nivell socioeconòmic baix, continuen sent els grups amb més dificultats en la captació i amb menor participació i manteniment en l'assistència als grups d'EM/PN.

8.- Valorar el procés de desenvolupament del programa: metodologia, continguts, clima, participació i avaluació

El fet de disposar d'un programa estructurat permet aconseguir certa homogeneïtat i consens en els continguts i estratègies didàctiques.

L'avaluació sistemàtica de les sessions és un dels elements que no es realitza en la pràctica assistencial, especialment quan els grups són oberts.

En general, les llevadores disposen del material audiovisual i dels mitjans tècnics per portar a terme les sessions amb el material proposat pel programa.

La majoria de llevadores destaquen que no existeixen grups de discussió o de reflexió que permetin el seguiment del programa on es pugui col·laborar amb altres col·legues per compartir les estratègies en la dinamització dels grups d'EM/PN, així com les adaptacions del programa, els reptes en la dinamització dels grups o les dificultats en el maneig de grups amb necessitats específiques

9.- Descriure els canvis en termes de coneixements i capacitats de les llevadores i participants

Disposar d'un programa estructurat i una metodologia participativa permet construir a les llevadores aprenentatges amb seguretat i dotar-les de més coneixements i habilitats didàctiques per la conducció de grups.

Les persones participants adquireixen coneixements i habilitats especialment pel que fa referència a entendre millor tot el procés de maternitat, així com preparar-se i acceptar les diferents situacions que es poden presentar durant tot el procés d'embaràs, part i postpart amb eienes emocionals pròpies que s'han construït amb l'ajuda també del propi grup. L'apoderament de les dones en la presa de decisions també és un element fonamental en els canvis que es produeixen en les participants.

BIBLIOGRAFIA

-
- ¹ Oiberman A. La palabra en las maternidades: una aproximación a la psicología perinatal. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*;2007.
- ² Billingham K. Preparing for parenthood: the role of antenatal education. *Community Pract.* 2011;84(5):36-8.
- ³ Schrader-McMillan A;Barlow J, Redshaw M. Birth and beyond: a review of evidence about antenatal educations. London:DH;2009.
- ⁴ Ahlden I, Ahlehagen S, Dahlgren LO, Josefsson A. Parents' expectations about participating in antenatal parenthood education classes. *J Perinat Educ.* 2012;21:11-7.
- ⁵ Taut SM, Alkin MC. Program Staff Perceptions of barriers to evaluation Implementation. *AM J Eval.*2003; 24(2):213-216.
- ⁶ Organización Mundial de la Salud. Carta Fundacional. Ginebra: OMS; 1948.
- ⁷ Gol i Gurina J, de Miguel Raventos J, Segura A, Soler Sabaris F. La Sanitat als Països Catalans. Barcelona: Edicions 62; 1978. Pág. 34.
- ⁸ Terris M. La Revolución Epidemiológica y la Medicina Social. México: Siglo XXI editores SA; 1980.
- ⁹ Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra: OMS; 1978. Pág. 41-4.
- ¹⁰ Organización Mundial de la Salud: Estrategia Mundial de Salud para todos en el año 2000. Ginebra: 30ª Asamblea Mundial de la Salud; 1979.
- ¹¹ Organización Mundial de la Salud: Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud". Conferencia Internacional para la Promoción de la Salud. [En línea, data accés 20 d'agost 2015]. Disponible a: <http://www.fmed.uba.ar/depto/toxico1/carta.pdf>
- ¹² Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la promoción de la Salud en el siglo XXI. Ginebra: OMS; 1997.
- ¹³ Organización Mundial de la Salud. 5a. Conferencia Mundial de promoción de la salud. Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. Mexico: OMS; 2000.
- ¹⁴ Organización Mundial de la Salud. 8ª Conferencia Mundial de promoción de la salud. Helsinki: OMS; 2013. [En línea, data accés 20 d'agost 2015]. Disponible a: <http://www.healthpromotion2013.org/>
- ¹⁵ Organización Mundial de la Salud. Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre determinantes sociales de la salud. Buenos Aires: Ed Journal SA; 2008.
- ¹⁶ Organización Mundial de la Salud. Health 21: the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series n.º 6). Copenhague: World Health Organization; 1999. [En línea, data accés 30 des 2017] Disponible a: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/98398/wa540ga199heeng.pdf

-
- ¹⁷ Borrell C, Artazcoz L. Las políticas para disminuir las desigualdades en salud. *Gac Sanit.* 2008; 22(5), 465–73.
- ¹⁸ Borrell C, García-Calvente MM, Martí-Boscà JV, editores. Informe de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) 2004: la salud pública desde la perspectiva de género y clase social. *Gac Sanit.* 2004;18 Suppl 1:96-101.
- ¹⁹ Peiró R, Ramón N, Álvarez-Dardet C, Colomer C, Moya C, Borrell C, et al. Sensibilidad de género en la formulación de planes de salud en España: lo que pudo ser y no fue. *Gac Sanit.* 2004;18 Supl 2:36-46.
- ²⁰ United Nations Women. World Conference of the United Nations Decade for women: Equality, Development and Peace. Copenhague: ONU;1980.
- ²¹ United Nations Women. Fourth World Conference on women. Action for Equality, Development and Peace. Beijing: ONU;1995.
- ²² United Nations Women. Beijing+20: Recommitting for women and girls. New York;UN; 2015.
- ²³ Department of Health. Changing childbirth. Part 1: report of the Expert Maternity Group. London: HMSO; 1993.
- ²⁴ Royal College of Midwives. Woman centred care. London: Royal College of Midwives; 2004.
- ²⁵ Ministerio de Sanidad y Consumo. Estrategia de atención al parto normal en el sistema nacional de salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2008.
- ²⁶ FAME. Iniciativa parto normal. Documento de consenso. Barcelona: Federación de Asociaciones de Matronas de España; 2007.
- ²⁷ Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01.
- ²⁸ Grup elaborador de la Guia. Actualització i adaptació a Catalunya de la Guia de Pràctica Clínica del Sistema Nacional de Salut sobre l'Atenció al Part Normal. Barcelona: Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya; 2013.
- ²⁹ World Health Organization. Making pregnancy safer. Mission and principles. Copenhagen: WHO; 2007.
- ³⁰ Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Channon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet.* 2014;384(9948):1129-45.
- ³¹ Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013. CD003766. doi:10.1002/14651858.

-
- ³² Gallardo, Y, Sanchez-Perruca MI. Opinión de las matronas de atención primaria de Madrid sobre la evolución de los programas de educación maternal. *Matronas Prof.* 2007;8 (1):5-11.
- ³³ Levto R, van der Gaag N, Greene M, Kaufman M, Barker G. State of the World's Fathers: A MenCare Advocacy Publication. Washington:DC. Promundo, Rutgers, Save the Children, Sonke, Gender Justice, and MenEngage Alliance;2015.
- ³⁴ Mari-Klose P, Mari-Klose M, Vaquera S, Argeseanu S. Infancia y futuro. Nuevas realidades, nuevos retos. Barcelona: Fundación "la Caixa";2010.
- ³⁵ Lamb M. The history of research on father involvement: an overview. *Marriage Fam Rev.* 2000; 29(2/3): 23-42.
- ³⁶ Almera D. Los hombres en sus familias: reflexiones desde una perspectiva psicosocial. En: Olavarría J, Parrini R. Masculinidad/es. Identidad, sexualidad y familia. Nuñoa (Chile): FLACSO; 2000.p.79-89.
- ³⁷ Hear J, Pringle K, Muller U, Novikova I, Oleksy E, Lattu E, et al. Men and masculinities in Europe. London: Whiting and Birch; 2005.
- ³⁸ Jané M, Vidal MJ, Benedé, Z, Bonodo T, Maresma M, Abello C. Indicadors de salut perinatal a Catalunya. Informe complet. Departament de Salut, Barcelona, 2016.
- ³⁹ Instituto Nacional de Estadística. Movimiento Natural de la Población (Nacimientos, Defunciones y Matrimonios). Indicadores Demográficos Básicos. 2016. [En línea, data accés feb 2017] Disponible a: http://www.ine.es/prensa/mnp_2016_p.pdf
- ⁴⁰ Perea Quesada R. Promoción y educación para la salud. Madrid: Ediciones Diaz de Santos; 2009.
- ⁴¹ Organización Mundial de la Salud. El logro de la salud reproductiva para todos. La función de la OMS. Ginebra: OMS; 1995.
- ⁴² DECRET 283/1990, del 21 de novembre, pel qual es crea el Programa sanitari d'atenció a la dona i s'estableixen normes per a la vinculació a aquest Programa dels professionals sanitaris implicats. [En línea, data accés 10 set 2015]. Disponible a: http://dogc.gencat.cat/ca/pdogc_canals_interns/pdogc_resultats_fitxa/?action=fitxa&documentId=48825
- ⁴³ DECRET 284/2004, d'11 de maig, pel qual es dicten normes complementàries relatives a l'especialitat d'obstetrícia i ginecologia en l'àmbit de l'Institut Català de la Salut, i per al desplegament i organització del Programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva en l'àmbit d'aquest mateix organisme. [En línea, data accés 10 de setembre de 2015]. Disponible a: http://www.gencat.cat/diari_c/4132/04114036.htm
- ⁴⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Planificació i Avaluació. Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Barcelona: Departament de Salut; 2008. [En línea, data accés 9 oct 2015]. Disponible a: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/pdf/plaestra2008.pdf>

⁴⁵ Institut Català de la Salut. Cartera de Serveis del Programa d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. Barcelona; 1997.

⁴⁶ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Planificació i Avaluació. Pla estratègic d'ordenació de serveis de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva. Barcelona: Departament de Salut; 2008 [En línia, data accés 19 setembre 2015]. Disponible a: <https://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir3442/pesalrepr.pdf>

⁴⁷ Directiva 2005/36/CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 7 de septiembre de 2005 relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales. DO, No. L 255/22, (30 Sep 2005).

⁴⁸ Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona). BOE, No.129, (28 May 2009).

⁴⁹ International Confederation of Midwives. Definición Internacional de Matrona de la ICM. Durban (South Africa): International Confederation of Midwives; 2011. [En línia, data accés 3 Gen 2016]. Disponible a:

<http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/Definition%20of%20the%20Midwife%20SPA-updated%20August%202011.pdf>

⁵⁰ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya. 2^a ed. Barcelona: Departament de Salut; 2005.

⁵¹ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol per a l'assistència natural al part. Barcelona: Departament de Salut; 2007.

⁵² Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Protocol del diagnòstic prenatal. Barcelona: Departament de Salut; 2008.

⁵³ Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Educació maternal: Preparació per al naixement. Barcelona: Departament de Salut; 2009.

⁵⁴ Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i de Seguretat Social. Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó. Barcelona; Departament de Salut; 2003.

⁵⁵ Kickbush I. La promoción de la salud. Tipología. Papeles de gestión sanitaria.1988;11, 39-54. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.

⁵⁶ Rueda J R, Manzano I, Darío R, Pérez de Arriba J, Zuazagoitia J, Zulueta G. La Promoción de la salud. Algunas teorías y herramientas para la planificación y evaluación de las intervenciones sobre los estilos de vida. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº: Osteba D-08-08.

⁵⁷ Beldon, Crozier, S. Health promotion in pregnancy: the role of the midwife. J R Soc Promot Health. 2005; 125(5), 216–20.

