



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció de la salut sexual de la dona

M^a Helena Viñas Llebot

ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

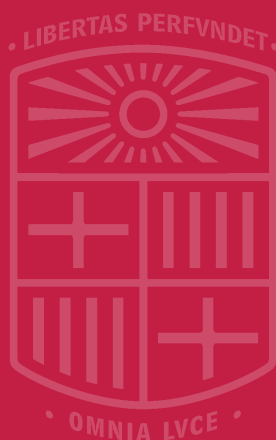
Tesi Doctoral

Necessitats de formació de les
llevadores per a l'atenció de la
salut sexual de la dona

Helena Viñas Llebot



UNIVERSITAT DE
BARCELONA



UNIVE
BARC



UNIVERSITAT DE
BARCELONA

Necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció de la salut sexual de la dona

Programa de Doctorat en Educació i Societat

Doctoranda: Helena Viñas Llebot

Directora: Dra. Núria Giné Freixes

Tutor: Dr. Artur Parcerisa Aran

2018

A les llevadores,
per tenir cura de les dones i de les seves famílies.

Al Toni, al Gerard, al Quim i al Marc,
perquè junts hem fet aquest camí.

AGRAÏMENTS

Agraïexo sincerament la direcció de la tesi a la Dra. Núria Giné que amb el seu suport i assessorament i, més enllà de l'estrictament acadèmic, m'ha permès arribar al final d'aquesta recerca.

El meu agraïment a l'Associació Catalana de Llevadores pel compromís científic amb la professió i per enfortir el col·lectiu; i també, per donar-me l'oportunitat de participar en la formació contínua de les professionals, compartir les seves inquietuts, i créixer com a llevadora.

Vull agrair a la Glòria Seguranyes la seva persistència en que arribés al final d'aquest camí i, molt especialment, que haguem compartit la importància de formar en sexualitat a les llevadores residents, el que ens va portar a gaudir de llargues i amenes converses.

A la Carme Gómez, amiga i companya que des de la taula del costat em va anar animant tot creient en el que feia. Agraïexo els ànims rebuts de les companyes i companys de la Universitat de Barcelona, i en especial a la Lourdes Bernuz i a l'Esther Crespo per ser sensibles i escoltar les meves angoixes. I a la Pepi Albás pel seu suport en facilitar les tasques administratives des del departament.

A la Dolors Costa, per assessorar-me en l'elecció de les llevadores segons el perfil que necessitava per dur a terme la recerca, i també per facilitar-me els seus contactes. I a la Carmina Oliver li agraeixo la seva participació com a observadora en els grups de discussió, fet que em va permetre obtenir una altra visió des de la seva expertesa i eixamplar el rigor en la recerca.

Aprecio el suport rebut de l'Institut de Ciències de l'Educació de la Universitat de Barcelona i, en especial, de la Marta Sabariego pel seu assessorament en el maneig del programa informàtic NVivo d'anàlisi de dades.

Em sento profunda i sincerament agraïda amb totes les llevadores que han participat en l'estudi; i tot i que els vostres noms no constin en la recerca per tal de preservar la confidencialitat i l'anonimat, sempre us tindrè presents. Les vostres aportacions i reflexions han fet possible construir coneixement en llevadoria i fer créixer la nostra professió.

A les dones que vaig atendre durant els anys de dedicació a l'assistència els hi dec la motivació que em van despertar per aprofundir i estudiar les qüestions de sexualitat i salut sexual. I a les i els estudiants que dia a dia em recorden el valor de la formació, i que m'empeny a millorar.

També vull agrair l'interès i els ànims de les amigues i amics que durant aquests anys i de manera incansable m'heu donat. El vostre suport i la disculpa de les meves absències m'han reconfortat.

Finalment, agrair a la meva família per fer-me costat i, especialment, al meu pare per haver-me engrescat a dedicar-me a la formació; i a la meva mare per haver compartit en íntimes converses el sentit i les meves inquietuds sobre la sexualitat i la reproducció; sento que amb tots dos no haguem pogut compartir el final d'aquests procés. A la Núria, la meva germana, li vull agrair que des del seu profund feminisme haguem compartit que les coses es fan per i amb les dones. Als meus germans, l'Isidre i el Carles que sempre els he tingut a prop i m'han encoratjat per arribar fins aquí. I a la Marta, la meva fillola, que des de la seva visió sociològica hem pogut reflexionar plegades sobre la comprensió dels fets socials.

I gràcies a tu, Toni, per ser-hi sempre, per no deixar que l'abatiment em fes afeblir, i per fer aquest i altres camins junts. I al Gerard, al Quim i al Marc, pels vostres valors, per procurar que aquest temps hagi estat tot més fàcil i agradable, i per la vostra generositat i alegria.

Gràcies a totes i tots, pel vostre suport i per acompanyar-me durant aquest temps.

RESUM

Introducció

A Catalunya, els serveis d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) inclouen l'assessorament en salut afectiva i sexual. Les llevadores són les professionals referents de l'equip de salut a l'ASSIR. És d'interès detectar i analitzar les seves necessitats de formació en matèria de sexualitat i salut sexual per poder formular les línies, accions i recursos per desenvolupar processos formatius que reverteixin en el manteniment i la millora de les competències professionals i, en conseqüència, en la salut sexual de les dones.

Objectius

Objectiu general: detectar les necessitats de formació de les llevadores a partir de la pràctica professional en l'atenció a la salut sexual a Catalunya. Objectius específics: 1) explorar la concepció d'atenció a la salut sexual de les llevadores; 2) esbrinar la percepció de les llevadores vers les competències que desenvolupen en la pràctica de l'atenció a la salut sexual; 3) comprendre el context i les seves implicacions en el desenvolupament de la professió; 4) indicar les grans línies que s'extreuen per a la formació des de la pràctica reflexiva.

Metodologia

L'estudi s'ha desenvolupat des de la perspectiva qualitativa i interpretativa, i s'ha seguit el mètode descriptiu-comprensiu, i l'enfocament de la teoria fonamentada. El mostreig va ser teòric i intencionat, i van participar llevadores de les unitats ASSIR de les àrees sanitàries d'atenció primària de Catalunya. La recollida de dades es va realitzar mitjançant grups de discussió (GD) i entrevistes en profunditat; en el primer GD hi van participar sis llevadores que reunien l'atribut d'assistencials expertes, en el segon GD cinc llevadores assistencials novelles, i en el tercer GD sis llevadores gestores; tots els GD van complir l'atribut de diversitat territorial. Les entrevistes en profunditat es van realitzar a quatre llevadores que complien l'atribut de formadores. Per a l'anàlisi de les dades es va seguir el mètode de la teoria fonamentada, realitzant la comparació constant de les categories emergents fins la

saturació de conceptes. Es va utilitzar el suport informàtic del programa NVivo amb la versió 10 i la versió 12.

Resultats

El concepte que es té de sexualitat influeix en el tipus d'atenció i s'observa una mancança en el coneixement dels drets sexuals més que els reproductius. Destaca la necessitat d'atendre la sexualitat en situacions de vulnerabilitat i risc, diversitat cultural, diversitat sexual i l'atenció a l'home. Quan a les competències que requereixen desenvolupar es prioritzen les dimensions relacionades amb els valors professionals i les actituds i aspectes conductuals; les habilitats i destreses comunicatives i interpersonals, en especial l'empatia i assertivitat, la confidencialitat, i el suport emocional; les habilitats de gestió i organització; i la competència de treball en equip. Es detecten diferències en funció del territori tant en l'accés a la formació com en la disponibilitat de recursos.

Conclusions

La formació ha d'incloure les demandes socials i les noves necessitats de salut sexual, i és determinant pel seu èxit planificar-la a partir de les necessitats que les llevadores perceben en la seva pràctica. Es recomana que l'eix central sigui la sexualitat i a partir d'aquesta s'organitzin mòduls sobre els diferents processos de salut. Per altra banda, s'aconsella que els programes generals en salut sexual i reproductiva integrin aspectes de sexualitat.

ABSTRACT

Introduction

In Catalonia, sexual and reproductive health care services (ASSIR) include counselling on affective and sexual health. The midwives are the referring professionals of the health team at ASSIR. It is of interest to detect and analyse their training needs in matters of sexuality and sexual health, in order to formulate the lines, actions and resources to develop training processes that revert to the maintenance and improvement of professional competencies and, consequently, in the sexual health of women.

Objective

Detect the training needs of the midwives based on the professional practice in the attention to sexual health in Catalonia.

Methodology

Qualitative and interpretative study. Descriptive-comprehensive method, and focus on the Grounded Theory. Theoretical and intentional sampling. Participants: midwives of the ASSIR units of the primary care health areas of Catalonia. Data collection: three discussion groups that fulfilled the attributes of expert care, novice care, and gestors; all the groups fulfilled the attribute of territorial diversity. Interviews conducted to four midwives that complied with the trainer's attribute. Analysis of the data: method of the Grounded Theory, performing the constant comparison of the emergent categories until the saturation of concepts. Computer support with NVivo program, version 10 and version 12.

Results

The concept of sexuality influences in the type of attention and there is a lack in the knowledge of sexual rights rather than reproductive. It highlights the need to attend sexuality in situations of vulnerability and risk, cultural diversity, sexual diversity, and attention to man. The priority competential dimensions are: professional values, attitudes and behavioural aspects; communicative and interpersonal skills and abilities; management and organization skills; teamwork competence. Learning needs are identified

in the search for scientific information. Differences are detected based on the territory both in access to training and in the availability of resources.

Conclusions

Training must include social demands and new sexual health needs, and it is crucial for its success to plan it based on the needs that midwives perceive in their practice. It is recommended that the central axis be sexuality and from this, organize modules on different health processes. Otherwise, it is recommended that the general programs in sexual and reproductive health integrate aspects of sexuality.

ÍNDEX DE CONTINGUTS

Resum.....	I
Índex.....	V
Notes.....	X
Llistat de taules.....	XI
Llistat de figures.....	XII

Capítol 1. Introducció

1.1. Justificació del tema d'estudi.....	1
1.2. Problema i preguntes d'investigació.....	4
1.3. Objectius de la investigació.....	6
1.4. Organització de la tesi.....	7

Capítol 2. L'atenció a la salut sexual i les necessitats de formació de les llevadores.....

10

2.1. L'atenció a la salut sexual i reproductiva.....	10
2.1.1. Enfocament distintiu dels conceptes de salut sexual i salut reproductiva...	10
2.1.2. Els drets sexuals i els drets reproductius.....	12
2.1.3. Sexualitat i salut sexual: conceptes i significats en evolució.....	18
2.1.3.1. Dimensions de la sexualitat.....	18
2.1.3.2. Desenvolupament i actualització del concepte de salut sexual.....	21
2.1.4. El context i la seva rellevància.....	24
2.1.4.1. Antecedents socials i normatius de l'atenció a la salut sexual.....	24
2.1.4.2. Atenció de la llevadora en salut sexual i reproductiva a Catalunya..	28
2.2. Competències professionals i formació de les llevadores.....	32
2.2.1. Competència i pràctica professional.....	32
2.2.1.1. Concepte i models de desenvolupament de la competència en la pràctica professional.....	32
2.2.1.2. Competències de les llevadores en l'atenció a la salut sexual i reproductiva.....	39

2.2.2.	Formació de les llevadores: antecedents i estat actual del tema.....	51
2.2.2.1.	Formació de pregrau i especialitzada.....	51
2.2.2.2.	Formació continuada i aprenentatge permanent per al desenvolupament professional.....	56
2.3.	Detecció i anàlisi de necessitats de formació de les llevadores.....	67
2.3.1.	Perspectiva interdisciplinària de coneixement.....	62
2.3.2.	Bases conceptuals de les necessitats formatives.....	68
2.3.2.1.	Concepte de necessitat.....	68
2.3.2.2.	Les necessitats formatives.....	73
2.3.2.3.	Tipologia de les necessitats.....	79
2.3.2.4.	Models d'anàlisi de necessitats formatives.....	83
2.3.3.	La veu de les professionals com a font de coneixement i vehicle d'integració.....	91
2.3.3.1.	Els subjectes i les veus. Coneixença personal.....	92
2.3.3.2.	El professional com a posseïdor / generador de coneixença.....	94
2.3.4.	Necessitats de formació de les llevadores en l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Revisió de la literatura.....	97
2.3.4.1.	Introducció.....	97
2.3.4.2.	Metodologia de la revisió de la literatura.....	100
2.3.4.2.1.	Paraules clau i descriptors.....	100
2.3.4.2.2.	Bases de dades, estratègia de cerca i criteris de selecció..	101
2.3.4.3.	Síntesi dels resultats de la cerca de la literatura.....	102
2.3.4.3.1.	Competències i perfil professional.....	113
2.3.4.3.2.	Recursos i estratègies formatives.....	116
2.4.	A mode de resum del marc conceptual.....	117
 Capítol 3. Enfocament epistemològic i metodològic.....		120
3.1.	Investigació qualitativa: perspectiva epistemològica i metodològica.....	120
3.2.	Mètode de recerca.....	126
3.3.	Estratègies de recollida de dades.....	132
3.3.1.	Justificació de l'elecció de les estratègies de recollida de dades.....	133

3.3.2. Els grups de discussió.....	134
3.3.3. Les entrevistes en profunditat.....	139
3.4. A mode de resum de l'enfocament epistemològic i metodològic.....	142
Capítol 4. Disseny de la investigació.....	143
4.1. Disseny del procés de recerca segons els principis de la metodologia qualitativa i el mètode descriptiu-comprensiu.....	143
4.2. Decisions mostrals.....	145
4.2.1. Unitats d'observació i d'informació.....	145
4.2.2. Tipus de mostreig.....	146
4.2.3. Característiques de la mostra.....	148
4.2.4. Accés al camp i contacte amb les llevadores.....	151
4.3. Procediment de recollida de dades.....	152
4.3.1. Grups de discussió.....	153
4.3.2. Entrevistes en profunditat.....	154
4.4. L'anàlisi de dades.....	156
4.4.1. Preparació de les dades dels grups de discussió i de les entrevistes.....	156
4.4.2. Anàlisi de dades amb programa informàtic.....	157
4.4.3. L'anàlisi de dades en la teoria fonamentada.....	158
4.4.3.1. Codificació oberta.....	159
4.4.3.2. Codificació axial.....	160
4.4.3.3. Codificació selectiva.....	160
4.5. Criteris de qualitat en la investigació.....	165
4.6. L'ètica en la investigació.....	169
Capítol 5. Resultats de la recerca.....	174
5.1. Atenció a la salut sexual.....	175
5.1.1. Concepció de sexualitat i atenció a la salut sexual.....	177
5.1.1.1. Sexualitat i atenció a la salut sexual i afectiva.....	177
5.1.1.2. Drets sexuals i reproductius.....	181
5.1.2. Situacions de la pràctica.....	185

5.1.2.1. Serveis i activitats assistencials de l'ASSIR.....	186
5.1.2.2. Relació amb altres cultures.....	192
5.1.2.3. Rol de la parella.....	197
5.1.2.4. Interacció amb l'acompanyant.....	201
5.1.2.5. Atendre a l'home.....	203
5.1.2.6. Nous models paternitat.....	205
5.1.2.7. Grups d'educació sanitària.....	207
5.1.3. Dimensions competencials: habilitats i destreses.....	212
5.1.3.1. Habilitats comunicatives.....	212
5.1.3.2. Empatia i assertivitat.....	217
5.1.3.3. Suport emocional.....	220
5.1.3.4. Disposició d'atenció a la salut.....	220
5.1.3.5. Confidencialitat i confiança.....	222
5.1.3.6. Detectar la demanda.....	224
5.1.3.7. Detectar situacions de risc.....	226
5.1.3.8. Cercar informació.....	228
5.1.3.9. Aprendre de la pràctica.....	229
5.1.3.10. Habilitats organitzatives.....	230
5.1.3.11. Reflexió crítica sobre la pràctica.....	232
5.1.4. Dimensions competencials: valors professionals.....	237
5.1.4.1. Ajudar a la persona.....	238
5.1.4.2. Respectar la decisió de la dona.....	238
5.1.4.3. Empoderar a la dona.....	240
5.1.4.4. Experiència professional.....	241
5.1.4.5. Reconeixement professional.....	242
5.1.4.6. Satisfacció professional.....	243
5.1.5. Treball en equip.....	248
5.1.5.1. Treball col·laboratiu.....	248
5.1.5.2. Derivar a un altre professional.....	251
5.1.5.3. Formació multiprofessional.....	252
5.1.6. A mode de resum sobre l'atenció a la salut sexual	255

5.2. Recursos.....	257
5.2.1. Estratègies de la llevadora.....	258
5.2.2. La dona com a recurs.....	263
5.2.3. Recursos del sistema sanitari.....	264
5.2.4. A mode de resum sobre els recursos.....	271
5.3. Contextualització de les necessitats de formació.....	272
5.3.1. Reptes socials.....	273
5.3.2. Formació inicial.....	275
5.3.3. Experiències de formació.....	276
5.3.4. Territori i formació.....	278
5.3.5. Detecció de necessitats de formació.....	281
5.3.5.1. Evolució de la formació a partir de la pràctica.....	281
5.3.5.2. Àmbit competencial.....	283
5.3.5.3. Plans de formació institucionals.....	286
5.3.6. A mode de resum de la contextualització de les necessitats de formació...	287
5.4. Propostes per millorar la pràctica.....	290
5.4.1. Formar-se.....	291
5.4.1.1. Formació en actituds.....	291
5.4.1.2. Formació en habilitats de comunicació.....	295
5.4.2. Cercar i utilitzar recursos.....	296
5.4.3. Formació integrada o específica.....	299
5.4.4. Rotació en servei.....	302
5.4.5. Perfil docent.....	303
5.4.6. Perfil professional.....	305
5.4.7. Noves línies de formació.....	310
5.4.8. A mode de resum de les propostes per millorar la pràctica.....	312
Capítol 6. Discussió i conclusions	314
6.1. Discussió.....	314
6.1.1. L'atenció a la salut sexual.....	314

6.1.2. Els recursos i les estratègies de suport de les llevadores.....	326
6.1.3. El context i la gènesi de necessitats de formació de les llevadores.....	330
6.1.4. Necessitats de formació i propostes de millora.....	332
6.2. Procés de detecció de les necessitats de formació de les llevadores i implicacions per a la formació.....	338
6.2.1. Procés de detecció de les necessitats de formació de les llevadores.....	338
6.2.2. Implicacions i orientacions per a la formació.....	341
6.3. Conclusions.....	350
6.4. Limitacions de la investigació.....	352
6.5. Implicacions per a futures investigacions.....	353

Referències bibliogràfiques	356
------------------------------------------	-----

Annexos

Annex 1. Dades llevadora assistencial grup discussió 1 i 2.....	378
Annex 2. Dades llevadora gestora grup discussió 3.....	379
Annex 3. Guia dels grups de discussió.....	380
Annex 4. Guia de les entrevistes.....	382
Annex 5. Informe favorable de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona....	385

Notes

En la present tesi doctoral s'ha optat per:

- Utilitzar el terme llevadora per a referir-se a totes les persones que exerceixen aquesta professió, independentment del seu gènere.
- Traduir a llengua catalana les citacions fetes en diverses llengües, acollint-se a la recomanació de l'espai web de la UB (CUB) que indica que "es pot fer una nota per indicar que, si no s'especifica el contrari, l'autor del document ha traduït totes les citacions textuals que hi apareixen".
- Ometre els noms de les informants per preservar la confidencialitat de les dades obtingudes.

- Per acomplir el principi de privacitat no es lliuren les transcripcions de la recerca realitzada. Tanmateix, es posen a disposició dels membres del tribunal avaluador de la tesi doctoral pel que en consideri oportú.

Llistat de taules

Taula 1. Temes presentats en congressos de sexologia.....	20
Taula 2. Serveis dels equips d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR).....	30
Taula 3. Model d'avaluació d'accions formatives de Kirkpatrick.....	37
Taula 4. Definicions de competència de la International Confederation of Midwives.....	40
Taula 5. Temes i continguts teòrics de la matèria de sexualitat en la formació de llevadores.....	55
Taula 6. Definicions de formació continuada, aprenentatge permanent i desenvolupament professional de competències en llevadoria.....	66
Taula 7. Tipologia de necessitats.....	80
Taula 8. Avantatges i inconvenients de la detecció de necessitats segons dimensions.....	81
Taula 9. Revisió de models d'anàlisi de necessitats: de formació/competències.....	86
Taula 10. Paraules clau i descriptors.....	100
Taula 11. Síntesi dels resultats de la cerca de la literatura.....	103
Taula 12. Mètodes d'investigació orientats a la comprensió del fenomen d'estudi.....	127
Taula 13. Comparació entre el <i>focus group</i> de Merton i el grup de discussió d'Ibáñez.....	134
Taula 14. Característiques de la mostra llevadores assistencials del grup de discussió 1.....	149
Taula 15. Característiques de la mostra llevadores assistencials del grup de discussió 2.....	149
Taula 16. Característiques de la mostra llevadores gestores del grup de discussió 3.....	150
Taula 17. Característiques de la mostra llevadores de les entrevistes.....	150
Taula 18. Sistema de categories en NVivo 12.....	161

Llistat de figures

Figura 1. Piràmide de Miller.....	36
Figura 2. Piràmide de necessitats de Maslow.....	70
Figura 3. Perspectives i orientacions de necessitat formativa.....	82
Figura 4. Disseny del procés de recerca.....	145
Figura 5. Categories sobre l'atenció a la salut sexual.....	176
Figura 6. Concepció sexualitat, atenció a la salut sexual, i drets sexuals i reproductius....	184
Figura 7. Situacions d'atenció a la salut sexual que generen reptes a les llevadores.....	209
Figura 8. Dimensions competencials percebudes per les llevadores en la pràctica de l'atenció a la salut sexual.....	236
Figura 9. Aportacions de les llevadores segons les dimensions competencials d'habilitats i destreses.....	237
Figura 10. Aportacions de les llevadores segons les dimensions competencials de valors professionals.....	246
Figura 11. Categories sobre els recursos que utilitzen les llevadores.....	257
Figura 12. Habilitats comunicatives i estratègies de la llevadora.....	263
Figura 13. Categories sobre la contextualització de les necessitats de formació.....	273
Figura 14. Factors que contextualitzen les necessitats formatives.....	288
Figura 15. Categories sobre les propostes per millorar la pràctica.....	291
Figura 16. Factors contextuais de les necessitats de formació.....	289
Figura 17 . Procés de detecció de les necessitats de formació llevadores.....	340
Figura 18. Orientacions per a la planificació de la formació en salut sexual.....	342
Figura 19. Dimensions competencials d'habilitats i destreses, de valors i treball en equip.....	345
Figura 20. Reptes socials, situacions de la pràctica i recursos.....	347

Capítol 1. Introducció

1.1. Justificació del tema d'estudi

La tesi que es presenta té per finalitat esbrinar i detectar les necessitats de formació de les llevadores assistencials que presten atenció a la salut sexual de la dona, a partir d'explorar i comprendre les seves pràctiques professionals, i amb l'interès de desenvolupar les línies nuclears que orientin plans de formació adreçats a les professionals.

A Catalunya, l'atenció a la salut sexual es duu a terme en el marc de les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i es realitza mitjançant la provisió de la cartera de serveis del Departament de Salut (2007a) que inclou, entre d'altres, l'assessorament en sexualitat i afectivitat. La llevadora és el professional referent de l'equip de salut per atendre les demandes de la dona en relació amb la seva salut sexual i reproductiva, i especialment, en aquells aspectes relacionats amb la "promoció i prevenció de la salut, i en el diagnòstic i l'atenció als processos normals i fisiològics" (Departament de Salut, 2007b, p.47).

La recerca que es presenta parteix de considerar la salut sexual i reproductiva com un dret fonamental de les persones (Organización Naciones Unidas [ONU], 1994, 1996) i concretament, l'atenció en salut sexual i afectiva com un dret de cada individu (World Association for Sexology, 1999). També, en valorar la cura de la salut de la població des d'una perspectiva integral i considerant els mitjans científics i socials disponibles.

L'estudi es basa en que, per assolir una atenció de salut sexual de qualitat, cal que les i els professionals estiguin capacitats per a les seves funcions. Per la qual cosa és precís, inicialment, identificar i descriure les competències requerides de les llevadores, en el context de la seva pràctica professional.

Així mateix, la recerca es justifica en la rellevància del manteniment de la competència en la pràctica professional per a una atenció de salut segura, de qualitat i que doni

resposta a la comunitat atesa (Bryant, 2006). En aquest sentit, l'aprenentatge permanent i la formació continuada es consideren elements bàsics del desenvolupament professional continu, necessari per a una bona pràctica professional.

En aquesta línia es fonamenta la tesi que es presenta, ja que el propòsit principal és detectar i comprendre les necessitats formatives de les llevadores assistencials, considerant el nexa entre la pràctica professional en l'atenció a la salut sexual, la competència i el desenvolupament professional continu.

Per comprendre les necessitats formatives de les llevadores assistencials en el context de l'atenció a la salut sexual, és imprescindible examinar la realitat des de la percepció de les mateixes llevadores. És a partir de la seva reflexió i la discussió col·lectiva sobre les accions i interaccions que duen a terme, en definitiva de com perceben la seva pràctica, que es pot explicar el fenomen d'estudi.

En conseqüència, és pertinent en la investigació realitzar la detecció i anàlisi de les necessitats formatives a partir de la pràctica de les llevadores en l'atenció a la salut sexual, o el que és el mateix, des del seu context natural en que les pròpies professionals realitzen l'atenció a la població.

Amb aquests precedents, la recerca que es presenta s'emmarca en el paradigma interpretatiu i la metodologia d'investigació qualitativa, ja que es parteix des d'una perspectiva holística, com és el punt de vista de les llevadores, i ecològica, com és l'estudi en el seu context natural. L'enfocament metodològic escollit permet donar veu a les llevadores per comprendre les seves necessitats formatives, i construir un marc de referència a partir de la seva pràctica, les seves interpretacions i els seus significats. Així doncs, el mètode elegit és el descriptiu-comprensiu i l'enfocament de la teoria fonamentada, ja que es pretén estudiar les relacions entre conceptes emergents a partir de l'anàlisi de les dades i la realitat, alhora que generar i oferir una perspectiva i explicació del fenomen objecte d'estudi que es concreti amb un model de necessitats de formació.

La motivació per a la recerca sobre el tema de la tesi també és resultat de la reflexió sobre l'experiència pròpia i compartida en l'exercici professional com a llevadora assistencial i com a docent.

Durant els anys que vaig dedicar a l'assistència en els àmbits hospitalari i d'atenció primària van sorgir inquietuds, interessos i experiències, que em van fer reflexionar sobre quina era la vivència de la dona amb relació a la maternitat, al desig o no de procreació, a la sexualitat i afectivitat, entre molts altres aspectes de la seva salut sexual i reproductiva.

Així mateix, em preguntava quina era la millor atenció que calia oferir, alhora que identificava en determinades situacions mancances competencials per dur-la a terme. La relació assistencial amb la dona i les seves parelles, com també l'atenció als joves i adolescents, va despertar l'interès per a la cerca d'una pràctica professional que oferís una atenció integral en la salut sexual i afectiva de la població atesa.

Posteriorment, la pràctica de la docència en l'àmbit universitari ha permès aprofundir per una banda, en el significat de sexualitat i l'atenció a la salut sexual i l'estreta relació amb l'atenció a la salut reproductiva, i per altra, en quines són les capacitats a desenvolupar per les llevadores en formació per oferir una atenció de qualitat. L'experiència en la coordinació de cinc edicions del postgrau sobre *Sexualitat i salut reproductiva*, organitzat per l'Associació Catalana de Llevadores, va mostrar que la formació permanent és una activitat essencial pel desenvolupament professional, en una àrea tan específica com la de l'atenció a l'afectivitat i sexualitat de la població.

També cal destacar que, en l'entorn de la professió, l'escolta activa de les demandes actuals de formació del col·lectiu de llevadores constitueix una aportació rellevant i un fet imprescindible per a l'estudi de les necessitats de formació de les llevadores assistencials en l'atenció a la salut afectiva i sexual.

Per tot l'exposat, és necessari realitzar un estudi en profunditat sobre les necessitats de formació de les llevadores, a partir de la comprensió de les seves inquietuds, temes d'interès i dificultats en la pràctica professional. I així, poder realitzar propostes de formació que contribueixin a millorar la formació competencial de les llevadores i, com a finalitat última, a millorar la qualitat en l'atenció a la salut sexual de la dona. L'actual context social, el marc legislatiu i normatiu vigent i les directrius estratègiques dels governs i institucions del nostre país, faciliten les circumstàncies idònies per estudiar i respondre a aquestes necessitats i, en conseqüència, proposar línies i estratègies de formació adreçades a les professionals.

1.2. Problema i preguntes d'investigació

El procés de reflexió sobre la pràctica professional, en els àmbits d'atenció a la salut i el de la formació, genera de manera contínua dubtes que precisen ser explorats, analitzats, interpretats, entesos i explicats.

Actualment a Catalunya el context social, cultural i institucional en el qual les llevadores desenvolupen la seva activitat professional mostra una situació canviant que a més d'estar influenciada pels nous avenços científics i tecnològics, també ho està per l'emergència d'entendre la salut sexual i afectiva des de perspectives variades, i per la visibilitat de models diversos de la població en l'expressió de la sexualitat. Aquests fets esdevenen en una situació de realitat complexa que representa un repte per les professionals.

Com s'ha introduït en l'apartat anterior (1.1.), la identificació del tema a investigar és el resultat d'un procés d'estudi i anàlisi sobre el context de la formació de les llevadores i l'atenció a la salut sexual que s'ha realitzat a partir de les següents situacions i motivacions:

- La pròpia experiència com a llevadora en l'àmbit assistencial i en l'àmbit de la formació de pregrau, postgrau i continuada.
- L'experiència i les aportacions externes de la formació rebuda per la doctoranda al llarg del seu desenvolupament professional.

- La reflexió crítica amb altres companys/es de professió.
- La revisió de les fonts i evidències disponibles.

A partir d'aquestes vivències, les qüestions que emergeixen són (entre d'altres): quines pensen les llevadores que són les competències necessàries per dur a terme les diferents activitats assistencials i educatives?, com és l'atenció de les llevadores segons l'àmbit, zona o territori d'actuació?, i segons el tipus de població atesa? tenen diferents necessitats les llevadores segons el grau d'expertesa?, quina formació rebuda els hi ha sigut més útil? quins són els aspectes o temes d'interès que les llevadores senten que poden millorar la pràctica professional?, en quines situacions d'atenció a la salut sexual de la població perceben tenir dificultat?, com manegen les llevadores aquestes situacions problemàtiques?, les han compartit entre elles?, com planificar processos formatius que millorin les competències de les llevadores?

D'aquestes qüestions se'n deriva la pregunta general d'investigació que es formula a continuació:

Com es configuren les necessitats formatives de les llevadores en la seva pràctica d'atenció a la salut sexual?

De la pregunta general emanen les proposicions de l'estudi, que es presenten en les preguntes específiques següents:

- Com valoren les llevadores l'atenció a la salut sexual?
- Com actuen les llevadores en situacions d'atenció a la salut sexual?
- Quines són les circumstàncies que conformen les necessitats formatives de les llevadores?

1.3. Objectius de la investigació

Per donar resposta a aquestes preguntes s'han concretat els objectius de la recerca, que orienten l'estudi en profunditat sobre les necessitats formatives de les llevadores assistencials, en base a les seves inquietuds, temes d'interès i dificultats en la pràctica professional, i així, proposar línies i estratègies de formació adreçades a les professionals.

Objectiu general. L'objectiu general de la tesi doctoral que es presenta és:

Detectar les necessitats de formació de les llevadores a partir de la pràctica professional en l'atenció a la salut sexual a Catalunya.

Objectius específics. De l'objectiu general de la recerca se'n deriven quatre objectius específics que es concreten a continuació:

1. Explorar la concepció d'atenció a la salut sexual de les llevadores.
2. Esbrinar la percepció de les llevadores vers les competències que desenvolupen en la pràctica de l'atenció a la salut sexual.
3. Comprendre el context i les seves implicacions en el desenvolupament de la professió.
4. Indicar les grans línies que s'extreuen per a la formació des de la pràctica reflexiva.

Amb l'assoliment dels objectius es pretén, finalment, mostrar una visió completa i extreure'n orientacions de formació per a millorar la competència professional i, en conseqüència, la qualitat d'atenció a la salut sexual de la població.

1.4. Organització de la tesi

La tesi doctoral està organitzada en tres parts. La primera consta de dos capítols, i en aquest primer (capítol 1) s'ha presentat la fase introductòria d'anàlisi i reflexió sobre el tema d'estudi que ha quedat reflectida en la justificació, la presentació del problema i les preguntes d'investigació, i en la formulació dels objectius de la recerca.

En el capítol 2 es presenta el context i marc conceptual, que consta de tres amplis apartats. En el primer s'analitza la relació entre la salut sexual i la salut reproductiva, s'expliquen els drets sexuals i reproductius i s'aprofundeix en el concepte de sexualitat i salut sexual, i seguidament, s'exposa el context d'atenció a la salut sexual concretant-la a Catalunya. El segon apartat inclou inicialment les competències requerides de les llevadores per a la seva funció, i a continuació es descriu la formació de pregrau, especialitzada i continuada. Posteriorment, es desenvolupa el concepte de necessitat formativa, els seus diversos enfocaments, i la revisió de la literatura relacionada amb les necessitats de formació de les llevadores i la salut sexual.

En la segona part de l'estudi, el marc metodològic, es presenta el capítol 3 en el qual s'exposa la justificació de l'enfocament metodològic, del mètode elegit i de les estratègies de recollida d'informació. El segueix el capítol 4 amb el disseny de la investigació, en el que es detallen les característiques del mostreig, com s'han recollit les dades i el procés d'anàlisi de les mateixes. Finalment, s'expliquen els criteris de qualitat de la recerca i l'ètica en la investigació.

La tercera i última part inclou els resultats, la seva discussió i les conclusions de la investigació, i s'ha organitzat en dos capítols. En el capítol 5 es presenten els principals resultats obtinguts empíricament, i un resum dels mateixos. El capítol 6 inclou les conclusions de l'estudi i es centra, primerament, en la discussió dels resultats amb relació als objectius de la recerca, i també, es contrasten amb la perspectiva conceptual presentada i amb d'altres estudis realitzats sobre el tema. A continuació, es presenta el procés de detecció de les necessitats formatives de les llevadores, al qual segueixen les implicacions per a la pràctica i es proposen les orientacions per a la formació. Finalment,

es presenten les conclusions de la recerca, s'exposen les limitacions de l'estudi i les implicacions per a futures investigacions.

PART I. CONTEXT I MARC CONCEPTUAL

Capítol 2. L'atenció a la salut sexual i les necessitats de formació de les llevadores

El propòsit d'aquest capítol és el de contextualitzar la recerca i identificar la revisió de l'evidència disponible sobre el tema d'estudi. En el primer apartat sobre l'atenció a la salut sexual s'aborda la distinció entre salut sexual i reproductiva, s'emmarquen els drets sexuals i reproductius i s'explica l'evolució dels conceptes de sexualitat i salut sexual. Tot seguit, es presenta el context de la pràctica professional de les llevadores en l'atenció a la salut sexual i reproductiva, i es concreta a Catalunya. En el segon apartat, es descriu el marc competencial de les llevadores que les capacita per a l'exercici de la professió, i seguidament, es detalla la formació requerida pel desenvolupament de la pràctica professional. A continuació, en el tercer apartat, es refereix el concepte de necessitat i de necessitat formativa i els seus diferents enfocaments, es presenta també la revisió de la literatura sobre necessitats formatives de les llevadores en l'atenció de salut sexual i reproductiva per, finalment, contextualitzar-ho en la investigació.

2.1. L'atenció a la salut sexual i reproductiva

La tesi doctoral que es presenta té per objecte l'estudi de les necessitats de formació de les llevadores en l'atenció a salut sexual de la dona, no obstant és precís referir que les funcions i contextos d'actuació de les llevadores abasten tant la salut sexual com la salut reproductiva.

Per tant, en aquesta secció es descriuen els antecedents i estat actual de l'atenció a la salut sexual i la salut reproductiva, i s'argumenta el nexa entre ambdues en el desenvolupament de la recerca.

2.1.1. Enfocament distintiu dels conceptes de salut sexual i salut reproductiva

L'atenció sanitària en matèria de salut sexual i reproductiva inclou tant les cures relacionades amb la sexualitat i la procreació, que es dispensen a la dona durant tot el seu cicle vital, com les cures de salut maternoinfantil que es presten a la dona i família. Es tracta d'actuacions estretament relacionades a les disciplines de la salut especialitzades en l'obstetrícia i la ginecologia.

L'atenció de qualitat en salut sexual i reproductiva i salut maternoinfantil constitueix un dels eixos prioritaris en les polítiques dels diferents governs i sistemes sanitaris. Diversos organismes internacionals han manifestat la necessitat de desenvolupar plans d'actuació per disminuir la morbiditat i mortalitat maternoinfantil, i les pràctiques de risc per a la salut en l'expressió de la sexualitat.

Els professionals que atenen la salut de les dones i les seves famílies en aquestes àrees requereixen de les competències necessàries per a un abordatge holístic, ja que sovint resulten indissociables, en les persones, les necessitats de salut maternes i reproductives de les necessitats de salut sexuals.

Són diverses les situacions en què les dones i adolescents requereixen per part dels professionals atenció i promoció en salut sexual i reproductiva, especialment en planificació familiar i mètodes contraceptius, avortament, infeccions de transmissió sexual i VIH, violència de gènere, mutilació genital femenina, detecció de càncer de mama i cervicouterí, atenció prenatal i al part i postpart, entre d'altres aspectes, i especialment en la població més desafavorida (Organització Mundial de la Salut [OMS], 2015).

El Parlament Europeu (2002), en el marc de la Comissió de Drets de la Dona i Igualtat d'Oportunitats, va aprovar una resolució sobre salut sexual i reproductiva, en la qual hi consten una sèrie de recomanacions als governs dels estats membres, perquè desenvolupin línies d'actuació que facilitin l'accés a l'anticoncepció, i per a la promoció de campanyes d'informació i de millora de la qualitat i d'accessibilitat a l'educació afectiva i sexual.

En el context espanyol, segons l'Enquesta Nacional de Salut Sexual (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009), la població té manca d'informació pel que fa a la salut sexual, presenta problemes de salut en relació amb l'embaràs no desitjat i les infeccions de transmissió sexual, com també problemes en la vivència de la sexualitat.

Les circumstàncies mencionades mostren que, tal i com s'ha comentat prèviament, la salut sexual i la salut reproductiva estan sovint vinculades, però alhora constitueixen dos vessants de la salut amb aspectes diferenciats. Per tant, requereixen abordatges diferenciats, encara que integradors des del vessant dels professionals especialistes en ambdues.

Actualment, els fonaments diferenciadors de la salut sexual i de la salut reproductiva es precisen essencialment en el desenvolupament dels drets sexuals i dels drets reproductius de les persones. Aquests drets tracten de concepcions en contínua progressió i revisió que han estat desenvolupades i promulgades per organismes i institucions a nivell internacional.

2.1.2. Els drets sexuals i els drets reproductius

L'atenció a la salut sexual i reproductiva és un dret de les persones sigui quin sigui el seu origen, ètnia, sexe i edat, entre altres condicions, a més del dret a la vida, a la llibertat i a la seguretat personal, tal i com es recull en la Declaració Universal de Drets Humans (Organització de les Nacions Unides [ONU], 1948), que va esdevenir llei internacional al 1976.

En la pràctica professional és primordial considerar els drets sexuals i els drets reproductius al llarg de la vida, des de la infància fins a la vellesa. Les persones, entre d'altres desitjos i vivències, poden experimentar l'amor, mantenir relacions sexuals i viure l'interès de tenir i educar els fills; per tant, els programes de salut sexual i reproductiva han d'adaptar-se en funció de les diverses necessitats i situacions de salut de la població, respectant aquests drets (European Parliamentary Forum on Population and Development, 2013).

L'aplicació dels drets sexuals i els drets reproductius està regulada per tractats internacionals, així com a través de constitucions i lleis que obliguen als països a respectar, protegir i complir els drets designats i descrits en el tractat. El dret a no ser

discriminat per raó de sexe apareix en tots els tractats, tanmateix aconseguir l'accés universal, especialment pel que fa a certs grups de població tals com els joves i adolescents, i els marginats i els grups de població vulnerables, requereix un bon funcionament dels sistemes de salut i la prestació de serveis en els diferents països. També requereix un context jurídic i polític que faciliti l'accés i eviti les barreres innecessàries a la consecució de la salut sexual i reproductiva (OMS, 2011).

Segons els objectius de la Declaració del Mil·lenni (ONU, 2000) que estableixen les prioritats sobre les quals la comunitat mundial havia d'actuar per reduir la pobresa i fomentar la pau i la justícia, són objectes d'interès tot seguint els principis universals dels drets humans: l'accés universal a la salut sexual i reproductiva, la igualtat de gèneres i l'autonomia de la dona, la lluita contra totes les formes de violència contra la dona, la morbiditat i mortalitat materna, els parts, l'embaràs en adolescents, l'anticoncepció, les infeccions de transmissió sexual, i la lluita contra el VIH/SIDA. Tot i els progressos aconseguits, segons l'International Planned Parenthood Federation (IPPF, 2014) en l'objectiu d'accés universal a la salut sexual i reproductiva és en el que menys avançament s'ha fet, i segons l'ONU (2015a) la desigualtat de gènere encara persisteix.

A Espanya, la legislació vigent sobre salut sexual i reproductiva i interrupció voluntària de l'embaràs (Ley Orgánica 2/2010) hi consta en els principis i àmbits d'aplicació, que totes les persones tenen el dret a adoptar lliurement decisions que afecten a la seva vida sexual. Posteriorment, en l'apartat de polítiques públiques per a la salut sexual i reproductiva d'àmbit sanitari, educatiu i social, proposa entre d'altres objectius, garantir la informació i l'educació afectiva sexual i reproductiva en els continguts formals del sistema educatiu, l'educació sanitària integral amb perspectiva de gènere, i la informació sanitària sobre mètodes anticonceptius i sexe segur. També proposa la promoció de les relacions d'igualtat i respecte mutu entre homes i dones en l'àmbit de la salut sexual i l'adopció de programes educatius especialment dissenyats per a la convivència i el respecte a les opcions sexuals individuals. En la mateixa línia proposa la coresponsabilitat en les conductes sexuals, qualsevol que sigui l'orientació sexual de les persones.

En conseqüència, és responsabilitat dels estats, dels proveïdors de serveis de salut i de les societats en general que s'acompleixin els drets sexuals i els drets reproductius, i atès que la seva concreció es va iniciar per aquests darrers, es descriuen prèviament a continuació.

Drets reproductius

Els drets reproductius es basen en els principis dels drets humans i concretament en promoure l'equitat i la igualtat entre els sexes, com també en vetllar perquè s'acompleixin aquests en les dones, joves i nenes.

L'acompliment dels drets reproductius implica que els professionals i altres parts implicades considerin el concepte de salut reproductiva, que l'ONU (1994) va definir com "un estat general de benestar físic, mental i social, i no de simple absència de malalties o dolències, en tots els aspectes relacionats amb el sistema reproductiu i les seves funcions i processos"(para. 7.2).

En la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament celebrada a El Caire (ONU, 1994) es van concretar els drets reproductius i es va ampliar el seu concepte amb la introducció de la planificació familiar. De manera que aquests drets reconeixen que les parelles i individus han de disposar de la informació i dels mitjans per decidir lliurement i responsable el nombre de fills i el moment per tenir-los. Així mateix, es promou el dret a prendre decisions relatives a la reproducció sense discriminació, coaccions o violència.

Els drets reproductius que va aprovar la International Planned Parenthood Federation al 1995 són:

- Dret a la vida.
- Dret a la privacitat.
- Dret a la informació i a l'educació en matèria reproductiva.
- Dret a optar a contraure matrimoni o no i a formar i planificar una família.
- Dret a decidir si tenir o quan tenir fills o filles.

- Dret a la protecció i la cura de la salut.
- Dret a gaudir del progrés científic.
- Dret a la llibertat de pensament.

L'acompliment dels drets reproductius és fonamental per assolir un nivell de salut reproductiva de qualitat, i per a què les persones puguin gaudir d'una sexualitat satisfactòria i sense riscos, a més de l'opció de procrear o no, quan i amb quina freqüència realitzar-ho (ONU, 1994, 1996).

En aquesta línia la Cimera de Londres sobre Planificació Familiar (ONU, 2012) va proposar, com a objectiu clau, promoure el dret de les dones i les joves de decidir lliurement sobre la seva sexualitat i maternitat. Els diversos organismes participants varen centrar l'atenció en cobrir les necessitats de planificació familiar mitjançant l'accés de totes les dones a mètodes anticonceptius, a fi de reduir la mortalitat maternoinfantil i ajudar a prevenir les infeccions de VIH de transmissió sexual, entre d'altres.

A partir d'aquesta cimera l'associació internacional Family Planning 2020 (2012) pren, com a principi, que totes les dones han de tenir accés als anticonceptius com un dels objectius per a garantir i assolir els drets de salut sexual i reproductiva per l'any 2030, tal i com estableixen els Objectius de Desenvolupament Sostenibles 3 i 5 de l'ONU, sobre accés a la salut i igualtat de gènere respectivament. En el mateix sentit s'expressa, en la *Global strategy for women's, children's and adolescent's Health*, que "totes les dones, nens i adolescents tenen el dret de prendre decisions informades sobre la seva salut, i buscar i rebre els serveis que volen i necessiten" (ONU, 2015b, p. 38).

Tal i com assenyala l'OMS (2014), garantir el respecte als drets humans en matèria d'anticoncepció contribueix a obtenir resultats de salut sexual i reproductiva positius. L'atenció de salut en aquest marc contribueix a disminuir la morbimortalitat materna, els embarassos no desitjats, la responsabilitat en les pràctiques sexuals, l'autonomia i intimitat de la dona, a més d'afavorir les decisions informades, fet que augmenta l'acompliment amb el mètode anticonceptiu i la satisfacció de les persones.

Drets sexuals

Els drets sexuals, aprovats per l'Assemblea General de la World Association for Sexology (WAS) el 1999 i per la International Planned Parenthood Federation (IPPF), són drets universals basats en la llibertat, la privacitat, l'autonomia, la integritat, la dignitat i la igualtat de totes les persones (Cabello, 2010; IPPF, 2014). La seva conceptualització és el resultat de les reivindicacions dels moviments socials, com el moviment internacional de dones, Amnistia Internacional, Human Rights Watch, grups de LGTB (lesbianes, gays, transsexuals i bisexuals) i la WAS i la IPPF entre d'altres, tal i com consta en l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011).

Integren els drets sexuals, els drets relacionats amb la sexualitat, l'orientació sexual, la identitat de gènere, el comportament sexual i la salut sexual (IPPF, 2014) que emanen dels drets inherents de les persones comentats anteriorment. També es constata el vincle d'aquests drets amb les definicions de sexualitat (Organización Panamericana de Salud [OPS], 2000) i de salut sexual (OMS, 2002).

Segons la World Association for Sexology (1999) els drets sexuals són:

- Dret a la llibertat sexual.
- Dret a l'autonomia, integritat i seguretat sexuals del cos.
- Dret a la privacitat sexual.
- Dret a l'equitat sexual.
- Dret al plaer sexual.
- Dret a l'expressió sexual emocional.
- Dret a la lliure associació sexual.
- Dret a la presa de decisions reproductives.
- Dret a la informació basada en el coneixement científic.
- Dret a l'educació sexual integral.
- Dret a l'atenció a la salut sexual.

Els conceptes que defineixen els drets sexuals han anat evolucionant en funció dels canvis socials i geopolítics actuals, i tot i que en ocasions no hi ha un acord a nivell internacional sobre la seva definició, es comparteix que en base als seus propòsits i al que representen, calen àmplies accions per aconseguir-los (ONU, 2013a):

Promoure polítiques que contribueixin a assegurar que les persones exerceixin els seus drets sexuals, que abasten el dret a una sexualitat plena en condicions segures, així com el dret a prendre decisions lliures, informades, voluntàries i responsables sobre la seva sexualitat, amb respecte de la seva orientació sexual i identitat de gènere, sense coerció, discriminació ni violència, i garantir el dret a la informació i als mitjans necessaris per a la seva salut sexual i reproductiva (p. 15).

En la mateixa línia el Pla estratègic de l'Entitat de les Nacions Unides per a la Igualtat de Gènere i l'Empoderament de les Dones 2014-2017 (ONU, 2013b) ressalta la necessitat de prendre accions per millorar la salut de la dona, amb relació a l'atenció al VIH i SIDA i a la reducció de les desigualtats d'identitat i de violència de gènere.

Per altra banda, el fet de reconèixer la salut com un dret fonamental implica la promoció d'una educació per a la sexualitat dins del marc dels drets humans i, en concret, dels drets sexuals (Hurtado, Pérez, Holloway, i Knudson, 2012; OMS, 2014).

També cal destacar, com consta a l'Estratègia Nacional de Salut Sexual i Reproductiva (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011) que la majoria de les polítiques, programes i accions que es realitzen aborden alguns aspectes dels drets sexuals dins dels drets reproductius, o bé deixen de banda els drets sexuals, pel que es fa necessari establir estratègies enfocades directament a la millora de la salut sexual.

Des d'aquesta perspectiva, la tesi doctoral que es presenta s'emmarca en la necessitat d'aprofundir sobre les necessitats formatives de les llevadores en l'atenció a la salut sexual, i alhora, pren com a fonament els drets sexuals i els drets reproductius, ja que són indissociables des de la pràctica professional de les llevadores.

La situació actual sobre l'atenció en salut sexual i afectiva requereix d'una anàlisi i descripció sobre els conceptes de sexualitat i salut sexual, com també de la seva evolució per poder comprendre els fonaments de les pràctiques de les professionals en la promoció i atenció a la salut sexual de la població.

2.1.3. Sexualitat i salut sexual: conceptes i significats en evolució

Els conceptes i significats de la sexualitat i la salut sexual han evolucionat al llarg del temps. En aquest apartat es presenta una revisió del que diferents autors, organismes i institucions socials, sanitàries i científiques defineixen com a sexualitat i salut sexual.

2.1.3.1. Dimensions de la sexualitat

La sexualitat és una dimensió essencial del ser humà i des d'una visió holística, interaccionen components biològics, psicològics i socials que són integrants i complementaris (Katchadourian i Lunde, 1979). A la sexualitat se li atribueixen diverses finalitats com la reproductiva, la cerca de plaer o expressió de l'erotisme, i la capacitat de comunicació o vinculació afectiva (Olazábal, 1990).

En la revisió de la literatura, sobre el tema d'estudi, es fa palès que el concepte de sexualitat s'ha de diferenciar del concepte de sexe. El primer abasta un sentit més ampli, mentre que sexe al·ludeix a les característiques biològiques que defineixen els éssers humans com a femení o masculí. Tot i que aquestes característiques no són mútuament excloents (ja que hi ha individus que posseeixen els dos) tendeixen a diferenciar els humans en mascles i femelles. Cal considerar també que, en l'ús habitual de diversos idiomes, s'utilitza sovint el terme sexe en el sentit d'activitat sexual i pot cobrir una certa gamma de comportaments; no obstant, per a propòsits tècnics en el context de la sexualitat i la salut sexual s'opta preferentment per la primera definició (Organització Mundial de la Salut, 2006a).

A l'any 2000, l'OPS i l'OMS, en col·laboració amb l'Associació Mundial de Sexologia, van consensuar el concepte de sexualitat com una dimensió fonamental de l'ésser humà, que està basada en el sexe i inclou el gènere, les identitats de sexe i gènere, l'orientació

sexual, l'erotisme, la vinculació afectiva i l'amor, i la reproducció. També es considera que "s'experimenta o expressa en forma de pensaments, fantasies, desitjos, creences, actituds, valors, activitats, pràctiques, rols i relacions" (OPS, 2000, p. 6) en tot allò que som, sentim, pensem i fem.

En el mateix sentit Roberts (1977, p. 11 citat per Katchadourian, 1979) afirma que la sexualitat és part de la nostra identitat bàsica i que s'expressa en l'estil de vida, en els rols masculins o femenins, en les maneres d'expressar l'afecte, i també en el comportament eròtic.

Es pot afirmar, doncs, que s'endevina un grau elevat de consens en considerar la sexualitat com un aspecte bàsic de l'ésser humà, present al llarg de tota la vida, i que s'expressa tant en l'àmbit de les emocions com en el del comportament. Tanmateix, cal considerar que, si bé la sexualitat pot incloure totes les dimensions esmentades, no sempre totes elles són experimentades o expressades (OMS, 2006a).

Per tant, el concepte de sexualitat va més enllà d'una visió limitada a l'activitat sexual i a la fisiologia de la reproducció. Els diversos factors que configuren la sexualitat de cada persona han de ser entesos de manera integradora, i cal considerar la seva interacció i el seu abordatge des de diverses perspectives, com són les biològiques i psicològiques, les educatives, antropològiques, culturals i socials, polítiques, econòmiques, ètiques i legals, històriques, religioses i espirituals (OMS, 2006a).

Aquesta visió eclèctica i heterogènia, i l'apropament interdisciplinari de les diferents dimensions de la sexualitat de les persones, permet aprofundir en els seus diversos fins i possibles funcions, i en definitiva arribar a una major comprensió de la mateixa (Fuertes i López, 1997).

Des del punt de vista de la sexologia, en l'estudi realitzat per Cabello (2010) sobre els treballs presentats en diferents congressos a nivell mundial i nacional (de 1996 a 2010), es mostra que la recerca en sexualitat abasta des d'aspectes relacionats principalment

amb la pràctica clínica a aspectes com els educatius de la sexualitat, seguits d'altres aspectes com els sociològics, antropològics i culturals, o iniciatives de recerca sobre la parella, les agressions sexuals, la fisiologia de la resposta sexual i els canvis en la sexualitat al llarg del cicle vital, entre altres (veure taula 1).

Taula 1. Temes presentats en congressos de sexologia.

Àrea temàtica	Percentatge del total
Aspectes clínics i terapèutics	31,4
Educació de la sexualitat	15,4
Aspectes sociològics, antropològics i culturals	12,5
Parella (teràpia i vincles afectius)	10,1
Agressions sexuals	6,8
Resposta sexual humana	5,7
Canvis en la sexualitat al llarg del cicle vital	5,1
Orientació sexual	2,6
Anticoncepció	2,0
Trastorns d'identitat	2,0
Gelosia	1,6
Parafílies (excepte pedofília)	1,5
Sexologia com a disciplina, professió i bioètica	1,5
Difícilment classificables	1,1
Aspectes sexològics amb animals com a models	0,2

Font: elaboració pròpia, extret de Cabello (2010, p. 24).

També interessa la qüestió que, per a un abordatge integral de la salut, els professionals que atenen la salut sexual de les persones adquireixin coneixements i habilitats bàsiques sobre sexualitat. Per Lucas i Cabello (2007) alguns dels sabers necessaris tracten sobre els fonaments biològics de la sexualitat, els efectes de les malalties cròniques en la sexualitat, i els aspectes relacionats amb l'orientació sexual, la intersexualitat i la transsexualitat.

És destacable que la sexualitat està influenciada per factors biopsicosocials, que alhora mediatitzen la vivència i comportament de cada persona. Aquests factors o dimensions de la sexualitat condicionen diversos processos com els fisiològics o els cognitius, i també de manera evident implica els afectius. L'abast de la sexualitat comporta un impacte emocional en cada individu, i considerar la relació entre aquesta dimensió afectiva i la vivència sexual de cada persona és imprescindible per comprendre-la en major mesura (Fuertes i López, 1997).

L'afecte és una característica emocional sobre l'experiència subjectiva i es sol referir a un intent de relació positiva amb una altra persona. Com a qualitat de les emocions, sovint és entès també com un sentiment o com una emoció de la família de l'amor (Bisquerra, 2000).

En l'ésser humà el vincle afectiu (OPS, 2000) està estretament relacionat amb la sexualitat i es defineix com:

La vinculació afectiva és la capacitat humana d'establir llaços amb altres sers humans que es construeixen i mantenen mitjançant les emocions. El vincle afectiu s'estableix tant en el pla personal com en el de la societat mitjançant significats simbòlics i concrets que el lliguen a altres aspectes del ser humà. L'amor representa una classe particularment desitjable de vincle afectiu (p. 14).

De fet, les persones difícilment poden viure una existència plena sense l'establiment de relacions afectives, i és responsabilitat dels professionals que atenen la salut detectar les circumstàncies que puguin alterar-les i aplicar els mitjans necessaris per a la millora de la salut afectiva i sexual.

2.1.3.2. Desenvolupament i actualització del concepte de salut sexual

La salut sexual és un dret inherent de les persones; i en conseqüència diversos organismes i institucions tan internacionals, nacionals com locals, han dedicat recursos i s'han esmerçat per proveir a les societats de serveis de qualitat.

L'OMS al 1974 ja va definir la salut sexual com "la integració dels elements somàtics, emocionals, intel·lectuals i socials del ser sexual, per mitjans que siguin positivament enriquidors i que potenciïn la personalitat, la comunicació i l'amor" (OMS, 1975). Aquesta definició, tot i que considerada en ocasions utòpica, per la dificultat que implicava assolir els seus objectius en determinats països, integra les diferents dimensions de la persona i assenjala l'orientació per a què les persones puguin viure la seva sexualitat de forma lliure i responsable.

L'objectiu de tenir cura de la salut sexual, tal i com es va acordar en la Conferència Internacional sobre Població i Desenvolupament (ONU, 1994) és “el desenvolupament de la vida i de les relacions personals i no merament l'assessorament i l'atenció en matèria de reproducció i de malalties de transmissió sexual” (para. 7.2). Aquest propòsit implica la millora en l'atenció a la salut i la participació dels diferents agents polítics i socials implicats. A més, des d'aquesta perspectiva són de decisiva importància el dret al plaer i el dret a la informació sexual.

En la IV Conferència Mundial de les Nacions Unides sobre les Dones, celebrada al 1995 a Beijing, es va reconèixer que els drets humans de les dones inclouen el dret a tenir control i a decidir lliurement i responsablement sobre la seva sexualitat, inclosa la salut sexual i reproductiva, lliure de pressions i discriminació, com també prevenir i eliminar totes les formes de violència contra les dones i les nenes, conclouent que aquests fets són fonamentals per l'empoderament de la dona. L'informe també especifica que cal “garantir la igualtat d'accés i la igualtat de tracte d'homes i dones en l'educació i l'atenció de salut, i promoure la salut sexual i reproductiva de la dona i la seva educació” (ONU, 1996, p. 4).

Posteriorment, es va realitzar al 2002 una Consulta Tècnica sobre Salut Sexual en la que hi van participar l'OMS i la WAS, i en la qual també hi va contribuir l'OPS (OMS, 2006a). El treball del grup d'experts tenia com a propòsit reafirmar la salut sexual com un aspecte important i integral del desenvolupament humà al llarg de la vida, com també contribuir al desenvolupament d'una estratègia a llarg termini i un programa d'investigació sobre la salut sexual de l'OMS. Els objectius específics van ser:

- Discutir conceptes clau, com les definicions de violència sexual i temes de salut relacionats.
- Examinar les barreres específiques a la promoció de la salut sexual per a adolescents i adults.
- Proposar estratègies adequades i eficaces per promoure la salut sexual.

A partir d'aquest grup de treball, es va redefinir i acordar el concepte de salut sexual com (OMS, 2006):

Un estat de benestar físic, emocional, mental i social relacionat amb la sexualitat; no és merament l'absència de malaltia, disfunció o malestar. La salut sexual requereix un enfocament positiu i respectuós cap a la sexualitat i les relacions sexuals, així com la possibilitat d'obtenir plaer i experiències sexuals segures, lliures de coerció, discriminació i violència. Per a que la salut sexual s'assoleixi i es mantingui, els drets sexuals de totes les persones han de ser respectats, protegits i complerts (p. 5).

Aquesta definició de salut sexual es va fonamentar en els documents de consens internacionals com el Programa d'Acció de la CIPD d'El Caire i la Plataforma d'Acció de Beijing (ONU, 1994, 1996). El nou concepte de salut sexual amplia la visió del mateix, ja que recull aspectes i valors com la responsabilitat i la seguretat en els comportaments sexuals, alhora que promou una vivència de la sexualitat respectuosa entre les persones.

En el context de la llevadoria, la European Midwives Association (2005) precisa que la salut de la dona és un procés en què ella pren part activa, i que impacta en tots els aspectes de la seva vida. La definició de salut sexual que proposa segueix la línia de l'Organització Mundial de la Salut, i es concreta en:

Un estat de benestar físic, emocional, mental i social. Per aconseguir i mantenir la salut sexual han de respectar-se i protegir-se els drets sexuals de totes les persones. Això exigeix un respecte i un compromís per a l'educació sexual adequada, un respecte per a la integritat corporal i el dret a decidir ser o no ser mare (p. 1).

És destacable que, per seguir avançant en una atenció de salut de qualitat, dins els recents Objectius de Desenvolupament Sostenible proposats per l'ONU (2016) i que substitueixen els Objectius de Desenvolupament del Mil·lenni del 2015, es determini que les accions a seguir, a més de realitzar-se en països en vies de desenvolupament, també es facin en els desenvolupats. Aquesta estratègia global proposa disset objectius, dels quals es distingeixen els de salut i benestar, educació de qualitat i igualtat de gènere, per a la millora del nivell de vida de les dones i els infants.

2.1.4. El context i la seva rellevància

El context en que les llevadores duen a terme l'atenció en salut sexual i reproductiva (ASSIR) de la població s'emmarca en els aspectes conceptuals explicats anteriorment, i es concreta en la diversitat social, en el marc normatiu actual i en les característiques del sistema sanitari de Catalunya.

2.1.4.1. Antecedents socials i normatius de l'atenció a la salut sexual

En les últimes dècades s'han produït diversos canvis en la societat que han repercutit de manera essencial en les actituds i les actuacions de la població que acudeix als serveis d'atenció a la salut, així com dels professionals que la presten i la gestionen. L'avanç científic i tecnològic, l'aparició de nous problemes de salut, el desenvolupament social de la dona, la perspectiva de gènere, els darrers corrents migratoris i les actuals situacions de vulnerabilitat han sigut, entre d'altres, aspectes que han fomentat un canvi en les expectatives del que s'espera del sistema sanitari i, en concret, pel que fa a l'atenció de la salut sexual i reproductiva de la dona i de la població en general.

Els assumptes de salut sexual són prevalents i els proveïdors de salut de la dona necessiten estar preparats per oferir assistència i suport. Per a les dones que tenen problemes, el saber que no estan soles en la seva situació pot ser tranquil·litzador. Malgrat que els proveïdors de cures de salut no poden ser capaços de canviar la multitud de factors socioculturals i de relació en la vida de les dones, sí que poden ajudar-les a entendre el paper que aquests factors poden jugar i influir negativament en la seva salut sexual (Zielinski, 2013).

No obstant, els professionals que atenen la salut sexual es limiten sovint a abordar la prevenció de les infeccions de transmissió sexual o la contracepció, i eviten generalment la discussió amb les usuàries dels problemes pròpiament sexuals (Zielinski, 2013). Calen, per tant, models d'atenció que prioritzin els factors socioculturals, els relacionats amb la parella i les seves relacions, com també els psicològics i els factors biomèdics (Kaschak i Tiefer, 2001) més acord amb la línia que proposa l'OMS (2002) en la seva definició de salut sexual.

En aquesta línia i com s'ha comentat anteriorment (apartat 2.1.1) el Parlament Europeu (2002) va realitzar diverses recomanacions als governs dels seus Estats membres, per a que desenvolupessin polítiques nacionals en salut sexual i reproductiva i els drets corresponents. En el document es fa referència a les desigualtats existents en les dones europees en l'accés als serveis de salut sexual i reproductiva per motius socioeconòmics i territorials, i s'emfatitza la necessitat d'accions en matèries com: l'anticoncepció, els embarassos no desitjats i els avortaments, i els adolescents i l'educació sexual.

A l'estat espanyol, es va establir la Cartera de serveis comuns del Sistema Nacional de Salut (Reial Decret 1030/2006) que inclou, entre d'altres, l'atenció de salut a l'adolescència i en concret pel que fa a la promoció de conductes saludables amb relació a la sexualitat, la prevenció de l'embaràs no desitjat i les infeccions de transmissió sexual. En relació amb aquestes últimes i al VIH en la població en general, també recull la necessitat de serveis per a la seva atenció, amb el propòsit de millorar el seguiment, la qualitat de vida i evitar les pràctiques de risc.

Posteriorment, a Espanya, es va promulgar la Llei Orgànica 2/2010 de Salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, que especifica en el seu preàmbul que "el desenvolupament de la sexualitat i la capacitat de procreació estan directament vinculats a la dignitat de la persona i al lliure desenvolupament de la personalitat i són objecte de protecció a través de diferents drets fonamentals, assenyaladament, d'aquells que garanteixen la integritat física i moral i la intimitat personal i familiar" (Ley Orgànica 2/2010). Aquesta Llei pretén millorar el desenvolupament de programes i serveis de salut sexual i reproductiva per prevenir les infeccions de transmissió sexual, els embarassos no desitjats i els avortaments. També preveu accions tant en l'àmbit sanitari com en l'educatiu, i emfasitza en la necessitat d'una educació afectiva sexual i reproductiva adequada, especialment en la població jove i la vulnerable.

Entre la població vulnerable mereixen especial menció les dones que pateixen violència de gènere. A Espanya, la Llei Orgànica 1/2004 de mesures de protecció integral contra

la violència de gènere, estableix mesures de sensibilització, prevenció i detecció. En l'àmbit sanitari, recomana a les administracions la sensibilització i la formació dels professionals amb la finalitat de millorar i impulsar el diagnòstic precoç, l'assistència i la rehabilitació de la dona en les situacions de violència de gènere. Així mateix, promou que s'inclogui, en tots els àmbits curriculars de les professions sanitàries, la formació en prevenció i intervenció integral a la violència de gènere. En la mateixa línia, a Catalunya, la Llei 5/2008 del dret de les dones a erradicar la violència masclista, concreta que les administracions públiques han d'establir programes de formació per a tots els professionals que realitzen intervencions en processos de violència.

En matèria de diversitat cultural, la variabilitat d'origen migratori genera dificultats en la comunicació i l'atenció de salut a la dona. És precís comptar amb recursos i formar als professionals per atendre les demandes en salut sexual i reproductiva, tot considerant les especificitats culturals i socials en la sexualitat i aspectes reproductius de la dona immigrant (Fabre, 2010).

En relació amb la diversitat sexual, el Parlament de Catalunya va aprovar la Llei 11/2014 per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia, amb el propòsit d'aconseguir reduir la discriminació i fomentar valors d'igualtat, respecte i tolerància entre els ciutadans. En l'àmbit de la salut, la llei concreta que:

Es regula la necessària sensibilització i prevenció pel que fa al VIH/SIDA i altres infeccions de transmissió sexual; l'estudi, la recerca i el desenvolupament de polítiques sanitàries específiques, i també els tractaments associats a la transidentitat i la intersexualitat o l'accés a les tècniques de reproducció assistida, entre altres mesures, perquè no hi hagi cap tipus de discriminació per raó d'orientació sexual, identitat de gènere o expressió de gènere en l'atenció sanitària (p. 2).

En aquesta llei i concretament en l'article 10, es refereix que les administracions públiques han de garantir la formació i sensibilització adequada dels professionals que fan tasques de "prevenció, detecció, atenció, assistència i recuperació en els àmbits de la salut, l'educació, el món laboral, els serveis socials, la justícia i els cossos de seguretat,

l'esport i el lleure, i la comunicació" (p. 6). Es destaca també que s'ha d'impulsar la formació del personal tant funcionari com laboral, per mitjà de convenis de col·laboració o altres instruments.

En el marc de l'educació per a la sexualitat es proposa un enfocament adreçat a la població jove i a la infància, que fomenti una sexualitat i afectivitat satisfactòria i responsable com a part del desenvolupament ple de la seva personalitat. Per a la promoció de la salut sexual en aquest sentit cal implementar programes que incentivin la implicació de l'escola, família, professionals de la salut, ONG i mitjans de comunicació, entre altres agents educatius (Hurtado, et al., 2011).

A nivell de l'estat espanyol cal destacar que, tot i els progressos realitzats en l'atenció a la salut sexual i reproductiva, darrerament es mostren evidències en la dificultat per dur-la a terme. Aspectes com la limitació a l'assistència en determinats processos a població migrant, la manca de cobertura en anticoncepció en població jove i adulta, la discriminació en l'accés a tractaments de reproducció assistida per motius d'orientació sexual i estat civil, les desigualtats en el territori pel que fa a l'atenció a la transsexualitat, així com d'educació sexual als infants i joves amb una visió integral, van ser relatats per diverses organitzacions al Consell de Drets Humans de l'ONU (2014).

En relació amb aquestes situacions en l'Informe de l'ONU sobre educació sexual i accés a anticonceptius a Espanya (Federación de Planificación Familiar Estatal, i Iniciativa por los Derechos Sexuales, 2015) es fan una sèrie de recomanacions a l'estat espanyol sobre drets sexuals i reproductius, entre les que es destaquen per la seva relació amb l'àmbit de la formació: accés a l'educació sexual integral, tot incloent en les diferents etapes escolars programes de salut sexual i reproductiva i formació al professorat; i necessitat de formació i actualització dels professionals per atendre a la població en quant a l'accés als mètodes anticonceptius, fent èmfasi en els joves i població vulnerable.

Les circumstàncies desfavoridores que presenta el context actual a Espanya, amb relació a la salut sexual i reproductiva, també han estat descrites per diverses organitzacions tal

i com recullen García, Aguilera, Reyero i Martín (2016) en el document sobre Deficiències i iniquitat en els serveis de salut sexual i reproductiva. En el mateix, després d'una anàlisi exhaustiva de la situació es conclou que:

Malgrat que es compta amb una estratègia nacional i legislació específica, els serveis de salut sexual i reproductiva compten amb importants deficiències i el seu accés i cobertura sanitària és diferent depenent de la comunitat autònoma en la que es resideixi i respecte a la situació administrativa individual (p. 66).

El Parlament de Catalunya (2015) destaca la seva posició en favor dels drets sexuals i reproductius de les persones com un dels eixos centrals dels Objectius de Desenvolupament Sostenible acordats i adoptats per l'Organització de Nacions Unides. Per això, en nom de diverses institucions i organismes, demana a l'ONU que incorpori aquests drets d'una manera clara, definida i avaluable en el Marc de desenvolupament post-2015.

2.1.4.2. Atenció de la llevadora en salut sexual i reproductiva a Catalunya

L'atenció sanitària a Catalunya està garantida pel CatSalut (Servei Català de la Salut) mitjançant la xarxa d'utilització pública que integra un sistema sanitari mixt, que es va concretar el 1990 amb la Llei d'ordenació sanitària de Catalunya (LOSC).

L'àmbit d'actuació de les llevadores s'orienta a una atenció integral de salut, ja que abasta l'Atenció Primària que inclou centres de salut, comunitat, família i domicili, com l'Atenció Especialitzada realitzada a l'hospital i altres dispositius dependents del mateix (Ordre SAS, 2009). Les activitats assistencials que es realitzen en les unitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR), en l'atenció primària, les duen a terme els equips formats per llevadores, a més de professionals ginecòlegs, psicòlegs i infermers.

La llevadora és el professional de referència de l'equip de salut per atendre les demandes de la dona i població en relació amb la seva salut sexual i reproductiva, i especialment, en aquells aspectes relacionats amb la promoció i prevenció de la salut i de diagnòstic i atenció en els processos normals i fisiològics (Departament de Salut, 2007a). Segons l'Enquesta de salut de Catalunya 2014 (Departament de Salut, 2015) el

4,5% de les dones, de 15 o més anys de la població general, va visitar una llevadora durant l'any 2014.

A Catalunya, el model d'ordenació assistencial ASSIR com el maternoinfantil (especialitzat) és compartit, de manera que es potencia la coordinació d'ambdós nivells i la continuïtat assistencial (Departament de Salut, 2007b). Atès que en la present tesi es centra l'interès en l'atenció a la salut sexual i reproductiva que realitzen les llevadores en l'àmbit de l'atenció primària, es desenvolupa en aquest apartat el context d'actuació en l'ASSIR.

L'ordenació de l'ASSIR es va iniciar amb la creació del Programa sanitari d'atenció a la dona (PSAD) l'any 1990. El seu objectiu 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 i la resta d'estats fisiològics i malalties directament relacionades amb el seu sexe” (Decret 283/1990, p. 16). Posteriorment, al 2004 el PSAD va passar a anomenar-se ASSIR, i la ubicació física, el seu model organitzatiu i de gestió són heterogenis, sent el principal proveïdor l'Institut Català de la Salut (Departament de Salut, 2007b).

A Catalunya, en la Cartera de Serveis de les Unitats ASSIR de Suport a l'Atenció Primària, hi consten tres línies de serveis que es concreten en activitats assistencials, informatives i educatives, i formatives per a professionals (Departament de Salut, 2007a). L'evolució social, científica i professional ha tingut com a conseqüència l'ampliació de l'oferta de serveis per donar resposta a les necessitats integrals de salut a la població, i pel que fa a les activitats assistencials que es duen a terme en les unitats dels equips d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) que actualment es desenvolupen a Catalunya (Servei Català de la Salut, 2016) es concreten en els següents serveis (taula 2):

Taula 2. Serveis dels equips d'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR).

Serveis	Activitats
Atenció a joves	Assessorament afectiu i sexual, consell reproductiu, prevenció conductes de risc (ITS), prevenció càncer coll uterí i atenció a la patologia ginecològica. Educació afectiva sexual grupal
Consell reproductiu	Assessorament i atenció en afectivitat i sexualitat, mètodes contraceptius, consell preconcepcional, en les dificultats en la fertilitat i en l'atenció als problemes i les disfuncions sexuals
Control i seguiment de l'embaràs	Avaluació risc benestar maternofetal, proves i educació sanitària, prevenció de riscos, promoció lactància materna i assistència psicològica, si cal
Interrupció voluntària de l'embaràs	Informació i assessorament previs, diagnòstic i indicació en cas de causa mèdica, i atenció posterior
Diagnòstic prenatal	Cribatge i diagnòstic prenatal malformacions congènites, i diagnòstic prenatal ITS
Educació maternal	Preparació mare i parella per a l'embaràs, part i postpart. Sessions grupals educatives: d'entrenament psicofísic i monogràfiques
Atenció al puerperi	Educació grupal i visites individuals
Prevenició del càncer de coll uterí	Cribatge de càncer de coll uterí
Prevenició del càncer de mama	Cribatge de càncer de mama i educació sanitària i atenció a les dones que presenten un risc superior al poblacional
Atenció a les infeccions de transmissió sexual	Prevenició, diagnòstic i tractament ITS
Atenció a la patologia ginecològica	Atenció malalties aparell genital i mama, malalties infeccioses, trastorns sòl pelvià i incontinença d'orina, malalties cervicals i endometrials, malalties disfuncionals i trastorns dolorosos, seguiment malalties oncològiques i atenció al climateri simptomàtic
Activitat comunitària amb persones adultes, educació afectiva i sexual	Educació afectiva i sexual grupal, educació i suport menopausa, prevenció i reeducació sòl pelvià i altres grups, per promoure hàbits i conductes saludables
Atenció a la violència vers les dones	Detecció precoç i prevenció violència de gènere

Font: elaboració pròpia, adaptat de Servei Català de la Salut (2016).

Són diverses les situacions en que la llevadora realitza atenció a la salut sexual i afectiva, i en determinats serveis aquesta atenció hi consta de manera concreta, com és el cas de la visita preventiva del càncer de cèrvix, la d'infeccions de transmissió sexual o la de

contraccepció, entre d'altres. En el Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya (Departament de Salut, 2018) s'especifica, en l'apartat sobre educació per a la salut en la gestació, l'assessorament en les relacions sexuals. En el Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó (Departament de Salut, 2003) hi consta el realitzar consell en matèria de sexualitat, afectivitat i contracepció, a la dona durant el puerperi, tant si és en la consulta com en la visita domiciliària.

El context en que les llevadores exerceixen la seva pràctica és el d'una societat que percep les cures de salut com un dret, i que desitja participar activament en el desenvolupament de les mateixes (Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011). És en aquest sentit que es considera essencial, per a millorar el nivell de salut de la població, l'oferta de serveis que doni resposta a les necessitats integrals de salut de cada persona.

L'acompliment d'aquest propòsit implica, entre d'altres actuacions, que la població sigui atesa per professionals qualificats i competents (OMS, 2011) capacitats per detectar les necessitats de salut, per afavorir les habilitats d'autocura i coresponsabilitat, i per prestar una atenció de salut de qualitat a cada individu. Aquests aspectes són rellevants i considerats pels membres dels equips que atenen a les persones, amb diferents situacions específiques o problemàtiques.

Malgrat la prevalença dels problemes de salut sexual, els professionals no tenen una adequada preparació durant el seu programa formatiu i també es té assumit que adreçar-se cap a temes de salut sexual traurà molt temps en les visites programades. La por a abordar el tema obrirà massa qüestions, però no hauria d'impedir incorporar la salut sexual dins de les cures a la dona (Zielinski, 2013).

Amb aquestes premisses, es considera primordial que els professionals comptin amb una formació del millor nivell, que a més de l'acreditativa de grau i l'especialitzada, també es desenvolupi de manera continuada al llarg de la carrera professional.

Les llevadores, professionals capacitades en la comesa de la promoció i l'atenció de la salut sexual i reproductiva de la dona, no són alienes a aquest fet. La detecció i comprensió de les seves necessitats formatives a partir de les pràctiques que desenvolupen en el seu context, constitueix la justificació i el propòsit d'aquesta tesi.

2.2. Competències professionals i formació de les llevadores

Atès que aquesta recerca pren com a fonament la pràctica professional de les llevadores en l'atenció a la salut sexual per a detectar les seves necessitats formatives, és destacable descriure les competències i la formació requerides pel seu desenvolupament.

2.2.1. Competència i pràctica professional

En aquest apartat es descriu breument el concepte de competència professional i es desenvolupa el mateix per contextualitzar-lo en l'àmbit de la salut.

2.2.1.1. Concepte i models de desenvolupament de la competència en la pràctica professional

El concepte de competència professional té múltiples definicions, i en totes elles coincideix que abasta més enllà de la suposada capacitat o de l'acreditació per a l'exercici professional. També es consideren aspectes de l'avaluació de la competència i la complexitat que aquest procés implica en la pràctica professional.

En el camp de l'educació i concretament en el de la formació de professionals, diversos autors i institucions concorren en que una persona és competent quan mostra els coneixements, destreses o habilitats, aptituds i actituds en la pràctica professional (Miller, 1990; Bunk, 1995; Martínez, 2005; Van der Vleuten, 2005; Gairín, 2011; Medel-Añonuevo, Singh, Valdés-Cotera, i Yang, 2012; Giné i Parcerisa, 2013). També es constata que millora, aquesta pràctica, quan es mostra interès pel perfeccionament i l'actualització de la competència (Martínez, 2005; Gairín, 2011).

La competència professional la posseeix la persona que disposa dels “coneixements, destreses i aptituds necessàries per a exercir una professió, pot resoldre els problemes professionals de forma autònoma i flexible, i està capacitada per a col·laborar en el seu entorn professional i en l’organització del treball” (Bunk, 1994, p. 9). Sintetitzant aquesta idea, la competència professional es refereix a la capacitat real de resoldre problemes en determinades situacions.

Des de les ciències socials i l’àmbit acadèmic Rué i Martínez (2005) afirmen que la competència inclou aspectes cognitius i no cognitius, i que sempre s’exerceix de manera eficient en les diverses activitats del context de l’exercici professional.

Per a Gairín (2009) les competències són combinacions de coneixements, habilitats i actituds adquirides. L’autor especifica que “es desenvolupen a partir d’experiències d’aprenentatge integratives en les que els coneixements i les habilitats interactuen amb el fi de donar una resposta eficient en la tasca que s’executa” (p. 15).

En la mateixa línia, Giné i Parcerisa (2013) defineixen competència com l’aptitud o capacitat per afrontar determinades situacions de forma eficient, fet que implica que per a ser competent cal “mobilitzar de forma ràpida i pertinent una sèrie de recursos o sabers” (p. 109) i així poder-los interrelacionar i integrar, i aplicar-los eficientment.

Seguint a Van der Vleuten (2005) una competència és la capacitat de manejar una tasca professional complexa integrant les habilitats cognitives, psicomotores i afectives, i destaca que a la pràctica educativa actual es planifica al voltant d’aquestes competències. Medel-Añonuevo, et al. (2012) consideren que la competència “indica un nivell satisfactori de coneixements, habilitats i actituds, així com la capacitat per a aplicar-les en una diversitat de situacions” (p. 8).

En l’àmbit sanitari espanyol el concepte de competència professional va quedar definit en la Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, que el precisa com “l’aptitud del professional sanitari per integrar i aplicar els

coneixements, les habilitats i les actituds associats a les bones pràctiques de la seva professió per resoldre els problemes que se li plantegen” (Llei 16/2003, p. 2605). També estableix els òrgans responsables, de definir els criteris bàsics d’avaluació de la competència dels professionals sanitaris, i els mecanismes pels quals les entitats científiques, acadèmiques o professionals autoritzades puguin acreditar la competència professional. La llei especifica que aquestes entitats han de ser independents de la gestió dels seus centres i serveis.

En el context internacional de la salut, les competències plasmen les actituds, tasques, coneixements i habilitats que els professionals poden necessitar per protegir, promoure i proporcionar la salut sexual i reproductiva en la comunitat (OMS, 2011). Les competències necessàries, per a una prestació efectiva de serveis de salut sexual i reproductiva, es poden agrupar en quatre dominis:

- Actituds per proporcionar atenció de salut sexual i reproductiva d’alta qualitat.
- El lideratge i la gestió.
- Les competències generals de salut sexual i reproductiva per als proveïdors de salut.
- Competències clíniques específiques.

Es considera que una persona és competent quan fa bé i és exitosa en la seva pràctica professional, entesa aquesta com el “comportament acceptat que es basa en els codis de conducta, costum, directrius, maneres, protocols, codis socials, procediments socials i procediments estàndard” (OMS, 2011, p. VI).

En el darrer glossari de l’Organització Mundial de la Salut sobre educació del personal sanitari hi consta el concepte de competències com “una combinació dels coneixements essencials, habilitats, destreses i valors necessaris per a la pràctica en l’àmbit de la salut” (OMS, 2013a, p. 5). En el mateix document es defineix, com a competències bàsiques, el conjunt mínim de les mateixes, que constitueix la línia bàsica comuna per a tothom que té un rol en la promoció de la salut (és a dir, allò que s’espera que els professionals

en promoció de la salut siguin capaços de fer per treballar eficientment, eficaçment i apropiadament en el camp).

El desenvolupament de la competència representa, parafrasejant a Martínez (2005), un estat de la praxi professional i un procés dinàmic i longitudinal en el temps, pel qual una persona utilitza els coneixements, habilitats, actituds i bon judici, amb el propòsit d'actuar de manera eficaç en totes les situacions que corresponen al camp de la seva pràctica. De la mateixa manera, és rellevant el desenvolupament de la capacitat de gestionar els coneixements eficientment, especialment "en relació amb els contextos de la realitat on s'hauran d'aplicar" (Gairín, 2009, p. 13).

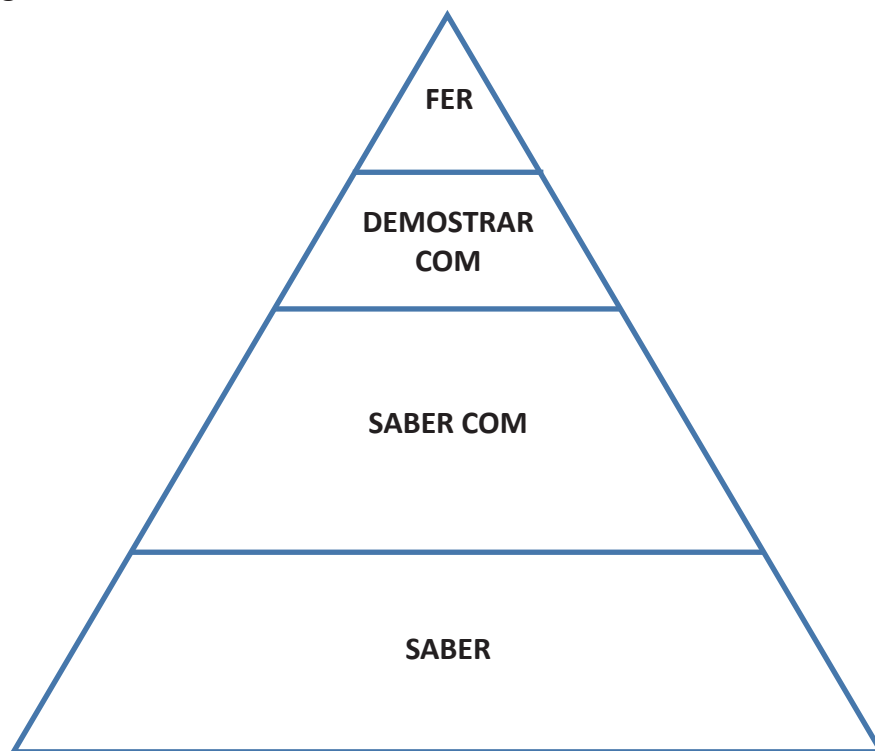
És una característica important de la competència la capacitat per a l'acció professional (Bunk, 1995). En aquesta línia, per a Gairín "les competències destaquen el caràcter aplicatiu dels aprenentatges i també el seu caràcter dinàmic" (2011, p. 96) o, el que és el mateix, una persona és competent quan pot resoldre els problemes propis del seu àmbit d'actuació, i també considera l'autor que les competències s'adquireixen i desenvolupen en l'acció i es perfeccionen gràcies a la mateixa acció.

En una mirada integrada de totes les aportacions recollides, es podria afirmar que cada competència reuneix quatre requisits, d'entre els quals el primer i el tercer són els més àmpliament compartits:

- **Integració/combinació** de coneixements (de tot tipus: conceptuals, actitudinals, tècnics, habilitats...).
- **Selecció/gestió/presa de decisions** en base a aquests coneixements (en funció també d'aspectes o criteris com el bon judici, experiències prèvies, predisposició, disponibilitat, normalitat o excepcionalitat en el context...).
- **Mobilització/posada en pràctica/acció/accompliment** en la situació única i específica que es presenta. Aplicació exitosa.
- **Dinamisme/actualització/perfeccionament** en funció d'accions anteriors i/o de canvis en el context.

Quant a l'avaluació de la competència professional en l'àmbit de la pràctica clínica, segons Miller (1990), es pot realitzar valorant l'actuació del professional en diferents situacions. L'autor va proposar un model per a l'avaluació de la competència en una piràmide de quatre nivells. En el primer nivell va ubicar els coneixements (saber) i en el segon, el com poder aplicar-los en casos concrets (saber com). En el següent i tercer nivell se situa la competència en la que el professional ha de demostrar el que és capaç de fer, en situacions simulades (demostrar com) i en el quart i últim nivell s'ubica l'acompliment (fer), és a dir, el que el professional fa en la pràctica real (figura 1).

Figura 1. Piràmide de Miller.



Font: elaboració pròpia a partir de Miller (1990).

En la formació de postgrau, és destacable que el que el professional és capaç de demostrar en un context de simulació o tercer nivell de competència (demostrar com) no garanteix l'acompliment en un context real o quart nivell de competència (fer). Aquest fet és degut (Durante, 2005) a que les actuacions i les decisions dels professionals, en contextos reals, estan influenciades per diversos factors com els relacionats amb l'individu (aspectes físics, mentals, cognitius i socials) i els factors relacionats amb el sistema del context professional (normatiu, organitzatiu, laborals,

salarials, condicions de l'atenció...). L'autor conclou que "existeix una complexa interacció entre competència, acompliment i els factors individuals i sistèmics en la cura dels pacients" (2005, p. 21).

Hi ha múltiples instruments per avaluar la competència en cadascun dels nivells de la piràmide de Miller i, tal i com proposa Van der Vleuten (2005), no es pot esperar que un sol mètode pugui cobrir tots els aspectes de les competències en els diferents nivells. Per tant, l'avaluació de la competència integral d'un professional ha de combinar diferents instruments i el judici d'experts a fi de poder triangular tota la informació obtinguda. Seguint a l'autor és aconsellable "utilitzar múltiples fonts d'informació de diversos mètodes per a la construcció d'un judici global mitjançant la triangulació de la informació a través d'aquestes fonts" (Van der Vleuten, 2005, p. 313). També és rellevant que l'avaluació de competències generals es basi, cada vegada més, en informació qualitativa, descriptiva i narrativa enlloc de, o a més de, la quantitativa. En aquest sentit, des de l'àmbit de la formació universitària Tierno, Iranzo i Barrios (2013) afirmen que "l'avaluació de competències suposa prioritzar els interessos dels estudiants i les seves diferents formes d'aprendre, proporcionant experiències fortes d'aprenentatge, a partir de tasques globalitzadores, participatives, reflexives i pròximes a la realitat professional (p. 246).

Un altre dels models utilitzats en l'avaluació de la formació o de desenvolupament professional en competències, és el de Kirkpatrick (2000), que s'estructura en quatre nivells: reacció, aprenentatge, conducta i resultats. Cadascun dels nivells aporta informació rellevant i té un impacte sobre el nivell següent (taula 3).

Taula 3. Model d'avaluació d'accions formatives de Kirkpatrick.

Nivell 1. Reacció	Avaluació del grau de satisfacció
Nivell 2. Aprenentatge	Avaluació de l'adquisició de competències
Nivell 3. Conducta	Avaluació de la transferència d'aprenentatges
Nivell 4. Resultats	Avaluació de l'impacte

Font: elaboració pròpia, extret de Kirkpatrick (2000).

Els nivells representen una seqüència de maneres d'avaluar accions formatives i a mesura que es va avançant d'un nivell al següent, el procés és més complex i més lent, però alhora aporta informació més valuosa:

- Nivell 1: *reacció*. En aquest nivell es mesura com reaccionen els participants en una acció formativa, és a dir el seu grau de satisfacció. En aquest punt es considera rellevant la motivació del participant.
- Nivell 2: *aprenentatge*. Fa referència a l'assoliment dels objectius i a l'adquisició de competències, o el que és el mateix, a quan es produeixen canvis en les actituds, s'amplien coneixements i/o es milloren les capacitats dels assistents a partir de l'acció formativa.
- Nivell 3: *conducta*. Aquest nivell es centra en avaluar el canvi de comportament en l'àmbit professional del participant, com a conseqüència de l'acció formativa. Es valora la transferència dels aprenentatges al lloc de treball i es té en compte que l'èxit o no de la seva aplicació depèn tant de l'acompliment dels nivells 1 i 2, com de les característiques i condicions del lloc de treball.
- Nivell 4: *resultats*. Es tracta d'avaluar l'impacte de l'acció formativa en l'entorn professional (institució, organització, societat) i, per tant, si s'han assolit els objectius finals pels quals es va realitzar la formació.

En els darrers anys, el major repte de la recerca educativa en l'avaluació de la competència professional s'ha centrat especialment en els nivells superiors de la piràmide de Miller. Parafraçant Nolla (2009, p. 228), l'avaluació de la competència professional en entorns simulats, i especialment l'avaluació de la pràctica professional en contextos reals, suposen un desafiament, ja que són conceptes complexes que no es poden mesurar de manera directa.

En definitiva, cal desenvolupar programes d'avaluació que fomentin l'aprenentatge de forma efectiva i que utilitzin la combinació de mètodes i procediments contrastats (Van der Vleuten, 2010) per garantir la transferència de les accions formatives en l'exercici professional (Kirkpatrick, 2000) i en última instància assegurar la millora de la pràctica clínica o del "fer" (Miller, 1990) en l'atenció a la salut de la població.

2.2.1.2. Competències de les llevadores en l'atenció a la salut sexual i reproductiva

Les competències que capaciten i acrediten a les llevadores per a l'exercici de la professió han estat definides, tant a nivell internacional com nacional, per diferents organismes oficials i institucions científiques. Aquesta determinació és necessària per la seva utilitat en la docència, la planificació i gestió dels serveis sanitaris, i la regulació del dret a l'exercici professional ja esmentat (Martínez, 2005).

Per tant, la definició i coneixement de les competències professionals és d'utilitat, per orientar criteris, a les autoritats dels diferents governs, als responsables polítics, legisladors, i demés implicats, sobre les funcions i l'exercici professional de les llevadores.

La International Confederation of Midwives (ICM, 2011a), organisme reconegut a nivell internacional i que aplega més de 70 associacions de llevadores del món, va formular la definició de llevadora, acceptada també per l'Organització Mundial de la Salut i la Federació Internacional de Ginecòlegs i Obstetres, com:

Una llevadora és una persona que ha finalitzat satisfactòriament un programa de formació en l'exercici de la llevadoria, reconegut en el país corresponent i que està basat en les *Competències essencials per a la pràctica bàsica de la llevadoria* de la ICM i en el marc de les *Normes globals de la formació de la llevadoria* de la ICM; que ha obtingut les qualificacions requerides per a registrar-se i/o llicenciar-se legalment per a exercir la professió de llevadora i utilitzar el títol de «llevadora»; i que demostra competència en l'exercici de la llevadoria (p. 1).

Amb relació al context de la pràctica professional, la llevadora està reconeguda com una professional responsable, que treballa en col·laboració amb les dones per proporcionar suport, cures i assessorament necessaris durant l'embaràs, part i postpart, per facilitar els naixements sota la seva pròpia responsabilitat i per proporcionar cures al nadó i al lactant. Aquesta atenció inclou les mesures preventives, l'afavoriment del part normal,

la detecció de complicacions en la mare i el nadó, l'accés a assistència mèdica o altra requerida i la realització de mesures d'emergència (ICM, 2011a).

Les llevadores poden exercir en diversos entorns que inclouen des de la llar i la comunitat fins a hospitals, clíniques o unitats de salut. Segons la ICM "la llevadora juga un rol molt important en l'assessorament i formació, no solament de la dona, sinó també de la família i en la comunitat" (2013, p. 2). Aquest treball implica l'educació i la preparació per a la maternitat i paternitat, la salut de la dona, la salut sexual i reproductiva i l'atenció al nadó.

La ICM, organisme referent a nivell mundial com ja s'ha comentat anteriorment, en el suport a la maternitat segura i les estratègies d'atenció primària de la salut descriu, en el document Competències essencials per a la pràctica de la llevadora, el concepte de competència en llevadora com "una combinació de coneixement, conductes professionals i destreses específiques, que es demostra a un nivell definit d'aptitud, en el context de la formació i/o pràctica de la llevadora" (ICM, 2013, p. 20).

En el mateix document hi consten les definicions dels termes que amplien el sentit del concepte de competència en llevadora i que es presenten en la taula 4.

Taula 4. Definicions de competència de la International Confederation of Midwives.

Habilitat	La qualitat de ser capaç d'exercir una destresa o talent natural o adquirit.
Actitud	El punt de vista (valors i conviccions) d'una persona sobre alguna cosa, un procés o una persona, que sovint comporta a una reacció positiva o negativa.
Conducta	La manera d'una persona de relacionar-se o respondre a les accions d'altres o a un estímul mediambiental.
Competència	La combinació de coneixement, destreses psicomotores, de comunicació i de presa de decisions, que permet a una persona exercir una tasca específica a un nivell definit d'aptitud.
Competència (llevadora)	Una combinació de coneixement, conductes professionals i destreses específiques, que es demostra a un nivell definit d'aptitud, en el context de la formació i/o pràctica de la llevadora.
Coneixement	Una base d'informació que li permet a una persona tenir plena comprensió d'un tema i l'habilitat per utilitzar-la per a un fi específic.

Destresa	Habilitat apresada a través de l'educació i la capacitat o adquirida per experiència, per a realitzar accions o tasques específiques a un nivell especificat de rendiment mesurable.
Tasca	Un component específic d'un corpus de treball major.

Font: elaboració pròpia, extret de International Confederation of Midwives, (2013, p. 20).

Les competències professionals es basen en l'evidència científica i, per tant, estan subjectes a contínua evolució i modificació a mesura que emergeixen nous fonaments, com també pel canvi en les necessitats d'atenció a la salut sexual i reproductiva de les dones i les seves famílies.

La ICM presenta l'enfocament de l'exercici professional de la llevadora en set competències bàsiques, que inclouen els coneixements, destreses i conductes que es requereixen per a una pràctica segura en qualsevol entorn (ICM, 2013). A continuació s'exposen les definicions d'aquestes competències i una selecció resumida dels coneixements i destreses relacionades específicament amb la sexualitat i l'atenció a la salut sexual.

- **Competència 1:** les llevadores tenen el coneixement i les destreses requerides, d'obstetrícia, neonatologia, ciències socials, salut pública i ètica, que constitueixen la base de la cura d'alta qualitat, rellevant des del punt de vista cultural, apropiat per a dones, nadons i famílies en edat fèrtil.
 - Coneixements: sobre aspectes transversals de la salut (recerca, educació per a la salut,...), dels drets humans (violència de gènere, mutilació genital femenina...), estratègies per l'empoderament de les dones, i aspectes culturals i de gènere.
 - Destreses i habilitats: utilitzar habilitats comunicatives, avaluar les seves accions i en detectar-ne les necessitats i adoptar un rol de lideratge en la seva pràctica professional.

És destacable la necessitat de dominar el que es pot anomenar comportament professional: actuar d'acord amb l'ètica professional, valors i drets humans, actualitzar coneixements i destreses, no prejudicar ni

discriminar, procurar en la dona i família les decisions informades i treballar en equip.

- **Competència 2:** les llevadores subministren a tothom en la comunitat educació en salut i serveis d'alta qualitat, culturalment sensitius, per a promoure la vida familiar saludable, els embarassos planificats i la criança dels nens.
 - Coneixements: sobre creixement i desenvolupament relacionat amb la sexualitat, el desenvolupament sexual i l'activitat sexual; les normes i pràctiques culturals al voltant de la sexualitat i les pràctiques sexuals, el matrimoni i els naixements; educació sanitària en infeccions de transmissió sexual (ITS) i VIH; mètodes i estratègies per a guiar a dones/parelles en planificació familiar; indicacions i mètodes per a l'assessorament i la derivació de relacions interpersonals disfuncionals, incloent problemes sexuals, violència de gènere, abús emocional i abandonament físic.
 - Destreses i habilitats: detectar necessitats en salut sexual i reproductiva, involucrar a la dona i la seva família en el consell reproductiu i, atendre en matèria d'ITS i mètodes contraceptius.
- **Competència 3:** les llevadores subministren cures d'alta qualitat per a la cura pregestacional per a maximitzar la salut durant l'embaràs, el que inclou la detecció primerenca i tractament o derivació per a una selecció de complicacions.
 - Coneixements: sobre l'evolució normal de l'embaràs, els canvis psicològics i psicosocials i les necessitats de l'educació en salut en sexualitat.
 - Destreses i habilitats: proveir educació en salut a adolescents, dones i les seves famílies de la progressió normal de l'embaràs i dels signes d'alarma.
- **Competència 4:** les llevadores subministren cures d'alta qualitat, sensibles culturalment, durant el treball de part, realitzen un part net i segur i manegen situacions d'emergència selectes, per a maximitzar la salut de les dones i els seus nadons.

- Coneixements: sobre aspectes psicològics i culturals del treball de part i el deslliurament, i els principis de prevenció del dany al sol pelvià i els estrips perineals (que poden tenir efectes en la posterior salut sexual).
- Destreses i habilitats: proveir suport físic i psicològic a la dona i la seva família i promoure el part natural, facilitar la presència d'una persona de suport durant el treball de part i el deslliurament, i reparar les laceracions vaginals/perineals.
- **Competència 5:** les llevadores subministren a les dones cures postpart integrals, d'alta qualitat, sensibles culturalment.
 - Coneixements: sobre els canvis físics i emocionals que ocorren després del part; els principis de vinculació afectiva i afeció pares-nadó; enfocaments i estratègies per a proveir suport especial a adolescents; víctimes de violència de gènere (incloent la violació); mètodes de planificació familiar adequats pel seu ús en el període postpart immediat; serveis de postpart disponibles en la comunitat per a la dona i la seva família, i com accedir-hi.
 - Destreses i habilitats: avaluar l'estat de salut centrat en la mare, educar a la dona i a la seva família després del part, sobre sexualitat i planificació familiar i, simultàniament, proveir serveis de planificació familiar, com component integral de l'atenció postpart.
- **Competència 6:** les llevadores subministren cura integral, d'alta qualitat a l'infant essencialment sa, des del naixement fins als dos mesos d'edat.
 - Coneixements: sobre necessitats d'afecte del nadó (crear llaços afectius) i les pràctiques tradicionals o culturals relacionades amb el nadó.
 - Destreses i habilitats: educar als pares sobre el creixement i desenvolupament de l'infant, i recolzar als pares durant el procés de dol per la pèrdua d'un embaràs, defectes congènits de naixement o mort neonatal.
- **Competència 7:** les llevadores proveeixen una sèrie de serveis de salut individualitzats i sensitius culturalment relacionats amb l'avortament, per a dones que requereixen o experimenten una interrupció de l'embaràs o una

pèrdua, congruents amb les lleis i regulacions aplicables i d'acord amb els protocols nacionals.

- Coneixements: sobre les polítiques, protocols, lleis i regulacions relatives als serveis de cures de l'avortament; els factors involucrats en les decisions relatives als embarassos no planejats o que ocorren en un moment poc favorable o inoportú; mètodes de planificació familiar apropiats per a utilitzar durant el període post avortament; la cura, informació i suport (físic i psicològic) que es necessita durant i després d'un procés de pèrdua o avortament i els serveis disponibles en la comunitat; el procés de recuperació física i emocional després d'una pèrdua o d'avortament.
- Destreses i habilitats: informar, a les dones que estan considerant avortar, sobre els serveis disponibles per a aquelles que desitgen prosseguir amb l'embaràs i per a aquelles que desitgen avortar, i sobre mètodes per realitzar un avortament; donar suport a les dones en la seva elecció; educar i aconsellar a les dones (i als membres de les seves famílies quan sigui apropiat) sobre sexualitat i planificació familiar post avortament; proveir de serveis de planificació familiar simultanis, com un component integral dels serveis relacionats amb l'avortament; educar a la dona sobre com cuidar-se a si mateixa.

Les competències descrites, com ja s'ha comentat anteriorment, són el resultat d'una selecció específicament relacionada amb la sexualitat i la salut sexual, que configuren l'exercici professional de les llevadores, i contextualitzen la seva pràctica en la promoció i l'atenció a la salut afectiva i sexual.

Tanmateix, i d'acord amb la característica evolutiva o dinàmica inherent a les competències, aquest llistat ha de ser actualitzat periòdicament. És per això que, en la línia de la ICM, el Col·legi Americà d'Infermeres i Llevadores (ACNM) revisa cada cinc anys les competències nuclears per a la pràctica bàsica de la llevadoria, i presenta el conjunt de coneixements, habilitats i conductes esperades per a la base del currículum,

tant per la certificació de noves llevadores com per les ja acreditades. La darrera revisió de competències bàsiques del 2012 considera que aquestes són, segons Phillippi i Avery (2014), coherents amb les de la ICM i altres documents clau per a la pràctica bàsica de la llevadoria.

Cal constatar que la revisió sobre competències, que el Col·legi Americà d'Infermeres i Llevadores realitza periòdicament, té el propòsit d'assegurar que el nous graduats estiguin capacitats per proveir una llevadoria segura i basada en l'evidència a les dones al llarg de la seva vida, nadons sans fins els 28 dies i els companys sexuals de dones diagnosticades d'ITS (Phillippi i Avery, 2014). També representa l'àmbit en constant evolució de la pràctica de la llevadoria als Estats Units pels educadors, ocupadors i responsables polítics.