-
- ⁵⁸ Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd edition. San Francisco (EEUU): Jossey-Bass. Wiley & Sons; 2002.
- ⁵⁹ DiClemente R, Crosby RA, Kegler MC. Emerging Theories in Health Promotion Practice and Research: Strategies for Improving Public Health. San Francisco (EEUU): Jossey-Bass. Wiley & Sons; 2002.
- ⁶⁰ Bandura A. Social Learning Theory. New Jersey (EEUU): Prentice Hall, Englewood Cliffs; 1977.
- ⁶¹ Lewis FM. Perspectives on models of inter-personal health behavior. En: Glanz K, Rimer BK, Lewis FM. Health Behavior and Health Education: Theory, Research, and Practice. 3rd edition. San Francisco (EEUU): Jossey-Bass. Wiley & Sons; 2002.
- ⁶² Bandura A. Self-efficacy: The Exercise of Control. New York (EEUU): WH Freeman and Company; 1977.
- ⁶³ Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000 Dec;21(4):219-24.
- ⁶⁴ Resnick B, Orwig D, Hawkes W, Shardell M, Golden J, Werner M, et al. The relationship between psychosocial state and exercise behavior of older women 2 months after hip fracture. *Rehabil Nurs*. 2007; 32, 139–49.
- ⁶⁵ Lev EL, Owen SV. Counseling women with breast cancer using principles developed by Albert Bandura. *Perspect Psychiatr C*. 2000; 36, 131–8.
- ⁶⁶ Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning: an educational and environmental approach., California (EEUU): Mountain View; 1999.
- ⁶⁷ Tones K. Health promotion, health education, and the public health. En: Oxford textbook of public health. Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. 5th edition. New York (EEUU): Oxford University Press; 2011.
- ⁶⁸ León M, editors. Poder y empoderamiento de las mujeres. Santa Fe de Bogotá (Colombia): TM Editores; 1997.
- ⁶⁹ Batliwala S. El significado del empoderamiento de las mujeres: nuevos conceptos desde la acción. En: León M, editors. Poder y empoderamiento de las mujeres. Santa Fe de Bogotá (Colombia): TM Editores; 1997.
- ⁷⁰ Kabeer, N. Gender equality and women's empowerment: A critical analysis of the third millennium development goal 1. *Gend Dev*. 2005; 13(1)13-24.
- ⁷¹ Tones K. Health promotion, health education, and public health. En: Detels R, McEwen J, Beaglehole R, Tanaka H, editors. Oxford text-book of public health 4th Edition. Oxford: Oxford University Press; 2002.
- ⁷² Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Estrategia de Salud Sexual y Reproductiva. MSPSI: Madrid; 2011.
- ⁷³ Fernández Fernández-Arroyo M. Elaboración, validación y aplicación de una herramienta de evaluación para los programas de educación maternal, de los centros

de atención primaria de la comunidad de Madrid. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas; 2012.

⁷⁴ Green L, Kreuter M. Health promotion Planning: an educational and environmental approach. Palo Alto, California (EEUU): Mayfield Publishing; 1991.

⁷⁵ Costa M, López E. Educación para la salud. Guía práctica para promover estilos de vida saludables. Madrid: Ediciones Pirámide; 2008.

⁷⁶ Costa M, López E. Manual para la ayuda psicológica. Dar poder para vivir. Madrid: Piramide; 2006.

⁷⁷ Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?. Copenhaguen (Dinamarca): Oficina Regional de la OMS per Europa; 2006 [En línea, data accés 2 de gener 2017] Disponible a:

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/74656/E88086.pdf

⁷⁸ Perea R. Promoción y educación. Tendencias innovadoras. Barcelona: Ed. Diaz de Santos; 2009.

⁷⁹ Asamblea Mundial de la Salud. La salud para todos en el siglo XXI. Ginebra: OMS; 1998.

⁸⁰ Pérez MJ, Echaurren M, Ancizu E, Chocarro J. Manual de educación para la salud. Pamplona: Instituto de Salud Pública. Gobierno de Navarra; 2006.

⁸¹ García Monge, JA. Autoestima y Salud. A: Serrano González I, editors. La Educación para la Salud del siglo XXI. Madrid: Díaz de Santos; 2002.

⁸² Rodríguez ML. La pasión por aprender a aprender. Desarrollo de las competencias estratégicas. Guía didáctica para la universidad y la empresa. Barcelona: Laertes SA; 2015.

⁸³ Santos MF, Rodrigues JF, Tavares M. Modelos aplicados a las actividades de educación en salud. Rev Bras Enferm. 2010 jan-fev; 63(1):117-21.

⁸⁴ Jornet JR, García-Bellido R, González-Such J. Evaluar la competencia aprender a aprender: Una propuesta metodológica. Profr Rev Curríc Form Profr. 2012; 16(1): 103-23.

⁸⁵ Bimbela JL, Navarro B. Cuidando al formador. Habilidades emocionales y de comunicación. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2005.

⁸⁶ Riquelme M. Metodología de la educación para la salud. Rev Pediatr Aten Primaria. 2012; 14 (supl 22): 77-82.

⁸⁷ Pérez RM, Saez S. El grupo en la promoción y educación para la salud. Lleida: Milenio; 2004.

⁸⁸ Pérez R, Saez S. Dinámica de grupos en la educación para la salud. En: Saez S, Font P, Pérez R, Marques F, editors. Promoción y educación para la salud. Conceptos, metodología, programas. Lleida: Milenio; 2001.

-
- ⁸⁹ Berwick DM, Nolan TW, Whittington J. The triple aim: care, health, and cost. *Health Aff (Millwood)*. 2008; 27(3):759-69.
- ⁹⁰ Jaber R, Braksmajer A, Trilling JS. Group visits: a qualitative review of current research. *J Am Board Fam Med*. 2006; 19 (3): 276-90.
- ⁹¹ Lewis, C. What works' in groupwork? Towards an ethical framework for measuring effectiveness. *Groupwork*, 2007; 16 (3): 71-89.
- ⁹² Parra, B. Estudio sobre los factores de cambio en grupos socioeducativos de familias de acogida extensa. *Portularia*, 2012; Supl 12: 131-9.
- ⁹³ Larkin, M. Group support during caring and post-caring: The role of carers groups. *Groupwork*, 2007; 17(2): 28-51.
- ⁹⁴ Bartone A, Rosenwald M, Bronstein L. Examining the Structure and Dynamics of Kinship Care Groups. *Soc Work Groups*. 2008; 31: 3–4.
- ⁹⁵ Palacin, M. Grupos para la promoción de la salud. En: Perez RM, Saez S, editores. *El grupo en la promoción y educación para la salud*. Lleida: Editorial Milenio; 2004.
- ⁹⁶ Henry S, East J, Schmitz C, editores. *Trabajo social con grupos: Modelos de intervención*. Madrid: Narcea; 2004.
- ⁹⁷ Alissi AS. The Social group work tradition: Toward social justice a free society. *Social group work Foundation Occasional papers (Internet)*. 2001. [En línea, data accés 14 Des 2016]. Disponible a:
http://digitalcommons.uconn.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=sw_op
- ⁹⁸ Sasmor JL. *Educación para el parto*. Mexico:Limusa.; 1982.
- ⁹⁹ Dick-Read, G. *Childbirth Without Fear*. New York: Harper&Row; 1959.
- ¹⁰⁰ Lamaze F. *Painless Childbirth*. Chicago: Henry Regnery; 1970.
- ¹⁰¹ Wright E. *The New Childbirth*. New York: Hart Puublishing Co; 1966.
- ¹⁰² Chertok L. *Psychosomatic Methods in Painless Childbirth*. New York: Pergamon Press; 1959.
- ¹⁰³ Crawford MI. Psychological and behavioral cues to disturbances in childbirth. *Bull Am Coll Nurse Midwives*. 1969 Feb; 14(1):13-26.
- ¹⁰⁴ Veloski IZ. *Psychoprophylactic*. Leningrado: Medguiz; 1954.
- ¹⁰⁵ Lamaze F. *Painless Childbirth*. Chicago: Henry Reggnery; 1970.
- ¹⁰⁶ Fernández y Fernández-Arroyo, M. Análisis comparativo de las principales Escuelas de Educación Maternal. *Index Enferm*. 2013; 22(1–2):40–4.
- ¹⁰⁷ Aguirre de Carcer, A. *El parto sin dolor (sistema psico-profiláctico)*. Madrid: Editorial Cascante; 1955.
- ¹⁰⁸ Espinosa M. *Realidad de una ciencia. Sofrología. Pasado y Presente*. Madrid: Ed. Egraf; 1983.

-
- ¹⁰⁹ Espinosa M. Sofrología. El método abreviado de relajación dinámica. Madrid: Egraf; 1995.
- ¹¹⁰ Bradley RA. Husband-Coached Childbirth. 4a ed.. New York: Bantam Books; 1996.
- ¹¹¹ Hathaway M, Hathaway J. Husband-Coached Childbirth. 5a ed. En: Bradley RA. Update and expanded Husband-Coached Childbirth. New York: Bantam Books; 2008.
- ¹¹² Artieta-Pinedo I, González G, Abaunza MP, Ayestaran C, Burgos V, Cabeza I, et al. Informe Osteba: Rediseño de la educación maternal: propuesta de un marco para la elaboración de un programa de educación para la salud y preparación al nacimiento efectivo y centrado en las necesidades de las mujeres. Victoria-Gasteiz: Departamento de Salud Gobierno Vasco; 2013. [En línea, data accés 12 Ene 2017]. Disponible a: http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2013_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/Informe%20D-13-07.pdf
- ¹¹³ Balaskas J. Active Birth: New Approach to Giving Birth Naturally. Boston: Editor Harvard Common Press; 1992.
- ¹¹⁴ Walker DS, Visger JM, Rossie D. Contemporary childbirth education models. J Midwifery Womens Health. 2009 Nov-Dec; 54(6): 469-76.
- ¹¹⁵ Mongan M. HypnoBirthing. The Mongan Method. Boston: Health Communications, Inc; 1992.
- ¹¹⁶ Cyna AM, Andrew MI, McAuliffe GL. Antenatal hypnosis for labour analgesia. Int J Obstet Anesth. 2005; 14:365–6.
- ¹¹⁷ McCarthy P. Hypnosis in Obstetrics and Gynecology. En: Thomas C, Fredericks LE, editor. The use of Hypnosis in Surgery and Anesthesiology: Psychological preparation for the patient. Springfield Illinois: WW Norton; 2001. p. 163–211.
- ¹¹⁸ Mehi-Madrone LE. Hypnosis to facilitate uncomplicated birth. Am J Clin Hypn. 2004; 46:299–312.
- ¹¹⁹ Kabat-Zinn, J. Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future. Clin Psychol-SCI PR. 2003; 10: 144–156.
- ¹²⁰ Vieten C, Astin J. Effects of a mindfulness-based intervention during pregnancy on prenatal stress and mood: Results of a pilot study. Arch Womens Ment Health. 2008; 11(1):67-74.
- ¹²¹ Dunca LG, Bardacke N. Mindfulness-based childbirth and parenting education: Promoting family mindfulness during the perinatal period. J Child Fam Stud. 2010 Apr; 19(2):190-202.
- ¹²² England P, Howrowitz R. The birthing from within holistic sphere: A conceptual model for childbirth education. J Perinat Educ. 2009; 9:1-7.
- ¹²³ Rising SS, Kennedy HP, Klima CS. Redesigning prenatal care through CenteringPregnancy. J Midwifery Womens Health. 2004 Sep-Oct; 49(5):398-404.
- ¹²⁴ Manant A, Dodgson JE. CenteringPregnancy: an integrative literature review. J Midwifery Womens Health. 2011 Mar-Apr; 56(2):94-102.