Sintetitzant les aportacions derivades de l'esmentada revisió, la terminologia d'algunes competències es va actualitzar, però no hi van haver canvis substantius en els coneixements, destreses, habilitats i conductes esperades en les noves graduades. Algunes de les modificacions relacionades amb la salut sexual van ser (Phillippi i Avery, 2014):

- Es va ampliar la secció de fonaments de l'atenció obstètrica, per incloure el desenvolupament psicosocial, sexual i de comportament, en coherència amb les competències de salut sexual i reproductiva que recull l'OMS.
- Es va revisar i ampliar la competència sobre la sexualitat humana per incloure el sexe biològic, la identitat i el rol de gènere, l'orientació sexual, la intimitat i l'erotisme, congruent amb les competències de la salut sexual i reproductiva de l'OMS.
- Es va incloure la provisió de tots els mètodes anticonceptius disponibles.
- Es matisa l'avaluació, tractament, i/o derivació de les parelles sexuals amb infeccions de transmissió sexual (ITS). Aquesta competència ja constava en l'anterior document, però el que ara es remarca és que les llevadores, tot i estar

preparades per atendre als homes que no són parelles sexuals de les dones clients, no forma part de les seves competències bàsiques.

En un altre estudi (Phillippi i Barger, 2015) sobre la provisió de cures a la dona en l'atenció primària, s'afirma que en el camp d'acció de la llevadora als EEUU no sempre s'inclou a les llevadores, tot i que en base a legislació vigent, estan preparades per donar atenció a les dones des de l'adolescència fins la menopausa, i als nadons sans fins el 28 dia de vida. Les autores constaten que molts estats tenen barreres legals per una pràctica que abasti totes les competències de les llevadores, per a les quals en general han estat formades. Les competències de les llevadores per a les cures en atenció primària ha canviat en el temps en resposta a les necessitats de la població i el patró de pràctica de la llevadora, i aquest patró de pràctica s'expandeix i es constreny per les interrelacions entre educació, pràctica, llicenciatura i regulació. Per tant, conclouen que caldria inicialment definir què és exactament l'atenció primària, per incloure les cures de la llevadora en l'atenció a la dona.

En l'àmbit europeu, les llevadores centren la seva pràctica en les competències essencials postulades pel la ICM, i es considera que en tots els països europeus han de promoure activament el seu paper autònom complet com expertes formades per tenir cura de la dona i el seu fill durant l'embaràs, treball de part i el puerperi (European Midwives Association, 2005).

A Espanya, la professió de llevadora està emparada per un Marc Jurídic competencial en la legislació europea i espanyola. La Federació d'Associacions de Llevadores d'Espanya, en la Declaració sobre competències professionals de les llevadores (FAME, 2010), recull el conjunt de directives de la Unió Europea, del Parlament Europeu i, el Reial Decret 1837/2008 que aplega aquestes directives a nivell estatal. En aquest document hi consta que els Estats membres garantiran que les llevadores estiguin facultades almenys per a accedir a les activitats següents i per a exercir-les (Reial decret 1837/2008):

- Prestar informació i assessorament adequats sobre planificació familiar.
- Diagnosticar l'embaràs i supervisar l'embaràs normal; realitzar els exàmens necessaris per a la supervisió del desenvolupament dels embarassos normals.
- Prescriure o assessorar sobre els exàmens necessaris per al diagnòstic precoç dels embarassos d'alt risc.
- Facilitar programes de preparació prenatal i preparació completa al part, inclosa la informació relacionada amb la higiene i la nutrició.
- Prestar cures i assistència a la mare durant el part i supervisar la condició del fetus en l'úter mitjançant els mètodes clínics i tècnics apropiats.
- Atendre el part normal quan es tracti d'una presentació de vèrtex, incloent, si és necessari, l'episiotomia i, en cas d'urgència, atendre el part en presentació de natges.
- Reconèixer en la mare o el nen els signes indicadors d'anomalies que necessitin la intervenció d'un metge i, si és el cas, assistir a aquest; adoptar les mesures necessàries en absència del metge, en particular l'extracció manual de la placenta, seguida si és el cas del reconeixement manual de l'úter.
- Reconèixer i prestar cures al nadó, adoptar totes les iniciatives precises en cas de necessitat i practicar, si arriba el cas, la reanimació immediata.
- Assistir i supervisar els progressos de la mare després del part i prestar l'assessorament necessari en relació amb les cures del nen per a que pugui garantir el progrés òptim del nadó.
- Realitzar el tractament prescrit pel metge.
- Redactar els informes que siguin necessaris.

Aquestes activitats constitueixen els requisits mínims pel reconeixement dels diplomes i el lliure exercici de les llevadores a Espanya i, a la resta de països de la Unió Europea, tal i com es ratifica en la *Directiva 2013/55/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 20 de novembre de 2013*, per la que es modifica la *Directiva 2005/36/CE* relativa al reconeixement de qualificacions professionals i el *Reglament (UE) núm. 1024/2012* relatiu a la cooperació administrativa a través del Sistema d'Informació del Mercat Interior («Reglament IMI») (Unió Europea [UE], 2013).

En el document es fa palès l'èmfasi en l'atenció a la salut reproductiva, però també s'observa un buit en les competències referides a l'atenció a la salut sexual, tot i que cal considerar que les directrius esmentades inclouen uns mínims a assolir i deixen als governs de cada nació l'opció d'ampliar-les segons les seves necessitats (UE, 2013).

A Espanya, en el Programa oficial de formació de l'especialitat d'Infermeria Obstètrica Ginecològica (Llevadora) regulat per l'Ordre SAS/1349/2009, hi figura el perfil competencial de la llevadora conforme a les directrius derivades de la Confederació Internacional de Llevadores, a les de la Unió Europea i a les necessitats del Sistema Nacional de Salut, en base al Reial decret 1837/2008, anteriorment esmentat. També considera l'evolució dels coneixements científics i les demandes de la societat actual, que requereix professionals més implicats en la prevenció i promoció de la salut de la dona.

Aquest programa de formació defineix a la llevadora com "un professional reconegut internacionalment en tots els sistemes sanitaris en els que es considera una figura essencial que incideix en un àmbit social tan important com el de la maternitat i l'atenció integral durant el cicle vital de la dona en totes les seves fases: salut reproductiva, climateri i sexualitat" (Ordre SAS/1349/2009, p. 44698). El programa recull àmpliament les competències bàsiques de les llevadores per l'exercici professional, i les capacita per atendre a la dona al llarg de tota la seva vida sexual i reproductiva i a la seva família, afavorint així la salut de la comunitat (FAME, 2010).

En aquest marc, les competències a desenvolupar que capaciten a les llevadores per a l'exercici professional segons el Programa oficial de formació de l'especialitat d'Infermeria Obstètrica Ginecològica (Llevadora), tal i com consten a l'Ordre SAS/1349/2009 (p. 44699) són:

- Participar i, si és el cas, liderar i dinamitzar programes de salut materno- infantil, atenció a la dona i de salut sexual i reproductiva.

- Prestar atenció al binomi mare-fill en el diagnòstic, control i assistència durant l'embaràs, auxiliant-se dels mitjans clínics i tecnològics adequats.
- Prestar atenció al binomi mare-fill en el diagnòstic, control i assistència durant el part, auxiliant-se dels mitjans clínics i tecnològics adequats.
- Prestar atenció al binomi mare-fill en el diagnòstic, control i assistència durant el puerperi, auxiliant-se dels mitjans clínics i tecnològics adequats.
- Prestar atenció al nounat adreçada 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, duent a terme activitats de diagnòstic, control, derivació i seguiment dels mateixos i, si és el cas, prendre les mesures d'urgència oportunes.
- Realitzar una adequada educació per a la salut a la dona, família i comunitat identificant les necessitats d'aprenentatge en relació amb la salut materno-infantil, la salut sexual, reproductiva i en el climateri, duent a terme els diferents programes educatius relacionats amb les necessitats detectades.
- Realitzar consell afectiu sexual i consell reproductiu a la dona, joves i família.
- Promoure una vivència positiva i una actitud responsable de la sexualitat en la població i assessorar en matèria d'anticoncepció.
- Realitzar activitats de promoció i prevenció, i col·laborar en les activitats d'assistència i recuperació de la salut sexual, reproductiva i del climateri de la dona.
- Detectar en la dona factors de risc genètic i problemes ginecològics, per a derivar, si és el cas, al professional competent.
- Aplicar els principis del raonament clínic, detecció de problemes, presa de decisions, pla d'actuació i cures i avaluació, adequats a les diferents situacions clíniques en l'àmbit d'actuació de la llevadora.
- Establir una comunicació efectiva amb la dona, família i grups socials.
- Treballar i comunicar-se de manera efectiva amb l'equip de salut.
- Exercir la professió de llevadora de forma ètica en base a la legislació vigent i assumir la responsabilitat derivada de les seves actuacions.

- Assessorar sobre la legislació vigent adreçada a protegir els drets de la dona i la seva família.
- Gestionar les activitats i recursos existents en l'àmbit de l'atenció de salut materno-infantil i l'atenció de salut sexual i reproductiva.
- Emetre els informes necessaris i registrar de forma efectiva les activitats realitzades.
- Portar a terme activitats docents adreçades a les pròpies llevadores i altres professionals de la salut, en qualsevol dels seus nivells.
- Desenvolupar activitats d'investigació adreçades a la millora contínua de l'activitat professional i, per tant, del nivell de salut de la dona i del nadó.
- Realitzar una pràctica clínica basada en l'evidència científica disponible.
- Mantenir actualitzades les competències professionals.
- Liderar i desenvolupar l'especialitat mitjançant el compromís professional.

Donat l'interès del tema d'estudi en aquesta tesi, és destacable que en el programa de formació de l'especialitat de llevadora (Ordre SAS/1349/2009) hi constin competències professionals relacionades amb la dimensió sexualitat i atenció a la salut sexual i, específicament, realitzar consell afectiu sexual i consell reproductiu a la dona, joves i família, i promoure una vivència positiva i una actitud responsable de la sexualitat en la població.

En l'esmentat programa, el vessant de la sexualitat i salut sexual es desenvolupa de manera transversal en les diferents competències específiques vinculades a les competències professionals, i en els criteris de realització que possibiliten la seva adquisició. Per la qual cosa, aspectes relacionats amb la sexualitat i afectivitat com el gènere, l'orientació sexual, la multiculturalitat, diferents processos reproductius, i problemes de salut, entre d'altres, són considerats i integrats en la capacitat per a la pràctica professional de les llevadores.

Així doncs, les llevadores tenen reconegudes les competències per atendre la salut sexual, afectiva i reproductiva de les persones joves i adultes. Les seves activitats en els

serveis es centren en la promoció i la prevenció de la salut i de diagnòstic i atenció en els processos normals i fisiològics (Departament de Salut, 2007a, 2007b). Per tant, han d'estar capacitades, entre d'altres actuacions, per dur a terme les diverses activitats d'educació i assessorament en aquest àmbit.

En conclusió, atès que la recerca es realitza en el context de l'atenció a la salut sexual i reproductiva de Catalunya, es pren com a marc de referència les competències descrites anteriorment del Programa oficial de formació de l'especialitat d'Infermeria Obstètrica Ginecològica (Llevadora). Així mateix, amb coherència al caràcter evolutiu de la competència professional també s'està atent a les aportacions més recents de caràcter científic i a nivell mundial com les de la ICM (2013). Finalment, cal remarcar que la present recerca es centra en analitzar les necessitats formatives de les llevadores en relació amb l'atenció a la sexualitat i salut sexual, i donat que aquesta està estretament vinculada amb la salut reproductiva, les competències a estudiar no sempre es poden dissociar.

2.2.2. Formació de les llevadores: antecedents i estat actual del tema

La formació que acredita a les llevadores per a la pràctica professional es basa en l'assoliment i la capacitació de les competències definides anteriorment (2.2.1.2). En aquest apartat, és apropiat descriure el context de la formació de pregrau i especialitzada, així com assenyalar les característiques de la formació continuada, l'aprenentatge permanent i el desenvolupament professional necessaris per a un adequat exercici professional.

2.2.2.1. Formació de pregrau i especialitzada

La formació requerida per a l'exercici professional de les llevadores està regulada i es realitza segons diversos models, en funció de la legislació i normatives dels diferents països. A Europa la Directiva 2013/55/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 20 de novembre de 2013 (que modifica alguns apartats de la Directiva 2005/36/CE i el Reglament 1024/2012) sobre el reconeixement de qualificacions professionals, estableix

en l'article 40 apartat 2 que l'admissió a la formació de llevadora està supeditada a una de les següents condicions:

- La realització, d'almenys, 12 anys d'ensenyança general bàsica o la possessió d'un certificat que acrediti la superació d'un examen de nivell equivalent, per a l'admissió en una escola de llevadores per la via I;
- La possessió d'un títol de formació d'infermer responsable de cures generals contemplat en l'annex V, punt 5.2.2, per la via II (p. 155).

A Espanya, s'accedeix a la formació de l'especialitat de llevadora pel segon model esmentat i, per tant, és necessari haver obtingut el títol de Diplomant/Graduat universitari en infermeria. Aquesta titulació consta actualment de 240 ECTS i capacita per a l'exercici professional de caràcter generalista. Segons la Llei 44/2003 de 21 de novembre, d'Ordenació de les professions sanitàries, correspon als professionals infermers les funcions de direcció, avaluació i prestació de les cures infermeres orientades a promoure, mantenir i recuperar la salut, com també a prevenir malalties i discapacitats. En aquesta línia, en l'article 4 punt 3 de la mateixa Llei hi consta que "els professionals sanitaris exerceixen funcions, entre altres, en els àmbits assistencial, investigador, docent, de gestió clínica, de prevenció i d'informació i educació sanitàries" (p. 4538).

El sistema de formació d'especialistes en ciències de la salut a l'estat espanyol es regula en base a la Llei 44/2003 que determina, en el seu article 20 punt 1, la implicació tant de la formació teòrica i pràctica com de la participació personal i progressiva de l'especialista en formació, en l'activitat i en les responsabilitats de l'especialitat. El punt 2 del mateix article explica que la formació es duu a terme pel sistema de residència en centres acreditats (segons els organismes corresponents). Aquest sistema ha demostrat ser, per a les llevadores residents en formació, un procediment adequat perquè adquireixin un perfil professional polivalent, vinculat tant a l'atenció primària com a l'especialitzada (Ordre SAS/1349/2009).

Per obtenir el títol de l'especialitat d'Infermeria Obstètrica Ginecològica (Llevadora) cal acomplir el programa de formació de dos anys a temps complert, amb una dedicació

mínima de 3.600 hores en activitats docents-assistencials (Reial Decret 1837/2008), en una unitat docent multiprofessional d'obstetrícia i ginecologia acreditada per a la formació de l'esmentada especialitat.

La formació de llevadora permet garantir l'adquisició dels coneixements i capacitats necessaris per a l'exercici professional de la llevadora, que tal i com consta en la Directiva 2013/55/UE del Parlament Europeu i del Consell, de 20 de novembre de 2013, article 40 apartat 3, són de manera resumida: les ciències en que es basen la llevadora, l'obstetrícia i la ginecologia; l'ètica de la professió i la legislació pertinent; anatomia, fisiologia, i farmacologia específica del propi camp; relació entre la salut i l'entorn físic i social del ser humà i el seu comportament; experiència clínica adquirida en centres acreditats; comprendre la formació del personal sanitari i el treball en equip.

Durant el període de residència s'ha d'acomplir, entre d'altres, el criteri de que els professionals "han de desenvolupar, de forma programada i tutelada, les activitats previstes al programa, assumint de forma progressiva, segons avancin en la seva formació, les activitats i la responsabilitat pròpia de l'exercici autònom de l'especialitat" (Llei 44/2003, p. 4543). L'article 21 de la mateixa Llei precisa que, en els programes formatius, hi han de constar els objectius qualitius i quantitius i les competències professionals que ha de complir el resident durant cada període anual de formació.

El programa oficial de formació de l'especialitat d'Infermeria Obstètrica Ginecològica (Llevadora) determina com a objectiu general que la llevadora resident hagi adquirit, al finalitzar el període formatiu, les competències professionals a través del desenvolupament de les competències específiques, en els llocs i amb les activitats determinades en el programa (Ordre SAS/1349/2009). També remarca, com a eix central del programa, la formació pràctica-clínica que implica el sistema de residència, com a fonament d'aprendre fent. De la mateixa manera que considera la importància de la formació teòrica, ja que ambdues, segons el que estableix la Llei 44/2003, tenen com a objecte dotar als professionals dels coneixements, les tècniques, les habilitats i

les actituds propis de l'especialitat, alhora que progressivament adquireixen la responsabilitat de l'exercici autònom de la mateixa.

Considerant aquests aspectes i el tema d'investigació de la tesi, és apropiat ampliar el que el programa de formació de l'especialitat de llevadora aporta, específicament, al context de l'atenció a la salut sexual i afectiva. Anteriorment, s'han explicat les competències professionals (apartat 2.2.1.2) que les llevadores en formació han d'adquirir per a la seva capacitació, i aquest procés, a més de la formació pràctica clínica, inclou la formació teòrica.

Concretament, en el bloc temàtic sobre Sexualitat del programa teòric, hi consta l'objectiu de formació "adquirir els coneixements sobre els elements somàtics, emocionals, intel·lectuals i socials del ser humà pel desenvolupament d'actituds responsables envers la conducta sexual" (Ordre SAS/1349/2009, p. 44725). En la mateixa línia, en el pla de formació de la Unitat Docent de Llevadores (UDL) de Catalunya de la Universitat de Barcelona es va acordar, al 1994, incloure l'assessorament en sexualitat en les activitats de promoció i atenció a la salut sexual i reproductiva. La UDL de la UB va coordinar l'especialitat i va impartir la formació teòrica de les llevadores residents des del 1994 fins al 2013, i des d'aquest darrer any aquestes funcions les desenvolupa l'Institut d'Estudis de la Salut. Durant el període de temps que la formació es va realitzar a la UDL es va formar a les llevadores residents en matèria de sexualitat i atenció a la salut sexual.

Els continguts de la formació teòrica necessària per a la pràctica clínica sobre la matèria de sexualitat (taula 5) es relacionen, de manera transversal, amb les diferents competències professionals del programa de formació de l'especialitat de llevadora.

Taula 5. Temes i continguts teòrics de la matèria de sexualitat en la formació de llevadores.

Temes	Continguts
Conceptes generals	Concepte de sexe i sexualitat. Sexologia: evolució històrica. Salut sexual. Nomenclatura sexològica. Obtenció de la informació en la història clínica.
Socioantropologia de la sexualitat	Influència de la cultura en la sexualitat. Fins de la sexualitat. Perspectives culturals en sexualitat. Mites i tabús. Mutilació genital femenina.
Components de la sexualitat	Components biològics. Components psicosocials. Identificació de gènere. Rols sexuals. Orientació sexual. Afectivitat i sexualitat. Formes d'expressió.
Psicofisiologia sexual	Estímul psicològics i estímuls biològics de la resposta sexual. Fisiologia de la resposta sexual. Resposta sexual femenina. Resposta sexual masculina. Models de patró de resposta sexual.
La sexualitat en la pubertat i en l'adolescència	Desenvolupament de la sexualitat. Informació i educació sanitària. Intervencions en els centres educatius. Informació i educació sanitària. Atenció de llevadora.
La sexualitat en l'etapa adulta	Actituds sexuals i ajust en les relacions. Informació i educació sanitària. Atenció de llevadora.
La sexualitat en l'embaràs i en el puerperi	Factors que influeixen en la resposta sexual. Conducta sexual. Informació i educació sanitària. Atenció de llevadora.
La sexualitat en el climateri	Factors que influeixen en la resposta sexual. Conducta sexual. Informació i educació sanitària. Atenció de llevadora.
Disfuncions sexuals	Classificacions. Principals causes de disfunció sexual. Possibles teràpies. Atenció de llevadora.
Problemes de salut i conducta sexual	Principals problemes que causen trastorns en la sexualitat. Atenció de llevadora.
Fàrmacs, drogues i conducta sexual	Informació i educació sanitària.
Educació sexual	Programes d'educació sexual. Actuació de la llevadora en els diferents àmbits de l'educació sexual.
Sexe i poder	Els rols de gènere en els mitjans de comunicació. Publicitat. Pornografia.
Abordatge de la sexualitat en la pràctica clínica	Actituds dels professionals. Tècnica de l'entrevista.

Font: Programa formació especialitat Infermeria Obstètrica Ginecològica (Llevadora). Ordre SAS/1349/2009.

Amb l'acompliment d'aquest programa de formació es garanteix que les llevadores estiguin capacitades per a exercir la professió proporcionant una atenció integral a la salut sexual, reproductiva i maternal de la dona, en els seus vessants preventiu, de promoció i d'atenció i recuperació de la salut.

2.2.2.2. Formació continuada i aprenentatge permanent per al desenvolupament professional

La pràctica professional basada en competències es fonamenta, entre d'altres aspectes, en la qualitat de la formació inicial i especialitzada rebuda, i en el posterior manteniment de la competència i el desenvolupament professional. L'adquisició contínua de coneixements científics, d'habilitats i destreses, de valors i d'actituds adients, així com d'activitats investigadores que han de capacitar al professional de la salut per a la prestació de serveis a l'individu, grup o comunitat, han de desenvolupar-se en uns marcs idonis, com són els que proporcionen l'àmbit de la universitat i la vida acadèmica, els centres assistencials, les societats científiques relacionades amb la disciplina, i altres institucions d'àmbit comunitari i social, relacionades amb la formació i l'atenció sanitària.

La formació permanent és indispensable pel manteniment i, especialment, per l'actualització i la innovació en l'exercici de la professió. Diversos organismes i institucions destaquen la necessitat de la formació continuada per a la millora de l'activitat professional.

Les noves situacions de salut en la població i l'evolució dels sistemes sanitaris demanden noves competències professionals, i l'aprenentatge permanent és un dels instruments que té un efecte positiu i important per promoure un millor acompliment de la competència professional (OMS, 2006b).

L'OMS en la 66a Assemblea de la Salut (OMS, 2013b) proposa que els Ministeris d'Educació i Salut dels diferents Estats Membres treballin conjuntament per tal

d'enfortir el sistema de formació dels professionals de la salut i aconseguir millorar les seves capacitats i competències i, d'aquesta manera, recolzar la cobertura sanitària universal i atendre les necessitats de salut de la població dels diferents països. L'OMS pretén un enfocament basat en competències, seguint les recomanacions de l'informe de la Comissió Independent Mundial en el sentit que "un enfocament basat en competències és un enfocament disciplinar per especificar els problemes de salut que s'han d'abordar, identificar el requisit de les competències necessàries requerides dels graduats pel rendiment del sistema de salut, adaptar els plans d'estudis per aconseguir competències, i avaluar els èxits i deficiències" (Frenk, et al., 2010, p. 25).

Amb aquests arguments l'OMS (2013b) va resoldre elaborar l'Eina d'Avaluació Global per permetre als diferents països identificar i mesurar el seu progrés cap al desenvolupament d'un enfocament transformador de l'educació dels professionals sanitaris. Tanmateix, es procura promoure un nou professionalisme que utilitza les competències com el criteri objectiu per la classificació dels professionals de la salut, i així, desenvolupar un conjunt comú d'actituds, valors i comportaments com els fonaments per a la preparació de professionals, per tal de complementar la seva formació d'especialistes experts com a agents de canvi responsables, gestors competents de recursos, i promotors de polítiques basades en l'evidència (Frenk, et al., 2010). Així mateix, es procura millorar el sistema de formació i capacitatció de la força de treball sanitària per atendre les necessitats de salut dels països (OMS, 2013b).

En la mateixa línia, a Europa es va realitzar, en el marc del Programa de Salut de la UE, l'estudi efectuat per l'Agència Executiva de Sanitat i Consum (Unió Europea [UE], 2015a) sobre la Revisió i el mapa de desenvolupament professional continu (DPC) i la formació permanent dels professionals sanitaris a la UE, amb l'objectiu d'identificar i comparar els models de DPC, els mètodes i les pràctiques dels professionals de la salut a Europa. S'afegeix a aquest objectiu el propòsit de que les organitzacions que representen als professionals sanitaris i els responsables polítics, organismes reguladors i professionals puguin compartir informació i pràctiques en el DPC dels professionals de la salut, i per reflexionar sobre els avantatges de la cooperació europea en aquest àmbit, pel que fa a

l'assistència sanitària transfronterera, i per a la pràctica segura en benefici dels pacients d'Europa.

Aquest estudi mostra que els sistemes de DPC a Europa són molt complexos i tenen diferents enfocaments segons professions i països, tot i que no hi ha evidència que suggereixi que un sistema és preferible a un altre. Alhora, també es reafirma la importància del DPC i de l'aprenentatge permanent per a professionals de la salut, tant en termes de desenvolupament professional com personal (UE, 2015a).

A Espanya, la formació dels professionals sanitaris està regulada per la Llei 44/2003 de 21 de novembre d'Ordenació de les professions sanitàries, i inclou la formació continuada, amb efectes en el reconeixement del desenvolupament dels professionals sanitaris, per a contribuir en el mateix desenvolupament, consolidació, qualitat i cohesió del sistema sanitari. Aquesta llei especifica en el títol I, sobre l'exercici de les professions sanitàries, que "els professionals sanitaris, al llarg de la seva vida professional, han de dur a terme una formació continuada i acreditar regularment la seva competència professional" (Llei 44/2003, p. 4538).

Actualment, diversos organismes competents i institucions científiques ressalten que la formació continuada i el DPC són essencials per assolir un nivell de qualitat en la prestació de serveis de salut a la població. Constitueix un deure per als professionals el manteniment i actualització de les seves competències per a una pràctica que garanteixi la seguretat de les persones ateses, de la mateixa manera que és un dret l'oferta i l'accés de formació per aquests professionals.

Segons l'informe esmentat de la Unió Europea (2015a) el DPC és una obligació ètica per a tots els professionals de la salut, per tal d'assegurar l'actualització de les seves competències i una atenció de salut de qualitat. L'estudi destaca la necessitat que els estats membres realitzin esforços per permetre que els professionals puguin dur a terme el seu DPC, considerant fins i tot les principals barreres identificades, sent aquestes la manca de temps i recursos.

Així mateix, en la Llei 44/2003 d'ordenació de les professions sanitàries, hi consta, entre d'altres principis rectors sobre la formació dels professionals sanitaris, el considerar "l'actualització permanent de coneixements, mitjançant la formació continuada, dels professionals sanitaris, com un dret i un deure d'aquets. Per això, les institucions i els centres sanitaris han de facilitar la realització d'activitats de formació continuada" (2003, p. 4541). També és remarcable que el programa de formació de l'especialitat Infermeria Obstètrica Ginecològica (Llevadora) inclogui la competència vinculada amb mantenir actualitzades les competències professionals (Ordre SAS/1349/2009).

En aquest sentit, la Confederació Internacional de Llevadores (ICM) estableix una guia per a la formació, pràctica i recerca de la professió en el Codi Deontològic Internacional per a Llevadores (ICM, 2014a) que contempla les seves obligacions ètiques. En relació amb l'acompliment de la professió i la formació, determina que per mantenir la competència en les pràctiques segures, les llevadores utilitzen coneixements actualitzats i basats en proves. De la mateixa manera que cerquen activament el desenvolupament personal, intel·lectual i professional per integrar-lo en la seva pràctica. La ICM (2014b) també considera que cal regular i implementar un programa de desenvolupament professional continuat per a reforçar i impulsar la llevadoria.

Al Regne Unit, referent en llevadoria a nivell internacional, es duen a terme iniciatives per fer front als reptes i les oportunitats per les llevadores, entre les que se'n destaca la preparació de llevadores i la seva educació contínua, i les necessitats de desenvolupament i d'investigació. Es considera també que el donar oportunitats de desenvolupament professional continuat que siguin acadèmicament sòlides i professionalment rellevants, hauria d'estar a disposició de totes les llevadores i basat en la necessitat de serveis (Kent, 2010).

Pel que fa al foment dels coneixements i la pràctica de la llevadoria, el codi deontològic de la ICM (2014a) destaca, entre d'altres compromisos, que les llevadores contribueixen a l'educació formal de les estudiants i a la formació continuada de les pròpies llevadores.

En aquest sentit, l'Organització Mundial de la Salut especifica en el document sobre Competències fonamentals dels formadors de llevadores (OMS, 2013c) que, per proporcionar serveis de salut de qualitat, és essencial que els programes de formació de llevadores es basin en les competències reals de la professió. De la mateixa manera, les llevadores formadores han d'estar capacitades per aquesta funció, sent competents, tan a nivell de transferència de coneixements, d'utilització de diverses metodologies pedagògiques, com d'ensenyar a la pràctica clínica i en l'adopció d'un enfocament basat en valors.

És remarcable la perspectiva de consens, que els diversos organismes i institucions reguladors dels professionals de la salut postulen, en relació amb el manteniment i actualització de les competències per a una atenció de salut de qualitat. Per aquesta raó, és adient explicar els diferents conceptes vinculats amb el DPC, la formació continuada i l'aprenentatge permanent per a una millor comprensió i aclariment dels diferents termes implicats.

El document sobre Eines d'avaluació global de l'educació del personal sanitari (OMS, 2013a) descriu en el seu glossari les definicions de desenvolupament de carrera i desenvolupament professional continu. Són aquests conceptes diferents, encara que directament relacionats, i que els diferents governs, institucions i organitzacions promouen per a la millora de les competències professionals.

Segons l'OMS el desenvolupament de carrera (*Career Development*) és el "procés permanent de gestió de l'aprenentatge, el treball, l'oci, i les transicions per tal d'avançar cap a un futur preferit i determinat personalment" (2013a, p. 4). Mentre que desenvolupament professional continu (*continuing professional development*) comprèn un concepte més específic amb relació a l'evolució professional i alhora, més ampli pel que fa al manteniment dels diferents nivells de la competència professional. El defineix l'OMS (2013a) com:

La formació que està més enllà de l'actualització clínica i inclou un ampli ventall de competències com la recerca i l'escriptura científica; el context multidisciplinari

d'atenció al pacient; el professionalisme i la pràctica ètica; la comunicació, el lideratge, la gestió i habilitats de comportament; fer equip; tecnologia de la informació; auditoria; i el canvi d'actitud apropiada per garantir un millor servei als pacients i millors resultats d'investigació, i l'assoliment del més alt grau de satisfacció de les parts interessades. Inclou mètodes d'educació més enllà de la didàctica, incorpora conceptes d'autoaprenentatge i el desenvolupament personal, i considera factors organitzacionals i sistèmics (p. 6).

En el glossari de l'estudi realitzat per la Unió Europea es defineix el desenvolupament professional continu com "el manteniment sistemàtic, la millora i l'adquisició contínua i/o l'enfortiment dels coneixements, les habilitats i les competències dels professionals de la salut al llarg de la vida" (UE, 2015b, p 12). El terme considera les competències d'ampli abast necessàries per a la prestació de serveis d'alta qualitat, el context multidisciplinari d'atenció al pacient, i també les necessitats d'aprenentatge individuals dels professionals.

A l'estat espanyol la Llei 16/2003 de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, estableix que el desenvolupament professional ha de respondre a criteris comuns a nivell interterritorial, en relació amb els àmbits de la formació continuada, la carrera professional i l'avaluació de competències. Concreta també que la formació i el desenvolupament de la competència dels professionals s'ha d'orientar, entre altres, a l'actualització permanent de coneixements per a millorar la qualitat del procés assistencial i garantir la seguretat de l'usuari.

Posteriorment la Llei 44/2003 va desenvolupar el concepte de formació continuada i el descriu com:

El procés d'ensenyament i aprenentatge actiu i permanent al qual tenen dret i obligació els professionals sanitaris, que s'inicia en finalitzar els estudis de pregrau o d'especialització i que està destinat a actualitzar i millorar els coneixements, les habilitats i les actituds dels professionals sanitaris davant de l'evolució científica i tecnològica i les demandes i necessitats, tant socials com del mateix sistema sanitari (p.4545).

En la llei hi consten els objectius de la formació continuada dels quals es distingeix el propòsit de millorar la qualificació i incrementar la motivació professional, difondre el coneixement, vetllar per l'ús dels recursos sanitaris, millorar l'autopercepció del seu rol social, i establir instruments de comunicació interprofessional.

La mateixa llei especifica pels professionals sanitaris el sistema de reconeixement del desenvolupament professional en quant a coneixements, experiència en les tasques assistencials, docents i de recerca i, d'acord amb els objectius de l'organització en la que presten els seus serveis. També es determina que aquest sistema de reconeixement és públic, individual i d'accés voluntari (Llei 44/2003).

En aquest sentit, s'entén el DPC com un projecte individual i un compromís ètic i professional de mantenir la competència al llarg de la vida activa amb el propòsit d'oferir una actuació de qualitat (Pardell, 2008). Els principis del DPC s'inicien en la formació continuada per anar incorporant el component reflexiu que inclou l'autoformació a partir de la reflexió en i sobre la pràctica (Schön, 1992). El concepte de DPC implica activitats d'aprenentatge autodirigides més que una formació continuada tradicional, el que suposa un gran component de coresponsabilitat del professional en el seu propi DPC (Almuedo-Paz, 2011).

En quan al concepte d'aprenentatge permanent (*"lifelong learning"*) diversos organismes coincideixen en que cal que les persones es puguin desenvolupar tant a nivell professional com personal i social. Els reptes professionals i socials requereixen una educació i formació permanent, que asseguri l'actualització de les competències per a la prestació de serveis a la població.

No obstant, és destacable que els conceptes d'educació permanent segons la UNESCO i el d'aprenentatge permanent segons la Unió Europea, tot i tenir el seu origen i evolucionar de manera paral·lela, responen a realitats diverses i s'han desenvolupat i concretat en uns models educatius diferents (Saban, 2010).

Des de la perspectiva de la UNESCO, la noció d'educació permanent o continuïtat del procés educatiu es basa, per a Faure (1973), en que les persones es segueixen formant al llarg de tota la seva vida, sota la influència del context i decurs de la seva existència i per efecte de les experiències que influeixen en el seu comportament, la seva concepció de la vida i els seus coneixements. De tal manera que l'educació, a més de contribuir al seu propi desenvolupament, també permet poder afrontar les necessitats de la societat.

En la mateixa línia l'informe de Delors, et al. (1996) apunta que l'educació al llarg de la vida ha d'aprofitar totes les oportunitats que ofereix la societat, ja que tot pot ser ocasió per aprendre i desenvolupar les capacitats del individu. Per tant, l'educació permanent constitueix un principi que es basa en quatre pilars: aprendre a conèixer, aprendre a fer, aprendre a viure junts i aprendre a ser. L'OMS (2013a) s'adhereix a aquest concepte de "al llarg de la vida", considerant que cobreix tots els aspectes de l'educació, que abasta tot el que conté, de manera que el tot és més que la suma de les seves parts.

La UNESCO a través de l'Institut per a l'Aprenentatge al Llarg de Tota la Vida proposa, entre altres, promoure els valors ètics de l'aprenentatge permanent com el "paradigma educatiu rector per aconseguir societats de l'aprenentatge inclusives i sostenibles" (2014, p. 12). Considera també la necessitat de que les persones millorin i renovin el coneixement i les competències, per a un desenvolupament personal i professional en els diversos aspectes de la seva vida. És en aquesta línia que actualment, en un món complex i ràpidament canviant, "és necessari que les persones adquireixin i adaptin les seves competències (coneixements, habilitats i actituds) mitjançant totes les formes d'aprenentatge a fi d'enfrontar diversos desafiaments" (Medel-Añonuevo, et al., 2012, p. 3).

En el marc de la Unió Europea s'especifica en el Memoràndum sobre l'aprenentatge permanent (UE, 2000) que aquest és un concepte ampli i que ha d'incloure tots els tipus d'ensenyaments i d'aprenentatges. El fomentar una societat i una economia basades en el coneixement, i el fet de viure en un món social i polític complex, són dues

característiques que estan interrelacionades i alhora constitueixen “objectius igualment importants de l’aprenentatge permanent: promoure la ciutadania activa i millorar l’ocupabilitat” (UE, 2000, p. 6) a més d’afavorir la mobilitat tant de persones en formació com de professionals.

En aquesta línia, la Unió Europea recomana als estats membres que les persones puguin desenvolupar i actualitzar les competències al llarg de les seves vides. Estableix una sèrie de competències clau, entre les que es destaca la d’aprendre a aprendre que la defineix com “l’habilitat per a iniciar l’aprenentatge i persistir en ell, per a organitzar el seu propi aprenentatge i gestionar el temps i la informació eficaçment, ja sigui individualment o en grups” (UE, 2006, p. 16). Aquesta competència implica tant integrar nous coneixements i capacitats com responsabilitzar-se del propi aprenentatge.

En la Directiva 2013/55/UE es defineix l’aprenentatge permanent com “totes les activitats d’educació general, educació i formació professionals, educació no formal i aprenentatge informal empreses al llarg de la vida, que permetin millorar els coneixements, les capacitats i les competències, i que poden incloure l’ètica professional” (UE, 2013, p. 139). De tal manera que progressivament canvien els conceptes sobre el què és i com es realitza l’aprenentatge i per a què serveix, fet que orienta a que la formació sigui més diversificada en quan a interessos, necessitats i expectatives, tant pels individus com pels grups socials (Monclús i Saban, 2015).

Amb aquests precedents, destaca a l’estat espanyol el compromís del govern basc, mitjançant la Llei 1/2013 d’Aprenentatge al Llarg de la Vida, d’impulsar, entre altres, la millora de les competències professionals de la població. Seguint els preceptes de la Unió Europea, estableix que l’aprenentatge al llarg de la vida té una funció essencial per promoure la ciutadania activa, la cohesió social, la realització personal i professional, l’adaptabilitat i l’ocupació. També entén que aquest aprenentatge inclou “tota activitat realitzada per les persones en els àmbits formal, no formal i informal amb l’objectiu de millorar els seus coneixements, competències i actituds des d’una perspectiva personal, social i professional” (Llei 1/2013, p. 6).

En el conjunt de l'estat espanyol, el desplegament del desenvolupament professional i la formació continuada dels professionals de la salut s'ha efectuat fins l'actualitat, seguint la legislació vigent comentada anteriorment (Llei 16/2003 i Llei 44/2003) i segons els criteris de la Comissió de formació continuada de les professions sanitàries (Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat, s.d.). En aquesta comissió hi participen representants dels Col·legis Professionals o Associacions Professionals, de les Universitats, del Consell Nacional d'Especialitats en Ciències de la Salut i de les Societats Científiques d'àmbit estatal, i té com a funcions harmonitzar la formació continuada i coordinar les actuacions que se'n desenvolupen.

En referència amb el DPC i la formació continuada per llevadores, els provisors principals són: els proveïdors de salut, els col·legis oficials d'Infermeria, les associacions científiques (com l'ACL i la FAME), els centres d'ensenyament d'Infermeria, i també el sector privat. Es compta tan a nivell estatal com autonòmic amb organitzacions per a l'acreditació de la diversa oferta formativa, com és el cas a Catalunya, del Consell Català de Formació Continuada de les Professions Sanitàries.

Segons informa la FAME, a través de l'Associació Europea de Llevadores i en l'estudi sobre la revisió i el mapa de DPC i l'aprenentatge permanent dels professionals sanitaris realitzat a la Unió Europea (2015a), els requisits de provisió del DPC no són revisats regularment a Espanya. Opina també que el model de DPC per a llevadores que s'ofereix a Espanya és satisfactori, encara que no hi ha estudis nacionals publicats en l'actualitat sobre aquest tema.

En aquest apartat de la tesi s'ha presentat el marc conceptual i contextual relacionat amb la formació continuada, l'aprenentatge permanent i el desenvolupament professional que reconeguts organismes i institucions consideren com a necessaris pel manteniment de les competències professionals. A continuació és adient aportar, a mode de síntesi, les definicions que les anteriorment esmentades institucions han adoptat en relació amb la llevadoria i que es mostren en la taula 6.

Taula 6. Definicions de formació continuada, aprenentatge permanent i desenvolupament professional de competències en llevadoria.

Organització	Any	Concepte	Definició
International Confederation of Midwives	2011b	Formació contínua en llevadoria	La formació contínua empresa a través de les nostres carreres, a partir del moment de la primera qualificació, per a millorar o mantenir el nivell de competència d'una llevadora.
Unió Europea	2015b	Educació contínua llevadoria	Un element del DPC que implica el desenvolupament d'habilitats clíniques i tècniques específiques dins el camp de la salut, en relació amb les llevadores. Les activitats poden ser categoritzades com formal/informal i obligatòria/voluntària.
Royal College of Midwives	2009	Aprenentatge permanent	Aprenentatge continu dissenyat per mantenir i / o ampliar les competències, coneixements i comportaments relacionats amb el treball d'empleats perquè puguin proporcionar atenció segura i de qualitat.
International Confederation of Midwives	2011b	Desenvolupament professional continu	Una varietat d'activitats d'aprenentatge que els professionals de la salut mantenen i desenvolupen al llarg de la seva carrera, per a garantir que retenen la seva capacitat per a practicar de manera segura, eficaç i legal dins de l'àmbit de la pràctica.
International Confederation of Midwives	2011b	Formació en llevadoria	El procés de preparar a persones per a que siguin llevadores competents i per a mantenir la competència en la llevadoria.
International Confederation of Midwives	2011b	Formació basada en competències	L'ensenyament, l'aprenentatge i les activitats d'avaluació que són suficients per a possibilitar als estudiants a adquirir i demostrar un conjunt determinat de competències com a resultat de l'aprenentatge.
International Confederation of Midwives	2011b	Competència continua en llevadoria	La capacitat contínua de demostrar el coneixement, la conducta professional i les destreses específiques necessàries, per a treballar dins de l'enfocament de la pràctica de la llevadoria.

Nota. A la primera columna hi consten els noms de les organitzacions o institucions que han proposat les definicions.

La tesi que es presenta s'emmarca en els conceptes i en els arguments que s'han exposat en aquest apartat i que, a mode de resum, es centren en considerar el desenvolupament

professional continu, l'aprenentatge permanent i la formació continuada indispensables per a la pràctica professional, i per l'impacte que se'n deriva en l'atenció de salut a la població.

En la recerca també es considera que el DPC de les llevadores s'ha de fonamentar en el marc competencial de la professió, en reforçar la seva motivació per l'aprenentatge permanent i, en conseqüència, a partir dels seus interessos i necessitats.

2.3. Detecció i anàlisi de necessitats de formació de les llevadores

Partint del propòsit principal de la tesi, que és la detecció de necessitats formatives de les llevadores a partir de la seva pràctica, és pertinent exposar què s'entén per necessitat formativa i el seu model d'anàlisi.

En aquest apartat, s'introdueix la perspectiva interdisciplinària de l'estudi, s'explica el concepte de necessitat, seguidament es desenvolupa el concepte de necessitat de formació, la seva tipologia i es concreta el model per a la seva detecció i la seva anàlisi. Finalment, es presenta la revisió de la literatura sobre el tema d'estudi i es contextualitza en la recerca.

2.3.1. Perspectiva interdisciplinària de coneixement

L'estudi de les necessitats formatives en col·lectius professionals ha estat àmpliament estudiada des de diferents disciplines. El nexes i les aportacions realitzades des del camp de l'educació són evidents i inqüestionables, de la mateixa manera que des de l'àrea de la salut s'ha mostrat interès en aquest procés per millorar la formació, la progressió i el manteniment de les competències dels professionals.

És d'interès en aquest apartat remarcar la perspectiva interdisciplinària de coneixement que es duu a terme en la recerca, ja que el context objecte d'estudi esdevé un nexes continuat entre el de la formació i el de la salut.

El pensament interdisciplinari s'entén per a Boix i Dawes (2007) com:

La capacitat d'integrar el coneixement i les maneres de pensament en dues o més disciplines o àrees d'expertesa establertes per produir un avanç cognitiu -com ara explicar un fenomen, resoldre un problema, o crear un producte- de manera que hauria estat impossible o poc probable a través dels mitjans d'una sola disciplina en particular (p. 219).

L'enfocament interdisciplinari permet integrar el coneixement sobre el tema d'estudi alhora que el precisa i l'enriqueix (Barreiro i Martínez, 2009), de la mateixa manera que amplia la perspectiva de mètodes per l'explicació dels fenòmens o la solució de problemes.

La perspectiva de la interdisciplinarietat des de les ciències socials i de l'educació, com també des de les ciències de la salut, aporta a aquesta investigació un enfocament integral a l'hora d'abordar l'estudi sobre la detecció de necessitats de formació de les llevadores.

2.3.2. Bases conceptuals de les necessitats formatives

En aquesta secció es presenta una aproximació del coneixement sobre el concepte de necessitat i el de necessitat formativa, la seva tipologia i els seus models d'anàlisi.

Els termes esmentats varien segons les orientacions i perspectives que diferents disciplines i autors han aportat. No obstant, cal aclarir que, tot i que els conceptes divergeixen, en determinats aspectes s'empren indistintament o es presenten de manera ambigua. Aquest fet ha justificat que, per a una millor clarificació dels conceptes necessitat, necessitat formativa i anàlisi de necessitats, es presentin en la tesi amb aquesta seqüència, tot i que en diverses ocasions s'evidencia el nexa entre necessitat i formació i els conceptes *llisquen* entre un i altre apartat.

2.3.2.1. Concepte de necessitat

El concepte de necessitat pot ser entès de diverses maneres segons l'àmbit d'estudi i la seva especificitat d'anàlisi (Maslow, 1991).

Necessitat ha estat definida des d'una perspectiva fisiològica com allò que cal per al benestar físic i que, si en manca, pot produir desequilibris interns, i també des d'una perspectiva social i psíquica, com allò que cal per a l'adquisició de valors socioculturals necessaris en el comportament humà (Gran Enciclopèdia Catalana, s.d.).

Des de les ciències de la salut i, específicament, en el vessant infermer, es defineix en el Diccionari d'Infermeria una "necessitat bàsica" (2008, s.p.) com a "requisit indispensable per a mantenir la integritat de la persona (...) per exemple, respirar amb normalitat, comunicar-se, mantenir la temperatura corporal o viure d'acord amb les pròpies creences i valors".

La perspectiva de la sociologia de l'educació especifica com a "necessitat social" (Diccionari d'educació, 2011, s.p.) la "manca d'alguna cosa originada per la dimensió social de la persona que, si no s'aconsegueix, fa impossible una vida sana, normal, harmoniosa i completa" i concreta que, "són exemples de necessitats socials la necessitat de sentir-se acceptat i estimat, la necessitat (s.p.).

En les definicions esmentades es fa palès que el concepte de necessitat abasta diverses dimensions de la persona (individual i social) i com, des de diferents disciplines, es pot abordar el tema d'estudi (apartat 2.3.1).

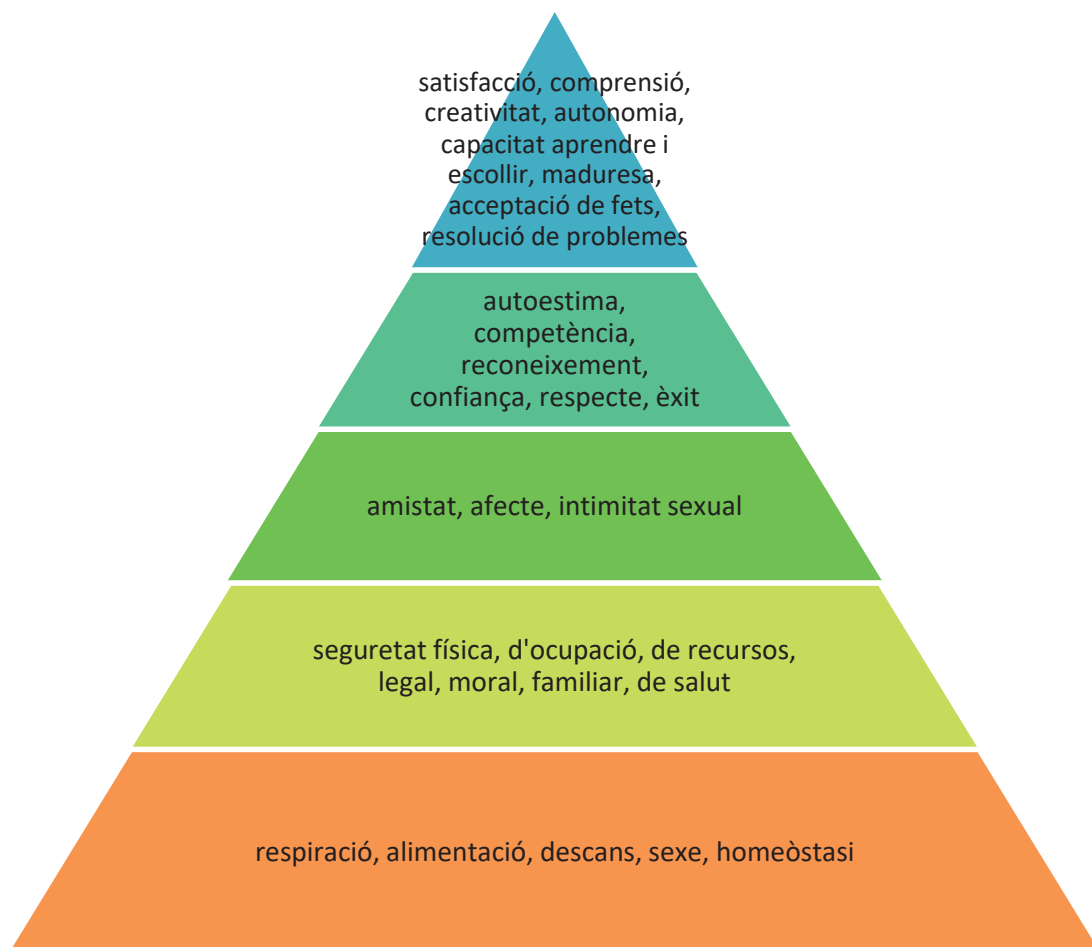
En la conceptualització de necessitat segons Maslow (1991) hi estan relacionats de manera rellevant termes com el desig i la motivació. L'autor, en la seva teoria de la motivació, argumenta que les necessitats fisiològiques són les més potents de totes i que quan aquestes manquen, la resta de necessitats poden ser inexistents o ser desplaçades. De la mateixa manera, quan les necessitats fisiològiques estan cobertes en sorgeixen d'altres superiors, i que en ser satisfetes en generen d'altres més superiors i així successivament.

Per a Maslow (1991) "les necessitats humanes bàsiques estan organitzades dins d'una jerarquia de relativa prepotència o predomini" (p. 25) i les superiors són tan reals i tan

essencials a la condició humana com, per exemple, la necessitat de menjar. També argumenta que la gratificació es converteix en un concepte tan important com la privació, ja que allibera a l'organisme de la dominació d'una necessitat relativament més fisiològica, i permet, per tant, que sorgeixin altres fins més socials.

En la jerarquia de necessitats humanes estableix cinc grans conjunts, i especifica que no necessàriament la satisfacció d'una inferior esdevé en l'aparició de la immediatament superior, ja que es tracta d'un procés variable i gradual, però alhora interrelacionat i sinèrgic. Els cinc grans grups de necessitats humanes proposats per Maslow (1982, 1991) són: les fisiològiques, les de seguretat, les de pertinença, les d'estima i les d'autorealització. En la figura 2 es detallen més àmpliament les necessitats bàsiques més rellevants, que integren cadascun dels cinc grans grups.

Figura 2. Piràmide de necessitats de Maslow.



Font: elaboració pròpia, adaptat de Maslow (1982, 1991).

Maslow (1991) també distingeix que en satisfer una necessitat bàsica n'esdevé una de nova, i conseqüentment es produeix un canvi d'interessos o, el que és el mateix, un canvi de valors. Aquests canvis generen noves necessitats, que alhora porten a cercar la seva satisfacció i, en aquest procés, també canvien les capacitats cognitives (atendre, percebre, aprendre, recordar, oblidar, pensar) de manera que l'individu tendeix cap al perfeccionament, l'enfortiment i el desenvolupament saludable, en definitiva cap a l'autorealització.

Rogers i Freiberg (1996) proposen un enfocament en valors, ja que afirmen que aquests canvien a mesura que la persona evoluciona, configurant-se un procés complex on, en base a la realitat i a les seves experiències, l'individu va modificant la seva actitud amb el propòsit d'assolir la seva autorealització.

És destacable assenyalar que els valors de les persones autorealitzades o "valors del ser" (Maslow, 1982, p. 56) funcionen com a necessitats, i per tant desperten l'interès i la motivació per ser satisfetes. Segons l'autor aquests valors estan basats en la percepció i la descripció sobre fets o experiències dels millors moments del ser humà de manera que,

El fet es converteix en el valor. El món en qüestió, com és descrit i percebut, resulta ser el mateix món que es valora i desitja. El món que és es converteix en el món que ha de ser. El què ha de ser ha de succeir; en altres paraules, els fets s'han fusionat aquí amb el valors (1982, p. 113).

Aquesta argumentació porta a considerar que la percepció de les pròpies experiències i en concret aquelles que han estat positives, són les més valorades i, per tant, són per les que les persones mostren més interès i motivació per ser satisfetes.

D'altra banda, per Rogers i Freiberg (1996) el procés de valoració és quelcom complex, ja que en ocasions, tot i que l'elecció preferida no és la més adequada per a l'autorealització, els fets i les pròpies experiències capaciten als individus per modificar

les seves actituds i ser capaços de corregir els seus errors per aconseguir els seus objectius personals.

El procés de desenvolupament i maduresa personal es dona en aquelles persones que trien lliurement les seves experiències i, en conseqüència, l'orientació dels seus valors, sent una de les percepcions més apreciades quan la persona comença a valorar la seva receptivitat cap a totes les seves experiències internes i externes, el que representa per a Rogers i Freiberg "ser obert i sensible a les seves reaccions i sentiments propis interns, a les reaccions i sentiments dels altres i a les realitats del món objectiu..." (1996, p. 327). És interessant constatar que les orientacions de valors són comuns a tots els individus, i que potser no depenen de les influències culturals, sinó que són compartides essencialment de manera universal per totes les persones.

En definitiva, els valors personals i socials, el desig i la motivació per l'autorealització, el desenvolupament de les pròpies capacitats o el sentiment de pertinença al grup són aspectes (necessitats) que, des de diverses perspectives, contribueixen a entendre el propi concepte de necessitat.

Segons l'anàlisi realitzat per Agut (2000) el concepte de necessitat pot variar en funció de l'àmbit d'estudi:

- Des de la psicologia, està vinculat als aspectes motivacionals i fa referència a un estat carencial que la persona intenta resoldre amb diferents tipus de conductes, a fi de recuperar l'equilibri.
- En l'educació d'adults el terme necessitat pot referir-se a una norma, un mitjà, una situació organitzacional o un estat individual. Atendre una necessitat tan pot ser cobrir una discrepància, satisfer una carència, remeiar una condició o fer alguna cosa. D'aquesta manera "una necessitat també pot ser entesa com una oportunitat" (p. 27).
- En l'àmbit de les organitzacions, es contempla en funció del context en que s'utilitzi, i les perspectives poden ser la basada en la discrepància entre els resultats desitjats i els esperats, i la perspectiva més innovadora que contempla

aspectes no derivats de dèficits coneguts, en que a més de fer les coses bé també es considera el millorar i innovar.

Des d'aquests postulats, es concreta l'interès i l'acompliment de detectar i analitzar aquells fets o accions, i els valors o les necessitats, que les llevadores perceben que són requerides per a la seva pràctica professional, en l'atenció a la salut sexual de la dona.

2.3.2.2. Les necessitats formatives

La detecció i anàlisi de les necessitats de formació és útil i imprescindible per a formular les línies, accions i recursos per desenvolupar processos formatius, que reverteixin en el manteniment i la millora de les competències professionals.

Les necessitats formatives han estat àmpliament estudiades en diferents àmbits, tan per part d'especialistes en educació, dissenyadors i directors de formació, gerents de relacions laborals, com per desenvolupadors de cursos i planificadors curriculars, entre altres (Rossett, 1987). La detecció i avaluació de necessitats de formació és el pas previ de tota intervenció formativa degudament planificada (Stufflebeam, 1985).

L'estudi de necessitats és indispensable per planificar i programar la formació. La seva descripció especifica el que es necessita avui, però especialment identifica el que es necessitarà en el futur per assolir els objectius de l'organització (Pineda, 2002). Planificar el procés formatiu des d'una perspectiva prèvia i d'anàlisi de la pròpia pràctica, promou i assegura millorar-la (Giné i Parcerisa, 2003).

Diagnosticar les necessitats formatives vol dir conèixer la resposta formativa possible per tal de millorar determinades situacions organitzacionals (Casado, 1999), el que implica entendre les visions (que poden ser diferents, ja que responen a plantejaments també diferents) que tenen els diversos implicats.

Alonso i Martínez (2010) consideren la detecció de necessitats formatives un procés formal de recerca, tractament i anàlisi de dades. Aquest procés permet dissenyar una

estratègia de formació que sigui útil als individus que integren l'organització, per a "l'adquisició de les competències necessàries per assolir els objectius organitzacionals, i per al desenvolupament professional" (p. 9). Els plans de formació han de generar oportunitats reals d'aprenentatge, que aconseguixin implicar els professionals en la incorporació de comportaments i coneixements que millorin el servei que presten.

La Unió Europea (2011) determina la utilització del terme necessitats de formació, per "referir-se a les necessitats que tindrà un grup específic per a la seva educació/formació i millora de les seves qualificacions" (p. 11). Es considera també que el coneixement (el mapa) de les necessitats de formació d'un grup específic serà sovint un dels passos en la planificació i execució del projecte formatiu.

En base al concepte de necessitat explicat en l'apartat anterior (2.3.2.2), es pot asseverar que una necessitat és un valor basat en fets i experiències prèvies, i que pot generar en l'individu l'actitud, l'interès i la motivació per ser satisfet o assolit.

De tota manera cal considerar l'amplitud i polisèmia del terme (Gairín, 1995) quan es fa referència a una necessitat formativa. Per l'autor es tracta d'una condició no satisfeta i imprescindible perquè els individus, grups o sistemes puguin funcionar en condicions normals i assolir els seus objectius.

Per a Tejedor (1990) la necessitat formativa és entesa com:

La discrepància existent entre la situació corrent i la situació desitjada del desenvolupament educacional, que emfatitza en la igualtat educacional i en l'adequat desenvolupament pràctic i que pot ser eventualment millorable a curt o a llarg termini com a resultat d'un estudi sistemàtic (pp. 15-16).

Segons Gairín (1995) les conceptualitzacions de necessitat es poden classificar en dos grans blocs: el relacional i el polivalent. El primer fa referència a identificar la necessitat amb la relació que s'estableix entre dues situacions (la real i la desitjada). El polivalent, assimila el terme necessitat a "conceptes tan variables com problema, expectativa, carència, dèficit, interès o d'altres" (pp. 83-84).

La detecció de necessitats considerades com a problemes apunta que es tracta d'una valoració, en base a que un grup té un problema que pot ser solucionat (Mckillip, 1989, p. 10 citat per Pérez-Campanero, 2000). En aquest concepte es destaquen quatre aspectes:

- Reconèixer una necessitat implica parlar de valors. Persones amb diferents valors reconeixeran diferents necessitats. La persona que observa la necessitat i la que l'experimenta poden diferir en la seva opinió.
- Un grup pot sentir una necessitat en unes circumstàncies determinades.
- Un problema és un resultat inadequat, un resultat que no respon a les expectatives. Els problemes també poden ser indicadors de processos inadequats i a vegades innecessaris, si existeix l'expectativa de que, sense l'acció, es desenvoluparan resultats inadequats.
- El reconeixement d'una necessitat inclou un judici de que existeix una solució per a un problema.

Per altra banda, Molina (2001) considera que el problema només serà necessitat en tant i en quan "s'analitzin les causes i conseqüències per a fixar els límits de la necessitat a través de la comparació amb altres situacions" (p. 150). En aquesta línia l'autora cita a Navio (1998, p. 23 citat per Molina, 2001):

Els problemes no sempre són necessitats. En molts casos són situacions associades que poden, degudament tractades, transformar-se en necessitat. Per a que els problemes puguin considerar-se necessitats han de sotmetre's a una exhaustiva anàlisi considerant les causes i conseqüències dels mateixos. Aquesta anàlisi permetrà, més enllà de la definició del problema, delimitar necessitats; és a dir, manifestar-les, transformar-les en reals mitjançant la comparació amb altres situacions.

Font i Imbernón (2002) també destaquen que en la recollida d'informació, en l'àmbit organitzacional, és important conèixer les causes dels problemes de qualitat o rendiment en el treball per saber quins problemes poden ser solucionats amb formació i quins no, ja que hi ha objectius de l'organització que no es poden arreglar amb formació; seria el cas de les pseudonecessitats. També són importants els sentiments de

les persones, i tenir en compte que el canvi sempre és lent i no es pot oblidar les resistències que genera. Altres aspectes importants són les prioritats: és necessari establir criteris, ordenar i seleccionar les diverses prioritats, aquestes es poden referir a coneixements, habilitats o actituds, partir dels objectius o referir-se a persones concretes i afectar a àrees funcionals o nivells jeràrquics determinats.

Segons l'estudi d'Agut (2000), la comprensió de necessitat de formació pot tenir dues orientacions:

- La basada en la discrepància, per identificar les carències entre l'acompliment desitjat i l'actual. En aquesta tipologia, seguint diversos autors, poden variar els seus elements: coneixements, habilitats, aptituds, actituds, les característiques individuals o les competències.
- La basada en l'oportunitat, més centrada en l'individu que en l'organització, i que proposa una formació més orientada als possibles canvis que succeiran en el futur, i en conseqüència "identificar les necessitats de formació futures, que tractades en el present, poden prevenir l'aparició de problemes" (p. 37).

Les definicions de necessitat es poden classificar per a Font i Imbernón (2002) en dos blocs: com a carència i com a problema. La primera es refereix a la diferència entre el que és i el que hauria de ser, i pot ser satisfeta mitjançant la formació; mentre que la segona implica a les persones en el procés per a resoldre el problema. Els autors, estableixen així dues perspectives des de les quals es poden detectar necessitats formatives:

- Perspectiva basada en la discrepància. Es basa en la carència o en la diferència entre allò que la persona és o té, i el que hauria de ser o tenir. Es tracta d'una necessitat prescriptiva o normativa, ja que "algú ha de prescriure el que l'empleat ha de ser i, sobre la base d'aquesta prescripció, recollir dades sobre el que és per establir les carències com a necessitats de formació i planificar la formació per a cobrir-les" (p. 39). La necessitat de formació és la distància que separa el perfil d'exigències del lloc del perfil de competències de l'individu. Des d'aquesta perspectiva es poden detectar les necessitats a partir de la contribució

dels gestors, o bé a partir d'una visió més proactiva que “parteix dels objectius estratègics a curt o a mig termini de la pròpia organització” (p. 42).

- Perspectiva basada en la participació. Considera la necessitat com un problema, que pot ser solucionat mitjançant la formació. Les necessitats formatives són les sentides i expressades per una persona o un grup, i implica parlar dels seus valors, descriure la població d'estudi i el seu context, com també el judici de què existeix una solució per a un problema. En aquesta perspectiva es barregen i es manifesten les necessitats expressades (a través de la demanda), relatives (sorgeixen per comparació) i analítiques (apareixen sobre la base de la informació disponible).

Els mateixos autors afirmen que actualment ambdues perspectives conviuen en l'anàlisi de necessitats de formació, el que constata l'evolució de les institucions d'acord amb els nous valors socials i amb l'evolució de les pròpies cultures organitzacionals. “La unió d'ambdues és l'ideal per a establir una coherència de la planificació de la formació” (2002, p. 40).

En la mateixa línia, Arànega (2013) parteix d'un model conceptual de necessitat formativa que proposa dues perspectives:

- El concepte basat en la discrepància. És la necessitat normativa o prescriptiva que estableix la diferència, entre el que la institució considera com a perfil ideal i les funcions pròpies de cada lloc de treball, i les capacitats o allò que el professional té i que pot divergir del requerit pel l'organització. Es tracta d'una necessitat externa, fruit de la demanda i dels canvis en el sistema o institucionals, fet que pot generar acceptació o rebuig en els professionals. Alhora aquesta perspectiva es pot analitzar des de dues orientacions, la de la carència i l'apreciativa. Les necessitats prescriptives són útils com a marc de referència per l'anàlisi i per guiar l'assoliment dels objectius normatius.
- El concepte basat en el problema. És la necessitat sentida i expressada pels propis agents, a partir dels problemes que poden sorgir en la seva pràctica. Aquestes situacions problemàtiques poden incomodar i inclús inhabilitar al

professional en alguna activitat. Aquesta perspectiva pot tenir diverses orientacions: la necessitat relativa o comparativa, la necessitat analítica i la necessitat no expressada.

L'autora també proposa un altre bloc de necessitats que són les prospectives o aquelles que emergeixen durant o després del procés formatiu. Les seves orientacions són: l'anticipada o que va sorgint durant la formació i emergint a nivell extern, i la que emergeix de la pròpia formació introduint nous conceptes, idees que obren noves línies de treball a explorar.

Des de l'àmbit organitzacional, la finalitat del procés de detecció de necessitats formatives és el conèixer la discrepància, entesa aquesta com la diferència entre les competències actuals de les persones en el seu exercici professional, i les competències considerades ideals per a un exercici òptim (Alonso i Martínez, 2010). Alhora, l'orientació o posició des de la qual es valora la situació inicial pot ser cap a la carència o bé apreciativa:

- Orientació cap a la carència. Es valora l'estat inicial a partir de les mancances formatives de les persones, que han de ser satisfetes per arribar al que l'organització considera òptim. Una altra visió d'aquesta orientació és la que parteix de la identificació de problemes, per aproximar-se al coneixement de l'organització. Els dos tipus d'orientacions es centren en aspectes negatius, ja que parteixen d'identificar allò que no funciona amb la intenció de canviar-ho, i no es considera el que sí funciona.
- Orientació apreciativa. Es destaquen els punts forts de les persones i de l'organització. És una orientació positiva de la detecció de necessitats que es basa en allò que es fa bé, i per tant augmenta la motivació i la implicació en el procés de millora, per arribar a una situació ideal i profitosa. D'aquesta manera les carències i els problemes es transformen en reptes i objectius a assolir.

És remarcable la diversitat d'orientacions que defineixen el concepte de necessitat formativa i el caràcter polisèmic del terme (Zabalza, 1988; Tejedor, 1990; Gairín, 1995).

No obstant, per a Gairín (1995) és convenient centrar-se en aquell tipus que incideixi directament “en la causa dels problemes o en l’arrel de les manifestacions conductuals i fonamentar, en conseqüència, accions més rentables i menys subjectes al canvi de circumstàncies” (p. 87-88).

En resum, es pot constatar el caràcter polisèmic dels termes necessitat, necessitat formativa, anàlisi de necessitats o avaluació de necessitats, ja que presenten diverses conceptualitzacions i diferents enfocaments, segons el punt de vista de qui ho defineixi. En els següents apartats sobre la tipologia de necessitats i els models d’anàlisi es pretén ampliar la comprensió del terme necessitat formativa i el seu procés de detecció i anàlisi.

2.3.2.3. Tipologia de les necessitats

Les necessitats formatives poden ser de tipus divers en funció de la perspectiva des de la qual es tractarà la discrepància o la situació problemàtica, i del context i la idiosincràsia de les persones a les quals s’adreça la satisfacció d’unes necessitats concretes.

Gairín (1995) proposa una classificació de les necessitats formatives que es concreten en: normatives, expressades, percebudes o comparatives, segons es refereixin al sistema, a la demanda, a les percepcions de les persones o als resultats de comparar distintes situacions o grups.

La tipologia de necessitats es pot classificar de diverses maneres, Molina (2001) proposa una síntesi (taula 7) que recull, en les seves diverses accepcions, els aspectes més destacats relacionats amb el context o amb les persones implicades.

Taula 7. Tipologia de necessitats.

Autors	Tipologia de Necessitats	Aspectes destacables
Bradshaw (1972) Gairín et. al (1995)	Normatives	Establiment per part d'experts de nivells teòrics desitjables de satisfacció (necessitats del sistema o exigències normatives).
	Expressades	Coincident amb el manifestat (demandes).
	Percebudes o experimentades	Percepció de cada persona o grup sobre determinada carència (factors psicològics i psicosociològics particulars).
	Comparatives	Resultats de la comparació entre diferents situacions o grups.
Moroney (1977)	Normativa	Aquella que l'expert, professional o científic social defineix d'acord a un criteri o tipus.
	Percebuda	Carència subjectiva limitada a les percepcions dels individus.
	Expressada	En funció de les demandes d'un servei o programa.
	Relativa	Comparar diferents situacions i diferents grups.
Tejedor (1990)	Socials	Nivell de dèficit percebut per les institucions.
	Individuals	Nivell de dèficit percebut pels individus o els microgrups socials.
Ferrández (1993)	Reals	L'individu o la societat sent o pot descriure. La necessitat amb univocitat.
	Sentides	L'individu o la societat sent però no pot descriure perquè li falten determinats paràmetres.
	Potencials	Aquelles que l'individu o la societat ni sent ni pot descriure però que, encara així, existeixen. Perquè són reals o sentides en altres grups culturals de societats "no <i>dispars</i> ".

Font: Molina (2001, p. 151-152).

Les necessitats formatives també poden ser enteses de diverses maneres segons la seva perspectiva, i es poden classificar per a Benedito, Imbernón i Félez (2001) en:

- Necessitat normativa: és la *carència* grupal o individual respecte a un patró establert institucionalment.
- Necessitat percebuda: és la necessitat sentida pels subjectes.
- Necessitat expressada: la *demanda* que fa referència a l'expressió de la necessitat per part de qui diu percebre-la.

Els autors afirmen que, en la formació de professionals, s'han de considerar i analitzar els diversos tipus de necessitats formatives.

En l'anàlisi realitzat per Arànega (2011) sobre els/les docents en l'àmbit de l'educació superior, els tipus de necessitats es poden classificar en: normatives, sentides, d'acord amb la demanda, comparatives i prospectives. En la taula 8 es mostren els avantatges i inconvenients de la detecció de necessitats segons les seves dimensions.

Taula 8. Avantatges i inconvenients de la detecció de necessitats segons dimensions.

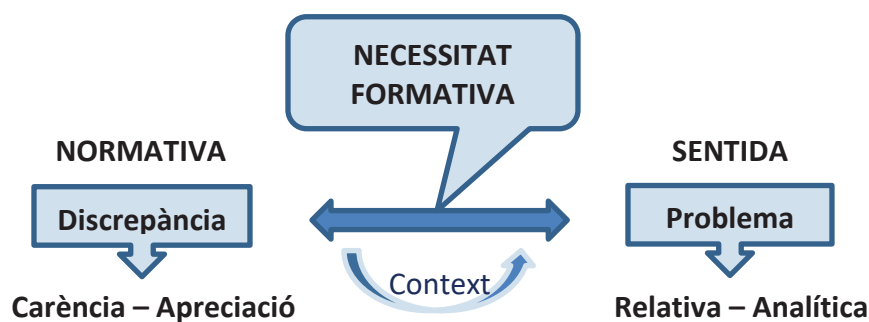
	Avantatges	Inconvenients
Normativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integra possibles innovacions que mai serien una necessitat per alguns docents. ▪ Impulsa el canvi que permet equiparar-se a altres països. ▪ Intenta reduir les desigualtats. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Els docents no la consideren necessària, per tant molts no li ofereixen importància. ▪ Els qui reben la formació no estan motivats per a fer-la, ja que no és una prioritat.
Sentida	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La motivació per fer formació és elevada, ja que participar-hi pot ajudar a resoldre el problema que tenen. ▪ Cobreixen els problemes reals i existents amb que es troben els docents. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pot estar condicionada per la moda o tendència social i/o formativa del moment. ▪ Pot sentir-la però no verbalitzar-la. ▪ Pot expressar-la inadequadament. ▪ Els desitjos poden ser contradictoris amb les necessitats normatives.
D'acord amb la demanda	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La motivació per fer la formació és elevada, encara que només sigui per no desmarcar-se del que fa la majoria o per tenir arguments per estar d'acord o en desacord. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Es realitza una formació que pot no ser efectiva, ja que no sempre cobreix unes expectatives inicials o resolt un problema existent.

Comparativa	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tothom té la mateixa formació. ▪ L'oferta formativa és equitativa. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ No té en compte les necessitats personals i/o particulars de cada docent o context.
Prospectiva	<ul style="list-style-type: none"> ▪ És bo que emergeixin noves necessitats, també crea noves expectatives. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pot decebre el fet de no concloure mai cap circuit. Tot forma part d'una espiral.

Font: Arànega (2011, p. 130).

A mode d'aclariment, es sintetitza el concepte de necessitat formativa des de les principals perspectives que es pot definir, i les diferents orientacions en les que es poden detectar o analitzar (figura 3).

Figura 3. Perspectives i orientacions de necessitat formativa.



Font: elaboració pròpia.

L'estudi de les necessitats formatives de les llevadores parteix d'una perspectiva dual, la normativa i la sentida/expressada. La detecció de necessitats basada en la discrepància seria la identificada entre les competències actuals que tenen les llevadores, i les competències ideals establertes per la normativitat i les institucions, considerant també una orientació apreciativa que destaquï els punts forts sobre els febles. A més dels aspectes normatius citats, també es valoren els contextuals deguts als canvis i a l'evolució social. En l'anàlisi de necessitats sentides es consideren aquestes com un problema a resoldre, a partir de la pròpia percepció que les llevadores tenen en el seu context professional.

2.3.2.4. Models d'anàlisi de necessitats formatives

La detecció i anàlisi de necessitats formatives és un procés complex que implica aspectes teòrics, metodològics i ideològics que influeixen en el disseny de l'estratègia que guia la identificació de necessitats (Escamilla, 2006).

El procés de determinació de necessitats formatives es pot referir tant a l'avaluació de necessitats, l'anàlisi de necessitats com l'anàlisi de discrepàncies (Rossett, 1987) i diversos autors utilitzen els termes indistintament. Per a l'autor "l'avaluació de necessitats formatives és l'estudi sistemàtic d'un problema o innovació, incorporant dades i opinions de les diverses fonts, per tal de prendre decisions eficaces o recomanacions sobre el que hauria de passar a continuació" (p.3). És interessant destacar que, a vegades, aquestes recomanacions impliquen formació i a vegades no.

Per altra banda, l'anàlisi de necessitats pot ser entès com el procediment que inclou la identificació de la necessitat i de les seves causes. L'anàlisi també implica la classificació del problema segons els tipus d'intervencions que es podrien utilitzar per cobrir la discrepància. Kaufman (1986, citat per Agut, 2000, p. 38) afirma que les anàlisis de necessitats fragmenten aquelles necessitats identificades en els seus components constituents i identifiquen les causes de les necessitats.

Stufflebeam (1985) proposa quatre enfocaments per a l'anàlisi de necessitats de formació:

- Discrepància. És la diferència existent entre els resultats observats i els desitjats. S'aplica en situacions on les normes o resultats són fàcilment assequibles i s'emfatitzen els criteris mesurables. Com a desavantatge té que eviten les àrees més difícilment mesurables i que tendeix a reduir l'avaluació de les necessitats a un procés simple i mecànic, de comparació d'observacions o de percepcions quantificables amb estàndards, i descriure el buit resultant.
- Democràtic. El canvi desitjat per la majoria del grup de referència. Es pot usar per implicar molta gent en el procés d'avaluació de necessitats, i per recollir un ampli ventall de variables i necessitats potencials. Com a desavantatge és el risc

de confondre les necessitats amb les preferències, i la percepció de necessitat pot ser la més popular però no la més vàlida.

- Analític. Necessitat entesa com la direcció en que es pot predir cap a on anirà la millora a partir de la situació actual. Inclou pensament crític sobre els problemes i les tendències que poden sorgir. Es caracteritza per l'anàlisi sistemàtic i profund del problema i una completa descripció de la situació. Es focalitza en la millora àmplia de l'actuació més que en posar remei en àrees deficitàries seleccionades. El major inconvenient és que pot ser difícil d'implementar donada la seva exhaustivitat i dependència de gent preparada i qualificada.
- Diagnòstica. Necessitat es defineix com allò que la seva absència o deficiència provoca un perjudici o la seva presència un benefici. Requereix la comparació entre dues variables. Utilitza l'evidència per comprovar quines deficiències seran perjudicials. L'inconvenient és que és molt subjectiu a la pràctica i es basa en l'assumpció qüestionable de que algunes necessitats són absolutes.

Per a Gairín (1995) l'avaluació de necessitats és el punt de partida per identificar situacions deficitàries o insatisfactòries que reclamen de prioritats o assignació de recursos en l'àmbit de la formació. L'anàlisi de necessitats ha "d'evidenciar els dèficits del sistema, de les persones o dels grups i els punts de confluència i divergència, sent la determinació política la que ha de definir les necessitats que es satisfan i les prioritats que al respecte s'estableixen" (p. 30).

L'anàlisi de necessitats de formació també es pot plantejar de manera diferent i orientat al futur tal i com proposa Peiró (1999, citat per Agut, 2000, p. 40) en el seu model *d'Anàlisi anticipatòria de necessitats de formació/desenvolupament de competències*, entesa aquesta com un procés per a identificar i analitzar els canvis futurs que permetin una adaptació de les empreses i dels treballadors als canvis en l'entorn, les organitzacions i les competències de les persones. En aquest model es considera que les necessitats formatives són qualificacions (coneixements, aptituds, habilitats, control, actitud i adequat compliment del rol) dels recursos humans que assoliran les demandes sorgides del sistema de treball de l'organització.

La revisió realitzada per Agut (2000) presenta cinc models d'anàlisi de necessitats de formació/competències segons diversos autors (s'inclou el model esmentat de Peiró), i que considera com a més representatius per a la comprensió de l'evolució sobre el tema. Es presenten en síntesi en la taula 9.

Taula 9. Revisió de models d'anàlisi de necessitats: de formació/competències.

Models Conceptes bàsics	M. Anàlisi d'acompliment Herbert i Doverspike (1990)	M. Organització/Lloc/Persona. McGehee i Thayer (1961), Goldstein (1986, 1991, 1993)	M. d'Elements de l'organització Kaufman (1992, 1993, 1998)	M. Roda de la formació Bee i Bee (1994)	M. Proactive Peiró (1999)
QUÈ Necessitat	Necessitat formativa Discrepància entre l'acompliment actual i l'esperat, degut a carència de coneixements, habilitats o aptituds (KSAs).	Necessitat formativa Discrepància entre les KSAs que requereix el lloc i les KSAs que posseeix la persona.	Necessitat formativa Discrepància entre els resultats actuals i els requerits o desitjats a nivell organitzacional, individual.	Necessitat de competència Discrepància entre l'acompliment actual i el requerit degut a un dèficit en competències (patró de conductes).	Necessitat formativa: Qualificacions (KSAs control, actitud i rol) dels recursos humans que assoliran les demandes sorgides del sistema del treball de l'empresa.
COM Anàlisi / Avaluació de necessitats	Anàlisi de l'acompliment Identificar les discrepàncies en l'acompliment, determinar les fonts (internes i externes) de les discrepàncies i identificar intervencions.	Anàlisi o avaluació de necessitats formatives: Procés que té el propòsit d'establir objectius formatius. Es compon de: suport i anàlisi organitzacional, anàlisi de requisits, del lloc (tasques i KSAs) i de la persona.	Avaluació de necessitats: Procés per a identificar i prioritzar les discrepàncies en resultats, en funció del cost de cobrir la necessitat vs el cost d'ignorar aquesta necessitat.	Anàlisi de necessitats formatives: Procés de: identificació del conjunt de necessitats formatives que es deriven de les necessitats de negoci, especificació d'aquestes necessitats d'una forma molt precisa i anàlisi de com resoldre de la millor manera aquestes necessitats formatives.	Anàlisi anticipatori de necessitats de formació/desenvolupament de competències: Procés per identificar i analitzar els canvis futurs que permetin una adaptació de les empreses i dels treballadors als canvis en l'entorn i els canvis en les empreses i en les competències de les persones.
Orientació temporal	Present	Present	Present	Present	Fonamentalment futura

Models Conceptes bàsics	M. Anàlisi d'acompliment Herbert i Doverspike (1990)	M. Organització/Lloc/Persona. McGehee i Thayer (1961), Goldstein (1986, 1991, 1993)	M. d'Elements de l'organització Kaufman (1992, 1993, 1998)	M. Roda de la formació Bee i Bee (1994)	M. Proactive Peiró (1999)
Paper de la formació	Secundari	Principal	Secundari	Principal	Secundari
Principals limitacions	<ul style="list-style-type: none"> - Formació només quan existeix un dèficit en l'acompliment. - No es contempla que la causa del dèficit en l'acompliment siguin factors interns i externs. - No distinció entre conducta laboral i resultats valorats. -No específica com recollir informació. 	<ul style="list-style-type: none"> - Les solucions de no formació no considerades. - No vinculació de l'anàlisi de KSAs a l'orientació estratègica i possibles canvis presents i futurs. - No sempre es consulta a empleats. - Dificultat en obtenir dades dels tres nivells Organització-Lloc-Persona. - Plantejament reduccionista per determinar les necessitats formatives (tasques individuals del lloc). - Es basa només en les conductes explícites. 	<ul style="list-style-type: none"> - Més orientat a l'organització i la seva contribució societal que a l'individu i els seus possibles dèficits en competències. - Complexitat del procés (llarg i costós), més destinat a grans organitzacions orientades al servei, que a petites organitzacions. 	<ul style="list-style-type: none"> - Certa vaguetat amb que explica la identificació de les necessitats de negoci a partir de l'exploració sistemàtica de l'entorn. - Delimitació vaga del terme competència. 	<ul style="list-style-type: none"> - Deixa en segon pla les necessitats actuals de competències.

Font: Agut, 2000, pp. 188-189.

En base als models revisats, Agut (2000) proposa un model d'anàlisi de necessitats de competències en què s'analitzen dos tipus de necessitats: les anticipades o futures i les correctives o actuals. El model es compon de quatre nivells d'anàlisi:

- Anàlisi de l'entorn. Consisteix en l'estudi de les necessitats anticipades, que es deriven de les discrepàncies entre els resultats presents que es donen en el sector i els reptes del sector (resultats futurs desitjats). Les necessitats anticipades tenen implicacions per a les competències futures.
- Anàlisi organitzacional. Es refereix a l'estudi de l'orientació estratègica de l'empresa.
- Anàlisi de les competències del lloc. Estudi de les competències que es consideren imprescindibles per acomplir adequadament el lloc de treball.
- Anàlisi de la persona. Estudi del nivell d'aquestes competències. A partir de la comparació entre les competències requerides i les competències de la persona sorgeixen les necessitats correctives de competències.

És oportú assenyalar que aquest model es centra en l'anàlisi de necessitats de competències més que en les de formació, ja que iniciar l'anàlisi partint d'una solució predeterminada com és la formació, pot conduir a error. Dit d'altra manera "pot ser que existeixin altres possibles tàctiques per resoldre les necessitats de competències, i per tant, resulta més adequat identificar les necessitats de competències, sense suposar que han d'adquirir-se mitjançant formació" (Agut, 2000, p. 198).

En l'àmbit de la formació contínua dels docents, Ku i Tejada (2015) proposen un model de detecció i anàlisi de necessitats formatives basat en les discrepàncies entre el perfil de competències ideal i el perfil de competències actual. L'autora i l'autor centren l'estudi en el perfil professional, ja que aquest abasta el conjunt de coneixements, habilitats, aptituds i actituds necessaris per l'acompliment professional.

Altres models de detecció i anàlisi de necessitats formatives contempnen l'enfocament des del qual realitzar aquesta anàlisi. Font i Imbernón (2002) proposen que l'anàlisi de necessitats de formació s'abordi des de la perspectiva basada en la discrepància i la

basada en la participació, de manera que “el millor pla de formació és aquell que estableix l’equilibri entre les necessitats normatives i les participatives, ja que unes comporten el desenvolupament professional institucional i les altres el desenvolupament professional personal” (p. 40). En aquesta línia els autors concreten dos models de detecció i anàlisi de necessitats formatives segons sigui el tipus de necessitat:

- Model normatiu o prescriptiu. Es basa en la discrepància, i la necessitat de formació, generalment personalitzada, és la distància que separa el perfil d’exigències del lloc del perfil de competències de l’individu. Habitualment, es sol·licita la col·laboració dels gestors per conèixer els dèficits personals de l’ocupant d’un lloc respecte als requeriments actuals d’aquest lloc de treball, o també, amb una visió més proactiva es pot partir dels objectius estratègics de l’organització.
- Model col·laboratiu. Es tracta de desenvolupar processos de participació per a diagnosticar necessitats de formació en un col·lectiu. L’anàlisi de necessitats té dos objectius. El primer pretén que un grup de persones siguin capaces de conèixer les necessitats que els hi genera la seva pràctica per a poder millorar-la; el resultat és un llistat de problemes i sobretot un mapa en el que, mitjançant un procés de reflexió en i per al grup, s’identifiquin les seves necessitats, les relacions existents entre elles i, finalment, una prioritització de les mateixes. El segon objectiu seria que el col·lectiu de persones, a més d’adquirir el coneixement de les seves pròpies necessitats, aprengui el procés més adequat per a realitzar quantes vegades els hi sigui necessària aquesta identificació.

Seguint a Font i Imbernón (2002), les etapes del procés d’anàlisi de necessitats formatives en el model normatiu o prescriptiu són: diagnòstic, elecció del mètode i disseny dels instruments, recollida d’informació, resultats i conclusions i validació del diagnòstic inicial, recomanacions d’accions formatives, i presa de decisions i formació. Les fases més usuals del model col·laboratiu són: identificació del problema o una qüestió a investigar dins del problema, selecció d’estratègies metodològiques per a

solucionar el problema, preparació del disseny, recollida de la informació, anàlisi de dades i desenvolupament de les conclusions.

Per a Fisas (2004) els models d'anàlisi de necessitats formatives es poden agrupar en dues grans orientacions:

- Models que parteixen de la mancança, entre els que es distingeixen: els descriptius (responen a la realitat del moment), els explicatius (busquen la causa al problema de manera més qualitativa), els exploratoris (des d'una perspectiva més preventiva incideixen en les necessitats futures) o els d'intervenció (la finalitat és el canvi o millora). L'orientació d'aquests models considera la mancança tant de l'organització com la de les persones que hi treballen, més que allò que sí tenen.
- Models d'anàlisi contextual, orientats a una exploració del context que inclou l'entorn institucional, el normatiu i el de relacions polítiques i socials. Aquests models, a més de considerar una dimensió interna i una dimensió psicosocial, tenen en compte la dimensió contextual, que es refereix a la comprensió de diversos factors relacionats amb les funcions i objectius del treball i l'organització. Aquests models d'anàlisi asseguren aportacions a nivell estructural de l'organització o d'una determinada àrea professional.

A mode de síntesi de la revisió dels diferents models de detecció i anàlisi de necessitats de formació, es destaca els diversos enfocaments tant en la concepció de necessitat formativa com en el plantejament del procés d'identificació i anàlisi. En resum, els aspectes que es distingeixen i representen una aportació rellevant per guiar la recerca de les necessitats formatives de les llevadores, són:

- S'identifiquen dues perspectives: la primera basada en la discrepància entre les competències requerides o bé els objectius definits per l'organització, i les competències que té la persona per l'acompliment professional. La segona perspectiva es basa en que sigui el propi grup de professionals els que a partir de

la reflexió de la seva pràctica, puguin identificar les seves necessitats formatives per a millorar-la.

- El procés de detecció i anàlisi de necessitats de formació ha d'incloure l'estudi de les causes que originen les situacions problemàtiques en la pràctica professional. D'aquesta manera es podrà discernir el que realment és susceptible de ser resolt mitjançant formació, i així poder planificar-la per obtenir millors resultats.
- L'anàlisi del context adquireix un doble sentit: per una banda permet esbrinar i comprendre quines són les pròpies circumstàncies en que les llevadores desenvolupen l'acompliment professional, i per altra, amplia la visió alhora d'identificar les necessitats competencials que es puguin requerir en el futur.
- L'estudi de necessitats de formació des d'un model en que es consideri el context de la pràctica professional, i que incorpori ambdues perspectives (la normativa i la sentida/expressada), permet considerar respectivament les demandes socials, els requeriments institucionals i, especialment, les percepcions de les pròpies necessitats de les professionals, per a la millora i la innovació.

2.3.3. La veu de les professionals com a font de coneixement i vehicle d'integració

Com queda dit anteriorment, en la present recerca per detectar les necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció de la salut sexual de la dona s'ha optat per un model integrador que, de manera esquemàtica, reuneixi 4 condicions (sintetitzades al final del punt anterior): ser alhora institucional i personal-professional; explicitar necessitats i també causes; reunir visió de context actual i prospectives de futur; i estar basada en la realitat de la professió. S'ha considerat que el coneixement de tots aquests aspectes el posseeix el professional que, des de diferents rols, viu, sent, reflexiona, transita... per totes les circumstàncies pròpies de la llevadoria. Per aquest motiu, es veu rellevant dedicar un apartat específic al coneixement professional personal i a la veu que el vehicula.

2.3.3.1. Els subjectes i les veus. Coneixença personal

Les interaccions que estableixen els i les professionals entre ells (en relació amb els problemes o no) de forma individual, col·lectiva o institucional canvien la seva visió personal sobre fenòmens, conceptes, criteris... en definitiva: uns i altres aprenen (desenvolupen o evolucionen competències o algun dels seus components). Aquest aprenentatge (que s'integra en la forma de ser de cada individu) pot considerar-se que constitueix el que Clandinin i Connelly (1988) anomenen "coneixença personal". La coneixença personal es pot expressar de manera individual, a través de "la veu" de cada subjecte.

De la caracterització que fan Clandinin i Connelly (1988) sobre la *coneixença personal* es destaquen dues condicions fonamentals:

- És *personal* en el sentit que,
"participa en, es barreja amb, tot el que contribueix a fer una persona. És a dir, no és un coneixement «impersonal» del tipus dos més dos són quatre. És més bé un coneixement que ha sorgit de circumstàncies, accions i conseqüències que per sí mateixes han tingut un contingut afectiu per a la persona en qüestió" (p. 40).

Aquesta primera característica entronca amb el que s'ha esmentat fins ara en 4 aspectes fonamentals: en primer lloc, les competències i la seva relació intrínseca amb la pràctica (*coneixement que ha sorgit de circumstàncies, accions i conseqüències*); en segon lloc, reuneix el caràcter dinàmic i evolutiu de la competència (no s'adquireix per sempre, sinó que varia en funció de la vivència, experiència, nous coneixements... i la reflexió respecte de les conseqüències); en tercer lloc, acull la visió integradora (coneixement, valors, habilitats) de les competències (*participa en, es barreja amb, tot el que contribueix a fer una persona*); i, finalment, integra alhora la vivència institucional i personal, precisament perquè la font del coneixement emana d'un àmbit o context global i complex.

- Es tracta de *coneixença* en el sentit que fa "referència a les possessions intel·lectuals d'immediat accés a la persona que puguin expressar-se en llenguatge d'un tipus o altre, per exemple llenguatge comú o algun tipus de llenguatge tècnic que impliqui símbols orals o escrits" (p. 40). Igual que en el cas anterior, considerar la veu de les professionals contempla i aplega aspectes citats anteriorment (les possessions

intel·lectuals són integrades en quant a coneixements i contextos), al temps que permet l'accessibilitat al saber de les persones perquè la coneixença personal té el sentit d'una "possessió accessible ja que ens referim a la parla d'una persona sobre sí mateixa i la parla és accessible" (p. 40). De manera que, tot i que aquesta coneixença en molts aspectes és privada "pot ser descoberta en les accions de la persona i sota algunes circumstàncies pel discurs o la conversa" segons Connelly i Clandinin (1988, p. 4 citat per Tamir, 2005).

Cal remarcar dues consideracions respecte de l'opció conceptual que s'adopta:

- a) El concepte desenvolupat per Clandinin i Connelly, en el treball esmentat, arriba a un grau més alt d'acotació i es formula, de manera completa, com a "coneixença *pràctica* personal *dels professors*". Els autors defineixen el terme com la manera particular de les persones de "reconstruir el passat i les intencions de futur per fer front a les exigències d'una situació present" (Connelly i Clandinin, 1988, p. 25). Tanmateix, cal aclarir que els dos termes en cursiva es desestimen en la present recerca, posat que es considera que la paraula "pràctic" obeeix a una opció metodològica i intencional pròpia del seu procés d'investigació i que l'expressió "dels professors" identifica, al seu torn, una altra opció concreta en quant als subjectes de la recerca. Concretament, mentre Clandinin i Connelly (1988) descriuen que la seva intenció és "desenvolupar un llenguatge i donar crèdit a una perspectiva particular de veure les *pràctiques* a l'escola" (p. 60), el propòsit més concret de la present recerca és conèixer les *necessitats de formació*; així, doncs, la diferent focalització (pràctiques–necessitats) en cada recerca justifica la presència o l'absència del terme "pràctic". Interessa també fixar un moment la mirada en el sintagma "dels professors" per indicar-ne el canvi de subjecte (clarament, en aquesta recerca els subjectes són llevadores).
- b) El terme *veu* (en singular) adquireix en el present treball un sentit col·lectiu. Un acostament superficial a aquest terme podria portar, erròniament, a la consideració que es pretén unificar les diverses veus particulars per a construir-ne una de comuna, la més general o la majoritària. Lluny d'aquesta pretensió, es desitja conservar la veu de cadascuna de les persones que participen aportant la seva

coneixença personal, conservant-ne tota la riquesa possible i procurant que aquesta veu col·lectiva es constitueixi a partir de les veus més heterogènies. Els i les llevadores queden, així, configurats com un col·lectiu, però no com una unitat. En conseqüència, tot i que algunes vegades s'usi el terme "veu" en singular per identificar l'expressió d'un col·lectiu, cal indicar que:

- Aquesta veu de les professionals no és uniforme, sinó constituïda per múltiples veus de diverses llevadores.
- Els noms col·lectius, com poden ser "llevadores" o "professionals" no pretenen unificar i uniformar totes les persones que designen, sinó indicar una determinada situació (status, rol) d'aquest conjunt de persones.

Per tal de garantir aquesta complexitat i diversitat de la veu col·lectiva, com es veurà més endavant, en la cerca de persones que han informat la recerca s'ha buscat el màxim d'heterogeneïtat, de manera que la major diversitat de veus poguessin aportar les seves concepcions per construir un apropament a la realitat el màxim de rica i variada possible.

2.3.3.2. El professional com a posseïdor / generador de coneixença

És habitual que en el disseny de plans de formació de qualsevol professió les necessitats formatives siguin formulades per grups d'experts (tot i que cada vegada més aquestes formulacions estiguin basades en investigació sobre la professió). És habitual també que les aportacions de persones expertes siguin plenament reconegudes, mentre que les de professionals "del dia a dia" sovint fa la sensació que hagin de contrastar-se (vegi's l'escassetat de recerques que tenen aquesta orientació en l'apartat següent, de recerca bibliogràfica). En aquest sentit, Perrenoud (1999) aporta una interessant reflexió sobre la distinció que es fa respecte del saber (en general) depenent de la seva estructuració interna, les seves fonts i del seu objecte i que pot explicar el grau divers de reconeixement que té la coneixença del professional. Després de cercar la definició de "coneixença" (2007, s.p.) al diccionari (en el Diccionari de la Llengua Catalana, de l'IEC: "Idea més o menys completa que hom té d'alguna cosa"), l'autor en ressalta el seu vessant de representació (idea) de la realitat (cosa) i assenyala la manera com saber i coneixença són usats comunament com a sinònims. Tot seguit, l'autor realitza un

recorregut prou minuciosos per mirar de trobar les diferències reals entre el que hom entén que és el saber “dels savis” (potser el que es suposa que tenen només els investigadors i els experts i el que sol transmetre la ciència i l’acadèmia?) i el saber “del sentit comú” (potser el que es suposa als i a les professionals i “pràctics”?). Els punts d’inflexió més destacats d’aquest recorregut són:

- El saber savi no és només saber científic. Altres característiques que se li suposen (axiològic, normatiu) tenen presència heterogènia en les diferents coneixences i, a més, són moltes vegades presents, també, en el saber del sentit comú.

... molts sabers savis no es basen en el mètode científic, sinó en diverses formes d'erudició, en processos de sistematització, formalització, acumulació, confrontació, organització, classificació de coneixements especialitzats que no provenen ni del laboratori, ni de l’observació sobre el terreny. Per descomptat, avui, la filosofia, la crítica literària, el dret, l'estètica (...) es basen, en part, en sistemes de valors o normes ètiques, estètiques i legals (Perrenoud, 1999, p. 142).

Les informants del present estudi tenen saber científic (ciències de la salut), però també tenen coneixences referides a valors (vivencial) o orientades a l’acció (de la professió).

- Tant el saber savi com el saber del sentit comú es fonamenten en algun tipus d’experiència, “... els sabers savis es basen en una forma d'experiència, fins i tot si es tracta d'una experiència que a vegades està molt distanciada de la vida quotidiana, produïda al laboratori o filtrada mitjançant mètodes d'observació i investigació” (Perrenoud, 1999, p. 143).

Els i les professionals que informen aquesta investigació posseeixen coneixença experiencial.

- El saber savi i el saber del sentit comú no es poden diferenciar per la naturalesa de l’objecte. Posat que hi ha objectes (extremadament petits o extremadament grans, per exemple) que no són accessibles sense dispositius especials, es podria

pensar en aquesta diferència essencial. Tanmateix, també hi ha facetes de la realitat que el saber savi no ha abordat i sobre les quals hi ha saber del sentit comú i, encara, hi ha sobreposició o complementarietat dels dos sabers en alguns camps del coneixement.

Però les àrees de revestiment són cada vegada més àmplies, i moltes facetes de la realitat són simultàniament objecte de representacions sàvies i representacions comunes, relacionades a partir de la ignorància mútua, l'oposició o la complementarietat, segons el cas. Això es deu al fet que la divulgació científica i la instrucció popularitzen una versió simplificada del coneixement savi i aquests últims, s'apoderen cada vegada més de tots els fragments de la realitat, fins i tot els més irrisoris o incerts (Perrenoud, 1999, p. 144).

Les informants de la recerca que es presenta posseeixen coneixences de tipus referencial (per exemple: entre les seves tasques i funcions, els continguts apresos en la formació inicial i els objectius i valors de la institució on presten servei).

En síntesi, tal i com proposa Giné (2003), tot acceptant el valor rellevant del saber de la pràctica o (en expressió de Perrenoud) del saber del sentit comú, podem denotar que la coneixença que cal suposar-li al professional sobre la seva competència i necessitats de formació és:

- Referencial. Coneixement de la professió respecte de (o en referència a) el que se n'espera, com a mínim, en tres vessants: la institució o l'ocupador/a, l'usuari o usuària i la professió. Permet la persona d'autoregular-se (ajustar les tasques segons les seves habilitats, interessos, capacitats, coneixements previs, disponibilitat, entre altres, i les demandes rebudes o percebudes) i d'autoavaluar-se (indicar en quina mesura el resultat obtingut personalment s'acosta a allò que se n'espera).
- Experiencial. En la mesura que els i les llevadores són qui "viuen" la totalitat del procés d'atenció a la salut sexual i reproductiva en un sentit de normalitat (a

diferència, per exemple, de l'alteració que pugui suposar la presència d'una persona externa que investigui) i d'integració complerta. Es pot prendre, doncs, com un coneixement complementari al que té l'expert, la investigació o la ciència; però també es pot veure com una coneixença contemplada des d'un prisma únic (complert i complex) i, per tant, amb entitat pròpia i insubstituïble.

- De la professió. La llevadora coneix quines són les habilitats, estratègies, valors, condicions d'èxit, etc. que comporta el context i la cultura de l'atenció a la salut. Al seu torn, cada professional té interessos propis i finalitats, disponibilitat més o menys elevada i prioritats ètiques, de les quals sol ser-ne conscient, i que incideixen en l'ús i selecció que fa de les decisions i condicions que comporta exercir la professió dins la cultura sanitària.
- Epistemològica. Els estudis inicials (i sovint la formació continuada) forneix la llevadora d'oportunitats d'assolir els coneixements, habilitats, competències, etc. que s'han detallat en l'apartat corresponent. Tanmateix, és de destacar aquí que aquests coneixements, més els possibles processos de recerca que pugui desenvolupar dins la professió, doten les i els professionals també de coneixements "savis" i de probabilitat de metacognició, aspectes que es sumen als coneixements anteriors (referencials, experiencials, de la professió).

Com a conseqüència del que s'ha exposat en aquest apartat, s'assumeix que el coneixement aportat per les professionals en actiu és extraordinàriament rellevant en amplada i complexitat en l'anàlisi de necessitats, posat que tenen potencial per reunir alhora qualsevol tipus de necessitat formativa (normativa, sentida, expressada).

2.3.4. Necessitats de formació de les llevadores en l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Revisió de la literatura

2.3.4.1. Introducció

La llevadora és el professional capacitada per atendre la salut sexual, afectiva i reproductiva de la dona al llarg de tota la seva vida, així com de la seva família i els joves. El perfil competencial de les llevadores està avalat per diversos organismes internacionals (*European Midwives Association*, 2005; ICM, 2013; Phillippi i Avery, 2014;

UE, 2013) i nacionals (Departament de Salut, 2007a, 2007b; FAME, 2010; Llei 44/2003; Ordre SAS/1349/2009; Reial decret 1837/2008) que acrediten les seves funcions per l'exercici professional.

El context en que les llevadores duen a terme l'atenció en salut sexual i reproductiva (ASSIR) de la població, s'emmarca en el marc normatiu actual i en les característiques del sistema sanitari. Tanmateix, l'evolució científica i els canvis socials i la diversitat de la població atesa esdevenen un repte alhora que un compromís envers la seva pràctica professional.

En aquest sentit, el manteniment de la competència és essencial per a una atenció de salut segura, de qualitat i que doni resposta a la comunitat atesa (Bryant, 2006) i l'actualització i la innovació mitjançant l'aprenentatge permanent i la formació continuada es consideren elements bàsics pel desenvolupament professional (Almuedo-Paz, 2011; Frenk, et al., 2010; *International Confederation Midwives*, 2011b, 2014a, 2014b; Kent, 2010; Llei 16/2003; Llei 44/2003; Medel-Añonuevo, et al., 2012; Organització Mundial Salut, 2006b, 2013a, 2013b; Pardell, 2008; Unió Europea, 2006, 2013, 2015a, 2015b).

La formació per l'actualització, el manteniment i la millora de les competències professionals serà realment d'utilitat en tant que s'identifiquin les necessitats dels implicats i es contemplin els seus interessos i motivacions. La detecció i avaluació de necessitats de formació constitueix el pas previ per planificar i establir les línies, les accions i els recursos dels processos formatius (Alonso i Martínez, 2010; Casado, 1999; Font i Imbernón, 2002; Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003; Pineda, 2002; Rossett, 1987; Stufflebeam, 1985; Unió Europea, 2011).

A la Unió Europea, l'Estudi sobre la revisió i mapa del desenvolupament professional continu i la formació permanent dels professionals de la salut (2015a) mostra que la planificació d'activitats de desenvolupament professional continu no està necessàriament vinculada (ni a nivell individual ni a nivell de la professió) a les

estructures o processos d'avaluació de necessitats. En el cas de les llevadores i les infermeres es va informar de la manca d'avaluació de necessitats en un 46%. Els països que van seguir un procés d'avaluació de necessitats ho van fer tant a nivell de l'individu com de la professió. En l'informe també es reconeix que els ocupadors tenen un paper en l'establiment de requisits, el que podria considerar-se com una avaluació de les necessitats dels professionals.