-
- ¹²⁵ Walker DS, Worrell R. Promoting Healthy Pregnancies Through Perinatal Groups: A Comparison of CenteringPregnancy(R) Group Prenatal Care and Childbirth Education Classes. *J Perinat Educ.* 2008; 17(1):27-34.
- ¹²⁶ Picklesimer A, Heberlein E, Covington-Kolb S. Group prenatal care: has its time come?. *Clin Obstet Gynecol.* 2015 Jun; 58(2):380-91.
- ¹²⁷ Department of Health and Human Services. Maternal, infant and child health: Objectives and sub-objectives (focus area 16). En: ODPHP. Healthy People 2010 Midcourse Review. US: ODPHP; 2010. [En línea, data accés 5 Dic 2016]. Disponible a: http://www.cdc.gov/nchs/data/hpdata2010/hp2010_final_review.pdf
- ¹²⁸ Zwelling, E. The Emergence of High-Tech Birthing. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2008 Jan-Feb; 37(1):85-93.
- ¹²⁹ Firouzbakht M, Nikpour M, Khefri S, Jamali B, Kazeminavaee F, Didehdar M. The Effectiveness of Prenatal Intervention on Pain and Anxiety during the Process of Childbirth-Northern Iran: Clinical Trial Study. *Ann Med Health Sci Res.* 2015 Sep-Oct; 5(5):348-52.
- ¹³⁰ Spiby H, Henderson B, Slade P, Escott D, Fraser RB. Strategies for Coping with Labor: does Antenatal Education Translate into Practice?. *J Adv Nurs.* 1999 Feb;29(2):388-94.
- ¹³¹ Escott D, Spiby H, Slade P, Fraser RB. The range of coping strategies women use to manage pain and anxiety prior to and during first experience of labor. *Midwifery.* 2004; 20:144–56.
- ¹³² Renkert S, Nutbeam D. Opportunities to improve maternal health literacy through antenatal education: an exploratory study. *Health Promot Int.* 2001 Dec;16(4):381-8.
- ¹³³ Declercq E, Sakala C, Corry MP, Applebaum S. Listening to mothers II: Report of the second national U.S. survey of women’s childbearing experiences. New York: Childbirth Connection; 2006.
- ¹³⁴ Lothian, J. Listening to mothers II: Knowledge, decision-making, and attendance at childbirth education classes. *J Perint Educ.* 2007; 16(4):62–67.
- ¹³⁵ Morton C. H, Hsu, C. Contemporary dilemmas in American childbirth education: Findings from a comparative ethnographic study. *J Perint Educ.* 2007; 16(4): 25–37.
- ¹³⁶ Block, J. Are women really asking for it?. *J Perint Educ.* 2007; 16(4): 7–8.
- ¹³⁷ Gagnon AJ, Sandall, J. Individual or group antenatal education for childbirth or parenthood, or both. In J. Sandall (Ed.), *Cochrane Database of Systematic Reviews* (p. CD002869). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2007.
- ¹³⁸ Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Remiro Fernández de Gamboa G, Hermosilla I, Bacigalupe de la Hera A. et al. The benefits of antenatal education for the childbirth process in Spain. *Nurs Res.* 2010; 59(3), 194–202.
- ¹³⁹ Davis R, Hoffman S. The association between inadequate gestacional weight gain and infant mortality among U.S. infants born in 2002. *Matern Child Health J.* 2012; 16 (1): 119-124.

-
- ¹⁴⁰ Trudnak TE. Outcomes of latina women in CenteringPregnancy group prenatal care compared with individual prenatal care. *J Midwifery Womens Health*. 2013 Jul-Aug; 58(4):396-403.
- ¹⁴¹ Icknovics JR, Kershaw TS, Westdahl C, Rising SS, Kershaw TS. Effects of group prenatal care on psychosocial risk pregnancy: Results from a randomized controlled trial. *Psychol Health*. 2011; 26(2), 235-250.
- ¹⁴² Baldwin, A. Comparison of selected outcomes of CenteringPregnancy versus traditional prenatal care. *J Midwifery Womens Health*. 2006 Jul-Aug;51(4):266-72.
- ¹⁴³ Martínez Galiano J, Delgado M, Rodríguez, M. Influencia de la educación maternal sobre hábitos tóxicos y uso del servicio de urgencias obstétricas. *Progresos de Obstetricia Y Ginecología*. 2013; 56(8): 400–3.
- ¹⁴⁴ Barlow J, Coe C, Underdown A, Redshaw M. Birth and beyond: stakeholder perceptions of current antenatal education provision in England. 2009.
- ¹⁴⁵ Ickovics JR, Reed E, Magriples U, Westdahl C, Rising SS, Kershaw TS. Effects of group prenatal care on psychosocial risk pregnancy: results from a randomized controlled trial. *Psychol Health*. 2011; 26(2):235–50.
- ¹⁴⁶ Robertson B, Aycock DM, Darnell LA. Comparison of centering pregnancy to traditional care in Hispanic mothers. *Matern Child Health J*. 2009 May; 13(3):407-14.
- ¹⁴⁷ Saisto T, Halmesmäki E. Fear of childbirth: A neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2003; 82:201–8.
- ¹⁴⁸ Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, et al. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database Syst Rev*. 2011:CD007559.
- ¹⁴⁹ Ferguson S, Davis D, Browne J. Does antenatal education affect labour and birth? A structured review of the literature. *Women Birth*. 2013 Mar; 26(1):e5–e8.
- ¹⁵⁰ Mehdizadeh A, Roosta F, Chaichian S, Alegahehbandan R. Evaluation of the impact of birth preparation courses on the health of the mother and the newborn. *Am J Perinatol*. 2005 Jan; 22(1):7-9.
- ¹⁵¹ Fabian HM, Rådestad IJ, Waldenström U. Childbirth and parenthood education classes in Sweden. Women's opinion and possible outcomes. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2005 May; 84(5):436-43.
- ¹⁵² Paz-Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Remiro Fernandez de Gamboa G, Odriozola Hermosilla I, Bacigalupe de la Hera A, et al. Design and process of the EMA Cohort Study: the value of antenatal education in childbirth and breastfeeding. *BMC Nursing*. 2008; 7:5.
- ¹⁵³ McMillan AS., Barlow J. & Redshaw M. Birth and beyond: a review of evidence about antenatal education. London: DH; 2009.
- ¹⁵⁴ Koehn ML. Childbirth Education Outcomes: An Integrative Review of the Literature. *J Perinat Educ*. 2002; 11(3):10-9.

-
- ¹⁵⁵ Lothian JA. Choice, Autonomy, and Childbirth Education. *J Perinat Educ.* 2008; 17(1):35-8.
- ¹⁵⁶ Spiby H, Slade P, Escott D, Henderson B, Fraser RB. Selected coping strategies in labor: an investigation of women's experiences. *Birth.* 2003; 30(3): 189–94.
- ¹⁵⁷ Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Bacigalupe A, Payo J, Montoya I. Antenatal Education and Breastfeeding in a Cohort of Primiparas. *J Adv Nurs.* 2013 Jul; 69(7):1607-17.
- ¹⁵⁸ Ruiz-Mirazo LMS, Lopez-Yarto MD, Mc Donald SD. Group prenatal care versus individual prenatal care: A systematic review and meta-analyses. *J Obstet Gynaecol Can.* 2012; 34(3):223-229.
- ¹⁵⁹ Gupta JK, Nikodem VC. Woman's position during second stage of labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000:CD002006.
- ¹⁶⁰ Smith CA, Collins CT, Cyna AM, Crowther CA. Complementary and alternative therapies for pain management in labour. *Cochrane Database Syst Rev.* 2006:CD003521.
- ¹⁶¹ Ip WY, Tang CS, Goggins WB. An educational intervention to improve women's ability to cope with childbirth. *J Clin Nurs.* 2009; 18:2125–35.
- ¹⁶² Nolan, M. Childbirth and parenting education: What the research says and why we may ignore it. En M .Nolan J. Foster editors. *Birth and parenting skills: New directions in antenatal education.* Edinburgh, Escocia: Churchill Livingstone; 2005. p. 1-16.
- ¹⁶³ Lathrop, B. A Systematic Review Comparing Group Prenatal Care to Traditional Prenatal Care. *Nurs Womens Health.* 2013; 17(2): 118–130.
- ¹⁶⁴ Redshaw M. Women as Consumers of Maternity Care: Measuring “Satisfaction” or “Dissatisfaction”? *Birth.* 2008; 35:73-76.
- ¹⁶⁵ Sofaer S, Firminger K. Patient perceptions of the quality of health services. *Annu Rev Public Health.* 2005; 26:513-59. Review.
- ¹⁶⁶ Vukmir B. Customer satisfaction. *Int J Health Care Qual Assur Inc Leadersh Health Serv.* 2006; 19(1):8-31. Review.
- ¹⁶⁷ Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led Continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013: CD004667.
- ¹⁶⁸ Hildingsson I, Haines H, Cross M, Pallant JF, Rubertsson C. Women's satisfaction with antenatal care: comparing women in Sweden and Australia. *Women Birth.* 2013; 26(1):9-14.
- ¹⁶⁹ Servei Catala de la Salut. Pla d'enquestes de satisfacció d'assegurats del CatSalut (PLAENSA): embaràs, part i puerperi. Barcelona: Servei Català de la Salut; 2016.
- ¹⁷⁰ Bryanton J, Beck CT. Postnatal parental education for optimizing infant general health and parent-infant relationships. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010: CD0040680.

-
- ¹⁷¹ Kim HH, Nava-Ocampo AA, Kim SK, Kim SH, Kim YJ, Han JY, et al. Is prenatal childbirth preparation effective in decreasing adverse maternal and neonatal response to labor? A nested case-control study. *Acta Biomed.* 2008; 79(1): 18-22.
- ¹⁷² Catling CJ, Medley N, Foureur M, Ryan C, Leap N, Teate A, et al. Group versus conventional antenatal care for women. En: Catling CJ editors. *Cochrane Database of Systematic Rev.* 2015: CD007622. Chichester,UK: John Wiley & Sons, Ltd.
- ¹⁷³ Martínez Galiano J, Delgado Rodríguez M. Efecto del programa de educación maternal sobre la duración de la hospitalización del recién nacido y la madre tres el parto. *Gac Med Mex.* 2013; 149:250-3.
- ¹⁷⁴ Kramer MS, Chalmers B, Hodnett ED, Sevkovskaya Z, Dzikovich I, Shapiro S, et al. Promotion of Breastfeeding Intervention Trial (PROBIT): a randomized trial in the Republic of Belarus. *JAMA.* 2001 Jan 24-31; 285(4):413-20.
- ¹⁷⁵ Mattar CN, Chong YS, Chan YS, Chew A, Tan P, Chan YH. Simple Antenatal Preparation to Improve Breastfeeding Practice. A randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol.* 2007 Jan; 109(1):73-80.
- ¹⁷⁶ Dyson L, McCormick F, Renfrew MJ. Interventions for promoting the initiation of breastfeeding. *Cochrane Database Syst Rev.* 2005 Apr 18; (2):CD001688.
- ¹⁷⁷ Dennis CL, Lee RN. Breastfeeding initiation and duration: a 1990-2000 literature review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2002 Jan-Feb; 31(1):12-32.
- ¹⁷⁸ Lumbiganon P, Martis R, Laopaiboon M, Festin MR, Ho JJ, Hakimi M. Antenatal breastfeeding education for increasing breastfeeding duration. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Dec 6;12:CD006425.
- ¹⁷⁹ Cooklin AR, Donath SM, Amir LH. Maternal employment and breastfeeding: results from the longitudinal study of Australian children. *Acta Paediatr.* 2008 May; 97(5): 620-623.
- ¹⁸⁰ Martinez Galiano JM, Delgado Rodríguez M. Contribución de la educación maternal a la salud materno-infantil. Revisión bibliográfica. *Matronas Prof.* 2014; 15(4): 137-141.
- ¹⁸¹ Moore ER, Bergman N, Anderson GC, Medley N. Early skin-to-skin contact for mothers and their healthy newborn infants. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Nov 25; 11:CD003519.
- ¹⁸² Brixval CS, Axelsen SF, Andersen SK, Due P, Koushede V. The effect of antenatal education in small classes on obstetric and psycho-social outcomes: A systematic review and meta-analysis protocol. *Syst Rev.* 2014 Feb 13; 3:12.
- ¹⁸³ Nolan ML. Information Giving and Education in Pregnancy: A Review of Qualitative Studies. *J Perinat Educ.* 2009; 18(4): 21-30.
- ¹⁸⁴ Ho I, Holroyd E. Chinese women's perceptions of the effectiveness of antenatal education in the preparation for motherhood. *J Adv Nurs.* 2002 Apr; 38(1):74-85.

-
- ¹⁸⁵ Abrahamsson A, Springett J, Karlsson L, Hakansson, A., Ottosson, T. (2005). Some lessons from Swedish midwives' experiences of approaching women smokers in antenatal care. *Midwifery*. 2005 Dec; 21(4):335-45.
- ¹⁸⁶ Svensson J, Barclay L, Cooke M. The Concerns and Interests of Expectant and New Parents: Assessing Learning Needs. *J Perinat Educ*. 2006 Fall;15(4):18-27.
- ¹⁸⁷ Luyben AG, Fleming V. Women's needs from antenatal care in three European countries. *Midwifery*. 2005 Sep; 21(3):212-23.
- ¹⁸⁸ Dumas, L. Focus groups to reveal parents needs for prenatal education. *J Perinat Educ*. 2002 Summer; 11(3):1-9.
- ¹⁸⁹ Wilkins C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*. 2006 Jun; 22(2):169-80.
- ¹⁹⁰ Bansah M, O'Brien B, Oware-Gyekye F. Perceived prenatal learning needs of multigravid Ghanaian women. *Midwifery*. 2009 Jun; 25(3):317-26.
- ¹⁹¹ Lally J, Murtagh M, Macphail S, Thomson R. More in hope than expectation: a systematic review of women's expectations and experience of pain relief in labour. *BMC Med*. 2008 Mar 14; 6:7.
- ¹⁹² Bowman KG. Postpartum learning needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005 Jul-Aug;34(4):438-43.
- ¹⁹³ Singh, G.K, Kogan, M.D, & Dee, D.L. Nativity/immigrant status, race/ethnicity, and socioeconomic determinants of breastfeeding initiation and duration in the United States. 2003. *Pediatrics*. 2007 Feb; 119Suppl 1: S38-46.
- ¹⁹⁴ Cronin C. First-time mothers-identifying their needs, perceptions and experiences. *J Clin Nurs*. 2003 Mar; 12(2):260-7.
- ¹⁹⁵ Berman RO. Perceived Learning Needs of Minority expectant women and barriers to prenatal education. *J Perinat Edu*. 2006; 15(2):36-42.
- ¹⁹⁶ Kurtz L.C, Sword W, Ciliska D. Urban women's socioeconomic status, health service needs and utilization in the four weeks after postpartum hospital discharge: findings of a Canadian cross-sectional survey. *BMC Health Serv Res*. 2008 Oct 3; 8:203.
- ¹⁹⁷ Sword W, Watt, S. Learning needs of postpartum women: does socioeconomic status matter?. *Birth*. 2005 Jun;32(2):86-92.
- ¹⁹⁸ Deave T, Johnson D, Ingram J. Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2008 Jul 29;8:30.
- ¹⁹⁹ Miller W, Maiter S. Fatherhood and cultura: Moving beyond stereotypical Understanding. *Journal of Ethnic & Cultural Diversity in Social Work* 2008; 17(3): 279-300.
- ²⁰⁰ Bonapace J, Chaillet N, Gaumont I, Paul-Savoie E, Marchand S. Evaluation of the Bonapace Method: A specific educational intervention to reduce pain during childbirth. *J Pain Res*. 2013; 6:653-61.

-
- ²⁰¹ Martínez-Galiano JM, Delgado-Rodríguez M. Effectiveness of the professional who carries out the health education program: perinatal outcomes. *Int J Womens Health*. 2014 Mar 19; 6:329-34.
- ²⁰² Torres Díaz A, Sánchez Fernández F, Martínez Martínez L, Fernández Cano C. Opinión de las madres sobre el programa postparto. *Matronas prof*. 2001; 2:38-42.
- ²⁰³ Hildingsson I, Waldenström U, Rådestad I. Women's expectations on antenatal care as assessed in early pregnancy: number of visits, continuity of caregiver and general content. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2002 Feb; 81(2):118-25.
- ²⁰⁴ Hatem M, Sandall J, Devane D, Soltani H, Gates S. Midwife-led versus other models of care for childbearing women. *Cochrane Database Sys Rev* 2008; 4:CD004667.
- ²⁰⁵ Symon A, Pringle J, Cheyne H, Downe S, Hundley V, Lee E, et al. Midwifery-led antenatal care models: mapping a systematic review to an evidence-based quality framework to identify key components and characteristics of care. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016 Jul 19;16(1):168.
- ²⁰⁶ Biro MA, Waldenström U, Brown S, Pannifex JH. Team midwifery care in tertiary level obstetric service: randomized controlled trial. *Birth*. 2000 Sep; 27(3):168-73.
- ²⁰⁷ Waldenström U, Brown S, McLachlan H, Foster D, Brennecke S. Does team midwife care increase satisfaction with antenatal, intrapartum, and postpartum care. A randomized controlled trial. *Birth*. 2000 Sep; 27(3):156-67.
- ²⁰⁸ Cabrera F. Evaluación de la formación. Madrid: Editorial Síntesis; 2000. 37-55 p.
- ²⁰⁹ Escudero Escorza, T. Desde los tests hasta la investigación evaluativa actual. Un siglo, el XX, de intenso desarrollo de la evaluación en educación. *Revista Electrónica de Investigación y Evaluación Educativa*. 2003; 9 (1). [En línea, data accés 21 des 2016]. Disponible a: http://www.uv.es/relieve/v9n1/RELIEVEv9n1_1.htm
- ²¹⁰ Tyler RW. Changing concepts of educational evaluation. A R. E. Stack (Comp.), *Perspectives of curriculum evaluation*. AERA Monograph Series Curriculum Evaluation, 1. Chicago: Rand McNally. 1967.
- ²¹¹ Artieta-Pinedo I, Paz-Pascual C, Grandes G, Espinosa M. Framework for the establishment of a feasible, tailored and effective perinatal education programme. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Feb 8; 17(1):58.
- ²¹² Cronbach LJ. Course improvement through evaluation. *Teach Coll Rec*. 1963; 64 (8): 672-683.
- ²¹³ Scriven M. The methodology of evaluation. A *Perspectives of Curriculum Evaluation*. AERA Monograph 1. Chicago : Rand McNally and Company; 1967. 39-83p.
- ²¹⁴ Scriven M. Prose and cons about goal-free evaluation. *Evaluation Comment*. 1991;12:55. DOI: 10.1177/109821409101200108. [En línea, data accés 20 nov 2016]. Disponible a: <http://aje.sagepub.com/cgi/content/abstract/12/1/55>
- ²¹⁵ Mateo J. Proyecto docente e investigador. Barcelona: Universidad de Barcelona; 1986.

-
- ²¹⁶ Guba GE, Lincoln YS. *Effective evaluation*. San Francisco: Jossey Bass Publishers; 1982.
- ²¹⁷ Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T. *Evaluation models: viewpoints on educational and human services evaluation*. Springer; 2000.
- ²¹⁸ Casanova M A. *Evaluación y calidad de centros educativos*. 2ª edición. Madrid: La Muralla; 2007.
- ²¹⁹ Davis MV. Teaching practical public Health evaluation methods. *Am J Eval*. 2006 jun;27(2): 247-56.
- ²²⁰ Centers for disease control and prevention (CDC). Framework for program evaluation in public health. *MMWR Recomm Rep*. 1999 Sep 17; 48(RR-11):1-40.
- ²²¹ Medical Research Council. *A framework for the development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve Health*. London: MRC; 2000.
- ²²² Medical Research Council: *Developing and evaluating complex interventions: new guidance*. London: Medical Research Council; 2008.
- ²²³ Anguera MT, Chacón S. Aproximación conceptual en evaluación de programas. En Anguera MT, Blanco A editors. *Evaluación de programas sociales y sanitarios*. Madrid: Síntesis; 2008.
- ²²⁴ House ER, Howe KR. *Valores en evaluación e investigación social*. Madrid: Morata; 2001.
- ²²⁵ Cabrera F. *Evaluar para la transformación social*. En Boza A. *Educación, Investigación y Desarrollo social*. Madrid: Narcea; 2010.
- ²²⁶ Amorós-Martí P, Byrne S, Mateos-Inchaurredo A, Vaquero-Tió E, Mundet-Bolós A. Learning together, growing with family: The implementation and evaluation of a family support programme. *Psychosocial Intervention*. 2016; 25(2): 87-93.
- ²²⁷ Creswell J. *Educational research: Planning, conducting and evaluating quantitative and qualitative*. 4th ed. Boston (EEUU): Pearson Education; 2012.
- ²²⁸ Proctor E, Silmere H, Raghavan R, Hovmand P, Aarons G, Bunger A et al. Outcomes for implementation research: conceptual distinctions, measurement challenges, and research agenda. *Adm Policy Ment Health*. 2011; 38: 65-75.
- ²²⁹ Michie S, Fixsen D, Grimshaw J, Eccles M. Specifying and reporting complex behavior change interventions: The need for a scientific method. *Implement Sci*. 2009 Jul 16;4:40.
- ²³⁰ Dombrowski SU, Snihotta FF, Avenell AA, Coyne JC. Current issues and future directions in psychology and health: Towards a cumulative science of behaviour change: do current conduct and reporting of behavioural interventions fall short of best practice?. *Psychol Health*. 2007; 22:869-74.
- ²³¹ Riley BL, MacDonald JA, Mansi O, Kothari A, Kurtz D, von Tettenborn LI, Edwards NC. Is reporting on interventions a weak link in understanding how and why they

work? A preliminary exploration using community heart health exemplars. *Implement Sci.* 2008; 3:27.

²³² Michie S, Abraham C. Identifying techniques that promote health behaviour change: Evidence based or evidence inspired?. *Psychol Health.*2004;19:29-49.

²³³ Proctor EK, Landsverk J, Aarons G, Chambers D, Glisson C, Mittman B. Implementation research in mental Health services: An emerging science with conceptual, methodological, and training challenges. *Adm Policy Ment Health.* 2009 Jan; 36(1):24-34.

²³⁴ Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implement Sci.* 2007 Nov 30;2:40.

²³⁵ Forgatch M, Patterson G, DeGarmo D: Evaluating Fidelity: Predictive, Validity for a Measure of Competent Adherence to the Oregon Model of Parent Management Training. *Behav Ther.* 2005; 36:3-13.

²³⁶ Elliott DS, Mihalic S. Issues in disseminating and replicating effective prevention programs.*Prev Sci.* 2004 Mar; 5(1):47-53.

²³⁷ Greenhalgh T, Robert G, Bate P, Kyriakidou O, Macfarlane F, Peacock R. How to spread good ideas. In *A systematic review of the literatura on diffusion, dissemination and sustainability of innovations in health service delivery and organisation.* London: NHS Service Delivery Organisation; 2004.

²³⁸ Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Control básico del embarazo en la Comunidad Valenciana. Manual para profesionales sanitarios. Valencia: Generalitat Valenciana;2002.