A Espanya, en l'estudi realitzat pel Ministerio de Sanidad y Consumo sobre la Situació i necessitats de formació dels professionals de la salut, s'especifica que "no és possible plantejar criteris de bona pràctica per a orientar i millorar les accions formatives sense el coneixement previ de la situació i necessitats existents" (2003, p. 29). També recomana que es considerin tots els implicats en l'anàlisi de necessitats de formació.

El Departament de Salut informa en l'Estudi sobre la Situació de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva a Catalunya (2007c) sobre la formació rebuda pels professionals en matèria de sexualitat i psicoafectivitat. Els resultats de l'estudi que es va realitzar al 2004 a 67 llevadores i ginecòlegs, indiquen que un de cada dos participants (49,3%) no havia rebut formació.

A la Unitat Docent de Llevadores de Catalunya de la Universitat de Barcelona, es va realitzar al 2010 (Viñas, Seguranyes i Gómez) un estudi descriptiu i transversal, per detectar les necessitats de formació de les Llevadores internes residents (Llir) per l'atenció a la salut sexual. Els resultats d'aquest treball mostren la baixa formació prèvia i específica en salut sexual i afectiva (7,9% n'havien realitzat), els diferents àmbits d'actuació, els temes d'interès per la formació, i les situacions de l'activitat assistencial en la que la Llir troba dificultats (42,9%) per abordar la salut sexual. En l'estudi es conclouïa la necessitat de desenvolupar competències específiques i el potenciar la formació continuada en aquests aspectes.

En base a aquets antecedents, les bases conceptuals presentades i l'interès del tema d'estudi, es considera necessari realitzar una revisió sobre l'evidència disponible fins al

moment, de les recerques realitzades en detecció i anàlisi de necessitats de formació relacionades amb l'exercici competencial de les llevadores en l'atenció a la salut sexual i reproductiva de la població.

2.3.4.2. Metodologia de la revisió de la literatura

La revisió de l'evidència disponible fins a l'actualitat s'ha realitzat en quatre moments, a l'inici de la recerca amb la presentació del projecte de tesi, al juliol de 2015, a l'abril i maig del 2016, i finalment entre l'octubre i novembre del 2017. En la revisió bibliogràfica s'han seguit les següents fases:

2.3.4.2.1. Paraules clau i descriptors

A continuació es presenten les paraules clau i els descriptors emprats (taula 10). Les llengües de cerca han estat el català, el castellà i l'anglès.

Taula 10. Paraules clau i descriptors.

CATALÀ	CASTELLÀ	ANGLÈS
Llevadores	Matronas	Midwives / Midwifery / Nurse Midwives
Necessitats formació (formatives)	Necesidades formación (formativas)	Training needs / Needs assessment / Educational needs
Salut sexual / Salut reproductiva	Salud sexual / Salud reproductiva	Sexual health / Reproductive health
Competències professionals	Competencias profesionales	Professional competences
Formació (educació) continuada (permanent)	Educación / formación permanente	Continuing education
Desenvolupament professional	Desarrollo profesional	Career development

Font: elaboració pròpia.

Les paraules clau s'han presentat segons els diversos descriptors emprats. Aquests han estat: Thesaurus (UB i UNESCO), DeCS i MeSH.

2.3.4.2.2. Bases de dades, estratègia de cerca i criteris de selecció

Es va iniciar la cerca per les bases de dades en ciències de la salut, ja que les llevadores són professionals d'aquest àmbit. Posteriorment es van consultar les relacionades amb les ciències de l'educació, socials i humanitats. Les bases de dades consultades van ser: MEDLINE-PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), CUIDEN PLUS, ENFISPO, Cochrane Plus, Scopus, Educational Resources Information Center (ERIC) i Web of Science (abans Web of knowledge).

També es va utilitzar el cercador CRAI de la Universitat de Barcelona i els motors de cerca Google Acadèmic.

En quan a l'estratègia de cerca es van utilitzar els operadors booleans AND i/o OR, a mode d'exemple es mostra una de les rutes que es va emprar:

Search (((("reproductive health") OR "sexual health")) AND (((("Nurse Midwives"[Mesh]) OR "Midwifery" [Mesh])) AND "Needs Assessment"[Mesh]))

El límits aplicats van ser:

- Anys: inicialment es va realitzar la cerca amb els descriptors adequats per cada base de dades i sense límits d'anys. Posteriorment en algunes BBDD es va aplicar el límit des de l'any 2005 fins 2017, i en d'altres des del 1985 fins l'actualitat.
- Llengües: català, castellà i anglès. Inicialment també es va incloure el francès, però al no haver trobat referències sobre el tema d'estudi no s'ha inclòs en la taula de paraules clau i descriptors.
- Resum i text disponible: inicialment es van aplicar els límits pels documents amb resum disponible per fer-ne una primera valoració.

Criteris de selecció de les referències:

- Criteris d'inclusió: registres que incloguessin llevadores i altres professionals relacionats amb les necessitats de formació i el desenvolupament continu i competencial en salut sexual i reproductiva.

- Criteris d'exclusió: registres amb resums en anglès però que el document original estigués en idiomes que no fossin anglès, castellà o català.

2.3.4.3. Síntesi dels resultats de la cerca de la literatura

Del conjunt de BBDD consultades i la cerca bibliogràfica realitzada es van trobar inicialment 1002 registres documentals (utilitzant un o més descriptors) d'entre els quals es van revisar els resums disponibles de 111. Finalment, després de valorar la qualitat dels estudis i segons els criteris de selecció i la seva pertinença, se'n van seleccionar 12, els quals es classifiquen en: 11 originals i 1 és una revisió sistemàtica. Dels 11 articles originals, en 5 es va utilitzar metodologia quantitativa, en 3 va ser qualitativa i en els 3 restants es va emprar metodologia mixta.

Els grups d'estudi són llevadores assistencials, i com s'ha comentat anteriorment també es van incloure articles amb mostres d'infermeres, metges i altres per la seva relació amb l'atenció a la salut sexual, a més de recerques realitzades amb estudiants de llevadora i/o infermeria pel seu interès en l'àmbit de la formació.

Els aspectes tractats més rellevants i d'interès pel tema d'estudi sobre necessitats formatives, es poden agrupar en: les necessitats de desenvolupament professional continu, la determinació del perfil ocupacional de les llevadores, la identificació i l'avaluació de les competències necessàries per l'acompliment professional, les necessitats d'accés als recursos formatius, els reptes professionals en la diversitat en la població atesa, les situacions específiques en salut sexual i reproductiva, la formació interprofessional, l'avaluació de la formació realitzada, la metodologia pedagògica i estratègies formatives en la pràctica clínica.

En la taula 11 es mostra la síntesi dels estudis classificats cronològicament. Hi consten els autors, país, objectius, metodologia i disseny, mostra, mètode, resultats i conclusions.

Taula 11. Síntesi dels resultats de la cerca de la literatura.

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
Hicks, C. i Thomas, G. 2005 Regne Unit	<p>- Establir les necessitats de desenvolupament professional continuat (DPC) dels professionals comunitaris d'atenció a la salut sexual, per oferir DPC apropiat i personalitzat i un conseqüent millorament en els serveis de cures de la salut sexual.</p> <p>-Avaluar la viabilitat d'aquesta metodologia.</p>	Quantitativa Descriptiu	54 metges i infermeres, dels quals 44 especialistes en salut sexual, que treballen dins un gran consorci públic d'atenció primària.	<p>Qüestionari postal, psicometricament validat i fiable.</p> <p>- 34 ítems sobre rol professional: recerca/auditoria; tasques clíniques; empresa/administració; direcció/supervisió; comunicació i treball en equip. Es valoren dos criteris: quan d'important és la tasca en l'acompliment exitós de la feina (perfil ocupacional d'una persona o grup), i quan de bé s'està duent actualment aquella tasca (indicador dels nivells actuals d'habilitat). La comparació de les dues puntuacions subministra una mesura del dèficit d'habilitat i, en aquelles tasques que es consideren clau, però que no s'efectuen bé, dona l'àrea a desenvolupar.</p> <p>- 14 ítems afegits per l'àrea específica d'especialistes en salut sexual: comprensió de com actuen i l'aplicació dels dispositius contraceptius tradicionals i recentment introduïts; pràctiques clíniques avançades en salut sexual; legislació i marcs d'actuació; desenvolupament professional; comunicació/presa d'història clínica.</p>	<p>11 conceptes mostraven necessitats de formació ($p<0.001$). Són: habilitats, clíniques, directrius legals i temes de desenvolupament professional i personals. També les habilitats interpersonals i de comunicació, recerca i coneixement apropiat dels contraceptius ($p<0.01$). Necessitats de formació menys urgents ($p<0.05$) recerca, habilitats interpersonals i pràctica clínica avançada. L'anàlisi específic d'infermeres mostrava que les tasques en que consideraven necessària més formació eren qualificades com importants per a la feina (5.16 punts sobre 7).</p>	<p>Infermeres i metges necessiten entrenament i formació continuada. Àrees més prioritzades: habilitats clíniques, directrius legals i problemes professionals personals i de desenvolupament</p> <p>Seguides de: habilitats interpersonals i de comunicació, recerca i coneixement anticoneptiu apropiat.</p> <p>La prioritització hauria de permetre als planificadors cap on dirigir els esforços i el pressupost de la formació.</p>

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
Hennessy, D. et al. 2006a Indonèsia	<ul style="list-style-type: none"> -Definir el paper de la infermera i la llevadora en categories per elaborar el marc de referència per desenvolupar els perfils dels llocs de treball. -Valorar els nivells de rendiment actuals d'aquestes categories professionals per establir paràmetres de competència clínica i el ventall de nivells d'habilitats. -Identificar les principals necessitats de formació per desenvolupar programes de formació professional continuat. 	Quantitativa Descriptiu	524 infermeres i 332 llevadores de cinc províncies d'Indonèsia. Cobrien tots els graus professionals. Representaven tant la pràctica comunitària com la hospitalària.	Qüestionari autoadministrat. Psicomètricament validat i fiable per l'ús amb professionals de la salut, dissenyat per l'autora. Es va adaptar a la realitat d'Indonèsia. Consta de 30 ítems que fan referència a tasques dels professionals, i agrupats en cinc categories superiors: recerca/auditoria, comunicació i treball en equip, administrativa/tècnica, direcció/supervisió, i clínica.	Es van identificar sis factors: flexibilitat i aplicació dels coneixements, pràctica reflexiva, presa de decisions, procediments tècnics i administratius, relacions interpersonals i investigacions i gestió de casos.	Les troballes indiquen que l'instrument, amb modificacions, roman vàlid, fiable, i per tant adequat pel seu ús tant en infermeres com en llevadores en aquest estudi.

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
Hennessy, D. et al. 2006b Indonèsia	<p>-Establir el perfil ocupacional de les llevadores que treballen en varietat de contextos, i el desenvolupament curricular bàsic.</p> <p>-Identificar i prioritzar els requeriments en formació de les llevadores.</p> <p>-Establir la pertinència de la descripció formal de la feina a les percepcions del paper de les llevadores/perfil ocupacional.</p> <p>-Establir si les revisions de l'activitat formal canviaven els estàndards auto percebuts d'activitat i les necessitats de formació informades.</p>	Quantitativa Descriptiu	<p>332 llevadores a hospitals i 52.4% a l'atenció primària.</p> <p>52 llevadores formades per accés directe i 228 llevadores per especialitat d'infermeria.</p> <p>Àmbit: 3 províncies d'àrees desenvolupades i subdesenvolupades, metropolitanes i rurals i amb poblacions denses i escassament poblades.</p>	<p>Qüestionari.</p> <p>40 ítems sobre activitats centrals del perfil de la llevadora. Cada ítem havia de ser qualificat dues vegades.</p> <p>La primera qualificació proporcionava una avaluació sobre quan important era la tasca per l'activitat exitosa de la responent i proporcionava un perfil ocupacional. La segona qualificació proporcionava una autoavaluació sobre com de bé es realitzava la tasca en aquell moment. La comparació entre les dues qualificacions demostrava el grau de formació que es necessitava per a cada tasca, en la que una alta imptència de la tasca amb una baixa qualificació de l'activitat indicava una necessitat de formació.</p> <p>Les llevadores autocomplimentaven el qüestionari sota la supervisió de supervisors entrenats en el qüestionari per a resoldre dubtes i aclarir les instruccions.</p>	<p>- La percepció del paper de les llevadores difereix segons l'àrea.</p> <p>- Superposició en el 90% dels rols ocupacionals entre llevadores d'hospital o comunitàries.</p> <p>- Necessitats de formació: similars entre hospital i primària, i nivell de formació pregrau. Diferències segons províncies.</p> <p>- No hi ha diferències significatives entre percepció de necessitats de formació entre les llevadores que passen la revisió anual d'acompliment per part del govern d'aquelles que no la passen.</p>	<p>Necessitat d'un abordatge sistemàtic a l'educació pre i post bàsica de les llevadores. L'estudi ha permès desenvolupar un sistema anomenat "Clinical performance Development and Management System for Nurses and Midwives in Hospitals and Community" que s'està aplicant a 32 districtes de nou províncies d'Indonèsia.</p>

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
Callaghan, L. et al. 2008 Regne Unit	Entendre les necessitats d'accés als recursos dels estudiants en les pràctiques fora de la Universitat, a fi de fer una guia que satisfaci les seves necessitats.	Qualitativa	14 Grups focals d'estudiants: 2 de llevadores 6 de treball social 6 de postgraduats: infermeres d'adults i personal d'ambulàncies	Les converses es van gravar i transcriure literalment, es van codificar i analitzar segons l'anàlisi temàtica de contingut.	-Desigualtat: Sobretot respecte els recursos i serveis que ofereix el Campus i els que ofereixen els llocs on fan les pràctiques, cooperació del <i>staff</i> d'on estan. -Necessitats educatives de l'usuari: En quin moment de la formació teòrica se'ls ensenya a navegar i trobar recursos electrònics. -Solucions i estratègies dels estudiants: comprar o llogar llibres en no poder agafar-los de la biblioteca.	És essencial parlar amb els estudiants per entendre les seves necessitats en quan a la utilització de recursos de la biblioteca. El calendari i el contingut de la formació en habilitats d'informació es clau per satisfer les necessitats de l'estudiant mentre està en pràctiques.
Ariff, S. et al. 2010 Pakistan	Avaluar les necessitats de formació dels proveïdors de serveis de salut del sector públic i identificar les llacunes en coneixements, habilitats i actituds del personal del <i>National Commitee on Maternal and Neonatal Health de Pakistà</i>	Quantitativa Descriptiu	95 metges, 172 "Lady Health Visitors" (LHV): llevadores, i infermeres, i 98 "Lady Health Workers" (LHW). Àmbit: 10 districtes diferents.	Per a coneixements: Qüestionari preguntes tancades i semi estructurades. Per a habilitats: Actuació fent una resuscitació del nadó mitjançant un checklist estandaritzat i una demostració dels passos de la resuscitació fets en un maniquí (LDH i LDW només havien de saber fer una respiració boca a boca). Els punts obtinguts es divideixen per la marca exigible i surt un % que pot anar del 0 al 100%. Es considera mínim acceptable el 50%	98% participació. Coneixements: 36.2% metges no van arribar al 50% de puntuació. Els coneixements mitjans en la part maternal va ser 45.9% i neonatal 52.7%. L'actuació mèdica per reconèixer i tractar la sèpsia neonatal va ser significativament pitjor que la de les LHV i LHW. LHV tenien millor puntuació que els metges en la preparació per atendre part i la reanimació del nadó (70.5	Cal millorar els coneixements i habilitats fent imperativa la formació continuada i potser revisar la formació inicial. S'ha de formar en habilitats d'assessorament.

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
Gibbs, M. i Colclough, C. 2010 Regne Unit	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliar el coneixement, la consciència de les estudiants de llevadora i infermeria sobre la salut sexual de les persones amb discapacitats d'aprenentatge. - Compartir les experiències d'aprenentatge i avaluar l'educació interprofessional en l'atenció a la salut sexual. 	Quantitativa Qualitativa	22 estudiants: 12 de llevadora i 10 d'infermeria de la <i>Keele University School of Nursing and Midwifery</i>	<ul style="list-style-type: none"> -<i>Workshop</i> amb anàlisi de casos clínics en que se'ls hi van plantejar situacions en que podien treballar conjuntament (sexualitat, contracepció, embaràs, educació paternitat). -Qüestionari estructurat per l'avaluació de l'activitat. 	<p>vs 54.3%). Tots els estaments tenien pocs coneixements sobre el maneig actiu del tercer període del part.</p> <p>Habilitats: cura immediata del nadó i la reanimació neonatal. Participació 33%, (50% LHV, 32% metges) només 50% arribaven a la meitat de les habilitats exigides.</p> <p>Els metges van ser més competents que les LHW en les cures neonatals i les LHW més competents en les cures maternals (63.8 vs 62%).</p>	
					<p>Comprensió dels rols d'ambdues professions. Es va crear un fonament per la col·laboració professional en el futur, assessorament i treball en xarxa.</p> <p>Aquestes habilitats i coneixements beneficiarien els seus "clients".</p>	<p>L'educació interprofessional pot beneficiar als estudiants, professors i clients per igual.</p> <p>Es pretén desenvolupar el taller en benefici d'altres estudiants i la cura dels "clients".</p>

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
Houwink E et al. 2011 Holanda	-Explorar la percepció, el significat i la importància que metges de família, llevadores, grups de defensa del pacient i altres, donen a la genètica en l'assistència primària. -Detectar necessitats d'educació en genètica per a desenvolupar formació eficaç i per una integració eficaç de la genètica en assistència primària.	Qualitativa	44 participants. Mostreig intencionat. Metges de família, llevadores i professionals de la genètica, educadors en assistència primària i representants de grups de defensa del pacient. Participació voluntària i remunerada.	Grups focals: 2 de metges de família, 2 de llevadores i 3 grups multidisciplinaris formats per aquests professionals i representants. Anàlisi de contingut. Classificació de categories en temes i subtemes.	Van sorgir quatre temes diferents: necessitat de coneixements en genètica, presa d'antecedents familiars, dilemes ètics i efectes psicosocials relacionats amb la genètica, i visió de l'organització i paper dels serveis de genètica clínica.	Contribuirà a desenvolupar estratègies de formació per a millorar les competències en genètica dels professionals. Calen més programes de formació de postgrau i màster per a metges de família i llevadores.
Lafuente, MJ. et al. 2011 Espanya	Detectar les necessitats de les llevadores en l'exercici professional i les propostes de millora.	Quantitativa Descriptiu	93 llevadores de la comunitat valenciana (44% atenció primària (LAP), 27% atenció especialitzada (LAE), 29% ambdues.	2 enquestes (1 LAP i 1 LAE) sobre necessitats en les etapes prenatal, perinatal i postnatal immediata. Anàlisi estadístic descriptiu.	20% participació. LAP. 75% realitzen consulta prèvia embaràs. 84% és adequat el nombre i tasques de control embaràs. Milliores: més temps, millors consultes i menys burocràcia, ed. maternal. Formació en ecografia. Més col·laboració altres professionals. Més recursos audiovisuals,	LAP. Es recomana: visita prèvia embaràs, ed. sanitària en símptomes urgència LAE. Implicació en el seguiment postpart. LAP i LAE. Millorar col·laboració interprofessional. Definir

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
McKenna, L. et al. 2011 Austràlia	Estudiar la percepció que tenen els líders educatius sobre si la simulació es un substitut de l'experiència clínica a la vida real en llevadora.	Qualitativa	46 caps de totes les escoles del país que dirigeixen cursos acreditats per la preparació pràctica de llevadores, tant de pregrau com de postgrau.	11 Grups focals Anàlisi temàtica. Codificació oberta i axial per desenvolupar les categories.	informàtics,... 23% assumirien més competències. LAE: 94,3% desig de contacte previ gestant abans del part. 84,6% desig de contacte en el postpart. Millores: més temps, tasques i formació continuada. 63% assumirien més competències.	competències. Formació conjunta. Millorar pressió assistencial. Millorar espais. Formació continuada gratuïta i millorar coordinació equips.
Frazer K et al. 2014 Irlanda	Identificar les experiències del primer any de grau d'infermeres i llevadores durant les pràctiques clíniques. Identificar les prioritats de les estudiants pel	Quantitativa Qualitativa	223 estudiants de 1r any (203 d'infermeria i 20 de llevadora) de <i>School of Nursing Midwifery and HealthSystems, Health Sciences Centre.</i>	2 grups retro alimentats estructurats que van avaluar els components clínics i acadèmics del programa de grau. 3 etapes: 1. En solitari identificar "coses sobre els components clínics del curs que m'agradaria veure aturat, iniciat i continuat.	Dos temes van sobresortir: -Facilitar l'aprenentatge clínic 94% (problemes de contacte amb el tutor) -Experiències i necessitats d'aprenentatge 88% (pràctiques reflexives, ensenyament estructurat i	Importància del contacte regular amb els tutors i coordinadors. Durant el primer any la freqüència i qualitat dels contactes amb els tutors.

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
	desenvolupament curricular. Examinar els facilitadors i les barreres dins l'actual sistema, experimentats durant el primer any.			2. En grups de 4-6: discussió de les seves respostes, i anotar les que la majoria coincideixen i prioritzar-les. 3. Discussió plenària dels resultats de les priorititzacions i votació com recolzaven cada tema o problema. Classificacions dels temes i es van apuntar els que reunien més del 50% de recolzament. Anàlisi descriptiu i Anàlisi temàtica.	formació teòrica sobre habilitats clíniques).	Major col·laboració entre la universitat i els educadors de pràctiques.
Walker, S. i Davis, G. 2014 Regne Unit	Avaluar el grau de confiança i el d'implicació que senten les estudiants d'últim curs de llevadora respecte a donar assessorament sobre contracepció i salut sexual, i quins són els factors que influeixen en la confiança que puguin tenir. Avaluar la competència en donar assessorament en contracepció i salut sexual mitjançant una examen basat en escenaris pràctics.	Quantitativa Correlacional Qualitativa	104 estudiants d'últim any de llevadora, repartits en tres cohorts.	Quantitatiu: qüestionari n=86 Casos n=80. Puntuació màxima era 29. Anàlisi descriptiu Qualitatiu: grups focals n=20 Anàlisi temàtica.	67% havien donat assessorament contraceptiu més de 10 vegades, 79% sols assessorament general, no específic. 59% pensaven que el seu assessorament podia contenir errors. 70% mostraven molta confiança assessorant en condó masculí, 10% en amenorrea de la lactància i 13% en píndola de progesterona. 50% no gaire o gens de confiança en condó femení, diafragmes i caputxons. En els casos, la puntuació mediana va ser de 10 (rang 1 i 16) mitjana de 9.34.	Manca de confiança per assessorar sobre molts dels mètodes contraceptius i tan sols donen assessorament general o remetent la dona a una altra persona. Falta d'oportunitats d'observar als seus mentors i manca de fonts de referència per consultar. Els estudiants opinen que tenen una manca de formació teòrica o dificultat per aplicar els coneixements teòrics a la pràctica.

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
Leye, E. 2016 Diferents contextos	Examinar les experiències i necessitats de les llevadores en l'atenció a dones amb Mutilació Genital Femenina (MGF) en països amb ingressos baixos, mitjans i alts amb l'ànim de donar evidències pels educadors i polítics.	Revisió sistemàtica	14 articles	Revisió de la literatura per parelles, de sobre investigació primària. Es va desenvolupar una pregunta PICOS (<i>Population, Interventions, Comparisons, Outcomes, Study Design</i>) per guiar el procés de revisió i es van fer servir les guies PRISMA (<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>) per informar el procés de revisió. Revisió de 7 bases de dades i de llistes de referències dels articles rellevants. Es van identificar 14 articles per fer l'avaluació de qualitat fent servir l'eina CASP per investigació qualitativa i l'eina per estudis quantitativa de la <i>McMaster University</i> .	Quan es va comparar en 47 estudiants la confiança expressada amb els coneixements en l'examen de casos no es va trobar que hi hagués correlació. Tots els estudiants es van mostrar d'acord o fortament d'acord en que la contracepció i la salut sexual haurien d'estar incloses en el currículum de la llevadora.	
					Es van incloure 10 articles. Temes principals: influència dels coneixements, percepcions i actituds de les llevadores; pràctiques clíniques de les llevadores; i experiències i necessitats d'aprenentatge de les llevadores. Manca de coneixements tècnics, competències culturals limitades i reptes socioculturals per l'abandonament d'aquestes pràctiques. Llevadores demanen educació i aprenentatge professional, i	Hi ha un buit important en coneixements quan les llevadores s'enfronten a la MGF. Cal més formació i polítiques per millorar les competències de les llevadores.

Autors. Any País	Objectius	Metodologia Disseny	Mostra	Mètode	Resultats	Conclusions
				Anàlisi temàtica codificant les dades de les seccions de treballs dels articles.	<p>un disposar de guies, i polítiques responsables i educació comunitària.</p> <p>Escassetat de recerca sobre la pràctica i les necessitats de les llevadores, en particular en països amb rendes baixes i mitges. Pocs estudis d'intervenció que aportin evidència per prevenir la MGF. No es va trobar recerca enfocada a la MGF en situacions de crisi humanitàries.</p>	

Font: elaboració pròpia.

Per a una major comprensió de la revisió de la literatura sobre les necessitats formatives, es comenten els resultats agrupats en dos grans apartats (a criteri de la investigadora): competències i perfil professional, i recursos i estratègies formatives.

2.3.4.3.1. Competències i perfil professional

Dels estudis revisats destaca el treball de Hicks i Thomas (2005) sobre avaluació de les necessitats educatives del col·lectiu de professionals que atenen la salut sexual. Aquest estudi, realitzat al Regne Unit, va ser impulsat pel Govern Britànic com a resposta a l'àmplia variació en la qualitat i naturalesa dels serveis de salut sexual, i va donar lloc a una sèrie de directrius professionals i dirigides pel Govern per millorar la prestació de serveis. Es distingeix com a objectiu clau assolir una formació adequada i actualització dels professionals, per tal de mantenir un nivell de competències apropiades que millori l'atenció de salut sexual i conseqüentment, permeti disminuir el cost humà físic i mental, com els recursos econòmics de la sanitat pública. En aquest estudi els autors van concloure que els professionals necessiten formació continuada de manera prioritària en les següents àrees: habilitats clíniques, directrius legals i problemes professionals personals i de desenvolupament; seguides d'habilitats interpersonals i de comunicació, recerca i coneixement anticonceptiu apropiat.

Hennessy, et al. (2006a) van adaptar l'instrument, utilitzat en altres estudis, per detectar les necessitats de formació de les llevadores i infermeres d'Indonèsia. El resultat va ser disposar d'un qüestionari, que després de ser modificat mantenia la seva validesa i fiabilitat.

En un segon estudi Hennessy, et al. (2006b) van utilitzar l'instrument anteriorment referit per detectar les necessitats formatives en competències de les llevadores d'Indonèsia. Hi van participar 332 llevadores tant de l'àmbit hospitalari com d'atenció primària, i els resultats mostraven que no hi havia diferències significatives en les necessitats formatives entre ambdós grups, encara que sí les van trobar segons les diverses províncies del país. Destaca, també, el que no hi haguessin diferències en la percepció en necessitats de formació entre les llevadores que superen la prova

d'acompliment governamental anual i les que no la superen. Les conclusions van ser la necessitat d'un abordatge sistemàtic de l'educació pre i post bàsica de les llevadores, i l'aplicació d'un programa de desenvolupament per les professionals.

L'estudi realitzat per Ariff, et al. (2010) analitzava les necessitats de formació de les llevadores i altres professionals en relació amb els buits competencials en determinats procediments de l'atenció al part, en concret sobre coneixements i habilitats. Van trobar que les llevadores tenien millor puntuació en coneixements que altres professionals de l'equip, concretament en l'atenció al part i la ressuscitació del nadó, encara que igual que altres professionals tenien pocs coneixements sobre el maneig de la tercera fase del part. En l'estudi van concloure que s'ha de formar en habilitats d'assessorament, i que cal millorar els coneixements i habilitats fent imperativa la formació continuada i potser també revisar la formació inicial.

En l'estudi realitzat sobre el coneixement i el grau de confiança de les estudiants de llevadora al donar consell en contracepció i salut sexual, Walker i Davis (2014) van mostrar que, un cop finalitzada la formació de l'especialitat, les estudiants de llevadora tenen dificultats per aplicar els coneixements teòrics a la pràctica. Les estudiants van manifestar que la contracepció i la salut sexual haurien d'estar incloses en el currículum de la llevadora, i augmentar la formació específica sobre el tema. Les autores van concloure que cal més educació orientada a la pràctica en aquesta àrea. També van afirmar que el paper dels tutors és molt important per ajudar a les estudiants a tenir la seguretat en donar consells en aquest àmbit.

Amb relació als rols i el treball interprofessional, l'estudi de Gibbs i Colclough (2010) comentat també en l'apartat sobre recursos i estratègies formatives (2.3.3.3.2) va permetre evidenciar la comprensió dels rols de les professions de llevadora i infermeria, i crear un fonament per la col·laboració professional en el futur, i l'assessorament i treball en xarxa.

Houwink, et al. (2011), en l'estudi de necessitats formatives de les llevadores i altres professionals en relació amb la percepció, el significat i la importància que donen a la genètica en l'assistència primària, van trobar: necessitat de coneixements en genètica, presa d'antecedents familiars, dilemes ètics i efectes psico-socials relacionats amb la genètica, i visió de l'organització i paper dels serveis de genètica clínica. Van concloure que calen més programes de formació postgraduada i desenvolupar estratègies de formació per a millorar les competències en genètica dels professionals.

En la revisió sistemàtica realitzada per Leye (2016) sobre les experiències i necessitats de formació de les llevadores en relació amb el tema de la mutilació genital femenina (MGF) l'autora va identificar: manca de coneixement tècnic, competències culturals limitades i reptes socioculturals per l'abandonament d'aquestes pràctiques; les llevadores demanaven educació i aprenentatge professional, i un ambient de treball recolzat amb guies, polítiques responsables i educació comunitària; escassetat de recerca sobre la pràctica i les necessitats de les llevadores, en particular en països amb rendes baixes i mitges i pocs estudis d'intervenció que aportin reflexions sobre estratègies de suport a les llevadores per prevenir la MGF. Com a conclusió es destaca el buit important en coneixements quan les llevadores s'enfronten a la MGF, i cal més formació i polítiques per millorar les competències de les llevadores.

En el context espanyol Lafuente, et al. (2011) van estudiar les necessitats de les llevadores d'atenció primària i especialitzada. Encara que l'objectiu no es centrava específicament en les necessitats formatives, i sí en aspectes de gestió de serveis de salut, és interessant destacar que de les necessitats identificades, les llevadores van manifestar que algunes d'elles es podien optimitzar mitjançant formació. Les demandes de formació per millorar l'exercici competencial van ser: per les llevadores d'atenció primària, formació en realització d'ecografies i, com que són poques les professionals que realitzen la tasca d'informar a les gestants sobre "síntomes d'urgència" caldria reforçar aquesta activitat. En les llevadores d'atenció especialitzada es van detectar necessitats competencials en els procediments postpart, com suport ja durant l'embaràs, seguiment a la puèrpera, cures del nadó i suport en l'alletament. Ambdós

grups coincidien en la necessitat de treballar en equip i col·laborar amb altres professionals implicats en la cura de la dona i el nadó, i entre altres, proposaven realitzar cursos d'actualització conjunts.

2.3.4.3.2. Recursos i estratègies formatives

En l'àmbit de la formació clínica i en quan a l'accés als recursos de formació, Callaghan, et al. (2008) van trobar les dificultats que tenen els estudiants, i van concloure que és essencial comunicar-se amb ells per entendre les seves necessitats en quan a la utilització de recursos documentals, com també planificar i realitzar formació per capacitar-los en les habilitats de cerca.

També en l'àmbit de la formació clínica Frazer, et al. (2014) van estudiar les experiències durant les pràctiques clíniques i les prioritats pel desenvolupament curricular de les estudiants de primer curs de llicenciatura d'infermeres i llevadores, així com els facilitadors i les barreres dins l'actual sistema. Els resultats van mostrar que calia facilitar l'aprenentatge clínic especialment per problemes de contacte amb el tutor, i també experiències i necessitats d'aprenentatge en: pràctiques reflexives, ensenyament estructurat i formació teòrica sobre habilitats clíniques. Les solucions identificades pels estudiants van indicar una major col·laboració entre la universitat i els educadors de pràctiques i millorar el contacte amb els tutors i coordinadors.

Com a estratègia formativa Gibbs i Colclough (2010) van estudiar les experiències d'aprenentatge compartit en l'educació interprofessional d'estudiants de llevadora i infermeria, i també, es proposaven ampliar el coneixement, la comprensió i la consciència de les estudiants, sobre l'atenció en salut sexual i contracepció de les persones amb discapacitats d'aprenentatge. Les habilitats treballades en grup van evidenciar la millora de les competències en situació d'aprenentatge compartit i que l'educació interprofessional pot beneficiar als estudiants, professors i clients per igual.

McKenna, et al. (2011) van estudiar la percepció que tenen els formadors de llevadores sobre si la simulació es un substitut de l'experiència clínica a la vida real en llevadoria.

L'estratègia formativa va resultar ser una pràctica habitualment usada en la formació, tot i que els maniquins limiten el nivell de realisme, i hi ha aspectes que no poden ser simulats, com la intimitat, proximitat, acompanyament, experiències extrínseques, sensorials i culturals de la pràctica. Van concloure que l'estratègia és útil per la formació d'habilitats tècniques, però hi ha elements de la pràctica de la llevadoria que potser són impossibles de simular, com la part holística d'interacció amb les dones.

En síntesi, en la revisió realitzada sobre l'evidència disponible, tot i el baix nombre d'investigacions sobre el tema, s'ha trobat un predomini d'estudis realitzats amb llevadores en formació i en estratègies pedagògiques. Pel que fa als realitzats amb llevadores i professionals especialistes que atenen la salut sexual i reproductiva de la població, destaquen les metodologies quantitatives o bé les qualitatives en temes molt específics. També destaca que l'única recerca disponible realitzada a l'estat espanyol, es centra en la detecció de necessitats de les llevadores orientada a la gestió de serveis, més que en les necessitats de formació.

2.4. A mode de resum sobre el marc conceptual

El marc conceptual que s'ha presentat permet obtenir una visió contextual de la pràctica de les llevadores en l'atenció a la salut sexual de la dona, com també concretar les diverses perspectives de detecció i anàlisi de necessitats de formació.

La formació continuada adreçada a les llevadores que presten serveis en l'atenció a la salut sexual i reproductiva ha estat i és desenvolupada des d'una perspectiva institucional. El disseny dels diversos models formatius, orientats a la millora de l'atenció a la salut de la població, es basa en la necessitat de les organitzacions per actualitzar coneixements i habilitats dels professionals i, en algunes ocasions, es té en compte l'opinió dels assistents en l'avaluació final per a millorar la posterior oferta formativa. Des d'aquesta perspectiva es planteja el procés de reflexió sobre si és vàlid i suficient aquest model per respondre a les necessitats formatives de les llevadores assistencials.

Per tant, es pot concloure, que existeix un buit de coneixement en l'estudi de les necessitats formatives de les llevadores que contempli el seu punt de vista, des de la pràctica reflexiva, i a partir del quals es puguin establir les línies per a la planificació de la formació.

PART II. METODOLOGIA

Capítol 3. Enfocament epistemològic i metodològic

En el present capítol s'explica la naturalesa de la investigació, la fonamentació epistemològica i la justificació de l'enfocament metodològic. A continuació es detalla el mètode elegit, i les estratègies que més s'adeqüen per a la recollida de dades i la seva anàlisi, i així consegüentment respondre a la pregunta i als objectius formulats. Aquestes perspectives guiaran posteriorment el disseny de la recerca.

3.1. Investigació qualitativa: perspectiva epistemològica i metodològica

La recerca que es presenta s'emmarca en la investigació social i educativa. Es pretén també aportar coneixement sobre l'objecte d'estudi amb l'entrecreuament interdisciplinari en la cura de la salut, i amb la sensibilitat cap al respecte dels drets sexuals i reproductius com a valors ètics i universals de les persones.

En la tesi es considera el supòsit general que les noves demandes de la població en l'atenció a la salut sexual incideixen en la pràctica professional de les llevadores, fet que implica al seu desenvolupament competencial i a les seves necessitats de formació.

Aquest punt de partida requereix d'un posicionament per part de la investigadora sobre quin paradigma i quina metodologia adoptar en la recerca. Identificar el paradigma al qual ens adscriuim ens és d'utilitat per establir un marc de referència dels principis, postulats i valors que guiaran la investigació (Arnal, Del Rincón i Latorre, 1992). Considerar també el caràcter polisèmic del terme paradigma i que des del punt de vista kuhnià ha reafirmat el pluralisme teòric-metodològic (Valles, 2007), ja que admet pluralitat de significats i diferents utilitzacions, i constitueix un esquema teòric, o una manera de percebre i comprendre el món, que un grup de científics ha adoptat (Arnal, et al., 1992).

Podem també apropar-nos al concepte de paradigma seguint a Guba (1990) que el defineix com "un conjunt bàsic de creences que guien l'acció [...] i que determinen el que és la investigació i com s'ha de practicar" (p. 18). Hi ha molts paradigmes que podem

fer servir per guiar les nostres accions, així mateix tots ells es caracteritzen per la forma en que els seus proponents responen a aquestes preguntes bàsiques: quina és la naturalesa de la realitat?, quina és la naturalesa de la relació entre el coneixedor (investigador) i el coneixement (cognoscible)?

Aquestes qüestions, de caràcter ontològic, epistemològic i metodològic respectivament, ens orienten a plantejar-nos si la realitat a estudiar és de naturalesa objectiva, externa a les persones i pot ser estudiada objectivament des de fora tal i com postula el paradigma positivista; o bé es tracta d'una construcció social, concebuda per les persones, que depèn del significat que li donem, i inclús de l'elaboració de la significació, que emergeix a partir del consens aconseguit des del procés d'interacció social (Bisquerra, 2016) tal i com sostenen el paradigma interpretatiu i el crític.

- Quina és la naturalesa de la realitat? L'objecte d'estudi (necessitats de formació) és una realitat múltiple, polièdrica i complexa (vegi's apartat 2.3. Detecció i anàlisi de necessitats de formació de les llevadores); construïda socialment (vegi's apartat 2.3.3. La veu de les professionals com a font de coneixement i vehicle de síntesi) i organitzada a partir d'un projecte compartit (revisar i millorar la formació de la professió de llevadora).
- Quina és la naturalesa de la relació entre el coneixedor (investigador) i el coneixement (cognoscible)? Participació de professionals. La investigadora i les persones participants s'interrelacionen en base a un projecte compartit.

A nivell paradigmàtic Guba i Lincoln (2012) afirmen que no és possible l'adaptació entre els paradigmes positivistes i els naturalistes de manera que permetin la pràctica simultània d'ambdós, ja que aquests són contradictoris i mútuament excloents si es vol escollir entre els seus respectius axiomes. Aspectes com l'èmfasi en la complexitat, processos interpretatius subjectius, la textualitat o la incertesa, entre d'altres, són propis de la investigació qualitativa i permeten una entesa profunda del funcionament i els problemes de la societat (Denzin, 2008).

En canvi sí és possible que els elements de la teoria crítica interpretativista, la investigació constructivista i participativa encaixin fàcilment. Més enllà de la discussió entre paradigmes, els autors observen actualment un desdibuixament dels mateixos i proposen indagar on aquests conflueixen o divergeixen, de tal manera que es pugui establir un diàleg entre ells (Guba i Lincoln, 2012). Així mateix destacar que els components ontològic, epistemològic i metodològic de cada paradigma estan interrelacionats, de manera que els principis amb els que els investigadors ens identifiquem guiaran i afectaran a tot el procés de la recerca. Tanmateix, els supòsits d'aquests components poden dialogar, pel que es proposa l'ús del terme perspectives (paradigmes de rang inferior) per a referir-se a sistemes no tan tancats i més fàcilment utilitzables pels investigadors, qualsevol que sigui el seu paradigma d'adherència (Valles, 2007). Considerar també que la investigació educativa té un caràcter pluriparadigmàtic i plurimetodològic, donada la complexitat i peculiaritat de la realitat i dels fenòmens educatius objecte d'estudi (Arnal, et al., 1992).

Per explicar i comprendre la naturalesa del problema plantejat en la present recerca, és idoni tenir una visió i perspectiva holística de la realitat, i així poder captar la seva complexitat. Seguint a Morin (2001) la realitat, el pensament i el coneixement són complexes, pel que es fa necessari desenvolupar la capacitat d'interconnectar diferents dimensions de la realitat. Segons l'autor cal una reforma paradigmàtica per assolir un coneixement dels problemes del món, i perquè aquest coneixement sigui pertinent és necessari fer evidents aquests aspectes: el context (informació i dades situades), el global (les relacions entre el tot i les parts), el multidimensional (ser humà o societat com a unitats complexes) i el complex (unió entre la unitat i la multiplicitat).

Des del marc de la formació permanent de professionals es considera aquesta visió de complexitat, en tant que en la seva organització i estructura hi intervenen la persona, el sistema, els centres i el context, de tal manera que les respostes que es donin no poden ser simples i úniques (Imbernón i Giné, 2008).

En el procés reflexiu de construcció del supòsit general de la tesi, esmentat anteriorment, es tenia present de manera continuada la pregunta d'investigació: com es configuren les necessitats formatives de les llevadores en la seva pràctica d'atenció a la salut sexual? En aquesta qüestió està implícit l'interès per entendre una àrea de la que se sap poc, de manera que no es pot formular cap hipòtesi (Lacey, 2008) sobre conèixer com el grup de persones experimenten el procés, i per comprendre el fenomen en detall i de manera profunda (De la Cuesta-Benjumea, 2008). Les respostes a aquesta qüestió inicial es concreten en els propòsits d'esbrinar, comprendre i interpretar el fenomen objecte d'estudi, com també en el procés de construcció de l'universal concret (Ruiz-Olabuénaga, 2012) i així comprendre el significat en un context de descobriment i exploració. Aquestes premisses justifiquen situar la recerca en el marc de la investigació qualitativa.

Per a Denzin i Lincoln (2012a) la investigació qualitativa es defineix de manera genèrica com "...una activitat situada, que ubica a l'observador en el món. Consisteix en una sèrie de pràctiques materials i interpretatives que fan visible el món i el transformen, el converteixen en una sèrie de representacions" (p. 48) que inclouen diverses estratègies, materials o mètodes de recollida i anàlisi de dades. Els autors afirmen que:

En aquest nivell, la investigació qualitativa implica un enfocament interpretatiu i naturalista del món, la qual cosa significa que els investigadors qualitatius estudien les coses en els seus escenaris naturals, tractant d'entendre o interpretar els fenòmens en funció dels significats que les persones els donen (p. 48-49).

Investigar per a descobrir els significats i interpretacions que els seus propis protagonistes atribueixen als fenòmens socials i educatius implica seguir un enfocament interpretatiu, constructivista de la realitat social (Del Rincón, Arnal, Latorre i Sans, 1995; Sabariego, 2016). Des d'aquestes perspectives es cerca la comprensió detallada dels motius i creences que estan darrere de les accions de les persones (Taylor i Bogdan, 2000). S'entén que la realitat social es construeix de manera holística, a partir dels significats que els subjectes li atribueixen i que per tant és relativa (Del Rincón, et al., 1995). Per a Gergen i Gergen (2011) el construccionisme es decanta pel pluralisme de veus, mètodes i valors. Postulen que investigar des d'aquesta perspectiva permet

ampliar la comprensió de les diferents realitats socials i ajuda a que es produeixin canvis en el si de les comunitats que les formen.

La complexitat i singularitat dels fenòmens socials i educatius ens acosten a la perspectiva interpretativa, així mateix a prioritzar uns coneixements relacionats amb els problemes reals de les persones i en “comprendre la realitat per a transformar-la” (Sabariego i Bisquerra, 2016, p. 26) a fi de cercar solucions que resolguin els problemes. Des d’aquest enfocament, la investigació té un caràcter idiogràfic, que es caracteritza per estudiar el particular i individual, així com en la comprensió i interpretació dels fenòmens socials o la realitat. D’aquesta manera, s’interessa en les perspectives dels participants i en les seves pràctiques per a la construcció social de les realitats objecte d’estudi (Flick, 2015).

En aquesta línia, la investigació qualitativa segueix una via inductiva, parteix de la realitat concreta i les dades que aquesta li aporta per arribar a una teorització posterior (Rodríguez, Gil i García, 1999), les troballes són cocreades (Guba i Lincoln, 2012) i es desenvolupen els conceptes i les interpretacions a partir de les dades (Taylor i Bogdan, 2000). Per tant, el raonament inductiu té una base empírica, ja que a partir de la realitat observada i l’experiència en el camp es desenvolupa el coneixement teòric (Verd i Lozares, 2016).

La posició epistemològica del paradigma interpretatiu i constructivista postula el subjectivisme interactiu, en el sentit que “el coneixement és resultat d’un procés interactiu amb la realitat social i té un caràcter personal, subjectiu i idiogràfic, el que exigeix uns mètodes propis i específics” (Del Rincón, et al., 1995, p. 25). Es considera el caràcter transaccional/subjectivista (Guba i Lincoln, 2012) ja que reconeix la influència de la subjectivitat o els valors de l’investigador en la construcció de coneixement sobre la realitat, juntament amb els seus actors.

La dimensió metodològica constructivista és de tipus hermenèutica-dialèctica, ja que l’investigador s’orienta a la producció d’interpretacions reconstruïdes del món real

Denzin i Lincoln (2012b). Aquesta metodologia es basa en realitzar una síntesi de construccions divergents, en un procés interpretatiu i de comparació i contrastació de les mateixes, en que tant es consideren les construccions dels investigadors com la construcció social dels subjectes (Del Rincón, et al., 1995). A partir de les converses i els discursos, es produeixen interactivament fenòmens i, d'aquesta manera, es construeix la realitat; els textos que se'n generen són la base de la reconstrucció i la interpretació, que ens ajuden a comprendre la visió dels diferents actors.

Així mateix, des de la perspectiva del construccionisme social, Gergen i Gergen (2011) afirmen que tot el que es considera real ha sigut construït socialment, i es postula la creació de significats mitjançant el treball col·laboratiu o compartit (a diferència del constructivisme que situa el lloc on s'origina la construcció del món en la ment o interior de l'individu). Els criteris per establir què és real, què és útil i què té significat deriven del consens comunitari, de tal manera que la creació de significats i de sentit determinen l'acció (Guba i Lincoln, 2012). A partir d'aquest enfocament s'admet que diferents persones poden construir diversos significats amb relació a un mateix fenomen, i que el coneixement es construeix per les persones quan interaccionen amb el món que interpreten, d'aquí l'atenció cap a la intersubjectivitat compartida (Sandín, 2003).

Actualment, la investigació qualitativa constitueix un camp d'investigació que entrecreu disciplines, àrees i objectes d'estudi, i es constata la diversitat de creences i visions del món a l'hora d'investigar qualitativament, com també abordar la realitat social des de múltiples opcions. Des d'aquesta perspectiva, es considera als investigadors com a *bricoleurs* interpretatius (Denzin i Lincoln, 2012b), el que implica abastar les dimensions ontoepistemològiques (naturalesa de la realitat i de la persona en el món, i la manera en que l'investigador coneix aquest món i quina és la relació entre aquest i allò que coneix) i en conseqüència la metodologia (els mitjans per a adquirir coneixement sobre el món). Així mateix és essencial considerar l'ètica o l'estudi dels valors (axiologia) en tot el procés de la investigació, i donada la seva rellevància es dedica posteriorment un apartat concret en el present capítol.

En síntesi, i de cara a un posicionament teòric i metodològic en la present tesi, la investigadora pren el concepte de *bricoleur* interpretatiu (Denzin i Lincoln (2012b) i de sensibilitat teòrica (Glaser, 1978; Strauss i Corbin, 2002). Es fa especial ressò en els arguments de Flick (2015) de que tot i la diversitat de marcs teòrics en investigació qualitativa, comparteixen uns supòsits bàsics comuns que “mostren que les persones, les institucions i les interaccions estan implicades en la producció de les realitats en les que viuen o es produeixen, i que aquestes tasques de producció es basen en processos de creació de significat” (p. 32-33). L'autor també destaca que la investigació qualitativa es basa en actituds específiques com l'obertura cap a les persones i a l'objecte que s'estudia, i la flexibilitat en el contacte amb el camp, entre d'altres. En definitiva proposa que al desenvolupar aquesta metodologia, hauríem de mantenir l'equilibri entre les destreses tècniques i l'actitud pertinent.

Així doncs, la decisió sobre quin paradigma o perspectiva assumir en la recerca s'ha realitzat a partir de la identificació dels elements ontoepistemològics i les connotacions metodològiques que se'n deriven, i tenint present la naturalesa i els objectius de la investigació. Ens situem en el principi que la realitat (la pràctica) de les llevadores és dinàmica, complexa i interactiva, i es pretén estudiar-la per obtenir una visió holística mitjançant un procés inductiu, que parteixi de les dades de la realitat concreta i permeti construir coneixement. Aquestes característiques, pròpies de la investigació qualitativa, són compartides per diversos enfocaments teòrics-epistemològics que s'han adoptat en la tesi, i en concret l'interpretatiu i el construccionisme social.

3.2. Mètode de recerca

Com s'ha postulat en l'apartat anterior, la recerca que es presenta s'emmarca en la metodologia qualitativa i la perspectiva interpretativa. Amb la intenció de concretar la manera de procedir a un nivell més específic, i que guiï el disseny de la investigació, ens trobem amb una varietat de propostes pel que fa al mètode a seguir.

Creswell (2012) afirma que la intenció de la recerca qualitativa és comprendre i explorar el fenomen central, i que l'investigador busca una comprensió profunda de les opinions

d'un o més subjectes que obté a partir de les paraules o descripcions. Sabariego, et al. (2016) especifiquen que els mètodes qualitius són útils per “descriure les experiències de vida (discursos i comportaments) i donar-los significat a partir d’observacions sobre la realitat” (p. 286). Així mateix, al situar-nos precisament en una recerca orientada a la comprensió en profunditat de les necessitats de formació de les llevadores en l’atenció a la salut sexual, s’identifiquen diversos mètodes d’investigació que a mode de síntesi es mostren en la taula 12.

Taula 12. Mètodes d’investigació orientats a la comprensió del fenomen d’estudi.

Autors	Mètodes basats en la comprensió
Bartolomé (1992)	Etnografia Estudis de casos Fenomenologia Teoria fonamentada
Sandín (2003)	Narratiu-biogràfic Fenomenologia Teoria Fonamentada Etnografia Estudi de casos Fenomenografia Etnometodologia
Creswell (2013)	Estudis narratius Fenomenologia Teoria Fonamentada Etnografia Estudi de cas
Sabariego, et al. (2016)	Etnografia Estudi de casos Fenomenologia Teoria fonamentada Etnometodologia Narratiu-biogràfic
Verd i Lozares (2016)	Estudi de casos Etnografia Etnometodologia Fenomenologia Teoria fonamentada

Font: elaboració pròpia.

Val a dir que, a més dels mètodes citats, trobem d’altres que comparteixen la metodologia d’investigació qualitativa, com és el cas de les orientades al canvi o

investigació-acció, i a la presa de decisions o investigació avaluativa (Bartolomé, 1992; Sandín, 2003).

Adicionalment, l'elecció entre la pluralitat d'enfocaments és conseqüència, entre d'altres, de la finalitat de la investigació, com és el cas de "comprendre; construir una teoria, establir relacions consistents; transformar la pràctica; valorar un procés" (Bartolomé, 1992, p. 15). També, recordar que les diverses ramificacions de les perspectives qualitatives tenen connexions entre elles, pel que no sempre són fàcils d'identificar (Verd i Lozares, 2016).