²³⁹ Xunta de Galicia. Conselleria de Sanidade. Guia técnica do proceso de educación maternal prenatal e postnatal. Santiago de Compostela: Xunta de Galicia; 2008.

²⁴⁰ Servicio Canario de Salud. Preparación a la maternitat y paternidad. Programa de atención a la salud afectivo-sexual y reproductiva (P.A.S.A.R). Las Plamas de Gran Canarias: Servicio Canario de Salud; 2009.

²⁴¹ Gobierno de Cantabria. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales. Programa de Preparación para la maternidad y la paternidad. Santander: Gobierno de Cantabria; 2010.

²⁴² Junta de Andalucía. Consejería de igualdad, salud y políticas sociales. Guía orientadora para la preparación al nacimiento y crianza en Andalucía. Sevilla: Junta de Andalucía; 2014.

²⁴³ Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPAS). Guía profesional para la educación materna-paternal del embarazo y parto. Oviedo: SESPAS; 2016.

²⁴⁴ Fernández y Fernández-Arroyo, Muñoz San Roque I, Torres Lucas J. Característiques de los programas de educación maternal de atención primária de la Comunidad de Madrid(España) y de sus asistentes. *Matronas Prof.*2014; 15(1):20-26.

-
- ²⁴⁵ Fuentes-Peláez, Amorós P, Molina Garuz MC, Jané Checa M, Martínez Bueno C. The design of a maternal education program based on analysis of needs and collaborative work. *Revista de cercetare si interventie sociala*. 2013; 42: 50-67.
- ²⁴⁶ Medina JL. Deseo de cuidar y voluntad de poder. La enseñanza en enfermería. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2005.
- ²⁴⁷ Cook T, Reichardt S. Métodos cualitativos y cuantitativos en investigación evaluativa (5ª ed). Madrid: Ediciones Morata; 2005.
- ²⁴⁸ Díaz López SM. Los métodos mixtos de investigación: presupuestos generales y aportes a la evaluación educativa. *Revista portuguesa de pedagogia*. 2014; 48 (1): 7-23.
- ²⁴⁹ Denzin N, Lincoln Y. *The Sage handbook of qualitative research* (4ª ed). California (EEUU): SAGE Publications Inc.; 2005.
- ²⁵⁰ Amorós-Martí P, Byrne S, Mateos-Inchaurredo A, Vaquero-Tió E, Mundet-Bolós A. Learning together, growing with family: The implementation and evaluation of a family support programme. *Psychosocial Intervention*. 2016; 25(2): 87-93.
- ²⁵¹ Creswell J, Plano V. *Designing and conducting mixed methods research*. California (EEUU): SAGE Publications Inc.; 2007.
- ²⁵² Hernández R, Fernández C, Baptista P. *Metodología de la investigación* (3ª ed.). México: Editorial Mc Graw-Hill; 2003. 21 p.
- ²⁵³ Martínez F. El cuestionario. Un instrumento para la investigación en psicología y educación. Barcelona: Laertes Psicopedagogia; 2002.
- ²⁵⁴ Escobar-Pérez J, Cuervo-Martínez, A. Validez e contenido y juicio de expertos: una aproximación a su utilización. *Avances en Medición*. 2008; 6: 27-36.
- ²⁵⁵ Weir CJ. *Language Testing and Validation. An evidence-based approach*. New York (EEUU): Palgrave macmillan; 2005. 251 p.
- ²⁵⁶ Latorre A, Del Rincon D, Arnal J. *Bases metodológicas de la investigación educativa*. Barcelona: Hurtado; 1996.
- ²⁵⁷ Mertens D. Transformative Paradigm Mixed Methods and Social Justice. *Journal of Mixed Methods Research*. 2007; 1(3): 212-225.
- ²⁵⁸ Ruiz Olabuénaga, JI. *Metodología de la investigación cualitativa* (5ªed). Bilbao: Universidad de Deusto; 2012. 23 p.
- ²⁵⁹ Mundet A. *Els llenguatges artístics: metodologies socioeducatives de promoció de la resiliència*. [Tesis doctoral]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2014.
- ²⁶⁰ Cea MA. *Metodologías cuantitativas. Estrategias y técnicas de investigación social*. 3ª edición. Madrid: Editorial Síntesis; 2001. 46 p.
- ²⁶¹ Callejo Gallego J. *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel; 2001.
- ²⁶² Barbour R. *Los grupos de discusión en investigación cualitativa*. Madrid: Morata; 2013.

-
- ²⁶³ Morgan DL. Planning Focus Group. London: SAGE Publications Inc; 1998.
- ²⁶⁴ Mella O. Grupos focales (“focus groups”). Técnica de investigación cualitativa. Documento de trabajo. Santiago de Chile: CIDE; 2000.
- ²⁶⁵ Sandín Esteban MP. Investigación cualitativa en educación: Fundamentos y tradiciones. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
- ²⁶⁶ Delgado-Hito MP. Métodos de investigación cualitativa. En: Cómo elaborar y presentar un proyecto de investigación, una tesina y una tesis. Icart Isern MT, Pulpón Segura (coords). Barcelona: Publicacions y Edicions de la Universitat de Barcelona; 2012. p. 97-106.
- ²⁶⁷ Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Brasil: AMM; 2013.
- ²⁶⁸ Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal. BOE, No.298, (14 Dic 1999).
- ²⁶⁹ Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*. 2008 Jun;41(3-4):327-50.
- ²⁷⁰ Asenjo Cosp M, Treviño Maruri R. Projecció de la població de llevadors col·legiades a Catalunya a l'horitzó de l'any 2030. Cerdanyola del Vallés: Centre d'Estudis Demogràfics. Universitat Autònoma de Barcelona; 2010.
- ²⁷¹ Sánchez M, Seguranyes G, Gómez C, Plata R, Pérez N, Medina T, et al. Inserción laboral de las matronas graduadas entre los años 2001 y 2005. *Matronas Prof*. 2007;8(2): 5-12.
- ²⁷² Teate A, Leap N, Homer CS. Midwives' experiences of becoming CenteringPregnancy facilitators: a pilot study in Sydney, Australia. *Women Birth*. 2013 Mar;26(1).
- ²⁷³ Arora PG, Connors EH, Blizzard A, Coble K, Gloff N, Pruitt D. Dissemination and implementation science in program evaluation: A telemental health clinical consultation case example. *Eval Program Plann*. 2017 Feb;60:56-63.
- ²⁷⁴ Fabian H, Sarkadi A, Åhman A. Challenges and benefits of conducting parental classes in Sweden: Midwives' perspectives. *Sex Reprod Healthc*. 2015 Dec;6(4).
- ²⁷⁵ Ickovics JR, Earnshaw V, Lewis JB, et al. Cluster randomized controlled trial of group prenatal care: perinatal outcomes among adolescents in New York City health centers. *Am J Public Health* 2016;106:359-65.
- ²⁷⁶ Mazzone SE, Carter EB. Group prenatal care. *Am J Obstet Gynecol*. 2017 Jun; 216(6): 552-556.
- ²⁷⁷ Hodgson ZG, Saxell L, Christians JK. An evaluation of Interprofessional group antenatal care: a prospective comparative study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017 Sep 7;17(1):297.
- ²⁷⁸ Breitenstein SM, Gross D, Garvey CA, Hill C, Fogg L, Resnick B. Implementation fidelity in community-based interventions. *Res Nurs Health*. 2010 Apr;33(2):164-73.

-
- ²⁷⁹ Ateah CA. Prenatal parent education for first-time expectant parents: "making it through labor is just the beginning...". *J Pediatr Health Care*. 2013 Mar-Apr;27(2):91-7.
- ²⁸⁰ González-Sanz JD, Barquero González A, Sánchez Martín M, Hidalgo Hidalgo M, León López R. Satisfacción de gestantes y acompañantes en relación con el programa de Educación Maternal en Atención Primaria. *Matronas Prof*. 2017;18(1): 35-42.
- ²⁸¹ Rabin BA, Brownson RC, Haire-Joshu D, Kreuter MW, Weaver NL. A glossary for dissemination and implementation research in health. *J Public Health Manag Pract*. 2008 Mar-Apr;14(2):117-23.
- ²⁸² Akca A, Corbacioglu Esmer A, Ozyurek ES, Aydin A, Korkmaz N, Gorgen H, Akbayir O. The influence of the systematic birth preparation program on childbirth satisfaction. *Arch Gynecol Obstet*. 2017 May;295(5):1127-1133.
- ²⁸³ Andersson E, Christensson K, Hildingsson I. Mothers' satisfaction with group antenatal care versus individual antenatal care--a clinical trial. *Sex Reprod Healthc*. 2013 Oct;4(3):113-20.
- ²⁸⁴ Cunningham SD, Grilo S, Lewis JB, Novick G, Rising SS, Tobin JN, Ickovics JR. Group Prenatal Care Attendance: Determinants and Relationship with Care Satisfaction. *Matern Child Health J*. 2017 Apr;21(4):770-776.
- ²⁸⁵ Liu R, Chao MT, Jostad-Laswell A, Duncan LG. Does CenteringPregnancy Group Prenatal Care Affect the Birth Experience of Underserved Women? A Mixed Methods Analysis. *J Immigr Minor Health*. 2017 Apr;19(2):415-422.
- ²⁸⁶ Tandon SD, Cluxton-Keller F, Colon L, Vega P, Alonso A. Improved adequacy of prenatal care and healthcare utilization among low-income Latinas receiving group prenatal care. *J Womens Health (Larchmt)*. 2013 Dec;22(12):1056-61.
- ²⁸⁷ Almeida LM, Caldas J, Ayres-de-Campos D, Salcedo-Barrientos D, Dias S. Maternal healthcare in migrants: a systematic review. *Matern Child Health J*. 2013 Oct;17(8):1346-54.
- ²⁸⁸ Paz Pascual C, Artieta Pinedo I, Grandes G, Espinosa Cifuentes M, Gaminde Inda I, Payo Gordon J. Necesidades percibidas por las mujeres respecto a su maternidad. Estudio cualitativo para el rediseño de la educación maternal. *Aten Primaria*. 2016 Dec;48(10):657-664.
- ²⁸⁹ Novick G, Sadler LS, Knafel KA, Groce NE, Kennedy HP. In a hard spot: providing group prenatal care in two urban clinics. *Midwifery*. 2013 Jun;29(6):690-7.
- ²⁹⁰ von Thiele Schwarz U, Hasson H, Lindfors P. Applying a fidelity framework to understand adaptations in an occupational health intervention. *Work*. 2015 Jun 5;51(2):195-203.
- ²⁹¹ Pérez D, Van der Stuyft P, Zabala MC, Castro M, Lefèvre P. A modified theoretical framework to assess implementation fidelity of adaptive public health interventions. *Implement Sci*. 2016 Jul 8;11(1):91.
- ²⁹² Martínez Bueno C, Fernández Cuadrado A. Guia per la conducció de grups d'homes per una paternitat responsable, activa i conscient. Projecte Canviem-ho al Programa de

Salut Sexual i Reproductiva de Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona i Institut Català de la Salut; 2016.

²⁹³ Schoppe-Sullivan SJ, Altenburger LE, Settle TA, Kamp Dush CM, Sullivan JM, Bower DJ. Expectant Fathers' Intuitive Parenting: Associations with Parent Characteristics and Postpartum Positive Engagement. *Infant Ment Health J.* 2014;35(5):409-421.

²⁹⁴ Zvara BJ, Schoppe-Sullivan SJ, Dush CMK. Fathers' Involvement in Child Health Care: Associations with Prenatal Involvement, Parents' Beliefs, and Maternal Gatekeeping. *Fam Relat.* 2013;62(4):649-661.

²⁹⁵ Tilden EL, Hersh SR, Emeis CL, Weinstein SR, Caughey AB. Group prenatal care: review of outcomes and recommendations for model implementation. *Obstet Gynecol Surv.* 2014 Jan;69(1):46-55.

²⁹⁶ Cunningham SD, Lewis JB, Thomas JL, Grilo SA, Ickovics JR. Expect With Me: development and evaluation design for an innovative model of group prenatal care to improve perinatal outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017;17:147.

ANNEXOS

Annex 1. Programa tipus formació llevadores Catalunya

Annex 2. Formulari de valoració de la comprensió i detecció de dificultats del qüestionari pilot

Annex 3. Qüestionari estudi fase I

Annex 4. Guió grup focal

Annex 5. Diari de camp

Annex 6. Dimensions i categories de les variables

Annex 7. Consentiment informat de participació els grups focals

Annex 8. Informe favorable Comitè Ètica d'Investigació clínica de l'IDIAP

Jordi Gol

Annex 1. Programa tipus formació llevadores Catalunya



FORMACIÓ PER LLEVADORES

CURS DE METODOLOGIA PER A L'ACTUALITZACIÓ DEL PROGRAMA D'EDUCACIÓ MATERNAL: PREPARACIÓ PER AL NAIXEMENT

Barcelona, 3, 4, 12 i 14 de maig de 2010

Coordinació: **Pere Amorós i Cristina Martínez**

Direcció i organització del curs:

Associació Catalana de Llevadores

Universitat de Barcelona: Departament MIDE

Subvencionat pel Departament de Salut.

Direcció General de Salut Pública. Programa Materno-Infantil

Sol·licitat reconeixement d'interès sanitari per l'Institut d'Estudis de la Salut. Generalitat de Catalunya
Sol·licitada l'acreditació del Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries

OBJECTIU GENERAL

- Implantar a Catalunya el nou programa d'educació maternal: **Preparació per al naixement** amb la formació de les llevadores que estan portant a terme aquest programa.

DIRIGIT A

- Llevadores dels programes d'atenció a la salut sexual i reproductiva que estan desenvolupant, en l'actualitat, el programa d'educació maternal.

OBJECTIUS ESPECÍFICS

- Capacitar les llevadores en l'ús de les metodologies plantejades en el programa.
- Permetre la simulació de diferents metodologies a través de les activitats que es proposen en el programa.
- Revisar els diferents aspectes relacionats amb el treball de la consciència corporal en les embarassades
- Proporcionar coneixements i habilitats per al canvi d'estructura del programa en els diferents serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva.

PROGRAMA

Dilluns, 3 de maig 2010

09:00 - 09:40 Presentació del grup i identificació d'expectatives i necessitats del grup.

09:40 - 10:40 Organització i estructura del nou programa d'educació maternal: objectius, continguts i metodologia.

10:40 - 11:10 *DESCANS*

11:10 - 12:30 Utilització de metodologies didàctiques en els grups educatius de preparació per al naixement: fonamentació teòrica i aplicació pràctica. Estratègies i tècniques didàctiques.

12:30 - 14:30 Metodologia de treball en el curs: distribució de continguts i activitats. Distribució per parelles de treball.

DOCENT: Pere Amorós i Cristina Martínez

16:00 -17:30 Presentació dels objectius i exercicis dins del treball de consciència corporal en embarassades (sessions 0-2). Fonamentació i descripció.

17:30 - 18:00 *DESCANS*

18:00 - 20:00 Entrenament d'exercicis i tècniques de relaxació. *DOCENT:*

Glòria Sebastià

Dimarts, 4 de maig 2010

09:00 - 09:30 Introducció de les activitats a realitzar.

09:30 - 11:30 Presentació i exposició de les activitats: familiarització amb materials i continguts*

11:30 - 12:00 *DESCANS*

12:00 - 14:00 Presentació i exposició de les activitats: familiarització amb materials i continguts*

14:00 - 14:30 Valoració i tancament de la sessió.

DOCENT: Pere Amorós

Dimecres, 12 de maig 2010

09:00 - 09:30 Introducció de les activitats a realitzar.

09:30 - 11:30 Presentació i exposició de les activitats: familiarització amb materials i continguts*

11:30 - 12:00 *DESCANS*

12:00 - 14:00 Presentació i exposició de les activitats: familiarització amb materials i continguts*

14:00 - 14:30 Valoració i tancament de la sessió.

DOCENT: Cristina Martínez

16:00 -17:30 Presentació dels objectius i exercicis dins del treball de consciència corporal en embarassades (sessions 3-6).

Fonamentació i descripció.

17:30 - 18:00 *DESCANS*

18:00 - 20:00 Entrenament d'exercicis i tècniques de relaxació.

DOCENT: Fina Privat

Divendres, 14 de maig 2010

09:00 - 09:30 Introducció de les activitats a realitzar.

09:30 - 11:30 Presentació i exposició de les activitats: familiarització amb materials i continguts*

11:30 - 12:00 *DESCANS*

12:00 - 14:00 Presentació i exposició de les activitats: familiarització amb materials i continguts*

14:00 - 14:30 Valoració i tancament de la sessió. Avaluació del curs. Conclusions i reflexions generals. Lliurament de material.

DOCENTS: Cristina Martínez

PROFESSORAT

- **Pere Amorós**
Professor del Departament de Mètodes d'Investigació i Diagnòstic en Educació.
Facultat de Pedagogia. Universitat de Barcelona.
- **Cristina Martínez**
Llevadora i Pedagoga. Responsable PASSIR Barcelona ciutat. ICS.
- **Fina Privat**
Llevadora. Fisioterapeuta. Llevadora de l'ASSIR Selva Marítima.
- **Glòria Sebastià**
Llevadora. Fisioterapeuta.

METODOLOGIA

- Exposició teòrica i treball en parelles i grup gran, amb diferents estratègies i tècniques del programa: exercicis en paper i llapis, diàlegs simultanis - discussió dirigida, pluja d'idees, estudi de casos, jocs de rol, fantasies guiades, utilització de vídeos didàctics.
- Sessions d'observació de la preparació dels continguts teòrics (microteaching).
- Pràctica de les llevadores dels diferents exercicis i tècniques de relaxació adaptats a les gestants.

DURADA: 30 hores lectives.

GRUP: 16 llevadores.

PAGAMENT: Subvencionat pel Departament de Salut. Direcció General de Salut Pública. Programa Materno-infantil.

LLOC: Aula de formació, pis -1 (soterrani)
CAP Adrià
C/ Vallmajor, 34 - 08006 Barcelona

INSCRIPCIÓ: per web www.llevadores.cat

per telèfon: **93 310 15 64**

per e-mail: llevadores@llevadores.cat

Annex 2. Formulari de valoració de la comprensió i detecció de dificultats del qüestionari pilot

Qüestionari pilot

Avaluació de la implantació i desenvolupament del Programa d'Educació Maternal /
Preparació al Naixement als ASSIR de Catalunya

Secció sense títol

1. **1a. Els enquestats comprenen l'objectiu del qüestionari**

Maqueu només un oval.

- SI
 NO

2. **1b. Comentaris**

Secció sense títol

3. **2a. Els enquestats es senten a gust responent el qüestionari**

Maqueu només un oval.

- SI
 NO

4. **2b. Comentaris**

Secció sense títol

5. **3a. La redacció del qüestionari és clara**

Maqueu només un oval.

- SI
 NO

6. **3b. Comentaris**

Secció sense títol

7. **4a. El temps de resposta és adequat**

Maqueu només un oval.

- SI
 NO

8. **4b. Comentaris**

Secció sense títol

9. **5a. Alguna pregunta obliga a pensar excessivament**

Maqueu només un oval.

- SI
 NO

10. **5b. Quina/es?**

11. 5c. Comentaris

Secció sense títol

12. 6a. Hi ha alguna pregunta que indueix a confusió

Maqueu només un oval.

SI

NO

13. 6b. Quina/es?

14. 6c. Comentaris

Secció sense títol

15. 7a. La seqüència de les preguntes és adequada

Maqueu només un oval.

SI

NO

16. **7b. Comentaris**

Secció sense títol

17. **8a. El qüestionari és massa extens**

Maqueu només un oval.

- SI
 NO

18. **8b. Comentaris**

Secció sense títol

19. **9a. L'escala utilitzada per algunes preguntes és adequada**

Maqueu només un oval.

- SI
 NO

20. **9b. En quina/es no és adequada?**

21. **9c. Comentaris**

Secció sense títol

22. **10. Vols fer algun comentari que no hakis pogut fer en les anteriors preguntes?**

Annex 3. Qüestionari estudi fase I

Qüestionari avaluació del procés d'implantació Programa d'educació maternal/preparació al naixement (P-EM/PN)

Aquest qüestionari és anònim, la teva resposta és de caràcter voluntari i confidencial. Es respecta la llei 15/1999 de protecció de dades de caire personal.

T'agraïm la teva col·laboració que ens permetrà avaluar el programa d'Educació Maternal/ Preparació al Naixement (P- EM/PN) del Departament de Salut que es porta a terme a Catalunya des de l'any 2010. Aquest qüestionari no et portarà més de 10-15' Si us plau contesta les següents preguntes:

Dades de la llevadora

ASSIR*:	(desplegable)	Any naix*:		Sexe*:	Home / dona
----------------	---------------	-------------------	--	---------------	-------------

Anys d'experiència a l'ASSIR*:	
---------------------------------------	--

Coneixement del material

Coneixes el material específic del programa d'EM/PN del Departament de Salut?*	SI	NO
L'estàs utilitzant?*	SI	NO
En el cas que no l'utilitzis, perquè no el fas servir? (marca amb una X) (pots marcar més d'una resposta):		
No dispo de mitjans audiovisuals		
Necessitaria formació		
No em sento còmoda/e amb la metodologia		
Manca de temps per desenvolupar-lo		
Altres:	Especifica:	

Formació per l'aplicació del material

Creus necessària una formació específica per conèixer el programa i desenvolupar-lo correctament?*	SI	NO
Quants grups creus necessari que s'han de realitzar per desenvolupar correctament el programa EM/PN? (marca amb una X)		
1-2 grups		
3-4 grups		
>4 grups		
Altres:	Especifica :	
Vas realitzar formació específica per la implantació del programa EM/PN?*	SI	NO
Any d'aquesta formació:		

Has realitzat alguna formació (diferent a l'específica del P- EM/PN) relacionada amb Educació Maternal/Preparació al Naixement, a partir del 2010?*		SI	NO
En cas afirmatiu, indica la temàtica de la formació (marca amb una X) (pots marcar més d'una temàtica):			
Educació per la salut			
Consciència corporal			
Tècniques educatives grupals			
Tècniques de relaxació			
Metodologia didàctica			
Preparació a la maternitat a l'aigua			
Preparació física: ioga, pilates			
Altres		Específica:	

Activitat grupal

Quants grups de P-EM/PN realitzes a l'any?* (marca amb una X)			
Cap grup			
1-2 grups / any			
3-4 grups / any			
5-6 grups / any			
>6 grups / any			
Grup obert (incorporació i finalització contínua de gestants)			
Altres		Específica:	
Quantes sessions realitzes en un grup d'EM/PN?*			
Habitualment, quantes gestants i acompanyants/parelles formen part del grup d'EM/PN?*			

Realitzes <u>altres</u> activitats educatives grupals relacionades amb la maternitat - paternitat?*		SI	NO
En cas afirmatiu, indica quin tipus d'activitat (marca amb una X) (pots marcar més d'un tipus):			
Grups de post-part			
Grups de recolzament a l'al·letament			
Grups d'homes futurs pares			
Grups d'adolescents gestants			
Altres		Específica:	

Valoració de la implantació del programa

A continuació et presentem una sèrie d'afirmacions en les quals has de valorar la freqüència amb la qual, durant la implantació i desenvolupament del P-EM/PM, es produeix aquesta afirmació.