Així doncs, donada la particularitat de l'objecte d'estudi en la present investigació, i considerant les aportacions dels diferents mètodes, es formula una proposta plurimetodològica (Arnal, et al., 1992), o utilitzar diferents pràctiques metodològiques en múltiples perspectives teòriques, i que es concretin en diverses estratègies, materials o mètodes de recollida i anàlisi de dades (Denzin i Lincoln, 2012a). Es reprèn així el concepte de *bricoleur* interpretatiu (Denzin i Lincoln (2012b) per tal que a l'incorporar perspectives múltiples i enllaçar els punts de vista, augmenti la riquesa de la recerca (Guba i Lincoln, 2012).

En aquesta línia, es planteja integrar en la recerca aquells mètodes que permetin la descripció i comprensió de la realitat, alhora que establir relacions consistents sobre l'objecte d'estudi. És a dir, es proposa un disseny **descriptiu-comprensiu**, que en addició es complementa amb l'enfocament de la **teoria fonamentada**.

Sandelowski (2000) considera que el mètode descriptiu, tot i que té entitat pròpia per si mateix, és fonamental per a tots els enfocaments de recerca qualitativa, ja que és útil per saber qui, què i on dels esdeveniments. Altrament, seguint a Aguirre i Jaramillo (2015), la descripció ocupa un lloc definit en cadascun dels mètodes qualitius, i en recerca qualitativa és interpretativa, ja que a compleix un paper destacat en els processos comprensius. Els autors afirmen que "les contribucions que fem a partir dels nostres treballs estaran fonamentades en la solidesa de les nostres descripcions" (p.

185), de manera que la descripció és la que ens estimula a cercar les fonts teòriques per iniciar el procés interpretatiu i no pensar, contràriament, que són les fonts teòriques les que diluciden a les dades descriptives.

La comprensió en profunditat de les necessitats de formació de les llevadores centra el focus en la present recerca. Per tant, cal insistir en el mètode comprensiu (Weber, 1964) com a via per interpretar els significats i el sentit de les actuacions de les llevadores i entendre les seves motivacions, tot explicant-ho, de manera intersubjectiva o pels agents en interacció (Farfán, 2009; Verd i Lozares, 2016).

D'altra banda, precisament perquè interessa prioritzar els punts de vista dels actors (Amezcuca y Gálvez, 2002) i copsar la veu de les llevadores, es proposa incloure en la recerca l'enfocament de la teoria fonamentada (*Grounded Theory*). Aquesta manera de procedir es basa en estudiar les relacions entre conceptes emergents a partir de l'anàlisi de les dades i la realitat (Glaser i Strauss, 1967), alhora que pretén generar i oferir una perspectiva i explicació del fenomen objecte d'estudi. En concret, es tracta de descriure, interpretar i comprendre els significats de la interacció social sobre un fenomen, en una situació i un context específics, per elaborar proposicions teòriques a partir de la seva anàlisi.

El marc teòric de la teoria fonamentada està arrelat a l'interaccionisme simbòlic, i des d'aquesta perspectiva l'investigador es centra en esbrinar els significats subjectius que els individus atribueixen a les seves activitats i als seus ambients (Flick, 2004) i així, espera construir el que els subjectes en interacció veuen com la seva realitat social (Stern, 2005). En aquest enfocament el context és considerat com la interacció entre les persones, i el que interessa és estudiar els significats que s'atorguen a l'objecte per comprendre les seves accions (De la Cuesta, 2006). Així mateix, considera la interrelació com la capacitat de les persones per construir i compartir el significat (De la Cuesta, 2006), de manera que l'experiència humana està mediatitzada per la interpretació, i actuem sobre les coses en funció del significat que tenen per a nosaltres.

La teoria fonamentada, d'origen sociològic, és també freqüentment utilitzada en disciplines com l'educació i la infermeria, i és útil per esbrinar les principals influències del món social d'un grup de persones; des de la vessant sociològica, comparteix aspectes de la fenomenologia amb altres mètodes de perspectiva interpretativa (Stern, 2005). Estableix un procediment d'actuació per donar resposta a un problema d'investigació i segons la definició de Carrero, Soriano i Trinidad (2012) és "una aproximació que proposa un mètode d'anàlisi, que implica la utilització d'un conjunt de tècniques sistemàticament aplicades" (p. 15). La finalitat és generar proposicions teòriques o teoria inductiva que emergeix de les dades (obtingudes en contextos naturals) sobre una àrea substantiva (Glaser i Strauss, 1967). Per això, l'investigador inicia la recerca recollint dades, les analitza i construeix o bé amplia o modifica teoria, sense una hipòtesi prèvia.

No obstant, de l'enfocament original dels seus creadors n'han evolucionat altres visions d'emprar el mètode, com la mateixa glaseriana que es basa en descobrir teoria a partir de les dades, i la straussiana que arrel del treball amb Corbin (Strauss i Corbin, 2002) s'orienta a una recerca més cap a la descripció interpretativa amb un complex sistema de codificació (Carrero et al., 2012). Aquesta divergència de perspectives influeix en els tipus de dissenys metodològics, de manera que Glaser (1978) s'orienta radicalment en un model inductiu, mentre que Strauss i Corbin (2002) postulen que el procés i disseny de la recerca també estan influenciats per l'experiència prèvia de l'investigador i la literatura sobre el tema. Aquest posicionament proper al raonament abductiu no impregna tot el procés d'investigació, ja que és l'anàlisi de les dades i la seva interpretació les que guien tant la teoria que es va generant com el disseny flexible i emergent (Verd i Lozares, 2016).

Destaca també un enfocament constructivista més interpretatiu (Vasilachis de Gialdino, 2013) i l'aportació de Charmaz (2013) que defineix els mètodes de la teoria fonamentada com "un conjunt de pautes analítiques flexibles que permeten als investigadors concentrar la seva recol·lecció de dades i elaborar teories inductives d'abast mitjà a través de successius nivells d'anàlisi de dades i de desenvolupament conceptual" (p. 271). Degut a que precisament les teories fonamentades es basen en les

dades, és més possible que generin coneixements, augmentin la comprensió i proporcionin una guia per a l'acció (Strauss i Corbin, 2002).

Charmaz (2013) proposa que els investigadors es recolzin en les bases pragmatistes de la teoria fonamentada i la desenvolupin com un mètode construccionista social, de manera que es destaquí el fenomen a estudiar més que els mètodes per estudiar-lo. L'autora també opina que cap mètode inductiu es basa purament en la inducció, de fet les preguntes que ens fem sobre la realitat emmarquen el que sabem sobre la mateixa. De la Cuesta (2006) advoca pel mètode perquè fa explícits els procediments d'anàlisi i és d'utilitat als investigadors per desenvolupar conceptualitzacions profitoses de les dades.

A mode de síntesi, les característiques principals de la teoria fonamentada (Carrero, et al., 2012; Glaser i Strauss, 1967; Glaser, 1978; Strauss i Corbin, 2002; Holloway i Todres, 2008) són:

- Es fonamenta en les dades i en la realitat.
- Es centra en els processos dels fenòmens socials.
- No hi ha hipòtesi prèvia, tanmateix s'elaboren hipòtesis conceptuals o proposicions teòriques.
- Les preguntes es centren en el procés, la conducta i el significat.
- Útil per demostrar les relacions entre els conceptes alhora que ofereix una perspectiva i explicació del fenomen objecte d'estudi.
- Per a ser vàlida ha de ser aplicable en diferents contextos similars.
- El propòsit final és: descriure, interpretar i comprendre els significats de la interacció social per a elaborar proposicions teòriques.
- Sensibilitat teòrica obtinguda a partir de la literatura de la disciplina, l'experiència professional i personal, i que sensibilitza a l'investigador en la generació de nous conceptes i categories.
- La recollida i anàlisi de les dades es realitza simultàniament.
- Les estratègies principals de recerca són: el mostreig teòric i l'anàlisi de dades amb codificació i el mètode de comparació constant.

Alguns d'aquests principis seran més àmpliament desenvolupats posteriorment, com és el cas del tipus de mostreig en el disseny i l'anàlisi de dades.

A mode de resum, els arguments presentats en aquest apartat, justifiquen i encaixen en la recerca que es presenta. Tant el mètode descriptiu-comprensiu com la lògica de l'enfocament de la teoria fonamentada han estat escollits per desenvolupar la present investigació principalment pels següents motius:

- En primer lloc, pel caràcter inductiu i construccionista que deriven dels objectius de la recerca i de la naturalesa de l'objecte d'estudi.
- D'altra banda, perquè es basen en la interacció entre els diferents agents (Verd i Lozares, 2016) per explicar la realitat, és a dir, s'interpreta aquesta a partir dels significats que les persones li atribueixen, i es construeix conjuntament amb tots els implicats inclòs l'investigador (Charmaz, 2006), i procurant comprendre les situacions i desenvolupar conceptes en el seu context natural (Amezcuca y Gálvez, 2002). Aquest procedir, propi de la perspectiva del construccionisme social, s'ha adoptat en la recerca a l'estudiar les accions de les llevadores en la seva pràctica i el significat que elles li atribueixen al tema d'estudi (Charmaz, 2005).
- Finalment, l'elecció ha estat pel procediment que es segueix en l'anàlisi de dades, ja que permet generar coneixement o teoria substantiva per guiar les accions (Strauss i Corbin, 2002; Sandín, 2003) i que, en la present investigació, s'ha concretat en generar un model de necessitats de formació, per tal de proposar unes orientacions formatives en l'àrea competencial de les llevadores.

3.3. Estratègies de recollida de dades

En aquest apartat es descriuen les estratègies que la investigadora ha considerat més coherents per a la recollida de dades. Aquest procés s'ha realitzat guiada per les preguntes que assenyalaven als objectius de la recerca, i els principis epistemològics i metodològics.

3.3.1. Justificació de l'elecció de les estratègies de recollida de dades

Com ja s'ha fet explícit en els apartats anteriors de la investigació, es proposa partir de l'enfocament de les percepcions, expressions i de l'actuació de les llevadores com a professionals pràctics i reflexius (Shön, 1998) per comprendre les seves necessitats formatives, en el context de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. És a partir del què diuen i com ho diuen, de la seva reflexió i la discussió col·lectiva sobre les accions i interaccions que duen a terme, en definitiva de com perceben la seva pràctica, que es pot explicar el fenomen d'estudi.

Arribats a aquest punt, es va considerar que era necessari escollir estratègies amb les quals diferents persones oferissin diferents visions del mateix problema (Taylor i Bogdan, 2000) i a més facilitessin la interacció social entre les participants. Tal i com afirma Barbour (2013), l'interès es centra en explorar la profunditat dels significats de les participants, i tenint present que la complexitat, la diversitat i la interactivitat són pròpies de les realitats de l'àmbit socioeducatiu (Suárez, 2005).

Gergen i Gergen (2011) asseveren que des de la perspectiva construccionista "les persones utilitzen el llenguatge per a fer coses juntes" (p. 115) i que com més rics siguin els nostres discursos, majors seran les nostres capacitats per a coordinar-nos com a essers humans. Aquest enfocament no es centra en l'activitat mental que genera un individu per donar sentit, sinó en la generació col·lectiva de sentit mitjançant el llenguatge i la interacció social en general (Valles, 2007).

Seguint aquests principis es va considerar que l'estratègia més adient per iniciar la recollida de dades eren els Grups de Discussió. Posteriorment, com que la present investigació es realitza des d'un context canviant, es va considerar fer una articulació de perspectives (com ja s'ha comentat anteriorment) i d'estratègies de recollida de dades (Denzin i Lincoln, 2012; Ibáñez, 2015). Per això es va optar per ampliar les visions mitjançant la recollida de dades amb l'Entrevista en profunditat.

3.3.2. Els grups de discussió

La utilització del grup de discussió en investigació té els seus orígens en estudis sociològics, i segons Ibáñez (2003), el seu precursor, es basa en reunir un grup limitat d'individus i mitjançant la conversa, crear un espai de reflexió i un discurs sobre un tema en concret. Així doncs, per l'autor, el grup de discussió segueix els principis de grupalitat i conversabilitat, ja que la conversa és considerada com la unitat mínima d'interacció social.

Cal destacar la diferència entre el grup de discussió i el grup focal. Aquest últim té els seus orígens en estudis de mercat i sociològics que, amb diversos enfocaments, tractaven de focalitzar la discussió dels consumidors o els participants, d'aquí el terme anglès de *focus groups* (Valles, 2007). Val a dir que els grups focals presenten una varietat de tipologies que es centren en el model d'entrevistes grupals (Barbour, 2013; Callejo, 2001) parteixen d'un consens discursiu (Gutiérrez, 2008) i accentuen la interacció amb el moderador, mentre que el grups de discussió produeixen consens (Gutiérrez, 2008) i tendeixen a l'apertura i a la interacció entre els participants (Callejo, 2001). En la taula 13 es mostren les principals diferències epistemològiques i metodològiques, entre d'altres, del *focus group* de Merton i el grup de discussió d'Ibáñez, segons la proposta de Lara i Rojas (2002).

Taula 13. Comparació entre el *focus group* de Merton i el grup de discussió d'Ibáñez.

ELEMENTS CLAU	FOCUS GROUP	GRUP DE DISCUSSIÓ
Paradigma teòric	Positivisme	Dialèctica-estructural
Finalitat de les ciències socials	Control	Alliberament
Concepció de la ciència	Ciència experimental	Ciència reflexiva
Objecte d'estudi	Test de productes comunicatius	Comprensió de processos socials
Concepció del llenguatge	Les paraules només són significats	Les paraules impliquen sentits més enllà dels seus significats
Joc de llenguatge	Estímul-Resposta	Conversa
Aproximació	<i>Focus</i>	<i>Opening</i>
Unitat de producció d'informació	Individu	Grup
Tipus d'informació	Informació específica i detallada	Informació general i estructural
Moderació	Directiva	No directiva

Desenvolupament	Merton no va desenvolupar la metodologia del <i>Focus Group</i>	Ibáñez si va desenvolupar la metodologia del Grup de Discussió
------------------------	-----------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------

Font: elaboració pròpia, extret de Lara i Rojas (2002).

Amb el grup de discussió es pot, entre d'altres fins, explorar opinions, avaluar necessitats o assessorar a un determinat col·lectiu (Suárez, 2005). Krueger (1991) el defineix com “una conversa curiosament planejada, dissenyada per a obtenir informació d'una àrea definida d'interès, en un ambient permissiu, no-directiu” (p. 24). El propòsit d'aquesta estratègia metodològica és que els participants descriguin les seves pràctiques i idees a l'investigador (Peräkylä, 2015) amb l'objectiu d'esbrinar la manera en que les persones comprenen i interpreten el fenomen d'estudi (Kamberelis i Dimitriadis, 2015). En paraules de Suárez (2005) es vol “reflectir l'experiència tal qual la perceben, la construeixen i l'analitzen les persones implicades donant-los un determinat sentit dins del context en el qual té lloc” (p. 36-37).

En l'objecte d'estudi es té en compte el context natural en que les accions tenen lloc, i els fenòmens que ocorren en els contextos naturals es coneixen mitjançant la paraula i l'acció (Suárez, 2005), de manera que els grups de discussió com a pràctica generadora de conversa, es situen entre l'entrevista en profunditat i l'observació participant (Valles, 2007). En el grup s'estableix una dinàmica de discussió, conversa, diàleg i discurs de manera que en la seva gènesi o producció és un diàleg, i en el seu resultat, és un discurs (Callejo, 2001). En ells el control del discurs recau en els participants a través de la interacció que es produeix (Peiró, 1996).

Segons Ibáñez (2003) el grup de discussió s'inscriu en un camp de producció de discursos. El procés de producció d'aquests discursos té una forma aparentment circular que alhora integra: el discurs d'actuació del grup, el de l'anàlisi, i el de l'informe que servirà de context lingüístic per a l'ús social dels seus resultats. Així s'estableix un procés dialèctic continuat, que construeix col·lectivament un discurs, és a dir, una identitat col·lectiva (Callejo, 2001).

La investigació d'anàlisi amb grups de discussió és interpretativa i no es pot experimentar i informar sobre les experiències d'una manera objectiva, sinó en posicions de diàleg (Kamberelis i Dimitriadis, 2015). La perspectiva dialògica es projecta també en les intervencions del moderador en provocar la parla, i en observar avançar el tema a partir de les diferents veus dels participants (Callejo, 2001). Així mateix, des d'una pràctica dialògica-reflexiva d'enfocament constructivista, el fomentar la integració dels subjectes en el procés d'investigació pot afavorir la reflexivitat, que serà major en tant que els interessos dels participants siguin majors, i que tanmateix caldrà considerar els seus efectes en els possibles resultats de la recerca i en les conseqüències pels participants (Callejo, 2001).

El grup de discussió és un mitjà que permet arribar a assolir la significativitat, ja que a més d'aportar informació sobre les creences de les persones, ens aporta comprensió sobre el fenomen d'estudi i especialment informació tal i com proposa Peiró (1996) sobre "les raons que donen per a creure-ho d'una determinada manera, és a dir, ens aporta informació sobre el perquè" (p. 13). En aquest sentit, un enfocament construccionista social ampli permet indagar en aquest *perquè* i aprofitar al màxim la contribució del grup, per la qual cosa cal que el moderador s'impliqui activament i pugui combinar la interacció social del grup, i els elements més externs (context social, polític...) en els que es generen les dades i en relació amb els quals aquestes s'han d'analitzar (Barbour, 2013 p. 67).

Per a generar significat com acció coordinada Gergen i Gergen (2011) proposen anar més enllà del cercle hermenèutic intern i individual, i centrar-nos en la forma en que aquest significat es crea mitjançant les relacions personals, i així empoderar les relacions i facilitar que sorgeixin les accions coordinades. En síntesi, els grups de discussió ens situen en el discurs social i en ells s'exigeix una reflexió tan individual com col·lectiva (Suárez, 2005) de forma que "les parles individuals tracten d'acoblar-se entre si al sentit (social)" (Canales i Peinado, 1995, p. 291) sent d'aquesta manera com el grup produeix un discurs compartit a partir de les discussions (Ibáñez, 2003; Gutiérrez, 2008).

Tanmateix, cal aclarir que, tot i que la conversa produeix un discurs compartit, els subjectes no han de cercar el consens entre ells, ans al contrari, es cerca el respecte a la diversitat de mirades, i per això es preveu l'heterogeneïtat dels assistents per tal de recollir una realitat que, per si, és complexa i no uniforme.

En la tesi que es presenta es va optar pels grups de discussió per ser una estratègia qualitativa que facilita la interacció social. Tanmateix també presenten una sèrie d'inconvenients, com són: escassa experiència de l'investigador/moderador (Suárez, 2005), membre del grup líder o dominant (Peiró, 1996; Valles, 2007), complexitat en l'anàlisi i interpretació de les dades dins del context (Suárez, 2005), no proporcionen dades de generalització (Llopis, 2004; Suárez, 2005; Barbour, 2013) i és laboriosa la selecció i captació dels participants (Suárez, 2005).

L'aplicació dels grups de discussió segueix uns criteris que s'han de tenir en compte a l'hora de desenvolupar el procés d'investigació:

- **Participants.** El nombre varia segons els objectius de l'estudi, els atributs dels participants i inclús l'experiència del moderador. Per a Krueger (1991) entre un mínim 7 i un màxim de 10, i en cas d'especialistes poden ser entre 4 i 6; entre 5 i 10 proposen Canales i Peinado (1995), Suárez (2005) i Ibáñez (2015a); per a Barbour (2013) entre 3-4 i 8. Com es pot veure hi ha varietat de propostes, no obstant s'observa que les més coincidents són entre 5 i 10 participants. Els autors argumenten aquests intervals per consideracions qualitatives, en el límit inferior per saturar les relacions i en el superior per no superar en excés els canals comunicatius (Ibáñez, 2015a).

És important tenir en compte els criteris d'homogeneïtat i heterogeneïtat a l'hora de seleccionar els participants dels grups de discussió. La primera ve determinada pels objectius de l'estudi i la segona per potenciar la diversitat de discursos.

- **Moderador/a i investigador/a.** Es tenen en compte les seves característiques personals i que poden influenciar en la dinàmica del grup de discussió, com: la reflexibilitat que també influirà en l'anàlisi de les dades, gènere, edat, pertinença o no al col·lectiu investigat (Barbour, 2013). El moderador se li requereix tenir un estil obert i flexible (Callejo, 2001) i segons Suárez (2005) ser respectuós i comprensiu amb les opinions i idees dels participants, alhora que “donar i sentir valor a la paraula i a la subjectivitat” (p. 50). Per tant ha d'estimular activament la interacció del grup i estar atent a ella (Barbour, 2013), sense participar en la mateixa discussió però procurant la producció del discurs del grup (Ibáñez, 2015a).
- **Observador/a.** La seva participació és crucial per anar anotant l'ordre de les intervencions (que facilita la posterior transcripció), analitzar cada participant, observar la interacció entre els informants i prendre nota del que va succeint (Berenguera, et al., 2014). A més la seva posició de distància a l'observar la reunió li permet fer-ne valoracions i propostes de millora (Callejo, 2001).
- **Guia sessió.** És recomanable que el moderador utilitzi una guia de discussió oberta que reflecteix les preocupacions i objectius de l'estudi (Llopis, 2004). La guia temàtica pot contenir algunes preguntes breus que estimulin i mantinguin el debat (Barbour, 2013). Les preguntes han d'estar guiades pels objectius i utilitzades com a temes a tractar en la sessió. El millor és presentar primer els aspectes més generals per passar després als més sensibles, de manera que cap participant se senti exclòs de la discussió (Barbour, 2013; Callejo, 2001).
- **Durada de la reunió.** Autors referents en el tema com Krueger (1991) i Ibáñez (2015a) afirmen que ha de ser limitada, aproximadament l'ideal és una hora i mitja.
- **Nombre de grups.** La convocatòria del nombre de grups ve determinada per les comparacions que l'investigador vulgui realitzar, és a dir per la saturació de les

dades. Krueger (1991) i Barbour (2013) consideren que amb dos grups de discussió amb persones de característiques similars és òptim, tanmateix caldrà estar obert a les necessitats de la recerca per si cal convocar-ne algun més. En la mateix línia Canales i Peinado (1995) afirmen que el nombre variarà segons la diversitat d'atributs que es puguin agrupar en un mateix grup, tenint en compte el criteri d'homogeneïtat.

3.3.3. Les entrevistes en profunditat

L'entrevista en investigació qualitativa, igual que el grup de discussió, és una estratègia que es basa en la conversa i el diàleg, alhora que ambdues produeixen dades verbals (Flick, 2015). En l'entrevista qualitativa es poden incloure diverses formes i tipus de conversa, i que poden ser descrites com: l'entrevista en profunditat, la focalitzada, l'oberta, la narrativa, la semiestructurada o no estructurada, la no estandarditzada, la no directiva o la virtual, entre d'altres (Taylor i Bogdan, 2000; Valles, 2014; Alonso, 2015).

Les definicions d'entrevista qualitativa comparteixen el seu caràcter conversacional, tanmateix diversos autors aporten orientacions amb característiques específiques. Verd i Lozares (2016) asseveren que l'entrevista permet obtenir una informació contextual, de caràcter subjectiu, en la que es descriuen fets i s'expressen opinions. També destaca, seguint a Alonso (2015), el propòsit de l'investigador per aconseguir una informació que es troba continguda en la biografia d'una persona, i en un context determinat.

Fontana i Frey (2015), des d'una perspectiva compromesa socialment, afirmen que l'entrevista qualitativa està lligada a trets contextuals, històrics i polítics, i que per arribar a crear un relat conjunt cal l'esforç col·laboratiu entre les persones. Per a Valles (2014), a més de considerar l'entrevista en profunditat com una interacció cara a cara produïda en condicions històriques i socio-biogràfiques determinades, la classifica com a converses professionals, amb un propòsit i un disseny orientats a la investigació social. De manera que la preparació i desenvolupament de l'entrevista s'han de fer

estratègicament, combinant els trets de la conversa informal i de l'entrevista professional (Verd i Lozares, 2016).

En quant als corrents de pensament de l'entrevista qualitativa, aquesta s'emmarca en l'hermenèutica, la fenomenologia i la dialèctica, i des d'aquesta pluralitat se'n deriven diverses perspectives i estratègies d'anàlisi per estudiar una realitat canviant i complexa (Valles, 2014). Tanmateix, destacar que des d'una orientació pragmàtica Patton afirma que "... hi ha un costat molt pràctic dels mètodes qualitius que simplement suposa fer preguntes sobre la gent i observar assumptes d'interès en contextos reals en ordre a resoldre problemes, millorar programes, o desenvolupar polítiques" (1990, p. 89 citat per Valles, 2007).

Les finalitats de l'entrevista poden ser explorar o explicar i comprendre (Verd i Lozares, 2016) i intentar interpretar el que fan i diuen les persones en el mateix marc de referència en el que interactuen (Alonso, 2015). De tal manera que, seguint a Alonso (2015), la pràctica de l'entrevista oberta és útil per obtenir informacions de caràcter pragmàtic o de com els subjectes actuen i reconstrueixen el sistema de representacions socials en les seves accions individuals; per això, diu l'autor, és útil preguntar sobre comportaments passats, presents i futurs, per esbrinar no solament el que l'interlocutor pensa sobre el fenomen d'estudi, sinó com actua o va actuar en relació amb aquest fenomen.

Les entrevistes en profunditat segueixen el model d'una conversa entre iguals, en el que l'investigador també és l'instrument de la recerca i no es limita únicament a fer preguntes per a obtenir respostes (Taylor i Bogdan, 2000). Parafraçant a Alonso (2015, p. 399) és una narració conversacional creada conjuntament per l'entrevistador i l'entrevistat que produeix tant efectes informatius (sobre el contingut de l'acció social) com significatius (sobre els sentit atorgat a l'acció social) i sempre en un context concret.

En aquesta línia, el desenvolupament de l'entrevista oberta o en profunditat és un procés complex, pragmàtic, reflexiu i interpretatiu, en el sentit que és un constructe

comunicatiu (Alonso, 2015). Per tant, resulta imprescindible que l'investigador reflexioni sobre les troballes essencials o el *què* vol obtenir, i també sobre el *com* aconseguir-les, per tal d'evidenciar la manera en que crea la narració. Aquest fet implica estar atent al context, a les situacions concretes, a les persones implicades, entre d'altres, on tenen lloc les interaccions de l'entrevista. Des d'aquesta perspectiva, pren especial rellevància l'establiment d'una relació empàtica amb la persona entrevistada (Fontana i Frey, 2015).

Les entrevistes qualitatives també poden presentar inconvenients, com és el cas de que l'entrevistador tingui certs prejudicis que mediatitzin o distorsionin la seva visió (Ruiz-Olabuénaga, 2012). Pot haver biaix a l'hora de preguntar, quan l'entrevistador pregunta per obtenir una determinada resposta (Massot, et al., 2016). Altres inconvenients poden donar-se quan hi ha reactivitat o dificultats en la interacció entre l'entrevistat i l'entrevistador, i també quan la tècnica s'aplica de manera poc curiosa o irreflexiva (Verd i Lozares, 2016).

La pràctica de l'entrevista en profunditat segueix uns criteris que s'han de tenir en compte a l'hora de desenvolupar el procés d'investigació:

- **Entrevistat/da.** La selecció es realitza en funció de la competència narrativa atribuïda, del mostreig seqüencial basat en l'heterogeneïtat i l'economia, de l'accessibilitat, o del mostreig considerat a part del disseny (Valles, 2014). Es poden realitzar entrevistes individuals o bé grupals entre dues o sis persones (Verd i Lozares, 2016). Es cerquen persones expertes en el tema (Flick, 2015).
- **Entrevistador/a i investigador/a.** Ha d'escoltar des d'un enfocament empàtic (Fontana i Frey, 2015; Alonso, 2015), ser bon conversador, amb capacitat de diàleg i de contextualitzar per enllaçar respostes i continguts particulars amb marcs socials de referència (Alonso, 2015). S'implica en la recerca com a un instrument més (Taylor i Bogdan, 2000). Requereix una aparença física i condició social, i precisa ser coneixedor sobre la persona i el tema d'estudi per a fer intervencions pertinents, a més de sensible, obert, flexible, i crític i intèrpret

sobre el que es va escoltant i del que es respon amb profunditat (Valles, 2014). Controla el ritme de l'entrevista en funció de les respostes que obté, i procura els mitjans per a registra-la (Ruiz-Olabuénaga, 2012).

- **Guió de l'entrevista.** Determina la dinàmica i interacció de l'entrevista, i ha de ser flexible i adaptable al progrés de la investigació (Verd i Lozares, 2016). Les preguntes han de ser comprensibles (Ibáñez, 2015b) i tenir el sentit apropiat per a cada situació, integrant-les en la conversa per a que es responguin amb facilitat (Alonso, 2015). Inicialment han de ser generals i obertes per introduir i situar el tema (Massot, Dorio, i Sabariego, 2016) i es canvia l'ordre i la forma de les mateixes, afegint-ne de noves si cal (Ruiz-Olabuénaga, 2012).

3.4. A mode de resum sobre l'enfocament epistemològic i metodològic

En aquest capítol s'han presentat les bases epistemològiques i metodològiques que guien la present investigació. També s'ha detallat el mètode a seguir i les estratègies d'obtenció d'informació. A mode de síntesi són:

- Objectiu de la recerca: explorar, comprendre i explicar les necessitats de formació de les llevadores a partir dels significats que elles atorguen a la seva pràctica, significats que són generats en el context específic de la interacció, per incorporar-los en propostes de formació continuada.
- Perspectiva epistemològica i metodològica: qualitativa, interpretativa i construccionista social.
- Mètode: descriptiu-comprensiu, i enfocament de la teoria fonamentada.
- Estratègies de recollida de dades: grups de discussió i entrevistes obertes o en profunditat.

A continuació es presenta el Disseny de la investigació (capítol 4) que s'ha realitzat en base als supòsits plantejats en el present capítol.

Capítol 4. Disseny de la investigació

En el present capítol s'explica inicialment la justificació del tipus de disseny o procés de la investigació, en base als principis de la metodologia qualitativa i el mètode descriptiu-comprensiu. A continuació es descriuen les característiques del mostreig, i com s'han emprat les estratègies per a la recollida de dades. Finalment es detallen el procés d'anàlisi de dades segons l'enfocament de la teoria fonamentada, els criteris de qualitat i els aspectes ètics de l'estudi.

4.1. Disseny del procés de recerca segons els principis de la metodologia qualitativa i el mètode descriptiu-comprensiu

S'entén que un disseny d'investigació és el resultat de la reflexió, la planificació i la presa de decisions sobre les seves fases de construcció (Flick, 2015) i en la metodologia qualitativa aquestes decisions es prenen al llarg de tot el procés d'investigació (Valles, 2007; Verd i Lozares, 2016).

Alvira i Serrano (2015) defineixen el disseny com un procés que combina mètodes i estratègies de recollida i anàlisi de dades, per a la consecució dels objectius de la manera més eficient possible. En el mateix sentit, Rodríguez, et al. (1999) afirmen que serveix per situar a l'investigador en el món empíric, i així poder decidir quines estratègies emprar per assolir els objectius proposats.

Els dissenys en els estudis qualitius es caracteritzen per ser emergents, oberts, cíclics, flexibles i adaptables.

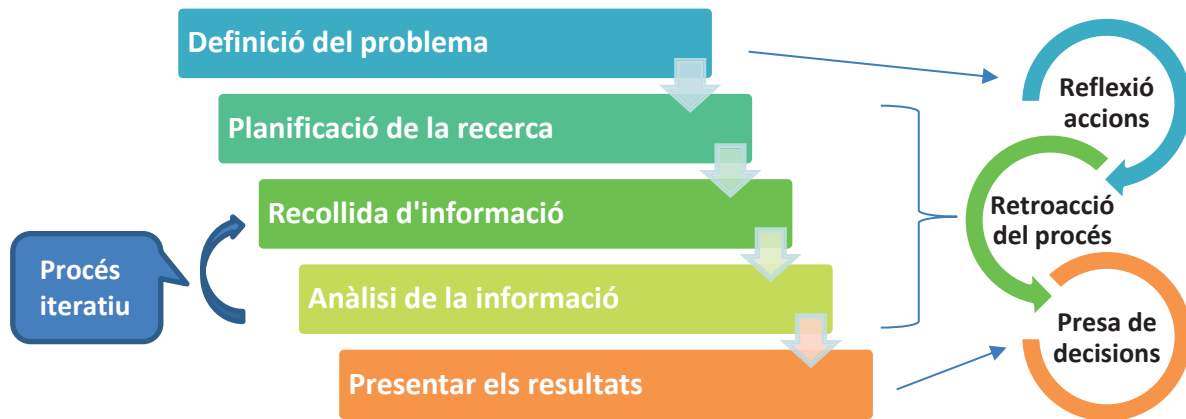
El disseny **emergent** es va creant, i es van concretant les decisions a mesura que es recullen i analitzen les dades (Valles, 2007; Verd i Lozares, 2016). Segons Denzin i Lincoln (2012a) en aquesta tipologia de disseny l'investigador va canviant i utilitzant diferents mètodes i tècniques per interpretar el problema objecte d'estudi, i el disseny s'adapta i evoluciona a mesura que es va generant coneixement sobre la realitat estudiada (Dorio, Sabariego, i Massot, 2016).

El disseny ha de ser sensible, **flexible** i adaptable a les condicions en el camp, i així estar obert a noves idees derivades de les primeres fases o sorgides durant el progrés de la investigació (Flick, 2015). És a dir, modificar la planificació durant la recollida d'informació i a mesura que va avançant la recerca, i així, no passar per alt dades rellevants (Valles, 2007 p.77). La flexibilitat caracteritza els dissenys qualitius donat el caràcter circular del procés de recerca (Ibáñez, 2015b) de manera que els mètodes estan al servei de l'investigador, i aquest no ha d'estar supeditat a un procediment o tècnica (Taylor i Bogdan, 2000).

Aquests tipus de dissenys oberts, flexibles i emergents de la perspectiva qualitativa, plantegen que el procés d'investigació sigui més interactiu i iteratiu (Alvira i Serrano, 2015). És un model de disseny útil (encaixa bé) en circumstàncies d'investigació poc estudiades i disposant de molt temps, com també per a realitzar una tesi doctoral (Valles, 2007).

En la present investigació s'ha seguit un plantejament de disseny de caràcter inductiu, val a dir que inicialment la lògica abductiva (descrita a l'apartat 3.2) va influir en la concreció de la pregunta d'investigació. És a dir, la qüestió sobre **com es configuren les necessitats formatives de les llevadores en la seva pràctica d'atenció a la salut sexual?** va sorgir de les primeres preguntes sobre l'interès pel tema d'estudi, com també de la pròpia experiència, les circumstàncies socials i la literatura disponible sobre el tema. En la figura 4 es mostra de manera sintètica el procés seguit en el disseny de la recerca.

Figura 4. Disseny del procés de recerca.



Font: elaboració pròpia.

4.2. Decisions mostrals

Les decisions del mostreig que es presenta s'han pres al llarg del procés d'investigació i estan relacionades amb la perspectiva epistemològica, metodològica, amb el tipus de disseny descrit anteriorment, i amb els objectius de la recerca. En aquest apartat es descriuen les unitats d'observació i d'informació, el tipus de mostreig emprat per a cadascuna de les estratègies d'obtenció de dades, les característiques de la mostra, i com es va accedir al camp i contactar amb les llevadores implicades.

4.2.1. Unitats d'observació i d'informació

Per obtenir informació sobre el tema d'estudi hem de seleccionar les situacions a observar o acudir a les persones involucrades (Flick, 2015). En el cas de la recerca que ens ocupa, l'objecte d'estudi són les necessitats de formació de les llevadores a partir de la seva pràctica professional, i atès que aquest fenomen no és possible observar-lo (Pàmies, 2011) acudim a les *veus* de les llevadores per estudiar la seva realitat.

Concretament, centrem l'objecte d'estudi en les competències i estratègies que les llevadores desenvolupen i senten que aconsegueixen amb èxit, com també en aquelles que són preteses per abordar les situacions de salut sexual, afectiva i reproductiva de la pràctica. A partir d'aquí s'estableix la unitat d'observació (necessitats formatives) que es distingeix de la unitat d'informació (llevadores).

Per tant, les unitats de mostreig de la investigació les formen les llevadores, situades en la pràctica de l'atenció a la salut sexual i reproductiva. Les qualitats específiques d'aquestes llevadores seran explicades en l'apartat sobre característiques de la mostra (4.3.3).

4.2.2. Tipus de mostreig

En recerca qualitativa es busca la generalització analítica o transferibilitat i no la generalització estadística, ja que el propòsit és millorar la comprensió i explicació del fenomen d'estudi (Valles, 2007; Verd i Lozares, 2016). Atès que en la present recerca s'aborda un tema poc estudiat i es pretén desenvolupar conceptes en relació amb les necessitats formatives de les llevadores, interessa emprar un tipus de mostreig que permeti anar prenent decisions a mesura que avança la recollida i anàlisi de les dades (Flick, 2015).

El mostreig **intencional** és propi de la metodologia qualitativa i pot ser tipològic o teòric, en el primer tipus és necessari revisar el coneixement teòric disponible abans d'iniciar el treball de camp, per a poder seleccionar els participants i les seves característiques (Verd i Lozares, 2016). Tanmateix el **mostreig teòric**, assumit en la present recerca, és més obert i flexible alhora que més complex de manejar (Flick, 2015) tot i que com s'ha esmentat anteriorment (apartat 3.2) l'investigador pot accedir al camp amb cert grau de coneixement i experiència en el tema (Strauss i Corbin, 2002).

El mostreig teòric s'utilitza per a generar teoria, i la selecció de les unitats d'informació i els seus atributs es decideixen a mesura que avança l'anàlisi de dades i segons les necessitats que aquesta aporta a la construcció de nous conceptes o les seves variacions (Glaser i Strauss, 1967). L'investigador decideix quines dades seguir buscant per trobar aquelles categories de persones o successos que desitja explorar amb més profunditat, així mateix es preocupa de recollir la informació més rellevant per al concepte o la teoria buscada (Ruiz-Olabuénaga, 2012). El mostreig es realitza en base al que emergeix de les dades i serveix per a refinar, elaborar i completar les categories (Suárez, 2005).

La **saturació teòrica** és un concepte clau en el mostreig teòric de la teoria fonamentada. Esdevé una espiral entre el mostreig, la recollida de dades i la seva anàlisi, fins que no sorgeixen noves categories, conceptes, evidències o nous temes, és a dir fins que es saturen les dades (Glaser i Strauss, 1967; Glaser, 1978; Strauss i Corbin, 2002; Carrero, et al., 2012). En el moment que no emergeix nova informació de les dades recollides, l'investigador finalitza amb el mostreig i la recollida de les mateixes.

Les decisions mostrals sobre la selecció dels grups de discussió es van prendre a partir de la complementarietat respecte al grup inicial. De manera que seguint l'objectiu de l'estudi, que és esbrinar les necessitats de formació sentides i percebudes per les llevadores, el primer grup es va realitzar amb professionals assistencials. Una vegada analitzades les dades, es va veure la necessitat de seguir amb el mostreig teòric d'un segon grup també amb llevadores assistencials. Arrel de la comparació de propietats entre els dos grups, es va detectar un nou concepte que, tot i no ser objecte d'estudi, cobrava especial rellevància en el mateix, i va ser el de les necessitats de formació normatives, per aquest motiu es va decidir convocar un tercer grup de discussió amb llevadores gestores.

L'anàlisi de les dades obtingudes en els grups de discussió va portar de nou a detectar que calia ampliar la visió de la situació i aprofundir en el fenomen d'estudi, en aquest cas des del context propi de la formació, és a dir, calia escoltar les veus de les llevadores que han realitzat formació en sexualitat i salut sexual i reproductiva. Per la qual cosa es va continuar amb el mostreig amb llevadores que reunissin aquests atributs. En aquest cas, es va considerar que l'estratègia més adient per obtenir la informació era l'entrevista en profunditat.

Aquesta explicació que s'ha fet sobre les decisions mostrals, explica com la recollida de dades i la seva anàlisi estan directament relacionades. També es fa palès el caràcter emergent i flexible del disseny utilitzat en la present tesi doctoral.

4.2.3. Característiques de la mostra

En aquest apartat es detallen les característiques de la mostra seleccionada pels grups de discussió i per les entrevistes en profunditat, per les quals s'ha tingut en compte el mètode de mostreig explicat anteriorment.

La selecció de llevadores pels grups de discussió es va realitzar pensant en el criteri d'homogeneïtat que permetés identificar trets comuns en ells (Krueger, 1991; Flick, 2015) i en que, almenys, compartissin una característica similar (Barbour, 2013). També com a criteri d'homogeneïtat, es va procurar que en cadascun dels grups de discussió s'establissin relacions comunicables és a dir, que fossin inclusives (Canales i Peinado, 1995).

Per acomplir el criteri d'heterogeneïtat interessava una varietat de grups que incloguessin llevadores amb una relació específica amb el tema d'estudi i aportessin varietat d'opinions i reflexions. La pluralitat consistia en tenir grups suficientment diferents per a cobrir la varietat d'experiències amb el problema o d'actituds cap el mateix, de manera que, com s'ha comentat en l'anterior apartat, es pogués establir una complementarietat entre els grups, en el contingut del seu debat o en la forma que aquest va discórrer (Flick, 2015).

En cada sessió dels grups de discussió es varen convocar vuit llevadores en previsió de que alguna d'elles no hi podés assistir, i així va ser tal i com es veu a continuació en les característiques de la mostra. En canvi, en les entrevistes es va assegurar l'assistència de les llevadores acordant amb elles les dates.

En els dos primers grups de discussió hi van participar un total d'onze llevadores assistencials i compartien l'atribut que totes elles treballaven en atenció primària, a més complien un altra característica i era que desenvolupaven en la seva pràctica atenció a la sexualitat i salut sexual a la població. D'altra banda, es va vetllar (sempre que fos possible) per la de tipus de població atesa, per la d'anys d'experiència i formació rebuda

en salut sexual (taules 14 i 15). Mencionar que en aquest estudi totes les llevadores que hi van participar són dones.

Taula 14. Característiques de la mostra llevadores assistencials del grup de discussió 1.

Participants	Tipus població	Anys treballats	Formació rebuda
		ASSIR	salut sexual
Llevadora 1.1	Urbana	20 anys	Màster, postgrau, altres
Llevadora 1.2	Urbana	13 anys	Postgrau
Llevadora 1.3	Urbana	20 anys	Postgrau
Llevadora 1.4	Rural	26 anys	Postgrau
Llevadora 1.5	Urbana	13 anys	Postgrau, altres
Llevadora 1.6	Rural	33 anys	Postgrau, altres

Font: elaboració pròpia. Dades extretes de les fitxes emplenades per les llevadores (Annex 1).

Taula 15. Característiques de la mostra llevadores assistencials del grup de discussió 2.

Participants	Tipus població	Anys treballats	Formació rebuda
		ASSIR	salut sexual
Llevadora 2.2	Urbana	5 anys	Altres
Llevadora 2.3	Urbana	8 anys	Postgrau, altres
Llevadora 2.4	Urbana	5 anys	Altres
Llevadora 2.5	Urbana	6 anys	Altres
Llevadora 2.6	Semi-Urbana Urbana	7 anys	Postgrau, altres

Font: elaboració pròpia. Dades extretes de les fitxes emplenades per les llevadores (Annex 1).

El grup de gestores el van constituir cinc llevadores i els atributs coincidents eren que gestionaven serveis de salut sexual i reproductiva en unitats d'atenció primària. Les característiques de les respectives mostres dels grups de discussió es presenten a continuació (taula 16).

Taula 16. Característiques de la mostra llevadores gestores del grup de discussió 3.

Participants	Tipus població	Anys treballats gestió ASSIR	Formació organitzada salut sexual
Llevadora 3.1	Urbana	26 anys	Postgrau, altres
Llevadora 3.2	Rural Semi-Urbana Urbana	8 anys	-
Llevadora 3.3	Urbana	36 anys	Altres
Llevadora 3.4	Rural Urbana	22 anys	Altres
Llevadora 3.5	Urbana	7 anys	-

Font: elaboració pròpia. Dades extretes de les fitxes emplenades per les llevadores (Annex 2).

Per les entrevistes es va optar per llevadores que podien disposar d'experiència en formació, específicament en sexualitat i salut sexual i reproductiva. Per tant, en aquelles que oferien un punt de vista diferent comparat amb altres membres en el seu camp (Flick, 2015). Es van seleccionar quatre llevadores i tanmateix es van realitzar dues entrevistes, per tant es pot considerar una entrevista grupal, tal i com s'ha explicat anteriorment (apartat 3.3.3). La decisió de reunir dues llevadores en cada entrevista va ser motivada per fer partícips a diverses veus en un mateix discurs (Verd i Lozares, 2016). Les característiques de les respectives mostres de les entrevistes es presenten a continuació (taula 17).

Taula 17. Característiques de la mostra llevadores de les entrevistes.

Participants	Anys treballats ASSIR	Formació rebuda salut sexual	Formació organitzada/impartida salut sexual
Llevadora E.1	31	Postgrau, altres	Postgrau, altres
Llevadora E.2	35	Postgrau, altres	Postgrau, altres
Llevadora E.3	23	Màster, postgrau, altres	Postgrau, altres
Llevadora E.4	16	Postgrau, altres	Postgrau, altres

Font: elaboració pròpia.

4.2.4. Accés al camp i contacte amb les llevadores

Donat el tipus de disseny emergent i flexible utilitzat en la recerca, l'accés al camp i el contacte amb les llevadores es va anar realitzant a mesura que la investigació anava avançant. També recordar que la investigació qualitativa és un activitat situada, en la què l'investigador estudia les coses en els seus escenaris naturals, entesos aquests com a contextos que es construeixen a través de les pràctiques interpretatives de l'investigador (Denzin i Lincoln, 2012).

Així mateix, a l'hora de planificar l'accés al camp i el contacte amb les llevadores participants es va tenir en compte el context en un doble sentit, per una banda els factors particulars de l'àmbit d'estudi, i per altra, el context social i personal de les llevadores i els seus atributs (Verd i Lozares, 2016).

La primera consulta per a la selecció de les llevadores assistencials es va realitzar a partir de que en aquella etapa la investigadora formava part de la junta directiva de l'Associació Catalana de Llevadores, entitat que comptava en el 2013 amb més de sis-centes associades de les quasi mil comptabilitzades a Catalunya. També esmentar que del total de llevadores que exerceixen a Catalunya, 498 ho fan a les unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva (ASSIR) de l'Institut Català de la Salut (dades actualitzades al juliol de 2016 segons font de la Direcció Assistencial d'Atenció Primària i a la Comunitat). Aquestes dades no s'han presentat en l'apartat de característiques de la mostra perquè no pretenen tenir representativitat estadística, sinó ser informades per situar l'estudi en el context de la pràctica de les llevadores.

L'accés formal a les llevadores assistencials es va realitzar el 2013 a través de la Coordinadora Maternoinfantil (MI) i Atenció Sexual i Reproductiva (ASSIR) de Catalunya, i seguidament amb les coordinadores de les unitats ASSIR de les diferents gerències territorials, i així també es va poder informar-les sobre l'estudi i sol·licitar els contactes de les llevadores participants. Per contactar amb les llevadores del grup de discussió de

gestores es va comptar amb l'assessorament de la coordinadora MI i ASSIR esmentada anteriorment.

Per l'accés i contacte amb les llevadores formadores va ser d'utilitat que la pròpia investigadora tingués experiència en formació en sexualitat i salut sexual i reproductiva, fet que va facilitar tenir coneixement sobre la seva rellevància com a entrevistades.

4.3. Procediment de recollida de dades

Els grups de discussió i les entrevistes en profunditat són les estratègies emprades per a la recollida de dades, i anteriorment (3.3.2 i 3.3.3) s'han explicat les seves característiques, utilitat i punts forts i febles. Destacar que els grups de discussió i les entrevistes obertes, precisament perquè ambdues són estratègies de conversa, es complementen bé en el context de la present investigació. Mentre que dels primers s'obtenen representacions de tipus col·lectiu construïdes sobre l'objecte d'estudi, de les segones s'obtenen de tipus individual, és a dir, sobre coneixements dels comportaments i les vivències personals (Alonso, 2015; Barbour, 2013; Callejo, 2001; Verd i Lozares, 2016).

En les dues estratègies la investigadora va contactar amb les llevadores per primera vegada via telefònica i es va sol·licitar la seva participació en l'estudi, posteriorment i dies abans de la data prevista, es van enviar correus electrònics per confirmar l'assistència. Totes les sessions es van realitzar a l'Escola d'Infermeria de la Universitat de Barcelona, els motius varen ser que es pretenia donar a l'activitat un caire acadèmic i científic, a més de la facilitat de recursos disponibles per la investigadora, ja que és el seu lloc de treball. L'emplaçament també va ser adequat per la independència amb el lloc de treball de les participants i per la seva localització, fet que les assistents van valorar positivament.

Els grups de discussió es varen celebrar al juny de 2013 el primer i al maig de 2014 el segon ambdós de llevadores assistencials, i el tercer de gestores al juny de 2015. Les

entrevistes es varen realitzar al desembre de 2015. A continuació es detalla el procés seguit en cada una de les estratègies.

4.3.1. Grups de discussió

El primer que es va plantejar en la recerca era perquè utilitzar els grups de discussió, i l'argument va ser que l'estratègia permetia respondre a la pregunta d'investigació i s'adequava al plantejament teòric i metodològic de la recerca, de manera que el context creat a partir de la interacció permetia la generació de significats socials i d'un discurs compartit.

Quant al procés de desenvolupament, seguint les recomanacions de diversos autors, en el primer contacte telefònic no es va oferir informació exhaustiva sobre el tema d'estudi, tan sols es va comentar que era una investigació vinculada a una tesi doctoral, que es tractava d'una sessió en la que participarien altres llevadores i que es sol·licitava, en forma de conversa, la seva opinió i percepcions sobre la seva pràctica en l'atenció a la salut sexual, i també que no havien de preparar res específic amb antelació.

Per a la planificació dels grups de discussió es van tenir en compte els següents elements descrits anteriorment (3.3.2) i que ara es concreten en les reunions realitzades:

- **Moderadora/Investigadora.** Després de rebre i agrair la participació en l'estudi a les llevadores, els hi va explicar la finalitat de la recerca, la dinàmica i el tema de la reunió. Es va procurar vetllar per la conversabilitat i anar anotant tota aquella informació que posteriorment seria d'utilitat per a l'anàlisi de dades.
- **Observadora.** Es va comptar amb la col·laboració d'una infermera experta en metodologia qualitativa. La seva participació va consistir en anotar la posició de les participants en el grup i l'ordre de les seves intervencions, el que va facilitar la posterior transcripció. Va anar observant la dinàmica de la reunió i l'actuació de la moderadora, el que va permetre posteriorment fer-ne valoracions i reflexions amb la investigadora.

- **Guia sessió.** La investigadora havia elaborat prèviament a les sessions una guia (annex 3) d'auto-suport on hi consten tres apartats. El primer va ser útil per contextualitzar l'estudi (aspecte molt important, posat que és imprescindible que les informants comparteixin l'objecte i l'objectiu d'investigació per generar coneixement), explicar la dinàmica de la sessió, i perquè les participants emplenessin la fitxa de dades i signessin el full de consentiment informat. En el segon, hi consten les **preguntes temàtiques** que van servir per a dinamitzar la conversabilitat i discussió. Destacar que per a la confecció d'algunes preguntes es va tenir en compte el model d'anàlisi de necessitats de formació de Hennessy i Hicks (2011); concretament, quines situacions i activitats consideraven rellevants les llevadores per a l'acompliment amb èxit, i quines sentien i percebien que feien més bé. Comentar també que la doctoranda va sol·licitar a les autores el poder fer-ne ús, que va ser permès amb la corresponent citació bibliogràfica. La investigadora va incloure una pregunta sobre les situacions que presentaven dificultat per ser abordades, i finalment, com es podia millorar aquest fet. En darrer lloc en el tercer apartat, hi consten unes indicacions per a l'observadora que va participar en la sessió.

És important detallar que en el grup de discussió de llevadores gestores es van reformular les preguntes, el motiu va ser el voler obtenir informació de les necessitats de formació des d'una perspectiva normativa, i relacionada amb el perfil competencial requerit de les llevadores assistencials. Així mateix, des d'aquesta òptica es va voler recollir l'opinió sobre els reptes de futur en l'atenció a la salut sexual i les competències a desenvolupar.