Valora en una escala de l'1 al 5, on l'1 indica "gens", és a dir, no s'ha realitzat mai, i 5 indica que aquesta acció s'ha realitzat amb molta freqüència.

	1. gens	2. poc	3. alguna vegada	4. bastan t	5. molt
Respecte al programa*					
1. El programa s'ofereix entre les dones gestants i parelles					
2. S'estan mantenint amb fidelitat els continguts i metodologia del programa					
3. El núm. de sessions és adequat					
4. S'han incorporat altres activitats al programa					
5. S'han incorporat altres continguts al programa					
6. S'han incorporat altres sessions al programa					
7. S'han incorporat altres materials audiovisuals al programa					
8. Utilitzo les sessions expositives					
9. En cada sessió explico els objectius marcats en el programa					
10. Respecto el temps marcat per cada activitat					
11. Puc realitzar les sessions amb les activitats i temps marcat en el programa					
12. Avaluo cada sessió del programa utilitzant l'instrument d'avaluació del programa					
13. Avaluo quantitativament en cada grup la satisfacció dels/les participants					
14. Procuo per la participació activa de les/els participants					

Quant temps creus que estan, les/els participants, realitzant alguna activitat (ACTIVES) o en actitud d'escolta durant la sessió, excloent la part de consciència corporal? * (marca amb una X)

20% ACTIVES versus 80% escoltant	<input type="checkbox"/>	
40% ACTIVES versus 60% escoltant	<input type="checkbox"/>	
50% ACTIVES versus 50% escoltant	<input type="checkbox"/>	
60% ACTIVES versus 40% escoltant	<input type="checkbox"/>	
80% ACTIVES versus 20% escoltant	<input type="checkbox"/>	
Altres:	<input type="checkbox"/>	Especifica: <input type="text"/>

	1. gens	2. poc	3. alguna vegada	4. bastan t	5. molt
Respecte als participants*					
15. Les parelles de les dones gestants solen assistir als grups					
16. Creus que el programa satisfà les expectatives					
17. La metodologia és acceptada per les/els participants					
18. Creus que la participació a través de les activitats plantejades afavoreix la comprensió dels continguts per a les/els participants					
19. Existeixen activitats ben acceptades per les/els participants					
20. Les/els participants creuen que manquen continguts que no estan plantejats en el programa					
21. Prefereixen, les/els participants, la realització d'activitats respecte les sessions expositives					
22. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre l'embaràs i el part					
23. S'afavoreix el coneixement de les/els participants sobre lactància-postpart					
24. Les/els participants adquireixen habilitats d'autocura i cura de la criatura					
25. Perceben, les/els participants, el recolzament que reben per part de la llevadora					
26. Mostren les/els participants implicació en el procés					
27. El programa permet formar xarxa entre les/els participants					
Respecte als professionals i recursos*					
28. S'aconsegueix mantenir la mateixa llevadora durant tot el grup					
29. Es porten a terme reunions de seguiment del programa amb altres companys/es					
30. Preparo les sessions abans de l'inici de la sessió					
31. S'assegura la confidencialitat del que es tracta en el grup					
32. Disposo d'ordinador i canó de projecció					
33. Disposo de suport audiovisual (CD, DVD, vídeo)					
34. Em sento satisfeta/et fent servir aquest programa en els meus grups					

Annex 4. Guió grup focal

Característiques de les persones participants:

Respecte les característiques de les persones participants:

- 1) Quines característiques tenen les/els participants dels grups? Edat, paritat, motivació, multiculturalitat, ...
- 2) En general, sobre quines setmanes de gestació capteu les dones i les seves parelles?
- 3) Les dones i parelles que acudeixen al grup, normalment realitzen el control i seguiment de l'embaràs a l'ASSIR? Com feu la seva captació?
- 4) Quins aspectes faciliten la captació de les dones i les seves parelles?
- 5) Creieu que la captació que esteu realitzant de les dones i parelles participants del programa és l'adequada? En quins aspectes pot millorar?
- 6) Quina és la valoració del nombre de participants homes? Creieu que augmenta el nombre d'homes que acudeixen als grups?
- 7) Actualment esteu realitzant grups oberts o grups tancats? Dificultats
- 8) En general, les dones que comencen el grup l'acaben? I la seva assistència és constant?
- 9) Teniu algun tipus de material de suport per la captació?
- 10) Quina és l'acceptació per part de les gestants i parelles en la participació del programa?

Desenvolupament del programa per part de les llevadores

Respecte al desenvolupament del programa:

- 11) Com us sentiu amb l'ús de la metodologia proposada en el programa?
- 12) Quins problemes heu trobat a l'hora d'aplicar l'organització de les diferents sessions?
- 13) Com us trobeu proposant les diferents activitats plantejades en el programa?
- 14) Hi ha alguna activitat que trobeu difícil o difícil de realitzar? Amb quines activitats us sentiu més a gust portant-les a terme?
- 15) En general, podeu desenvolupar els continguts i activitats amb el temps que marca el programa?
- 16) Respecte al desenvolupament del programa un dels aspectes més importants és mantenir la motivació de les dones i parelles que assisteixen, creieu que el plantejament del programa ajuda en el manteniment d'aquesta motivació o esteu utilitzant altres estratègies per mantenir-la? Quines?
- 17) Quin creieu que és el clima que es genera en el grup? Quins creieu que són els elements fonamentals per mantenir un bon clima d'aprenentatge en el grup? Quin és el vostre rol en la generació d'aquest clima? i la dels participants?
- 18) Creieu que la vostra participació és realment de dinamització del grup o penseu que encara teniu un rol massa expositiu?
- 19) Creieu que es poden assolir els objectius plantejats en el programa? Són suficients el nombre de sessions?
- 20) Com aconsegiu la participació de les persones participants?

-
- 21) Creieu que el programa està suficientment adaptat a les necessitats diverses dels grups?
 1. Treball amb la diversitat cultural
 2. Diferents models de família
 3. Treball amb homes
 4. Diferents experiències
 5. Diferents expectatives
 - 22) Podríeu destacar els principals avantatges del nou programa?
 - 23) Podríeu destacar les principals dificultats que globalment us trobeu en el desenvolupament del programa?
 - 24) Heu fet algun canvi al programa des de l'inici fins ara? En quin sentit, continguts, activitats, material utilitzat? Per què?

Utilitat del programa

Respecte a la utilitat del programa:

- 25) Referent als aprenentatges de caràcter cognitiu, emocional i comportamental, podríeu indicar en quins aspectes heu notat una evolució en les gestants i les seves parelles?
- 26) En quins aspectes creieu que han modificat més els seus coneixements, habilitats i actituds?
- 27) Quina és l'acceptació de les parelles quan s'explica la metodologia de treball del programa?
- 28) Com reaccionen a les activitats proposades? Què pensen de la metodologia participativa?
- 29) Penseu que les persones participants valoren el programa i la seva utilitat?
- 30) Quina és la percepció que teniu de l'ús del programa per part de les persones participants (continguts i activitats) en moments com poden ser el part i el puerperi, respecte l'ús dels coneixements, habilitats i actituds?
- 31) Des del punt de vista com a professionals, què representa per vosaltres portar a terme el programa de preparació al naixement?
- 32) En general esteu satisfetes de com esteu desenvolupant el programa?
- 33) Esteu satisfeta com a professionals realitzant el programa?
- 34) Creieu que les persones participants estan satisfetes?

Avaluació del programa

Respecte l'avaluació del programa

- 35) Com heu organitzat l'avaluació de cada sessió i del programa?
- 36) Quines dificultats organitzatives, de contingut o desenvolupament del programa heu tingut?
- 37) Quins canvis o estratègies organitzatives, de contingut o desenvolupament proposaríeu per millorar el programa?
- 38) Creieu que és necessària més formació per les llevadores pel desenvolupament del programa?
- 39) Considereu necessari fer un seguiment del programa? Què proposaríeu?
- 40) Podeu expressar els aspectes que creieu que seria important tenir en compte per millorar el programa i que no heu expressat.

Annex 5. Diari de camp

Títol estudi: Avaluació de la implantació i desenvolupament del programa d'Educació Maternal/ Preparació al naixement a Catalunya

Investigadora: Cristina Martínez Bueno

Avaluació qualitativa - REUNIONS GRUPS DISCUSSIÓ

<u>ASSIR</u>
<u>Data</u>
<u>Lloc</u>
<u>Horari / durada</u>
<u>Llevadores participants</u>
<u>Comentaris de la investigadora (clima grupal, incidències)</u>

Annex 6. Dimensions i categories de les variables

Categories grups focals llevadores- Versió 1

DIMENSIO	VARIABLE	DEFINICIO	CATEGORIES	CODIC	PREGUNTES (ORIENTATIVES)
CARACTERÍSTIQUES PARTICIPANTS i CAPTACIO	Característiques de les gestants i parelles	Elements relacionats amb les característiques de les persones participants que poden influir en el desenvolupament del programa	Edat	TCarP- Selec1	1) Quines característiques tenen les/els participants dels grups? Edat, paritat, motivació, multiculturalitat 2) En general, sobre quines setmanes de gestació capteu a les dones i parelles? 3) Les dones i parelles que acudeixen al grup, normalment realitzen el control i seguiment en l'ASSIR? Com feu la seva captació? 4) Quins aspectes faciliten la captació de les dones i les seves parelles? 5) Creus que la captació que esteu realitzant de les dones i parelles participants del programa és l'adequada? 6) Quina es la valoració del nombre de participants homes? Creus que augmenta el nombre d'homes que acudeixen als grups? Actualment quin percentatge d'homes sobre el nombre de parelles creus que hi ha en el teu grup?
			Paritat	TCarP-Selec2	
			Setmanes gestació		
			Motivació/receptivitat	TCarP-Selec3	
			Procedència i idioma	TCarP-Selec4	
			Homogeneïtat/Heterogeneïtat de les persones participants	TCarP-Selec5	
			% d'homes que assisteixen	TCarP-Selec6	
	Altres	TCarP-Selec0			
	Estratègies de captació	Elements relacionats amb les característiques de la captació que puguin facilitar o dificultar la captació de les persones participants.	Confiança i relació amb les llevadores durant el control i seguiment de l'embaràs	TEstC-Selec1	7) Actualment esteu realitzant grups oberts o grups tancats? Dificultats 8) En general, les dones que comencen el grup l'acaben? i la seva assistència és constant? 9) Teniu algun tipus de material de suport per la captació?
			Elements facilitadors	TEstC-Selec2	
			Material de suport	TEstC-Selec3	
			Grup tancat/Grup obert	TEstC-Selec4	
			Dificultats grup obert	TEstC-Selec5	
	Altres	TEstC-Selec0			
	Millores en la captació	Idees per millorar la captació	Millores en la captació	TEstC- Selec6	10) En quins aspectes pot millorar la captació?
	Acceptabilitat	Valoració del grau d'acceptació de la gestant i parella davant la proposta de participar en el programa	Positiva/Entusiasta		11) Quina és l'acceptació per part de les gestants i parelles en la participació del programa?
			Proactiva		
Reticències a anar al grup					