4.3.2. Entrevistes en profunditat

La justificació d'utilitzar la tècnica de l'entrevista va sorgir arrel del procés d'anàlisi de dades dels grups de discussió, en que es va detectar la necessitat d'aprofundir i matisar en el tema d'estudi. Concretament es volia obtenir una informació contextualitzada, a

més de situada en la perspectiva històrica, cultural i social sobre la formació en salut sexual, des de l'experiència de llevadores formadores.

El procés de desenvolupament de les entrevistes es va iniciar en un primer contacte telefònic en el que es va dir el tema d'estudi i que estava vinculat a una tesi doctoral. En aquest cas i a diferència dels grups de discussió, es va explicar més exhaustivament la informació que es volia obtenir i que es conversaria sobre les seves experiències. Quan es va comentar que hi participaria una altra entrevistada totes van respondre que no hi tenien cap inconvenient.

Per a la planificació de les entrevistes es van tenir en compte els següents elements descrits anteriorment (3.3.3) i que ara es concreten en les reunions realitzades (annex 4):

- **Investigadora.** Inicialment va agrair la participació en l'estudi i va recordar la temàtica a tractar i les finalitats. Va procurar mostrar empatia a partir de l'escolta activa, i permetre que la conversa transcorregués de manera natural, vetllant perquè sorgeixin els temes a tractar però sense exercir excessiu control.
- **Guia de l'entrevista.** Les entrevistes que es van realitzar varen ser de tipologia semiestructurada, i es va optar per un guió en forma de preguntes obertes que durant les sessions també es van presentar com a temes de conversa.

Finalment comentar que tant en les sessions dels grups de discussió com en les entrevistes es va realitzar registre d'àudio mitjançant gravació digital de veu, el que va facilitar el posterior arxiu, transcripció i anàlisi (Valles, 2014). La durada dels grups de discussió va ser d'una hora i trenta minuts en tots ells, i la de les entrevistes poc més d'una hora.

Al finalitzar cada reunió la investigadora va agrair a les llevadores la vàlua de les seves aportacions i les hi va entregar el certificat de participació en l'estudi. A continuació, es va establir una agradable conversa en la que es va reflexionar sobre la professió.

4.4. L'anàlisi de dades

L'anàlisi de dades implica dos aspectes, el primer es refereix al maneig de les dades o com gestionar el gran volum d'informació generada, i el segon a la interpretació de la mateixa per acabar oferint una comprensió i explicació del fenomen d'estudi (Gibbs, 2012). En recerca qualitativa l'investigador està immers en un treball creatiu en el que el mètode que es segueix concatena els processos de comprendre, sintetitzar i teoritzar amb l'anàlisi i interpretació de les dades (Morse, 2005; Valles, 2007, 2014).

Cal recordar que la recollida i l'anàlisi de dades es va realitzar simultàniament, per tant aquest darrer es va iniciar durant el procés de disseny de la investigació i amb la primera recollida de dades. En aquest apartat s'exposa el procediment realitzat per a l'anàlisi de les dades en la recerca, i inclou la preparació de les dades, el suport informàtic utilitzat, i el procés seguit de codificació segons l'orientació de la teoria fonamentada.

4.4.1. Preparació de les dades dels grups de discussió i de les entrevistes

Els materials generats de la recollida de dades van ser les gravacions, les notes que la investigadora va anar prenent, les aportacions de l'observadora, i els mateixos memoràndums (Glaser i Strauss, 1967) produïts durant el procés de recollida i anàlisi.

La gravació digital de les sessions va facilitar la transcripció a text de la informació obtinguda. Aquest suport àudio, que es va fer amb una gravadora de qualitat, ha permès en múltiples ocasions reproduir les veus de les llevadores, i analitzar-les amb els seus matisos, expressions naturals i copsar de nou els detalls del discórrer de la discussió establerta en els grups, i també en les entrevistes en un ambient més personal.

Les transcripcions del material gravat es van realitzar de manera completa i escrivint literalment les paraules i les expressions, indicant en el text les pauses, els silencis o bé quan es parlava alhora. Aquesta manera de transcriure és essencial per poder codificar posteriorment les dades, especialment en la lògica de la teoria fonamentada.

Tal i com s'ha comentat, la transcripció s'anava realitzant després de cada recollida de dades, el que va permetre fer-ne una anàlisi prèvia abans de planificar el següent grup de discussió, i posteriorment les entrevistes.

4.4.2. Anàlisi de dades amb programa informàtic

Els programes d'anàlisi de dades qualitatives assistits per ordinador (CAQDAS de les sigles en anglès) són un suport informàtic que ofereixen una sistemàtica i eficiència en el procés analític (Gibbs, 2012). Faciliten el maneig i organització de la informació per poder treballar amb les transcripcions, amb diversos tipus de notes sobre idees o cerques, i també la part tècnica de marcar, codificar, recuperar i editar informes (Gibbs, 2012; Rodríguez, et al., 1999; Valles, 2014).

Destacar que, a diferència dels programes que analitzen dades quantitatives o estadístiques, els CAQDAS no són un instrument pròpiament d'anàlisi, sinó de tasques mecàniques en el processament de la informació, ja que és l'investigador qui realitza l'activitat conceptual al generar els productes del procés d'anàlisi (Carrero, et al., 2012; Gibbs, 2012; Verd i Lozares, 2016). Val a dir que, com a inconvenients en el seu ús, es pot percebre cert distanciament de les dades o també se li ha objectat l'excés d'influència de la teoria fonamentada en el seu disseny (Gibbs, 2012).

Un cop valorats els avantatges i inconvenients de l'anàlisi de dades amb suport informàtic no es valora excessivament millor que l'anàlisi manual en suport paper, ja que aquest darrer tal i com afirma Gibbs (2012) permet cert grau de creativitat, flexibilitat i facilitat d'accés en els estadis inicials de l'anàlisi. De fet, en la present recerca es va iniciar l'anàlisi a partir de les transcripcions en suport paper, i tot seguit la investigadora va optar per utilitzar el programa NVivo versió 10 (també la versió 12) precisament per la seva capacitat organitzativa de la informació, la seva adequació al mètode emprat en la recerca, i també per tenir-ne disponibilitat.

4.4.3. L'anàlisi de dades en la teoria fonamentada

En l'apartat sobre el mètode de recerca (3.2) s'han explicat les característiques de la teoria fonamentada, i en aquesta secció es detalla com s'ha utilitzat en la recerca per a la codificació de dades, que és pel que específicament és idoni el mètode.

L'estratègia general de l'anàlisi és el **mètode de comparació constant** (Glaser i Strauss, 1967) que es basa en esbrinar les similituds i diferències entre els incidents que es troben en les dades, i entre aquests i les categories que van emergint en l'anàlisi de les mateixes. Per tant, es tracta d'un mètode directament lligat amb el concepte de saturació teòrica, ja que a l'anar relacionant i comparant els fets i assignant-los a noves o existents categories, arriba un moment en que no emergeixen nous conceptes i les dades es saturen (Glaser i Strauss, 1967; Strauss i Corbin, 2002).

El procés central de l'anàlisi és la codificació de les dades, on es tracta de classificar-les i de descobrir-ne els significats subjacents en el text (Morse, 2005) o, com proposen Rodríguez, et al. (1999), seguir un procediment de reducció de dades en unitats de significat que expressen una idea sobre el fenomen d'estudi. De manera que, parafrasejant a Gibbs (2012), es van identificant i registrant un o més passatges de text o altres dades que exemplifiquin la mateixa idea teòrica o descriptiva (p. 63).

En el procés d'anàlisi és important clarificar que, seguint la lògica de la teoria fonamentada, es va iniciar l'anàlisi amb la primera recollida de dades, el que va orientar la següent obtenció de dades i la seva anàlisi, desenvolupant així un cicle d'alternança entre elles (Sabariego, et al., 2016). Tanmateix, es van codificar alhora les dades dels grups de discussió i de les entrevistes en profunditat, ja que tal i com es va explicar en l'apartat sobre el tipus de mostreig (4.3.2), és la saturació teòrica de les categories la que guia l'anàlisi i, per tant, els grups no han de ser definits prèviament atès que, com afirmen Carrero, et al. (2012) "no es comparen poblacions, sinó característiques de creació d'idees que al seu torn delimiten patrons comportamentals i actitudinals" (p. 27).

Finalment, exposar que el procés analític de codificació de dades és possible fer-lo per conceptes previs establerts en la literatura o altres, tanmateix s'ha optat per la codificació oberta intentant extreure de les dades el que succeeix sense idees preconcebudes (Charmaz, 2006; Glaser i Strauss, 1967; Morse, 2005; Strauss i Corbin, 2002). Així i tot, en la pràctica aquest enfocament no és del tot realista, ja que la sensibilitat teòrica orienta a l'investigador en la generació de nous conceptes i categories (Glaser, 1978; Strauss i Corbin, 2002). En el mateix sentit, apunten Silva i Tierno (2011) a l'afirmar que en l'anàlisi qualitativa "és important considerar també l'experiència de l'investigador, de manera que la interpretació no sigui solament numèrica i/o objectiva, sinó que és enriquida per la subjectivitat (p. 15). En definitiva, com proposa Gibbs (2012), les dues maneres de generar codis no són exclusives, i de fet els investigadors realitzen l'anàlisi ubicats entre ambdues. I seguint aquests arguments, s'ha realitzat el procés analític de codificació en la investigació.

En la present tesi s'ha adoptat el model de codificació de Strauss i Corbin (2002) per la precisió i sistemàtica que ofereix el mètode. Es caracteritza per seguir un procés segons tres tipus de codificació: oberta, axial i selectiva.

4.4.3.1. Codificació oberta

Consisteix en comparar la informació obtinguda a partir de segments que comparteixen la mateixa idea, i assignar-los un codi o concepte comú (Valles, 2007). És a dir, mitjançant la comparació identificar els conceptes i descobrir en les dades les seves propietats i dimensions, comparant per veure les seves diferències i similituds (Strauss i Corbin, 2002) i així identificar les categories en el text de manera reflexiva (Gibbs, 2012).

El procés de codificació en la present recerca es va iniciar analitzant primer línia per línia per a mantenir la proximitat amb les dades (Gibbs, 2012) i, tot cercant el que el text "deia", es van anar identificant segments rellevants o unitats de significat que es varen codificar (Verd i Lozares, 2016) i classificar en categories. L'anàlisi del primer grup de discussió va permetre generar les categories inicials, que es van anar perfilant i modificant a mesura que avançava la recerca.

Amb el posterior mostreig teòric de noves dades extretes dels grups de discussió i les entrevistes, es va seguir amb l'anàlisi de segments, frases o paràgrafs sencers el que va permetre identificar noves unitats de significat. Els nous codis es van relacionar amb les categories existents (Strauss i Corbin, 2002) el que va possibilitar el seu desenvolupament o bé crear-ne de noves si era el cas.

4.4.3.2. Codificació axial

En el procés de codificació es duu a terme simultàniament la codificació oberta i l'axial. És el moment de comparar els incidents amb els nous que van sorgint, assignar-los a les categories ja existents o bé creant-ne de noves (Carrero, et al., 2012) de manera que les categories es construeixen de manera sistemàtica, es desenvolupen, es precisen i es relacionen amb subcategories (Corbin i Strauss, 2008; Gibbs, 2012; Strauss i Corbin 2002).

La codificació en la teoria fonamentada, -tot i partir d'un enfocament inductiu-, esdevé una anàlisi abductiva, ja que l'investigador simultanieja en el procedir analític de forma continuada, entre dada-hipòtesi-nova dada (Strauss i Corbin 2002). I de nou ens remetem al concepte de mostreig i saturació teòrics seguint a Charmaz (2006) quan diu que "la inferència abductiva implica considerar totes les possibles explicacions teòriques de les dades, la formació d'hipòtesis per a cada possible explicació, comprovar empíricament mitjançant l'examen de les dades, i la recerca de l'explicació més plausible" (p. 104). Aquesta és una manera d'activar una mena de descobriment interpretat teòricament (Verd i Lozares, 2016), i de validar les interpretacions al comparar permanentment unes dades amb altres (Strauss i Corbin 2002).

4.4.3.3. Codificació selectiva

En aquesta etapa s'identifica la categoria central o fenomen d'estudi, i es relacionen les altres categories amb ella (Gibbs, 2012). És l'etapa final de la codificació i implica integrar i refinar la teoria (Strauss i Corbin 2002).

Durant el procés de codificació oberta es van identificar 1028 referències o unitats de significat que es van codificar en 51 categories. Seguida i simultàniament en la codificació axial i l'anàlisi de noves dades, es van anar relacionant i comparant les esmentades categories inicials (*codis substantius*), alhora que es classificaven en categories i subcategories. Així mateix, es va continuar el procés inductivament, fins a associar-les amb les 4 metacategories emergents (*codis teòrics*).

Per il·lustrar el procés de codificació realitzat es presenta la taula 18, en la que es mostra el sistema de categorització amb les corresponents metacategories, categories i subcategories que han emergit de l'anàlisi. Així com la seva descripció en base a la conceptualització que s'ha realitzat, i per a més detall el nombre de referències codificades en cadascuna d'elles.

Taula 18. Sistema de categories en NVivo 12.

Name	Description	Number Of Coding	Hierarchical Name
1. Atenció a la salut sexual	Visió i actuació de les llevadores en l'atenció a la sexualitat i salut sexual.	649	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual
1.1. Concepció de sexualitat i atenció a la salut sexual	Concepte i valor que atorguen les llevadores a la sexualitat i a l'atenció a la salut sexual.	59	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.1. Concepció de sexualitat i atenció a la salut sexual
1.1.1. Sexualitat i atenció a la salut sexual i afectiva	Consideracions de les llevadores sobre la rellevància d'atendre la sexualitat i la salut sexual i afectiva.	34	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.1. Concepció de sexualitat i atenció a la salut sexual\\1.1.1. Sexualitat i atenció a la salut sexual i afectiva
1.1.2. Drets sexuals i reproductius	Integració dels drets sexuals en la pràctica professional.	25	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.1. Concepció de sexualitat i atenció a la salut sexual\\1.1.2. Drets sexuals i reproductius
1.2. Situacions de la pràctica	Situacions de la pràctica que requereixen atenció en salut sexual, i que representen un repte.	161	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.2. Situacions de la pràctica
1.2.1. Serveis i activitats assistencials ASSIR	Activitats assistencials i educatives incloses o no en la cartera de serveis de l'ASSIR en les quals les llevadores opinen que cal atendre de manera específica la salut sexual i afectiva.	54	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.2. Situacions de la pràctica\\1.2.1. Serveis i activitats assistencials ASSIR

1.2.2. Relació amb altres cultures	Situacions en que la llevadora atén dones immigrants d'altres cultures.	37	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.2. Situacions de la pràctica\\1.2.2. Relació amb altres cultures
1.2.3. Rol de la parella	Opinions de les llevadores sobre la implicació de la parella en la cura de la dona. Atenció de salut a la parella.	28	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.2. Situacions de la pràctica\\1.2.3. Rol de la parella
1.2.4. Interacció amb l'acompanyant	Situacions en les que la presència d'una persona que acompanya a la dona, influeix en la interacció entre aquesta i la llevadora.	14	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.2. Situacions de la pràctica\\1.2.4. Interacció amb l'acompanyant
1.2.5. Atendre a l'home	Situacions en que la llevadora atén la salut sexual i/o reproductiva de l'home.	12	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.2. Situacions de la pràctica\\1.2.5. Atendre a l'home
1.2.6. Nous models paternitat	Atenció al pare, i assessorament a parelles homosexuals amb fills.	6	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.2. Situacions de la pràctica\\1.2.6. Nous models paternitat
1.2.7. Grups d'educació sanitària	Consideracions de les llevadores sobre com realitzar l'abordatge de la sexualitat i salut sexual en els grups d'educació sanitària.	10	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.2. Situacions de la pràctica\\1.2.7. Grups d'educació sanitària
1.3. Dimensions competencials: habilitats i destreses	Coneixements, habilitats, destreses i actituds que les llevadores desenvolupen en la pràctica. S'inclouen tant les que consideren que aconsegueixen exitosament com aquelles que requereixen millorar.	301	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials
1.3.1. Habilitats comunicatives	Característiques de les habilitats comunicatives en l'atenció a la salut sexual.	43	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.1. Habilitats comunicatives
1.3.10. Habilitats organitzatives	Habilitat en planificar i gestionar el temps, organitzar el seguiment de la dona, i la disponibilitat de l'atenció en salut sexual segons territori.	30	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.10. Habilitats organitzatives
1.3.11. Reflexió crítica sobre la pràctica	Reflexió crítica sobre la pràctica. Situacions que generen que la llevadora reflexioni sobre la seva pràctica.	26	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.11. Reflexió crítica sobre la pràctica
1.3.2. Empatia i assertivitat	Característiques del desenvolupament de les habilitats i actituds competencials per establir una relació empàtica i assertiva.	18	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.2. Empatia i assertivitat
1.3.3. Suport emocional	Destresa per acompanyar a la dona en situacions en que es troba emocionalment afectada.	6	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.3. Suport emocional
1.3.4. Disposició atenció de salut	Destreses i conductes que mostren el proporcionar atenció de salut sexual (de disposició i de no acceptar).	13	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.4. Actituds disposició atenció de salut

1.3.5. Confidencialitat i confiança	Característiques que afavoreixen o no la confidencialitat i la confiança.	14	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.5. Actituds de confidencialitat i confiança
1.3.6. Detectar demanda	Destreses per detectar la demanda explícita i la implícita.	13	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.6. Detectar demanda
1.3.7. Detectar situacions risc	Característiques de les situacions de risc i dificultats de les llevadores per realitzar la seva detecció.	23	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.7. Detectar situacions risc
1.3.8. Cercar informació	Desenvolupament de coneixements, habilitats i destreses per cercar informació.	4	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.8. Cercar informació
1.3.9. Aprendre de la pràctica	Capacitat per aprendre de l'experiència en la pràctica professional.	13	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.3. Dimensions competencials\\1.3.9. Aprendre de la pràctica
1.4. Dimensions competencials: valors professionals	Valors/actituds que orienten i fonamenten l'atenció a la salut sexual.	75	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.4. Valors professionals
1.4.1. Ajudar a la persona	Percepció de que cal ajudar a la persona i motivació per fer-ho.	9	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.4. Valors professionals\\1.4.1. Ajudar a la persona
1.4.2. Respectar decisió dona	Actuacions que impliquen detectar la demanda, i consegüentment respectar els valors, creences i determinació de la dona.	13	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.4. Valors professionals\\1.4.2. Respectar decisió dona
1.4.3. Empoderar a la dona	Estratègies per capacitar a la dona perquè pugui prendre decisions sobre la seva salut de manera autònoma.	12	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.4. Valors professionals\\1.4.3. Empoderar a la dona
1.4.4. Experiència professional	Característiques de l'experiència professional: anys treballats i trets personals.	8	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.4. Valors professionals\\1.4.4. Experiència professional
1.4.5. Reconeixement professional	Reconeixement de la pràctica exitosa. Pot provenir de la usuària, de les companyes i propi.	6	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.4. Valors professionals\\1.4.5. Reconeixement professional
1.4.6. Satisfacció professional	Característiques de les situacions en l'atenció a la salut sexual i reproductiva que aporten satisfacció.	27	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.4. Valors professionals\\1.4.6. Satisfacció professional
1.5. Treball en equip	Interrelació amb altres professionals siguin o no de l'ASSIR.	53	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.5. Treball en equip
1.5.1. Treball col·laboratiu	Situacions i activitats que impliquen col·laboració amb altres professionals, siguin o no de l'àmbit de la salut sexual i reproductiva.	30	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.5. Treball en equip\\1.5.1. Treball col·laboratiu

1.5.2. Derivar altre professional	Situacions en que la llevadora no se sent capacitada per abordar i deriva a un altre professional especialitzat, sigui o no llevadora.	12	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.5. Treball en equip\\1.5.2. Derivar altre professional
1.5.3. Formació multiprofessional	Consideracions sobre la conveniència o no de realitzar la formació continuada amb altres professionals.	11	Nodos\\1. Atenció a la salut sexual\\1.5. Treball en equip\\1.5.3. Formació multiprofessional
2. Recursos	Recursos i estratègies a l'abast de la llevadora en l'atenció a la salut sexual.	82	Nodos\\2. Recursos
2.1. Estratègies de la llevadora	Estratègie/recursos que utilitza la llevadora a partir de la seva competència i que refereix que li funcionen (són exitoses).	32	Nodos\\2. Recursos\\2.1. Estratègies de la llevadora
2.2. La dona com a recurs	Situacions en que és la dona qui planteja directament la demanda.	7	Nodos\\2. Recursos\\2.2. La dona com a recurs
2.3. Recursos del sistema sanitari	Recursos que ofereix el sistema sanitari i que utilitza o no la llevadora.	43	Nodos\\2. Recursos\\2.3. Recursos del sistema sanitari
3. Contextualització de les necessitats de formació	Dificultats i punts de millora que les llevadores senten o perceben en la seva pràctica, i susceptibles de desenvolupar amb formació.	91	Nodos\\3. Contextualització de les necessitats de formació
3.1. Reptes socials	Adequació de l'atenció a la salut sexual als canvis socials i a les necessitats de la població (visió de les llevadores sobre la sexualitat de les persones).	11	Nodos\\3. Contextualització de les necessitats de formació\\3.1. Reptes socials
3.2. Formació inicial	Formació inicial al realitzar l'especialitat.	6	Nodos\\3. Contextualització de les necessitats de formació\\3.2. Formació inicial
3.3. Experiències de formació	Experiències formatives realitzades.	14	Nodos\\3. Contextualització de les necessitats de formació\\3.3. Experiències de formació
3.4. Territori i formació	Característiques de la formació segons el tipus de territori i població.	14	Nodos\\3. Contextualització de les necessitats de formació\\3.4. Territori i formació
3.5. Detecció necessitats formació	Percepció i expressió de necessitat de formació: evolució formació, àmbit competencial i plans de formació institucionals.	49	Nodos\\3. Contextualització de les necessitats de formació\\3.5. Detecció necessitats formació
4. Propostes per millorar la pràctica	Estratègies formatives per millorar l'atenció de salut sexual.	206	Nodos\\4. Propostes per a millorar la pràctica
4.1. Formar-se	Consideracions sobre la formació pel desenvolupament professional.	69	Nodos\\4. Propostes per a millorar la pràctica\\4.1. Formar-se

4.1.1. Formació en actituds	Consideracions sobre la necessitat de formar-se en actituds.	33	Nodos\4. Propostes per a millorar la pràctica\4.1. Formar-se\4.1.1. Formació en actituds
4.1.2. Formació en habilitats de comunicació	Consideracions sobre la necessitat de formar-se en habilitats de comunicació.	13	Nodos\4. Propostes per a millorar la pràctica\4.1. Formar-se\4.1.2. Formació en habilitats de comunicació
4.2. Cercar i utilitzar recursos	Propostes per utilitzar nous recursos o ja disponibles.	25	Nodos\4. Propostes per a millorar la pràctica\4.2. Cercar i utilitzar recursos
4.3. Formació integrada o específica	Consideracions sobre realitzar una formació integrada o específica en els diversos programes o activitats assistencials de l'ASSIR.	14	Nodos\4. Propostes per a millorar la pràctica\4.3. Formació integrada o específica
4.4. Rotació en servei	Rotació en servei a altres ASSIRs.	8	Nodos\4. Propostes per a millorar la pràctica\4.4. Rotació en servei
4.5. Perfil docent	Perfil docent per fer formació.	7	Nodos\4. Propostes per a millorar la pràctica\4.5. Perfil docent
4.6. Perfil professional	Consideracions sobre el perfil professional requerit per a l'atenció a la salut sexual.	56	Nodos\4. Propostes per a millorar la pràctica\4.6. Perfil professional
4.7. Noves línies formació	Noves línies de formació que proposen les llevadores per a millorar la seva pràctica.	30	Nodos\4. Propostes per a millorar la pràctica\4.7. Noves línies formació

Font: elaboració pròpia.

4.5. Criteris de qualitat en la investigació

Tota recerca ha de fer explícits els criteris de qualitat que s'han seguit en els procediments d'obtenció de resultats (Verd i Lozares, 2016) i aquests criteris en investigació qualitativa estan relacionats amb tot el procés de recerca, és a dir en l'enfocament epistemològic i metodològic, en el disseny, l'anàlisi, i també amb l'ètica i la difusió de resultats (Flick, 2015 p.89; Gibbs, 2012).

Lincoln i Guba (1985) van proposar, a partir de les característiques que defineixen la qualitat d'una investigació, quatre criteris de rigor científic en recerca qualitativa:

- **Credibilitat.** Respon a la pregunta "Com establir confiança en la veritat dels descobriments d'una investigació particular per als subjectes i el context amb els que es va dur a terme la investigació?" (Guba, 2008, p. 152). Es refereix, doncs, al valor de veracitat o grau versemblança de les troballes (Verd i Lozares, 2016) i

al·ludeix a la veritat tal i com la coneixen, l'experimenten o la senten les persones estudiades (Leininger, 2005) i s'interpreta a partir de les troballes de forma coparticipant. De manera que per establir un criteri de veritat cal romandre temps en el camp, utilitzar la triangulació de fonts múltiples d'informació, i fer comparacions constants en l'anàlisi de dades, entre d'altres (Gibbs, 2012; Valles, 2014). En el present estudi s'han seguit els següents procediments: triangulació de fonts d'informació diversificant al màxim les informants de manera que es puguin copsar totes les cares de l'objecte d'estudi, realitzar el procés de recollida i anàlisi de dades fins arribar a la saturació teòrica de manera que es pugui garantir que (per aquest moment i per a aquest context) obtenim una visió real, veraç i completa, recollida de tot el material generat i transcripció literal de les dades aportades de manera que es pugui corroborar el procés i les aportacions, i corroboració de les dades i de la interpretació possible a través de la discussió crítica amb l'observadora -experta en metodologia qualitativa- que va participar en els grups de discussió.

- **Transferibilitat.** Respon a la qüestió "Com determinar el grau en què poden aplicar-se els descobriments d'una investigació particular, a un altre context o amb altres subjectes?" (Guba, 2008, p. 152). Es tracta, per tant, de l'aplicabilitat o el poder transferir el coneixement generat a contextos diferents dels que ha produït la informació, i que segueixi preservant els significats i les interpretacions de l'estudi (Leininger, 2005; Verd i Lozares, 2016). Per tant, cal fer explícits els procediments seguits en la investigació, i a més recollir suficients dades o informació per a poder reconèixer situacions semblants d'altres contextos (Dorio, et al., 2016). En el cas de la recerca que es presenta, donada la seva idiosincràsia i com en tota recerca qualitativa, no es poden ni es pretenen extrapolar o generalitzar els resultats de la mateixa; no obstant, els procediments seguits per a la detecció de necessitats de formació de les llevadores, es poden aplicar (adaptant-los o "transferint-los") en altres contextos relacionats amb l'atenció a la salut sexual i reproductiva; per això, per facilitar la transferibilitat, es realitzen descripcions meticuloses i detallades de tots els

aspectes que puguin o hagin de ser adaptats (context, nombre de llevadores, processos seguits, etc.), com també es faciliten els guions o instruments utilitzats, de manera que pugui (si és el cas) ser adaptats en altres contextos similars.

- **Dependència.** Respon al repte “Com determinar si els descobriments d'una investigació es repetirien de manera consistent si es repliqués la investigació amb els mateixos (o similars) subjectes, en el mateix (o semblant) context?” (Guba, 2008, p. 152). Fa referència, en conseqüència, a la consistència de les dades, entesa com la possibilitat d'obtenir troballes similars en investigacions posteriors. La preocupació, en aquest cas, rau en vetllar per l'estabilitat de les dades, de manera que aquestes no depenguin de circumstàncies que maneja l'investigador, com pot ser l'ús d'un instrument determinat o la selecció de contextos. Per aquest motiu, requereix de descripcions detallades sobre el procés seguit en la recerca, l'actitud i el rol de l'investigador i les tècniques emprades (Dorio, et al., 2016; Valles, 2014; Verd i Lozares, 2016) per tal que la (in)dependència de les dades pugui ser comprovada per la comunitat científica. Tanmateix, durant el procés de recerca s'han pres diverses mesures per incrementar la independència de les dades respecte del procés d'investigació, com són: la triangulació de fonts informants -tant en heterogeneïtat de perfils com en persistència o prolongació en el temps-, la utilització de diferents mètodes -grup de discussió i entrevistes en profunditat-, revisió per part de la directora de tesi de les guies emprades en les estratègies de recollida de dades, i la discussió crítica amb l'observadora -experta en metodologia qualitativa- que va participar en els grups de discussió.
- **Confirmabilitat.** Respon a l'interès de qüestionar-se “Com establir el grau en què els descobriments d'una investigació només són funció dels subjectes investigats i condicions de la investigació, i no de les inclinacions, motivacions, interessos, perspectives, etc., de l'investigador? (Guba, 2008, p. 152). Caracteritza, per tant, a la neutralitat, o la inexistència de biaixos produïts per part de la persona

investigadora, el que implica proporcionar una informació contrastada que reflecteixi els significats atribuïts pels participants (Dorio, et al., 2016). Es tracta de que l'investigador expliqui de manera reflexiva i autocrítica el procés realitzat, evidenciant-lo amb registres o documents i així intentar evitar el biaix al seleccionar o recordar el gran volum d'informació analitzada (Gibbs, 2012; Leininger, 2005; Verd i Lozares, 2016). En la investigació que es presenta per tal de minimitzar els biaixos es va enregistrar i transcriure literalment la informació obtinguda, procurant tornar a les dades cada vegada que fos necessari per interpretar les opinions i idees de les participants. Altrament, la solidesa de les dades s'aconsegueix tornant a comprovar les transcripcions i creuant els codis (Flick, 2015). En la recerca també s'ha realitzat un procés metòdic i reflexiu, argumentant les diferents decisions que s'han pres. Al mateix temps, ha estat essencial la revisió externa de la directora de tesi per tal d'assegurar que els procediments seguits eren congruents; com també, puntualment, la d'una investigadora experta en anàlisi de dades -suport informàtic-, i la revisió per part d'una llevadora experta en recerca.

Posteriorment, Guba i Lincoln (2012) han anat revisant aquests criteris i s'han centrat en prioritzar enfocaments més emergents i propers a l'ontologia, epistemologia i metodologia qualitatives. Es posicionen en que no hi ha estàndards permanents per conèixer la veritat universalment, de manera que tot acord respecte de què és el coneixement vàlid, o sigui de què és la veritat "sorgeix de la relació existent entre els membres d'alguna comunitat amb interessos en comú" (Guba i Lincoln, 2012 p.57).

Així, coincidint amb altres autors i en un debat complex i canviant, es revisen els criteris i se'n proposen noves visions que ineludiblement han d'estar presents en una recerca de qualitat. Ens referim concretament a la reflexivitat i a l'ètica en el procés de la recerca, i de manera resumida es descriu la primera a continuació i en el següent apartat es tractaran els aspectes ètics considerats en la investigació.

La **reflexivitat** forma part de tot el procés d'investigació i és una eina per analitzar com la subjectivitat i la intersubjectivitat influeixen en aquest procés (De la Cuesta, 2004, 2011). Guba i Lincoln (2012) consideren que és el “procés de reflectir de manera crítica en el *self*, com a investigador” (p. 67); seria el jo com a instrument humà, és a dir la relació entre el subjecte investigador i el subjecte investigat (Sandín, 2003). Així la reflexivitat demanda que ens preguntem sobre els diferents *selves*, els basats en la investigació, els del bagatge que aportem i els creats segons la situació (Guba i Lincoln, 2012). Ser reflexiu implica contextualitzar la informació en el mateix procés d'investigació (Verd i Lozares, 2016) i talment la reflexivitat és la capacitat dels investigadors per a reflexionar sobre les seves accions i valors durant la investigació, de manera que fa explícits els antecedents, el medi i les preferències de l'investigador (Gibbs, 2012) que quedaran reflectits en el producte final de la investigació. Des d'aquest enfocament, es considera que la reflexivitat és un instrument per a la validesa (De la Cuesta, 2011; Guba i Lincoln, 2012).

En la present tesi s'ha procurat procedir seguint els criteris de qualitat esmentats anteriorment. La investigadora s'ha posicionat doblement, en primer lloc com a persona interessada compromesa a partir del seu *background* i les seves inquietuds i situació personal-professional (vegi's capítol 1, i especialment “Problema i preguntes d'investigació”) i, en segon lloc, en el procediment d'estudi, al considerar la realitat com a subjectiva i canviant, en utilitzar estratègies de recollida d'informació en les que es prioritza la veu de les llevadores i fer-les partícips del fenomen d'estudi, en analitzar les dades de manera sistemàtica i incorporant-ne de noves fins a la saturació teòrica de les mateixes. En definitiva, a comprendre el fenomen d'estudi des de la reflexivitat en els propis valors i en les decisions preses en la recerca, amb l'intent de poder aportar suggeriments que orientin plans de formació per a les llevadores.

4.6. L'ètica en la investigació

La bona pràctica en recerca aporta qualitat a la investigació i és una qüestió summament important en quan a la responsabilitat que l'investigador té envers les persones, la societat i la comunitat científica. En recerca qualitativa s'ha de considerar la perspectiva

epistemològica de l'ètica en tant que l'investigador ha de posicionar-se en com conèixer el món, i tenir present que es tracta d'estudis en que s'estableixen relacions entre persones (Denzin i Lincoln, 2012b).

Els aspectes ètics abasten tot el procés de la investigació, des de preguntar-se si el tema d'estudi és rellevant i aportarà coneixement, a considerar com es dissenya la mostra, què es preguntarà als participants valorant-ne les conseqüències que se'n puguin derivar, com s'analitzaran les dades, o com es difondran els resultats, entre d'altres (Denzin i Lincoln, 2012b; Gibbs, 2012; Flick, 2015).

El procedir èticament queda reflectit en diversos codis tant per l'àmbit de la investigació com pel professional. D'aquest últim se n'ha fet menció (apartat 2.2.2.2) al tractar els aspectes de formació, pràctica i recerca de les llevadores (ICM, 2014a) i pel que fa als deures vinculats amb la recerca dels pedagogs el Codi de Deontologia (Col·legi de Pedagogs de Catalunya, 2013) contempla entre els seus compromisos ètics amb la professió i la societat: compartir els coneixements científics i professionals i la informació imprescindible amb transparència preservant la intimitat de la persona, així com procurar exercir la professió amb dimensió investigadora per tal de contribuir a millorar el coneixement professional a partir d'una pràctica reflexionada i col·legiada.

En l'àmbit de la investigació els codis ètics tenen el seu origen en la recerca biomèdica i concretament en la Declaració d'Helsinki (darrera revisió a Fortaleza el 2013) que postula la necessitat d'acomplir el rigor científic, i en l'Informe Belmont del 1978 que defensa el respecte, la beneficència i la justícia en el procedir de la investigació (Sandín, 2003).

En investigació qualitativa les comissions d'ètica de diverses institucions segueixen aquest models, tot i que sovint no es consideren les seves especificitats (Denzin i Lincoln, 2012a). En general els codis ètics es centren bàsicament en: el consentiment informat, l'engany, la privacitat i confidencialitat, i la fidelitat (Christians, 2012).

El **consentiment informat** fa referència al compromís amb l'autonomia individual, de manera que els subjectes participants tenen el dret a estar informats sobre el procés i les conseqüències de la investigació (Christians, 2012; Sandín, 2003) com de retirar-se de l'estudi en qualsevol moment si així ho desitgen (Gibbs, 2012).

L'**engany** o el fet d'ometre informació a les persones investigades representa un dilema en recerca qualitativa, ja que per la seva naturalesa l'investigador no pot preveure la direcció i el decurs de la mateixa (Christians, 2012; Sandín, 2003). Tot i que convencionalment prima que el possible dany ocasionat s'equilibri amb els beneficis que aportí la investigació (Gibbs, 2012) tanmateix cal vetllar per la total seguretat del subjecte investigat (Flick, 2015).

La **privacitat** i la **confidencialitat** es basen en protegir la identitat i intimitat de les persones estudiades en els resultats de la investigació. La protecció de la privacitat i la confidencialitat pot representar un problema en tant que en els informes de les investigacions hi consten localitzacions o institucions que poden ser reconeixibles per alguns participants, el que els pot fer sentir perjudicats (Christians, 2012). En recerca qualitativa aquest perjudici ve donat per la publicació de dades força detallades, i s'ha de procurar l'anonimat perquè ningú pateixi dany físic o moral arrel de participar en un estudi (Christians, 2012; Gibbs, 2012). Al nostre medi es procura aquest principi ètic amb la Llei de Protecció de dades de caràcter personal (1999, 2011).

La **fidelitat** fa referència a la certesa de les dades, de manera que es considera mala praxi en recerca l'ús de material fraudulent, les invencions i les omissions (Christians, 2012). Per tant, la fidelitat està directament relacionada amb la qualitat de la investigació.

La Universitat de Barcelona, institució on s'ha dut a terme la present tesi doctoral, vetlla perquè la recerca que es duu a terme aconsegueixi la legislació vigent i les bones pràctiques científiques, el que es concreta en el "Codi de bones pràctiques en recerca" (2010). Aquest codi estableix que, per a qualsevol tipus de recerca, els investigadors

hauran d'assegurar mecanismes per a garantir la honestedat, la responsabilitat, el rigor i els conflictes d'interès que es poguessin presentar.

Arrel d'aquests principis ètics la investigadora va reflexionar sobre com pot influir la metodologia emprada en les participants de l'estudi, en el fet de garantir que han rebut i comprès la informació pertinent, i en la necessitat de conformitat per part de les participants, pel que es va presentar el projecte a la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona que va ser aprovat posteriorment (annex 5). Per acomplir aquests principis es va elaborar la documentació que incloïa el full informatiu i el compromís de confidencialitat en l'estudi, i el full de consentiment informat, ambdós es van facilitar a les participants abans d'iniciar els grups de discussió i les entrevistes.

PART III. RESULTATS, DISCUSSIÓ I CONCLUSIONS

Capítol 5. Resultats de la recerca

En aquest capítol, es presenten els principals resultats de l'anàlisi de les aportacions i opinions obtingudes de les llevadores assistencials i gestores, i de les llevadores formadores. Tal i com s'ha explicat en l'apartat d'anàlisi de les dades (4.5.3.) es varen codificar alhora les dades de les participants dels grups de discussió i de les entrevistes en profunditat.

Durant el procés de codificació, els codis es van anar atribuint a les categories emergents segons la comparació constant de similituds i diferències entre els incidents (Glaser i Strauss, 1967). Seguidament, es van desenvolupar les categories amb les seves propietats i dimensions, i es van anar identificant les relacions entre els codis existents i els nous de manera iterativa durant la recollida i anàlisi simultani de dades (Strauss i Corbin, 2002).

Els resultats es mostren agrupats segons les subcategories i categories emergents de l'anàlisi, i alhora aquestes s'han estructurat en quatre metacategories. Per a la seva classificació s'ha tingut en compte les preguntes i els objectius de recerca, així mateix la sensibilitat teòrica com l'experiència de la investigadora i la literatura sobre el tema (Glaser, 1978; Strauss i Corbin, 2002) s'han considerat durant el procés analític (Gibbs, 2012) com s'ha comentat en l'apartat d'anàlisi de dades (4.5.3).

La seqüència en que es presenten les diferents categories i subcategories segueixen la idea de donar una coherència al text en base a la interpretació que s'ha fet de les dades, i al fil argumental de l'objectiu d'estudi.

En la presentació dels resultats s'inclou la descripció i interpretació de les opinions de les llevadores, associades a les cites literals que han estat més representatives per copsar la idea que s'estava conceptualitzant.

Les cites es presenten amb la varietat d'expressions tal i com es van transcriure literalment. Per tal de mantenir la confidencialitat de les participants s'ha eludit el nom, localitzacions i altres dades que les poguessin identificar.

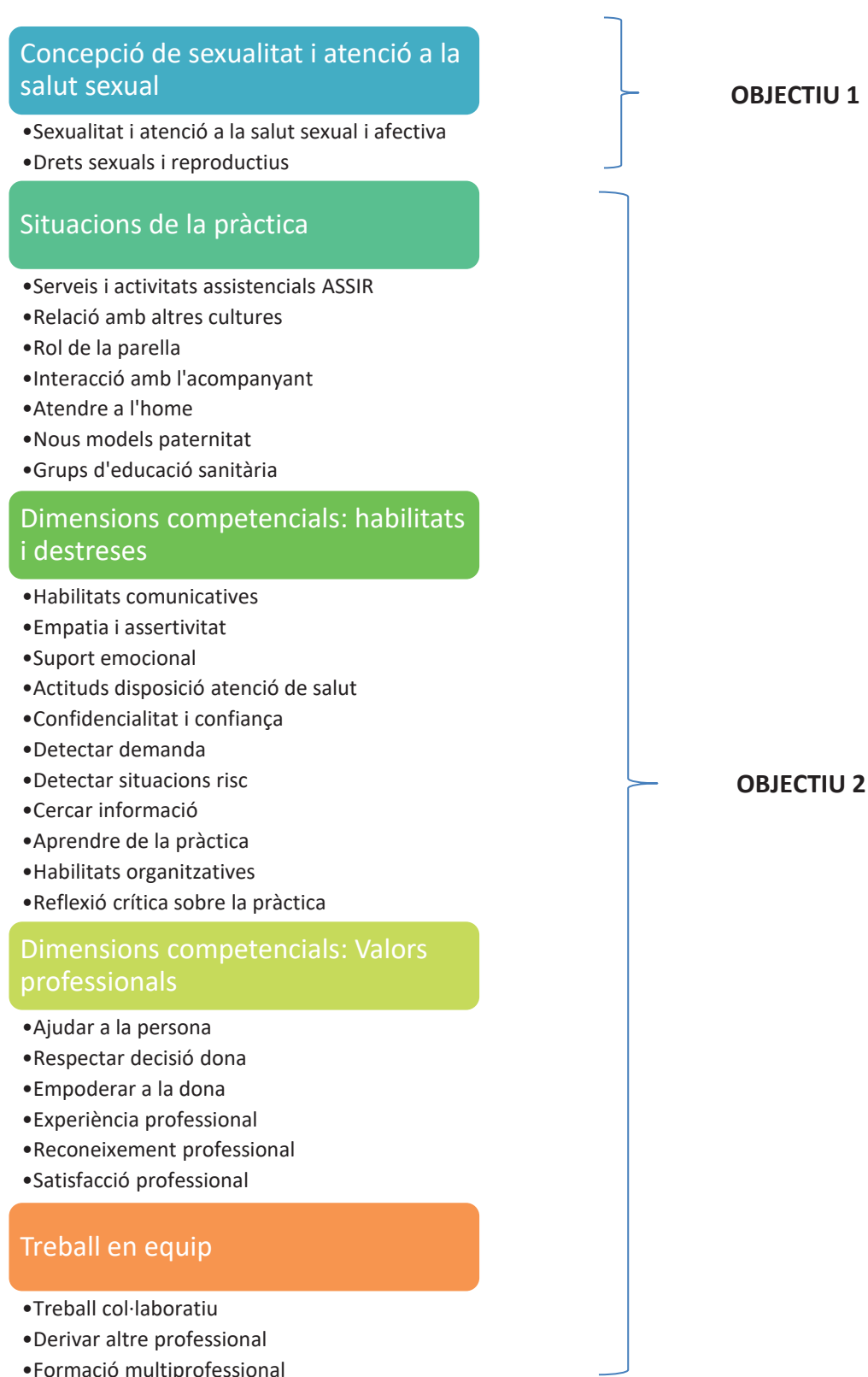
Al denominar l'origen de la cita, s'ha inclòs si han estat obtingudes dels grups de discussió (GD) o de les entrevistes (E) amb la seva corresponent numeració, seguida pel nombre de la referència (R) al qual pertany la cita dins de cada subcategoria. De manera que, a mode d'exemple, si observem seguit de la cita GD2-R7, sabem que al·ludeix a una llevadora del GD número 2 i que per aquella subcategoria és la referència número 7.

Tot seguit es presenten els resultats de l'estudi classificats en quatre apartats que integren les diferents categories: atenció a la salut sexual (5.1.), recursos (5.2.), contextualització de les necessitats de formació (5.3.), i propostes per millorar la pràctica (5.4.).

5.1. Atenció a la salut sexual

Les aportacions de les llevadores permeten identificar diversos aspectes que configuren i influeixen en la manera d'atendre la salut sexual de les persones. En aquest apartat, es presenten els resultats agrupats en la metacategoria "atenció a la salut sexual" que, d'una banda, integra la categoria "concepció de sexualitat i atenció a la salut sexual" que respon al primer objectiu de la recerca, i de l'altra, les categories "situacions de la pràctica", les "dimensions competencials d'habilitats i destreses", les "dimensions competencials de valors professionals" i el "treball en equip", que responen al segon objectiu de la recerca (figura 5).

Figura 5. Metacategoria atenció a la salut sexual, categories i subcategories.



Font: elaboració pròpia.

5.1.1. Concepció de sexualitat i atenció a la salut sexual

En aquest apartat es mostren els resultats sobre el concepte o el sentit que les llevadores confereixen a la sexualitat, i la seva percepció sobre com aquests influeixen en l'atenció a la salut sexual i afectiva. Així mateix, es presenta la seva perspectiva sobre els drets sexuals i reproductius.

5.1.1.1. Sexualitat i atenció a la salut sexual i afectiva

El valor que les llevadores atorguen a la salut sexual i afectiva està estretament vinculada a la percepció i al concepte que tenen sobre la sexualitat. En aquest sentit, s'identifiquen diversos aspectes a destacar.

De les aportacions de les llevadores s'interpreta que la sexualitat és percebuda com una dimensió de la persona que està present al llarg de la vida, i manifesten que l'atenció que realitzen es centra en les etapes reproductives.

La sexualitat ens acompanya des de que naixem fins que morim, però agafem una part importantíssima des de l'adolescència fins a la menopausa i el climateri, per tant som persones i estem atenent persones que estan travessades per la sexualitat (GD3-R2).

Així mateix, a partir de les dades analitzades es denota que les llevadores consideren rellevant atendre la salut sexual de les persones, encara que en alguns casos no es faci.

La constant de totes les nostres visites el tema sexual hi hauria de ser, la cosa és que l'abordem o no (GD3-R1).

D'altra banda, perceben que tot i que en general la societat actualment és més oberta, no sempre s'evidencia aquesta evolució en les actituds o comportaments de les persones, com és el cas d'una limitació en la creativitat o un excés de coitocentrisme en les pràctiques sexuals.

Teòricament estem en una societat molt més liberal, però igual també respecte a la sexualitat potser no s'ha deixat volar massa, ni la imaginació... no? (GD1-R3).

En una societat en que si no acabes amb la penetració, sembla que no estigui finalitzat l'acte sexual (GD2-R2).

Per elles la sexualitat o el fet del coit (diguem-ho així), és només la penetració i hi han moltes altres coses (GD2-R3).

Així mateix, les llevadores suggereixen que determinats convencionalismes socials també els concerneixen a elles. De manera que, d'una banda reconeixen els propis estereotips i la dificultat que representa per a la pràctica professional, i de l'altra, manifesten que aquest fet les estimula a millorar-la.

Amb la sexualitat, normalment, tots tenim certs prejudicis per algunes coses (GD3-R4).

El sexe és un tema tabú, per la usuària i per nosaltres, i hem de començar a treure capes com una ceba per entendre que potser una de les competències seria desmitificar (GD3-R7).

Les informants també observen una evolució en la visió que el col·lectiu té de la sexualitat, i li confereixen un sentit positiu, com en el cas del climateri o de l'orientació sexual.

Penso que les nostres generacions ha tret els prejudicis (GD2-R7).

Amb 55 anys tenen molts anys per endavant de vida sexual, que podrien tenir-la bé (GD1-R1). Això sí que és diferent per exemple de les dones de 50 anys, de fa.. 25 anys (GD1-R3).

Suposo que elles no s'esperen que quan dius: aviam però no prens mètode anticonceptiu? "No la meva parella és una noia" ah, d'acord. Doncs, bueno, doncs parlem de: igualment la prevenció de malalties... que ho reben bastant bé, no? Que se senten més, bueno, potser més compreses (GD2-R6).

L'anàlisi de les dades suggereix l'interès de les llevadores per determinar què es considera *normalitat* en la vivència de la sexualitat de les persones, per tal d'establir criteris que orientin l'atenció de salut sexual.

(...) hi ha molta patologia a nivell de la sexualitat que no ho és (...) al voltant de tot aquests temes de gènere, de sexualitat... encara hi ha el missatge de no fa tant, no?, estava de: "això és una malaltia i com a tal potser podria curar-se" (E2-R2).

La patologia no és per la llevadora (GD2-R4).

La nostra feina és l'educació sanitària, però també una part és la prevenció... i detectar (GD2-R5).

(...) el manteniment de la salut en el correcte equilibri psico-emocional de salut sexual, no? I per tant, clar, el nostre objectiu és per tant, un valor important, és un punt fort, és: volem contribuir al benestar (GD3-R5).

És recurrent la idea de *normalitzar* en contraposició a la de *patologitzar* els comportaments i actituds sexuals de les persones, i en opinió de les llevadores, implica realitzar una autoreflexió i una intenció de canviar la pràctica.

Poder normalitzar moltes coses, sí, però primer ho hauríem de saber i ens ho hauríem de creure nosaltres (E2-R3).

Estem com molt encorsetats sempre, no?, entre lo que és normal i no és normal, no sé com dir-ho, i lo que està bé i lo que és patològic. I potser aquesta mena de rigidesa ens fa enfocar-ho tot en aquest sentit, no?, sense obrir una mica més la mirada. Que estic d'acord amb tu que les coses han canviat i que han de canviar molt més, però... buff... que costa molt (E2-R6).

Pel que fa a l'enfocament de l'atenció a la salut sexual, preval entre les llevadores la necessitat de copsar la realitat social i detectar els canvis que es produeixen, com és el cas de concebre la sexualitat d'una manera més oberta.

Una manera diferent d'entendre la sexualitat, una manera diferent de l'establiment de les relacions emocionals, sentimentals i sexuals (GD3-R10).

En la mateixa línia, algunes informants insisteixen en la idea que *normalitzar* els diversos aspectes de la sexualitat, no implica que les professionals hagin d'oferir una atenció de salut sexual limitadament normativa.

Xoca que una societat que des de ja fa molts anys és molt més liberal, molt més oberta, continuïn predominant els missatges de la por (...) veure i viure aquest vessant lúdica hi ha molta gent que li cost molt, i no és precisament gent gran (E2-R1).

Ens continua faltant molt la visió aquesta de la sexualitat des de la normalitat, el plaer, i des de una vessant positiva, i que per deformació professional ens plantegem molt el tema de la prevenció de les possibles conseqüències i desgraciadament moltes vegades és la imatge que... o bueno el que verbalitzem, no? (E2-R5).

Tanmateix, suggereixen realitzar un abordatge de la salut sexual empàtic i inclusiu.

Fer un abordatge de la sexualitat sempre des de la perspectiva de la diversitat, no? Es que té que veure amb una actitud amb una manera d'entendre que no tot és, no? (GD3-R1).

5.1.1.2. Drets sexuals i reproductius

L'anàlisi de les dades suggereix un contrast de visions sobre la integració dels drets sexuals en la pràctica professional.

De les opinions d'algunes informants es desprèn que en ocasions hi ha una certa carència a l'hora d'incorporar els drets sexuals en l'atenció de salut. I les situacions en que més es detecten aquestes mancances són en qüestions d'identitat de gènere i orientació sexual, i en l'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs.

El tema que tothom té el mateix dret independentment de la seva orientació, identitat... no és real. Que tothom... això, ho respecti a la consulta, jo crec que no (E1-R2).

Hi ha algunes que no volen saber res dels avortaments (E1-R3).

Les aportacions de les llevadores revelen que en ocasions hi ha una manca de coneixement dels drets sexuals, i com s'apuntava anteriorment, una carència en l'actitud de respecte cap als mateixos.