Categories grups focals llevadores- Versió 1

DIMENSIÓ	VARIABLE	DEFINICIÓ	CATEGORIES	CODI	PREGUNTES (ORIENTATIVES)
DESENVOLUPAMENT DEL PROGRAMA	Metodologia, continguts i organització	Ús de la metodologia plantejada pel programa i aspectes d'organització dels continguts i activitats	Ús de la metodologia	TMet-Des1	12) Com us sentiu amb l'ús de la metodologia proposada en el programa? 13) Quins problemes heu trobat a l'hora d'aplicar l'organització de les diferents sessions? 14) Com us trobeu proposant les diferents activitats plantejades en el programa? 15) Tens alguna activitat que trobes més difícil o que és més difícil de portar a terme? Amb quines activitats et sents més a gust portant-les a terme? 16) En general, pots desenvolupar els continguts i activitats amb el temps que marca el programa? 17) Respecte al desenvolupament del programa, un dels aspectes més importants és mantenir la motivació de les dones i parelles que assisteixen, creus que el plantejament del programa ajuda en el manteniment d'aquesta motivació o estàs utilitzant altres estratègies per mantenir-la? Quines? 18) Quin creieu que és el clima que es genera en el grup? Quins creieu que són els elements fonamentals per mantenir un bon clima d'aprenentatge en el grup? Quin és el vostre rol en la generació d'aquest clima? i la dels participants? Hi ha gestants que han deixat d'assistir? 19) Creieu que la vostra participació és realment de dinamització del grup o penseu que encara teniu un rol massa expositiu? 20) Creieu que es poden assolir els objectius plantejats en el programa? Són suficients el nombre de sessions?
			Continguts	TMet-Des2	
			Sessions	TMet-Des3	
			Activitats	TMet-Des4	
			Dificultats activitats	TMet-Des5	
			Temps de les sessions	TMet-Des6	
			Motivació	TMet-Des7	
			Característiques del programa	TMet-Des8	
			Altres	TMet-Des0	
	Clima	Elements que han influït positiva o negativament en el clima grupal i les relacions interpersonals de les gestants i les seves parelles i que poden influir en el desenvolupament del programa	Homogeneïtat i/o heterogeneïtat del grup	TClim-Des1	
			Recolzament informal entre participants	TClim-Des2	
			Factors que influencien clima	TClim-Des3	
			Rol de la llevadora	TClim-Des4	
			Rol dels participants	TClim-Des5	
			Vincle de confiança amb la llevadora	TClim-Des6	
			Altres	TClim-Des0	
	Planificació del programa, objectius i participació	Estratègies per la dinamització del grup, participació i assoliment d'objectius planificats amb la incorporació o no de nous continguts o activitats	Durada de les sessions	TPlaObj-Des1	
			Incentivació participació	TPlaObj-Des2	
			Assoliment d'objectius	TPlaObj-Des3	
			Nombre de sessions	TPlaObj-Des4	
			Adaptat a les necessitats diverses	TPlaObj-Des5	
			Avantatges del programa	TPlaObj-Des6	
			Dificultats del programa	TPlaObj-Des7	
			Canvis contingut	TPlaObj-Des8	
			Canvis activitats	TPlaObj-Des9	
			Canvis material	TPlaObj-Des10	
			Altres	TPlaObj-Des0	
21) Com aconsegueixes la participació de les persones participants? 22) Creus que el programa esta suficientment adaptat a les necessitats diverses dels grups? - Treball amb la diversitat cultural - Diferents models de família - Treball amb homes - Diferents experiències - Diferents expectatives 23) Podríeu destacar els principals avantatges del nou programa? 24) Podríeu destacar les principals dificultats que globalment us trobeu en el desenvolupament del programa? 25) Heu fet algun canvi al programa des de l'inici fins ara? En quin sentit, continguts, activitats, material utilitzat? Per què?					

Categories grups focals llevadores- Versió 1

DIMENSÍO	VARIABLE	DEFINICIÓ	CATEGORIES	CODI	PREGUNTES (ORIENTATIVES)	
UTILITAT DEL PROGRAMA	Utilitat per a les gestants i parelles	Elements del programa que han contribuït a la millora dels aprenentatges cognitius, emocionals, comportamentals i que han estat d'ajuda per a les gestants i parelles.	Evolució en els aprenentatges	TGest-Util1	26) Referent als aprenentatges de caràcter cognitiu, emocional i comportamental, em podrieu indicar en quins aspectes heu notat una evolució en les gestants i les seves parelles? 27) En quins aspectes creieu que han modificat més els seus coneixements, habilitats i actituds? 28) Quina és l'acceptació de les parelles quan s'explica la metodologia de treball del programa? 29) Com reaccionen a les activitats proposades? Què pensen de la metodologia participativa? 30) Quina és la percepció que teniu de l'ús del programa per part de les persones participants (continguts i activitats) en moments com poden ser el part i el puerperi, respecte a l'ús dels coneixements, habilitats i actituds? 31) Penseu que les persones participants valoren el programa i la seva utilitat?	
			Canvis cognitius	TGest-Util2		
			Canvis emocionals	TGest-Util3		
			Canvis comportamentals	TGest-Util4		
			Habilitats maternes i paternes	TGest-Util5		
			Acceptabilitat metodologia	TGest-Util6		
			Acceptabilitat activitats	TGest-Util7		
			Consciència del nou rol després del naixement de la criatura	TGest-Util8		
			Valoració de l'ús en el part	TGest-Util9		
			Valoració de l'ús en el postpart	TGest-Util10		
			Valoració global utilitat			
	Altres	TGest-Util0				
	Utilitat per als professionals	Elements del programa que han estat d'ajuda per als professionals.	Millora els coneixements sobre les necessitats dels participants	TProf-Util1	32) Des del punt de vista com a professionals, què representa per vosaltres portar a terme el programa de preparació al naixement?	
			Desenvolupament de la intervenció de forma grupal	TProf-Util2		
			Creació d'un espai de confiança i vincle	TProf-Util3		
			Canvi del model d'intervenció grupal	TProf-Util4		
			Altres	TProf-Util0		
	GRAU DE SATISFACCIÓ	Satisfacció	Valoració general del programa tenint en compte els beneficis per a la gestant i parella i per als professionals.	Valoració desenvolupament programa global	TGrad-Satis1	33) En general esteu satisfetes de com esteu desenvolupant el programa? 34) Esteu satisfetes com a professionals portant a terme el programa? 35) Creieu que les persones participants estan satisfetes?
				Valoració positiva llevadora	TGrad-Satis2	
Valoració positiva participants				TGrad-Satis3		
Altres				TGrad- Satis0		

Categories grups focals llevadores- Versió 1

DIMENSÍO	VARIABLE	DEFINICIÓ	CATEGORIES	CODI	PREGUNTES (ORIENTATIVES)
PROCÉS D'AVALUACIÓ	Avantatges avaluació	Avantatges i beneficis que ha tingut el procés d'avaluació de les sessions	Coneixement de canvis	TAvent-Aval1	36) Com heu organitzat l'avaluació de cada sessió i del programa? 37) Quines dificultats organitzatives, de contingut o desenvolupament del programa heu tingut?
			Reflexió sobre la pràctica	TAvent-Aval2	
			Altres	TAvent-Aval0	
	Inconvenients / Dificultats	Inconvenients i dificultats que s'han produït durant el procés de desenvolupament del programa.	Dificultats organitzatives	TIncon-Aval1	38) Considereu necessari fer un seguiment del programa? Què proposaríeu? 39) Creieu que és necessària més formació per les llevadores pel desenvolupament del programa?
			Recomanacions avaluació per sessió	TIncon-Aval2	
			Seguiment del programa: reunions periòdiques	TIncon-Aval3	
			Formació de les llevadores	TIncon-Aval4	
			Altres	TIncon-Aval0	
	Propostes de millora	Idees dels professionals amb propostes de millora del programa	Propostes de millora	TProp-Aval1	40) Quins canvis o estratègies organitzatives, de contingut o desenvolupament proposaríeu per millorar el programa? 41) Podeu expressar aquells aspectes que creieu que seria important tenir en compte per millorar el programa i que no heu expressat.
			Propostes de canvis	TProp-Aval2	

Annex 7. Consentiment informat de participació en els grups discussió

Consentiment informat

Títol estudi: Avaluació de la implantació i desenvolupament del programa d'Educació Maternal/ Preparació al naixement a Catalunya

Investigadora: Cristina Martínez Bueno

Jo, (Nom complet), amb DNI.....
he estat informada sobre l'estudi que es realitzarà en els ASSIR de Catalunya.

Se m'ha explicat i sóc conscient dels següents punts d'aquest estudi:

- La posta en marxa d'un programa nou d'EM/Preparació al naixement requereix d'una avaluació de la seva implantació, del nivell de seguiment de la metodologia plantejada en el programa, de la utilització dels continguts proposats així com del material audiovisual proporcionat, a més de l'acompliment d'expectatives dels professionals i de les dones i parelles participants, així com de la motivació i formació en l'ús del programa per part tant dels professionals.
- En aquest cas no s'ha fet cap planificació institucional d'aquesta avaluació i per tant, es desconeix a nivell de Catalunya el grau d'aplicació del programa, ni de l'efectivitat del mateix, entenent aquesta efectivitat com determinar:
 - Les condicions d'implementació òptimes
 - Perfil dels professionals que la porten a terme
 - Percepcions dels professionals en el desenvolupament del programa
 - Utilització de la metodologia, continguts i material audiovisual proposat
 - Motivació i formació dels professionals que porten a terme el programa
 - Valoració de la avaluació que es realitza
 - Canvis esperables produït en el programa
- Aquesta situació es va plantejar a la Direcció de Salut Pública del Departament de Salut que va considerar que aquesta avaluació milloraria el coneixement del grau d'implantació del programa i la avaluació de la seva efectivitat, per tant, existeix el compromís amb el Departament de Salut per que aquest actuï com a receptor dels resultats de la avaluació.
- L'objectiu general de l'estudi és avaluar la implantació i desenvolupament del programa d'EM/Preparació al naixement en els ASSIR de Catalunya per tal d'identificar l'ús del programa, les estratègies utilitzades, les sessions realitzades, la motivació i expectatives per part de les llevadores, que desenvolupen el programa.
- Aquesta investigació utilitza una metodologia mixta amb una part quantitativa i una qualitativa (grups de discussió)

He tingut oportunitat d'efectuar preguntes sobre l'estudi, he rebut respostes satisfactòries i tinc suficient informació en relació a l'estudi.

Se m'ha demanat la meua participació en la part qualitativa de l'estudi a través dels grups de discussió i se m'ha informat que seran enregistrats.

Entenc que aquesta participació és voluntària.

Les dades recollides s'incorporaran en una base de dades informatitzada (Atlas-ti) per analitzar-les.

Aquestes dades seran tractades i custodiades amb respecte a la meua intimitat i a la vigent normativa de protecció de dades (Llei Orgànica 15/1999, de 13 de desembre) i podran ser utilitzades en el futur en altres estudis o publicacions.

Declaro que he llegit i conec el contingut d'aquest document, comprenc els compromisos que assumeixo i els accepto expressament. I, per això, signo aquest consentiment informat de forma voluntària per manifestar el meu desig de participar en aquest estudi de recerca.

En signar aquest consentiment no renuncio a cap dels meus drets.

Rebré una còpia d'aquest consentiment per guardar i poder consultar-lo en el futur.

Jo,.....accepto i dono el meu consentiment per participar en aquest estudi.

Signatura

.....de.....de.....

Annex 8. Informe favorable Comitè Ètica d'Investigació clínica de l'IDIAP
Jordi Gol



INFORME DEL COMITÈ ÈTIC D'INVESTIGACIÓ CLÍNICA

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

CERTIFICA:

Que aquest Comitè en la reunió del dia 22/02/2017, ha avaluat el projecte *Avaluació de la implantació i desenvolupament del programa d'Educació Maternal/ Preparació al naixement a Catalunya* amb el codi **P17/002** presentat per l'investigador/a **Cristina Martínez Bueno**.

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

Barcelona, a 24/02/2017