No tothom respecta, ni coneix, ni a vegades respecta els drets sexuals (E1-R5).

Hi haurà part del col·lectiu que quan li preguntes sobre drets sexuals sabrà que existeixen però fins i tot pot ser que hi hagi gent: "drets sexuals?" (E2-R3).

Una altra visió que aporten les llevadores és que part del col·lectiu té un coneixement sobre els drets sexuals, i encara que aquest sigui mínim, es reflecteix en mostrar una atenció respectuosa.

Una gran part del col·lectiu aquest respecte del que parlàvem, hi és, aquest coneixement mínim i bàsic, que s'ha de respectar (E2-R4).

Ho fan d'una determinada manera i no són conscients, perquè els hi falta un treball amb més profunditat d'aquests aspectes (E1-R4).

Penso que potser no els saben però sí que els respecten (E1-R6).

Una part dels professionals sí, però que tenim professionals que no (E1-R7).

Tanmateix, algunes informants manifesten que tot i que en ocasions els drets sexuals i l'actitud de respecte que se'n deriva, no està incorporada en els valors d'algunes llevadores, aquestes actuen considerant els mateixos, encara que sigui per mostrar una pauta professional.

Molta gent sap que no pot donar una resposta desafinada (E1-R9).

Però no perquè tingui respecte (E1-R10).

No perquè s'ho cregui (E1-R11).

Ni que sigui un respecte imposat en el sentit de que hi ha una majoria que diu: "compte que això està bé, no rellisquis", a mi ja em val (E1-R12).

D'altra banda, algunes llevadores coincideixen en atendre la salut sexual incloent els drets sexuals. De l'anàlisi de les dades es suggereix que actualment un dels drets que més preval i més sensibilitat desperta és el de l'orientació sexual, tant si la persona atesa es troba en el climateri com en l'adolescència, com en qualsevol altra etapa.

Grups de menopausa hi havia una dona que era lesbiana (...) jo sempre és un tema que pregunto (GD1-R1).

Vosaltres quan feu la tarda jove o les xerrades de salut i escola, parleu del tema de la bisexualitat i la homosexualitat? (GD1-R2).

“No tens parella? «Sí, però és una noia.» Ah! D'acord!” (GD2-R3).

Una altra aportació a destacar de les llevadores, és que sovint es realitza l'atenció de salut relacionant els drets sexuals i reproductius. I en opinió d'algunes llevadores, les professionals coneixen més aquests darrers.

Els drets reproductius els tenen una miqueta més clars que els sexuals (E1-R1).

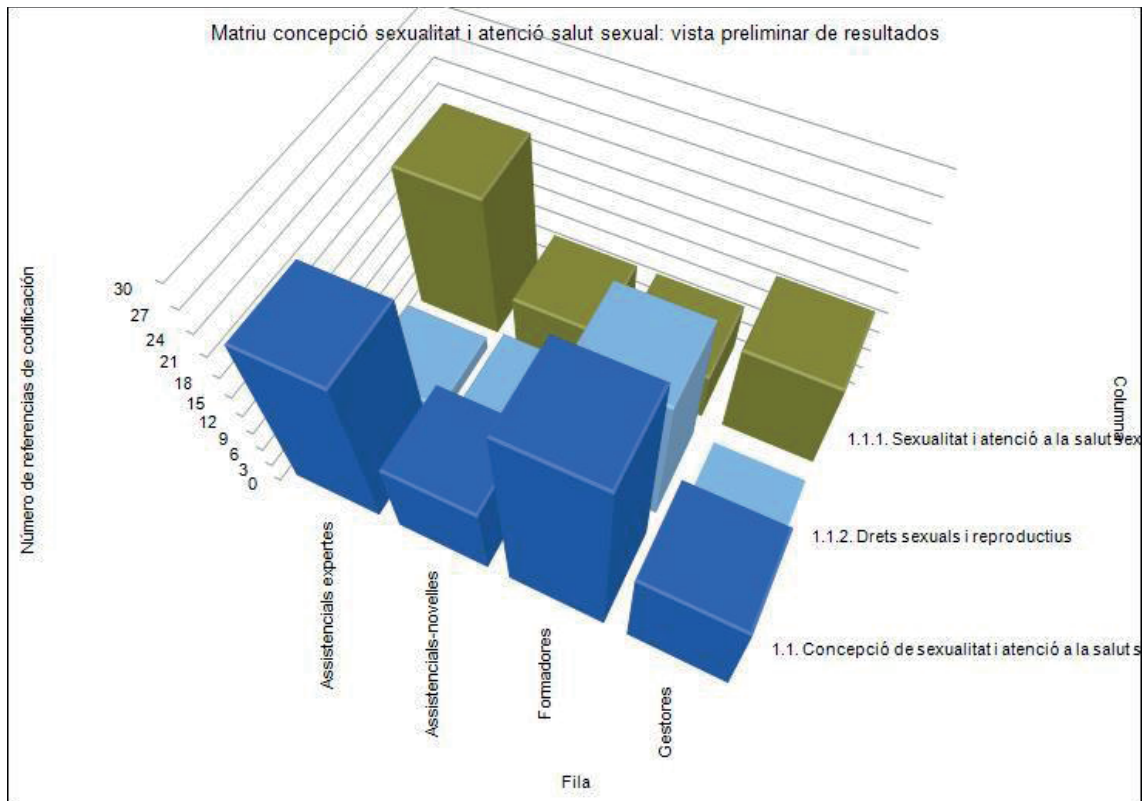
De l'anàlisi de les dades es desprèn que les llevadores actuen integrant els drets sexuals, tot manifestant una actitud de respecte cap al cos de la dona, i també en ressalten el seu protagonisme envers als altres, com en el cas de l'atenció al postpart.

Aquesta dona no és només una vagina o un perineu, és una dona i per damunt de tot és una persona i té sentiments (GD2-R2).

A l'hora de començar a tenir relacions, si tu li expliques aquella epissio o aquell estrip que no li molestarà, que és lo que menys li ha de preocupar, que tenim solucions, que vingui a veure'ns, que li traurem els punts si li molesten. Que no pateixi que això ho controlarem, però no pel seu marit (GD2-R1).

Els resultats que s'han presentat en aquest apartat aporten una idea inicial del significat i el valor que les llevadores atorguen a la sexualitat i a l'atenció a la salut sexual, així com a la integració dels drets sexuals a la mateixa. La figura 6 mostra aquestes categories i s'observen quantitativament les aportacions de les llevadores.

Figura 6. Concepció sexualitat, atenció a la salut sexual, i drets sexuals i reproductius.



Font: elaboració pròpia.

A tall de conclusió, es mostren tot seguit les aportacions qualitatives més rellevants.

- La sexualitat es desenvolupa al llarg de la vida de la persona, i les llevadores centren l'atenció a la salut sexual en les etapes reproductives.
- Consideren rellevant atendre la salut sexual de les persones, encara que en alguns casos no es dugui a terme.
- Per atendre la salut sexual cal percebre la realitat social i entendre la seva evolució, per tal de detectar les necessitats de la població.
- Els estereotips vers la sexualitat representen una dificultat per a la pràctica, tant si es donen en la usuària com en les professionals, i aquest fet, resulta un estímul per millorar-la. Així mateix, s'observa una evolució positiva en la visió de la sexualitat dins del col·lectiu, com per exemple es manifesta en aspectes com el climateri, pràctiques sexuals i l'orientació sexual, entre altres. A l'hora es suggereix realitzar un abordatge de la salut sexual empàtic i inclusiu.

- El criteri de normalitat, en la vivència de la sexualitat de les persones, és un concepte clau per orientar l'atenció de salut sexual en un doble sentit. Per una banda, es suggereix poder *normalitzar* en contraposició a *patologitzar* els comportaments i actituds sexuals de les persones, i de l'altre pren el sentit que *normalitzar* els diversos aspectes de la sexualitat, no implica que les professionals hagin de transmetre una idea de la sexualitat i salut sexual restrictiva. En tot cas, ambdues circumstàncies suposen per a les llevadores un exercici d'autoreflexió i una motivació per millorar la pràctica.
- L'atenció de salut es realitza relacionant els drets sexuals i reproductius, i en tot cas, les professionals coneixen més aquests darrers.
- Hi ha diferents nivells de coneixement dels drets sexuals i en considerar-los a l'hora d'atendre la salut sexual, el que es tradueix en mostrar menor o major respecte cap a ells. El ventall abasta des d'una certa carència en algunes ocasions com són la diversitat sexual i en l'atenció a l'IVE; a tenir-los presents, i encara que no estiguin incorporats als propis valors, s'actua amb respecte per mostrar una pauta professional; i finalment, s'observen situacions en que sí s'atén la salut sexual incloent els drets sexuals com per exemple, en l'orientació sexual tant sigui en el climateri com en l'adolescència o en qualsevol altra etapa, en mostrar una actitud respectuosa cap al cos de la dona, o també en l'atenció al postpart.

En últim terme, caldrà avançar amb els següents resultats que han sorgit de l'anàlisi de les dades, per mostrar com les llevadores conceptualitzen i es contextualitzen la sexualitat i l'atenció a la salut sexual.

5.1.2. Situacions de la pràctica

Les llevadores es troben en el dia a dia de la seva activitat en situacions relacionades amb la sexualitat i salut sexual de la persona que atén, que els hi plantegen qüestions i reptes sobre com abordar-les, i senten i consideren que requereixen una actuació pròpia.

5.1.2.1. Serveis i activitats assistencials de l'ASSIR

Coincideixen, les llevadores assistencials i les gestores, en que l'atenció a la sexualitat i afectivitat s'ha d'abordar en les diverses situacions de la pràctica, tant si estan incloses en els diferents programes que es desenvolupen o serveis que s'ofereixen des de l'ASSIR, com si no ho estan.

*En tots (GD1-R1). En totes (GD2-R1). En quins programes? En tots (GD3-R1).
Si ho enfoquem des de el punt de vista de gaudir de la sexualitat i evitar riscos,
pues... qualsevol (GD3-R8).*

Així mateix opinen que durant la **visita preventiva** (cribratge del càncer de coll uterí) és una ocasió que facilita aquest abordatge, ja que la dona es mostra més receptiva.

Quan fem preventiva també és un moment en què... (GD1-R2).

És un moment en que la dona s'obra molt en aquests aspectes, és veritat eh? i comences i en aquí obres un filó... (GD1-R3).

També afirmen que al realitzar **consell contraceptiu** és pertinent indagar sobre la sexualitat de la dona per tal de planificar l'atenció de salut sexual i reproductiva. Aquest aspecte ha estat una constant en l'activitat de les llevadores, tal i com es constata en el passat i actualment.

Quan exploraves una mica més per què un mètode o no un altre, sortien temes de sexualitat (E1-R3).

Quan vols fer tota l'anticoncepció, no? Es té que tenir en compte quina activitat sexual té, per recomanar un mètode o un altre també és molt important (GD3-R5).

Tanmateix, consideren que és més rellevant atendre a la dona i els joves de manera específica, quan es troben en situació de risc per a la seva salut sexual, afectiva i reproductiva.

Destaquen les consultes per **interrupció voluntària de l'embaràs (IVE)** en dones adultes o joves, és a dir en persones de diverses edats. Les llevadores fan èmfasi en aquest últim aspecte, ja que no consideren l'edat com un factor determinant com sovint es pot pensar.

El comportament de risc que abans sempre li adjudicàvem als joves, però els joves de segona generació déu n'hi do!! (GD1-R8).

IVEs n'hi ha molts i no són ni molt menys en la gent jove (GD1-R9).

En quan a l'**atenció als joves**, opinen que és destacat iniciar activitats preventives quan abans, i també especifiquen que la informació rebuda no sempre garanteix la prevenció de conductes de risc. Així mateix aquesta situació preocupa a les llevadores i les hi genera reflexions crítiques sobre la seva pràctica.

És molt important que les llevadores que atenguin els joves, que vagin a fer les xerrades i a l'assistència o a la formació, tinguin una bona formació sobre la sexualitat (GD3-R3).

Els IVEs, els embarassos no desitjats, embarassos en adolescents, aquesta gent té la informació, i no la utilitza, i llavors a mi això em preocupa, el fet de que tinguem, que formem bé, que donem informació però que no la utilitzen, per què tu li dius, "però tu sabies que existeixen els mètodes anticonceptius?" (GD1-R7).

La gent jove avui en dia, que, ostres, comences a veure, i quan els estic veient, estic pensant, ostres... amb lo fàcil que és tenir informació i venir (GD2-R18).

La gent jove. Jo veig que com més informació tenim o més fàcil són els accessos a l'ASSIR, els hi costa fer aquest primer pas i que un cop el fan, home, la majoria responen bé, però encara, sempre... sempre faig el mateix comentari, a vegades amb les companyes: No sé on fallem, no? O, què més hem de fer? On més hem d'insistir? No sé, jo per mi, sempre el tema són els joves (GD2-R2).

En ocasions, qüestionen el grau de responsabilitat de les joves en les pràctiques sexuals.

“Per què tens relacions sexuals?” No? De vegades és bueno... perquè és lo que toca, o perquè és el grup, o perquè... (GD1-R4).

L'atenció als joves en matèria de sexualitat és una de les primeres situacions que va portar a algunes llevadores a interessar-se per a realitzar intervencions concretes, més enllà de l'àmbit sanitari. Així, tal i com expliquen les llevadores expertes en formació, es varen iniciar les primeres accions conjuntes amb professors de centres educatius, i també per altra banda directament amb els joves.

Vam iniciar amb tot el tema d'intervencions amb la sexualitat en joves... (E1-R1).

Intervencions que fèiem amb els professors (E1-R3).

Formació per joves... (E2-R1). Va ser el primer contacte que vaig tenir en... en aquest sentit, en temes de sexualitat i prevenció (E2-R2).

Pel que fa a les dones adultes i també les que es troben en **etapa climatèrica**, les llevadores opinen que sovint no perceben el risc quan inicien una nova relació, i aquesta contingència les fa vulnerables enfront a patir problemes de salut.

La segona joventut, que dic jo, les segones parelles, dones que?...de comportaments de risc, dones que tenen una segona parella (GD1-R6).

Conductes de risc en dones menopàusiques, amb nova parella, no tenen per res en compte les possibilitats de risc (GD1-R10).

Les llevadores expressen que, tant l'atenció als joves com a les dones durant la menopausa, són situacions que influeixen en la seva pràctica, en tant que els hi genera noves qüestions relacionades directament amb les creences i vivències que la població té en relació amb la sexualitat i afectivitat. Aquest fet ocasiona que no sempre puguin abordar-les fàcilment.

Sobretot joves, sobretot amb l'afectivitat de la sexualitat. Perquè a vegades et vénen amb unes preguntes que l'afectivitat està en un pla molt abandonat (GD2-R3).

En la menopausa, després de la menopausa encara existeix la vida sexual (GD3-R6).

Les dones menopàusiques, vec que és un altre factor, bueno un altra població de risc, vulnerable o que tenen més problemes. És un canvi en la sexualitat que havien portat fins ara i entre elles i la parella, costa fer aquest canvi. Inclús a vegades i bueno... es pot detectar algun cas com de maltracte... de psicològic... o bueno de, no? Que un té ganes, l'altre no i és difícil de... de portar-ho, no? La consulta del dia a dia (GD2-R4).

Et trobes en la consulta, almenys jo em trobo, dones aixins que tu intentes fer prevenció, no? i dones pues que precisament, l'altre tema que hem dit, que ja han tancat la porta no?... (GD1-R11).

Des del punt de vista de les llevadores, cal realitzar actuacions durant l'**embaràs** i el **postpart** que motivin a la dona i que promoguin la salut sexual.

Sexualitat en l'embaràs (GD2-R6). En el grup de postpart també hi ha una charla només de mètodes anticonceptius, de sexualitat i afectivitat en el postpart. Que també surten... bueno, surten moltíssimes coses (GD2-R10).

Els resultats suggereixen que les professionals es troben en situacions problemàtiques quan la persona atesa presenta alguna alteració relacionada amb la **psicofisiologia de la resposta sexual**.

En quant a dificultats, jo crec que no se sap abordar les disfuncions sexuals (GD3-R14).

Tant les llevadores assistencials com les gestores coincideixen sobre la necessitat d'atendre a la persona quan es troba en risc la seva salut sexual i emocional, per motius relacionats amb la diversitat o **identitat i l'orientació sexual**.

La transsexualitat (GD1-R19). Molts joves que inicien la seva sexualitat descobreixen que en el seu gènere poden haver-hi ambigüitats (GD3-R15).

Tarda jove o les xerrades de salut i escola, parleu del tema de la bisexualitat i la homosexualitat? (GD1-R21). ...no tens parella? «Sí, però és una noia.». Ah! D'acord! Doncs poses... (GD2-R34).

També opinen que determinades pràctiques sexuals poden esdevenir de risc per a problemes com les **infeccions de transmissió sexual (ITS)**.

Davant d'una infecció de transmissió sexual (GD3-R7).

A més de la població en general també es refereixen en concret a les **treballadores del sexe comercial** quan es tracta de prevenir riscos per a la salut.

Prostitució (GD1-R20).

Treballadora del sexe comercial pues (GD3-R13).

Té una activitat en aquest moment que ha d'anar molt més encaminada a la prevenció de riscos (GD3-R14).

Un problema greu que les llevadores tracten en la pràctica, és la **violència de gènere**. Expressen que els hi preocupa el risc que corre la salut de la dona, i afirmen que calen més estratègies per abordar-ho.

Li has d'expressar: sembla a ser que estàs en risc, que la teva vida corre un risc, i jo et recomanaria d'anar a un centre d'urgències... (GD2-R6).

El tema de la violència de gènere (GD2-R35). Potser és dels temes que no tenim moltes eines i que ens fa por (GD2-R36).

Una de les situacions que les llevadores manifesten que es troben ocasionalment, és atendre a persones amb **discapacitat**, bé sigui física, intel·lectual o altres.

Amb els discapacitats (GD3-R8). Amb gent que té minusvàlues físiques o psíquiques, també cal tenir-ho en compte, no? La sexualitat potser es viu diferent però es... es té que tenir una formació específica en aquest aspecte (GD3-R9).

En definitiva, de l'anàlisi de les dades es desprèn la varietat de situacions, circumstàncies, i en ocasions problemàtiques, relacionades amb la sexualitat i afectivitat que presenta la dona, o inclús la seva parella, i la població jove.

Des de la consulta d'ITS fins a la senyora prostituta que et ve a la consulta, la senyora que et ve postpart, la senyora que té menopausa, és que dintre de la població que tenim... des de la nena jove de setze anys que t'està demanant un anticonceptiu determinat, és a dir, és que... és que des de que comencen a vindre a la nostra consulta fins al final (GD3-R9).

5.1.2.2. Relació amb altres cultures

Les llevadores refereixen que els darrers moviments migratoris han influenciat destacadament en la seva pràctica assistencial. Les situacions que plantegen les dones i població immigrant estan més relacionades amb aspectes de creences i valors culturals, que no amb els propis factors relacionats amb els processos de salut.

Així, les dones immigrants tenen les mateixes necessitats d'atenció, però el que canvia en algunes d'elles és la perspectiva i vivència de la seva sexualitat i les relacions que se'n deriven. De tal manera que les llevadores es troben enfront diversos reptes a l'hora de realitzar la detecció de la demanda i d'abordar la qüestió.

De les situacions que les professionals refereixen destaca per exemple l'atenció a la interrupció voluntària de l'embaràs (IVE).

Ens hi hem trobat molt amb els IVEs... que notem que la població que ens està arribant o alguna població té mancances en aquestes vies, i aquí sí que necessitaríem fer més incidència en donar més, més assessorament, o en tenir més, més eines per poder ajudar-les realment (GD1-R1).

O també segons quins casos, no es presenta ni la possibilitat de realitzar l'atenció de salut, com és en algunes persones d'origen oriental.

La gent xinesa, la gent que potser... no arribem a la sexualitat (GD2-R1).

Amb l'IVE, no venen... les noies de fora (GD2-R3).

O en algunes cultures la dona té una visió diferent de l'IVE a la del context d'actuació de les llevadores.

El diuen, "És que al meu país, és un mètode anticonceptiu l'avortament" (GD2-R4).

Destaquen també aquelles circumstàncies relacionades amb tabús o amb creences pròpies de cada cultura, i que repercuteixen en que la llevadora reflexioni sobre els seus valors i la seva manera d'actuar.

Cultura marroquí, cultura romanesa, buuff, el que tu intentes integrar costa, costa moltíssim no? perquè a vegades se mal interpreten, a part que les que venen entenen molt bé el català i el castellà, però veus que no acaba de quallar allò, no... (GD1-R2).

I quan parles de mètodes anticonceptius... "parlarem en la consulta, no parlis d'això ara", vull dir que em va sobtar no?... no això s'ha de parlar ara i sou lliures de quedar-vos o de marxar-vos, però el que no puc fer... però sí, sí, la cultura també influeix moltíssim (GD1-R3).

Les llevadores també detecten que determinades pràctiques culturals, com la mutilació genital femenina (MGF), causen un perjudici en la vivència de la sexualitat de la dona encara que en alguns casos no sigui així. Tanmateix, les professionals manifesten que les preocupa el perjudici físic i emocional que pugui causar.

Totes tenen feta l'ablació, vull dir que totes... però això els hi pregunto i no els hi suposa cap problema en les relacions sexuals, vaig quedar-me sorpresa (GD1-R7).

No sé que passarà d'aquí endavant, perquè jo crec que enlloc d'anar endavant en la població immigrant el que tenim és que cada cop tenim alguna que cada cop es posa un vel més... i població de Mali amb la qual cosa no sé que passarà amb les nenes que ara clar! aquestes tenen 8 i 9 anys que han nascut allà si... aguantarem que no se les enduguin al país, fins ara ho teníem clar però no sé que passarà a partir d'ara (GD1-R8).

Altres situacions, vinculades amb aspectes culturals que les professionals detecten, estan relacionades amb la perspectiva de gènere que cada societat manifesta i que en algunes ocasions resulta coercitiva per a la dona, alhora que un desafiament per a l'actuació de la llevadora.

La seva sexualitat l'entenen molt bé però, tot i que ho entenen bé, debuta la coacció (GD1-R9).

Com abordes aquí la sexualitat i la violència de gènere, com l'abordes... és difícil, per mi és un repte molt difícil (GD2-R8).

La perspectiva de gènere associada a determinats valors culturals i socials també ocasiona demandes controvertides d'atenció de salut a les llevadores.

Noies que s'han de casar, que han de demostrar que són verges, però estan aquí, molt occidentalitzades, són musulmanes, han tingut relacions ja amb altres nois, que no en podrien haver tingut en principi fins casar-se i llavors volen una mica, com, girar enrere el que han fet (GD2-R22).

Moltes àrabs que et venen amb les demandes de... home, un certificat de virginitat (GD2-R19).

La variabilitat de situacions en què es troben les llevadores està determinada per la diversitat dels països d'origen de les persones que atén. De tal manera que sovint una de les dificultats que manifesten, és el problema de poder comunicar-se amb la dona.

La barrera idiomàtica, penso que pot ser una limitació (GD2-R2). És la barrera idiomàtica (GD2-R6).

La situació presenta major inconvenient quan la dona es presenta acompanyada per un traductor que sovint és un familiar. Aquesta circumstància limita el poder abordar

aspectes íntims de la salut de la dona, i és causa de que la llevadora senti la situació com un obstacle per poder atendre a la dona.

Em sap molt greu però, perquè quan venen amb el marit o amb un crió o un nen petit, o una noia joveneta no pots abordar massa (GD1-R10).

Venen amb la parella o venen amb un fill més petit. Que de vegades no és ni fill, és un nebot o és algun nen de la família que ja ha estudiat aquí i que ja sap castellà o català, i que les fa de traductor, i quan entres en temes així, vamos! Déu n'hi do! amb un nen de 12, 13 anys! Aquestes, em fan molt d'això... són de les que trobes que dius es que no hi puc entrar (GD1-R5).

O per altra banda percep que l'atenció que presta a la dona no reforça la seva autonomia, com la seva llibertat d'expressió sobre aspectes més íntims.

M'he trobat alguns, que si ell... eren oberts molt bé, però sinó, no. O sigui depèn totalment de l'home. Aquell moment depèn de l'home (GD2-R9).

Inclús una que havia fet un IVE, i va dir, quan vingui amb el meu marit... (GD2-R23).

Quan es tracta de que és la parella de la dona qui tradueix, la llevadora es qüestiona sobre la comprensió dels antecedents de salut de la dona i inclús de la pròpia parella.

M'he trobat parelles d'aquestes, bueno, que en general ella és més joveneta i ell més gran... i que clar, és un repte. Perquè primer, ella, no parla res, ell porta aquí anys... fent ves a saber lo que ha pogut fer, no? Llavors, pregunta-li a ell coses d'ella (GD2-R5).

Si estem parlant d'algo que depèn d'ells, si ells, clar si ells no ho diuen... és molt difícil que ell ho reconegui amb la dona... «mira sí, sí...» és difícil detectar aquestos casos, és molt difícil (GD2-R10).

No obstant, en algunes ocasions la llevadora percep que l'acompanyant realitza una traducció fiable i el missatge arriba a la dona adequadament.

L'estona aquella que vam estar parlant i demés, doncs ell realment li va transmetre el que jo explicava. Per què, jo, moltes vegades, és lo que diem, no? Tu estàs allà mitja hora i ell li diu: «wachawa». I dius:... (GD2-R12).

Les llevadores consideren que cal detectar les circumstàncies i característiques de cada grup cultural per poder abordar la salut sexual a l'hora de realitzar intervencions educatives. Especialment, si el que es procura és abordar les actituds positives i evitar el distanciament en la relació amb les persones.

Arribes a una classe, hi ha magrebins, noies o nois que també són diferents, hi ha diferents actituds i quan tu entres, no pots... T'has de fer la foto del que tens allà davant i depèn de si tens magrebins, doncs intentes no dir alguna cosa que no toca. Perquè el primer que fan és ficar-se amb elles, o elles el que fan és retreure's i ja no et pregunten res més. Perquè és clar, això, quan entres a una classe o a un grup, has de mirar a veure què passa, perquè és clar, les magrebines tenen molts problemes (E1-R1).

Els factors culturals, que representin una dificultat per a què la llevadora pugui atendre la salut sexual de la dona immigrant, poden ser susceptibles de millora amb la formació, entre d'altres, de les professionals.

Coneixements a nivell sociològic et pot facilitar més la comprensió si tens ja una base, i no necessites ja tanta història, perquè en definitiva tot és bastant igual (E2-R1).

5.1.2.3. Rol de la parella

A partir de les opinions de les llevadores, s'extreu la idea que la parella té una influència important en la vivència de la dona pel que fa a la seva salut sexual, afectiva i reproductiva. L'anàlisi de les dades suggereix que les llevadores distingeixen entre parelles que s'impliquen en el procés que està vivint la dona, i d'altres que no ho fan o bé es mantenen al marge. Aquest fet incideix en la pràctica de la professional per diversos factors, com és el cas de que en ocasions li permet responsabilitzar a la parella en la cura de la dona, i en altres detecta la necessitat d'atendre a la mateixa parella, per la qual cosa li sorgeix l'interès sobre com fer-ho i cercar les estratègies adients.

En algunes ocasions la dona consulta a la llevadora sobre problemes de salut sexual propis o inclús també de la seva parella.

La perimenopausa, menopausa, quan consulten amb la disminució del desig, o la parella que tampoc té desig (GD1-R17).

En processos com l'embaràs i el postpart, les llevadores opinen que és un bon moment per tractar aspectes de la sexualitat i afectivitat tan amb la dona com amb la parella.

La maternitat moltes vegades és un gran trencament de... un canvi molt bèstia en les parelles, llavors moltes vegades estem molt immersos, no? en el puerperi i la lactància i queda allò allà i moltes vegades no s'aborda i l'hauríem d'abordar també (GD3-R1).

És on jo trobo a faltar, perquè amb la parella dónes... que va bé. Si no treus el tema o no te'l treuen, no en parles en nou mesos. Jo és on veig on realment... afegiria sexualitat en l'embaràs (GD2-R1).

Quan faig en l'educació maternal el tema del postpart parlem molt de la sexualitat. Inclús si hi ha algun pare, encara m'hi recreo més, si també hi ha algun marit, perquè és una manera de que també ho puguem entendre (GD2-R2).

També es troben durant l'embaràs en situacions en que la dona els hi sol·licita assessorament adreçat a la seva parella.

*“Com he de fer o pot venir ell perquè li expliquis a vegades”, perquè diuen ostres!!
“és que no em creu que puc tenir relacions sexuals” (GD1-R2).*

Per altra banda les llevadores refereixen que es troben en la necessitat d'atendre determinades circumstàncies problemàtiques per a la dona, entorn a la relació de parella en processos de maternitat i paternitat.

M'estic trobant últimament... primeres visites d'embaràs en situacions problemàtiques de problemes de parella (GD1-16).

Conflictes de parella pel fet de néixer un nou fill... com pot reconduir la situació, que el pare se desentén, el pare tant que semblava però ara no m'ajuda gens, i aquestes coses i en el postpart, increïble, increïble! (GD1-15).

Tanmateix les professionals detecten en alguns casos una major sensibilitat i implicació per part de l'home.

Cada vegada més sensibilitzats amb la dona, amb quin estat està emocional, amb quin estat està físic (GD2-8).

A la consulta veig que sí habitualment els hi dius mira, estàs parlant amb la dona i veus que està allà i li dic: vols venir a mirar... per què a vegades elles diuen “jo no m'ho miro que m'ho miri ell, que m'ho cura, que jo no m'ho vull mirar”. I dic doncs ah bueno mira tu, per què algú ha de mirar això, no? (GD2-R6).

Hi ha marits que un deu eh! Que els veus que estan fent un acompanyament... que fan la cura i donen... (GD2-R4).

Inclús darrerament es realitzen activitats adreçades únicament als homes, concretament en els grups d'educació sanitària al naixement. Aquesta activitat és ben valorada per les llevadores, ja que opinen que en grups conjunts de dones i homes, no sempre funciona la dinàmica que s'estableix.

Jo noto la diferència de quan estan elles soles o quan estan en parella o quan hi ha altres parelles, els costa moltíssim (GD1-R4).

Preparació del naixement, hi ha una de les sessions que faig només dones i després només homes (GD2-R7).

És impossible que diguin el que realment pensen i estan condicionats per les dones. Llavors a vegades els he vist amb el seguiment de l'embaràs amb les parelles i dic: aquest noi... aixís de tu a tu i sol, quines opinions i quina manera de fer... que evidentment no veig quan està fent el grup d'educació, està totalment cohibit. Llavors el fet de que siguin tots homes, és súper interessant per que també pots treballar més i saber realment què pensen, i és que està molt ben pensat això (GD2-R10) .

En concret, quan es tracta d'una adolescent o jove que està embarassada, algunes opinions de les llevadores s'orienten en valorar que a més d'oferir una atenció específica a la noia, són sensibles al fet que la parella també precisa suport emocional.

A menys que estiguin envoltades de família i que les ajudin, de vegades estan soles i precisament són elles les que més ho necessiten, elles i les seves parelles que són la majoria de les vegades tant joves com elles, i penso que en aquesta

població sí que són poquetes però que també es necessita alguna cosa especial (GD1-R1).

També refereixen que algunes de les circumstàncies de la dona estan relacionades amb experiències traumàtiques, com és el cas d'una pèrdua per problemes en el nadó o per una IVE. Les professionals detecten que cal un acompanyament emocional també a la parella, i que per abordar-ho necessiten formació i estratègies específiques.

La parella sobre tot! que de vegades es queda per allà, que a vegades estem tractant a la mare... i el pare està destrossat, jo aquí sento que ens hi hem de posar més, ens hi hem de posar més (GD1-R6).

He buscat formació i he fet moltes coses, he llegit molt però, encara, jo penso que, en general, el tema de tractar les pèrdues fetals, els avortaments... (GD1-R5).

Les llevadores destaquen que en situacions emocionalment difícils per a la dona, com és el cas d'un procés per IVE, sovint no estan acompanyades per la seva parella. Aquest fet genera que les professionals procurin implicar a la parella, i opinen que l'atenció en l'àmbit rural ho pot facilitar.

Poquíssimes, vénen a demanar informació per l'IVE amb la parella, quasi sempre vénen soles (GD1-R7).

Si venen soles, jo els hi dic "a la propera vine amb la teva parella" perquè també ha de ser particip (GD1-R9).

L'àmbit rural és diferent (GD1-R10).

Per altra banda, quan es tracta d'abordar la sexualitat de la dona i proposar-li si desitja estar sola durant la visita per tal de preservar la seva intimitat, les llevadores expressen

que els hi és més fàcil suggerir a la parella que no estigui present en la consulta quan atenen a les usuàries joves, que no amb les de més edat.

En l'embaràs, dir-li a la parella: "pots marxar un moment que em quedo amb tu a soles?" Amb una embarassada això és més violent. O si et ve una dona també amb la parella de tota la vida que li dius: "pots sortir?" O que li dic a la dona: mmm... farem unes preguntes de sexualitat, vol quedar-se sola? M'és més difícil oferir l'estar sola a gent més gran que amb joves. Perquè potser ve amb una parella, com de tota la vida o parella estable i sembla que ho hagin de saber tot, però tampoc és... (GD2-R3).

Així mateix algunes llevadores suggereixen que, en persones joves, la implicació de la parella facilita la seva tasca professional a l'hora de realitzar intervencions en salut sexual.

Quan les joves venen amb la parella, llavors ho treballa bé (GD3-R2).

5.1.2.4. Interacció amb l'acompanyant

En aquests apartats es presenten els punts de vista de les llevadores sobre situacions en les que la presència d'una persona que acompanya a la dona, influeixen en la interacció entre aquesta i la llevadora.

Cal esmentar que la saturació de dades d'aquesta subcategoria es complementa amb algunes que ja s'han inclòs en els apartats "Relació amb altres cultures" (5.1.1.2) i "Rol de la parella" (5.1.1.3) concretament, quan s'ha tractat la qüestió de la barrera idiomàtica i la de preservació de la intimitat de la dona, respectivament.

A més d'aquestes condicions esmentades, les llevadores es troben amb que l'acompanyant és la mare de la dona que atén. Aquesta circumstància pot succeir durant l'embaràs en les sessions en grup de preparació a la maternitat, i les professionals manifesten visions divergents.

De totes maneres jo últimament tinc moltes mares als grups de preparació maternal, o sigui mares que són les àvies (GD1-R5).

A mi no m'agrada (GD1-R6).

A mi tampoc... però si vénen... jo penso que tenen una persona que les acompanya (GD1-R7).

Altres situacions que es poden presentar és quan l'acompanyant és parella del mateix sexe que l'embarassada. En ocasions la dona es pot sentir incòmode en el grup, el que causa que canviï de persona acompanyant, com pot ser per la mare o el pare. Aquest fet origina que la llevadora es replantegi com abordar la seva actuació.

Quan tenen una parella de noies no és cap problema perquè tenen una parella i parles de la parella, però quan venen soles... de vegades no hi penses, hi ets al grup i de cop i volta te n'adones, ostres, si estàs parlant només de la parella home, perquè totes les demés tenen homes... i decideix que no en porta, que vindrà amb la seva mare o que ha decidit que vindria amb el seu pare (GD1-R4).

Per resoldre aquesta atzucac la llevadora pot adreçar-se al grup d'embarassades d'una manera neutra, sense especificar el sexe de la parella.

Jo faig les dues, la parella o la persona que t'acompanyi, i faig les dues sempre (GD2-R5).

A banda de les sessions en grup, la dona pot venir acompanyada a la consulta individual. Aquí, la situació més freqüent és quan s'atenen a noies joves que venen amb la mare; algunes llevadores opinen que en ocasions això afavoreix la relació amb la noia, mentre que en d'altres la dificulta.

Estàs amb la mare i amb la noia, o deixes, també, que estigui sola? (GD2-R3).

Quan tens la mare així dius: què bé, aquí podem fer feina i en fem molta. (GD2-R2).

És la mare la que et pressiona: “dóna'm un mètode anticonceptiu per què no se'm quedi embarassada”. Clar tu veus que la noia fa dos mesos que ha començat a tenir relacions sexuals... (GD2-R1).

Una oportuna solució a aquesta situació és que la llevadora preguntí directament a la jove si vol o no estar acompanyada.

Ara t'he de fer unes preguntes de sexualitat, si venen acompanyades, vols que surti l'acompanyant? Es pot quedar? Les rellem i ja està, com a algo tan normal (GD2-R7).

5.1.2.5. Atendre a l'home

Les llevadores s'han trobat en els darrers anys en situacions en que cada vegada més atenen la salut sexual o reproductiva de l'home. Bé sigui perquè és a través de la dona qui fa la consulta, com s'ha reflectit anteriorment, o perquè es troben amb actuacions directes amb els homes.

Les intervencions que realitzen les professionals es centren principalment en nois joves, tan si són activitats grupals d'educació sanitària, com consultes a través de la *web jove*, o les relacionades amb la demanda de mètode contraceptiu entre altres. Al marge del tipus d'activitat, les llevadores opinen que encara no és suficient.

L'abordatge a la sexualitat en el cas dels homes per part de les llevadores és inexistent. O molt poc en adolescents, i pocs perquè ens arriben pocs i quant fem una intervenció de sexualitat, ho fem grupal (GD3-R1).

Ens adreçem a vegades als nois joves que venen que tenen lesions al penis (GD1-R1).

Com que estem a la web jove sempre és el nostre punt dèbil, la sexualitat en els homes (GD3-R5).

Quan estan amb la parella venen tots dos a buscar un mètode i llavors sí claro, la majoria venen la dona sola en el puerperi que sí que a vegades tens els dos i pots fer una intervenció (GD3-R3).

Un aspecte important que manifesten les llevadores és que, al realitzar activitats grupals, perceben que és millor dur-les a terme amb homes i dones per separat, especialment quan es tracten aspectes emocionals. Aquest fet el consideren tan en intervencions amb nois joves com amb els de més edat i que estan en procés de paternitat.

...com fer l'enfocament, fins i tot quan treballem amb nois... és clar són nois i noies... una cosa és dir, mira vaig a fer una intervenció on hi ha nois i noies i jo faig una intervenció que es sentin inclosos els uns i els altres, però en realitat la percepció, el posicionament, els sentiments, l'expressió de les necessitats, les emocions, de les pràctiques sexuals, de tot; és diferent amb els nois i les noies. I els nois, quan intervenim als nois, si separem nois i noies, quan intervenim als nois, no estem igual que quan intervenim a les noies (E1-R2).

És impossible que diguin el que realment pensen i estan condicionats per les dones. Llavors a vegades els he vist amb el seguiment de l'embaràs amb les parelles i dic: aquest noi... aixís de tu a tu i sol, quines opinions i quina manera de fer... que evidentment no veig quan està fent el grup d'educació, està totalment cohibit. Llavors el fet de que siguin tots homes, és súper interessant per què també pots treballar més i saber realment què pensen, i és que està molt ben pensat això (GD2-R2).

Per altra banda, les llevadores opinen que l'atenció de salut sexual a l'home els hi representa nous reptes pels quals no sempre hi estan avesades. Tanmateix senten que la seva pràctica ha d'anar canviant.

Les llevadores en general, com no hem abordat gaire la sexualitat dels homes, doncs no sabem ben bé com... (E1-R1).

Nosaltres històricament hem estat al costat de la dona sempre, vull dir que venen dones des dels programes que s'han intentat incorporar els homes, els nois venen menys, no?, pues allà els homes venen més als grups, no?, pues ens costa més a nosaltres mateixes (GD3-R6).

La llevadora es sent més còmoda perquè sempre ha treballat amb dones treballant amb les dones, doncs és una cosa que nosaltres mateixes hem d'anar trencant (GD3-R4).

Així mateix és una constant el que es plantegin com atendre a l'home, alhora que qüestionen si la formació que es realitza actualment és l'adient i suficient per millorar aquesta situació.

Quina atenció fem als homes?, fem poca, però es que fem poca perquè potser ens sentim insegures en el que els hi diem. No sé, potser a l'estar a la web jove, que potser ens hem format una mica més perquè eren les preguntes que ens feia i teníem més dificultats totes per respondre coses, consultes dels nois i perquè ens falta, ens fa falta i jo no crec que això hagi millorat actualment amb la formació que reben les llevadores ara, les actuals (GD3-R7).

5.1.2.6. Nous models paternitat

Les llevadores manifesten que en els darrers anys es troben en la circumstància d'atendre un nou model social amb relació al procés de paternitat. Aquesta subcategoria

satura l'anàlisi de les dades sobre la visió de les llevadores del procés de paternitat, conjuntament amb les de "Rol de la parella" (5.1.1.3) i la "d'Atendre a l'home" (5.1.1.5).

Per una banda, consideren que la implicació del pare en l'embaràs de la seva parella i en la criança del nadó és motiu d'interès perquè les llevadores hi realitzin intervencions.

S'està fent amb pares, la gent ho troba interessant perquè són coses noves (E1-R1).

Per altra, un nou model de paternitat és el de les parelles homosexuals masculines. L'assessorament que la llevadora pot realitzar amb relació a l'etapa prèvia al naixement i a la cura del nadó i un primer seguiment, representa un repte en la seva actuació.

Va ser un repte per mi important, perquè són dues persones, dos nois, que venien amb il·lusió, que m'ensenyaven les fotos de la nena que tindrien, i tot el contacte que hem tingut posterior (GD1-R2).

Així mateix opinen que cal estar disposades per atendre aquests nous models de famílies, i que una de les maneres pot ser mitjançant la formació. També destaquen que l'atenció oferta representa un aprenentatge per la pròpia professional.

Estem vivint un altre tipus de famílies i ens hem de preparar per aquest tipus de famílies i això no ho sabem i haurem de fer-ho sobre la marxa, però no se com..? (GD1-R3).

Amb formació (GD1-R4).

Et sents satisfeta i, en aquest cas, perquè era un repte que jo no coneixia i em va obrir unes portes, entre tots vam aprendre, ells que van venir a saber que s'havia de fer amb un bebè acabat de néixer, i jo que vaig aprendre d'ells que s'havia de fer amb un nou model de família (GD1-R5).

5.1.2.7. Grups d'educació sanitària

De l'anàlisi de les dades es detecta que l'abordatge de la sexualitat en els grups d'educació sanitària varia segons la professional que els condueix. Aquesta variabilitat abasta des de situacions on no s'aborda, a d'altres en que s'ha iniciat recentment, o les que des de fa molt temps es porten realitzant (com és el cas dels grups de joves, esmentat en l'apartat "Serveis i activitats assistencials ASSIR" (5.1.1.1), i dels grups de preparació al naixement i postpart, o grups de menopausa.

He començat a parlar més el que és en les classes de preparació al naixement, de sexualitat (GD2-R1).

Segons manifesten les llevadores la manera d'incloure el tema pot ser: bé dedicant una sessió exclusivament als aspectes de sexualitat, o bé integrant-la en les diferents sessions del programa educatiu. A més, destacar la valoració positiva que en fan per la possibilitat de tractar la qüestió àmpliament.

Intento abordar amb una charla de preparació del naixement (GD2-R2).

En el grup de postpart també hi ha una charla només de mètodes anticonceptius, de sexualitat i afectivitat en el postpart. Que també surten... bueno, surten moltíssimes coses (GD2-R3).

En l'educació maternal el tema del postpart parlem molt de la sexualitat. Inclús si hi ha algun pare, encara m'hi recreo més (GD2-R4).

L'anàlisi de les dades també aporta informació sobre com es senten les llevadores al finalitzar cada activitat amb el grups, de manera que les que porten més anys exercint coincideixen en que l'activitat que realitzen els hi representa un esforç anímic rellevant.

Postpart, preparació maternal dediques el temps... això també buida, eh? (GD1-R1).

Faig d'atenció maternal i de menopausa, i és que acabo exhausta, que hi ha gent que diu que no, els grups són... jo xuclen molt, acabo el grup i em sento cansada, és que m'han xuclat l'ànima, no se si és que em faig vella, però jo ho noto, que dius.. que a vegades hi ha gent que diu "ah els grups són molt relaxats", per mi no ho són (GD1-R2).

Els de menopausa xuclen molt (GD1-R3).

Les xerrades de sexualitat que també són... cansen... (GD1-R4).

Al marge d'aquestes circumstàncies, les llevadores (especialment les gestores) opinen que la dinàmica que s'estableix en un grup varia segons l'edat de les persones assistents, com és el cas per exemple de les activitats realitzades amb homes. Les professionals informen que cal tenir determinades habilitats per conduir aquestes situacions.

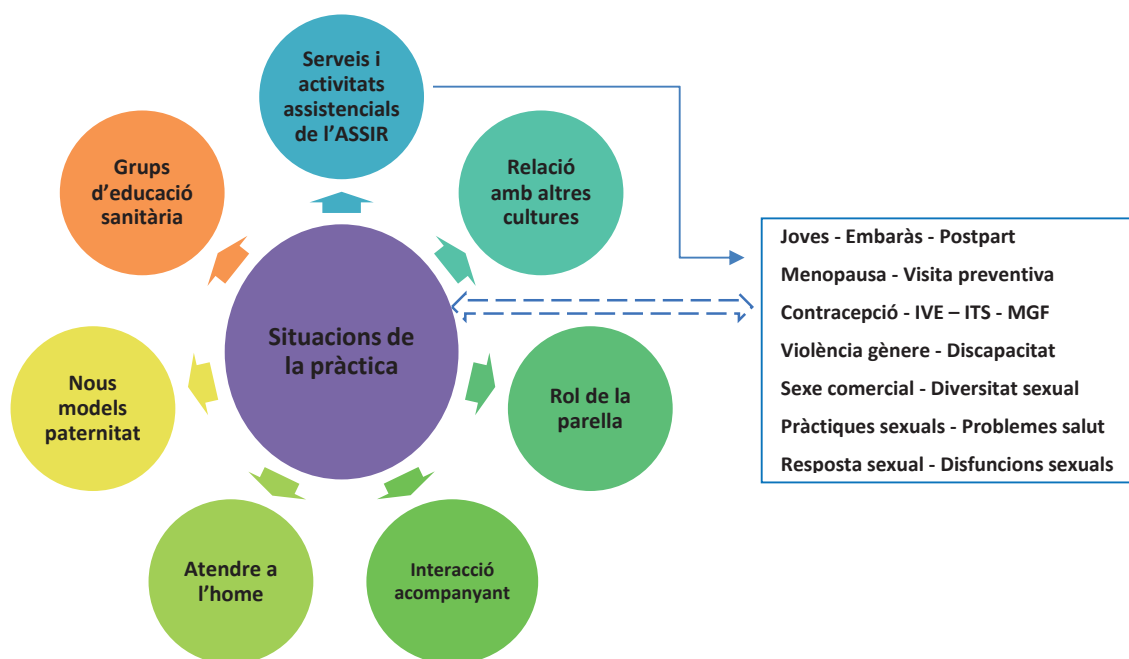
Hi ha una part de la dinàmica de grups que tampoc la tenim al cent per cent, no és lo mateix fer una dinàmica de grups per pares o per nois, que treballar en una consulta amb una parella de nois de divuit anys o de parelles de trenta o de dos persones de setanta. No té res a veure, la dinàmica de grups has de tenir... (GD3-R1).

De les noves situacions que les professionals aborden darrerament, sobresurt per exemple el que les dones homosexuals manifestin obertament la seva orientació sexual, i que la llevadora enfoqui la qüestió amb tota naturalitat.

Grups de menopausa hi havia una dona que era lesbiana, era la primera vegada, no m'hi havia trobat o almenys que explícitament i jo sempre és un tema que pregunto, m'ho poden dir, m'ho poden negar si volen, però vull dir, ella ho va dir i vam parlar perfectament (GD1-R5).

A mode de síntesi, es presenta la figura 7 en la que s'observen les diverses situacions que les llevadores es troben en la pràctica professional, i que manifesten que els hi generen qüestions i reptes a l'hora d'atendre la salut sexual de les persones.

Figura 7. Situacions d'atenció a la salut sexual que generen reptes a les llevadores.



Font: elaboració pròpia.

En el marc d'aquestes situacions de la pràctica a continuació es detallen les aportacions més rellevants suggerides per les professionals.

- Les llevadores prioritzen atendre, tot realitzant activitats preventives i altres intervencions, aquelles situacions en què la persona es troba en situació de risc, bé sigui població jove o dones en etapa climatèrica. Les situacions de risc més destacades en les que cal abordar la salut sexual i afectiva de les persones són: les pràctiques sexuals i la seva relació amb contraure ITS, les dones treballadores del sexe comercial, els aspectes emocionals en la interrupció voluntària de l'embaràs, l'estat físic i especialment l'anímic relacionat amb la identitat i

l'orientació sexual, les dones amb discapacitat, i com a situació que sobresurt per la seva gravetat s'engloba la violència de gènere.

- Amb referència a l'atenció a dones d'altres cultures, a més dels aspectes assenyalats en el punt anterior, se sumen dificultats quan les creences i valors limiten la seva l'autonomia, com en el cas d'algunes dones magrebines en que la barrera idiomàtica i que la dona hagi de ser traduïda per una altra persona, fa que les intervencions educatives que es realitzen a partir de les necessitats de salut de la dona, no són compreses o són rebutjades. També es donen interferències en l'atenció a dones immigrants xineses, especialment perquè no solen acudir als serveis de salut. Altres aspectes a considerar són les pràctiques culturals com la MGF que causen un perjudici físic i emocional en la vivència de la sexualitat de la dona (encara que en alguns casos les dones manifestin que no és així).
- El rol de la parella incideix en la pràctica de la llevadora en situacions com l'assessorament contraceptiu, l'IVE i l'embaràs, postpart i en la menopausa, en tant que es valora el seu grau d'implicació en la cura de la dona. En alguns casos és la mateixa parella qui demanda atenció per part de la llevadora en les situacions esmentades. Per altra banda, es planteja si la parella ha d'estar present o no quan s'atén a la dona, i en tot cas aquesta circumstància és decisió de la dona.
- La interacció de la llevadora amb l'acompanyant varia segons si aquest/a darrer interfereix al tractar aspectes íntims, o bé al contrari, la seva presència afavoreixi l'atenció. Altrament, el fet que l'acompanyant en el grups d'educació sanitària sigui parella del mateix sexe, genera en algunes professionals dificultat en l'actuació, mentre que en d'altres no suposa cap problema.
- Atendre a l'home suposa un nou repte per a les llevadores, tant si l'atenció és directe com mitjançant la dona. En relació amb les activitats en grup, les professionals convenen en planificar-les amb homes i dones per separat, especialment quan es tracten aspectes emocionals. Així mateix, ho consideren tant en intervencions amb nois joves com amb els de més edat i que estan en procés de paternitat.

- Els models de paternitat es detecten tant en pares que s'impliquen en la criança, com en nous models de família com és el cas de parelles homosexuals masculines. L'atenció oferta en aquestes situacions representa un aprenentatge per les professionals.
- En quan a tractar aspectes de sexoafectivitat en els grups d'educació sanitària es pot realitzar dedicant una sessió exclusiva o integrant-la en les diferents sessions del programa educatiu. Aquesta activitat, tot i que no sempre es realitza en les diferents unitats, es planifica en grups de joves, menopausa i naixement i postpart. L'activitat educativa en grup representa un esforç anímic per les professionals, i cal tenir determinades habilitats per conduir determinades situacions en funció de l'edat, el sexe o l'orientació sexual.

Finalment, es conclou que l'atenció que realitza la llevadora en les diverses situacions pot variar en funció de l'àmbit rural o urbà. També, que les llevadores amb més anys d'exercici professional expressen una varietat més àmplia de circumstàncies en que és necessari abordar la salut sexoafectiva, mentre que les que en porten menys les centren en joves, embaràs i postpart, dona immigrant i implicació en el procés de paternitat. Les llevadores consideren que arran de determinades situacions que es troben en la pràctica, la formació és una via per millorar les seves actuacions en l'atenció de la salut sexual de la població.

5.1.3. Dimensions competencials: habilitats i destreses

A més de les situacions que les llevadores atenen en la pràctica, les seves aportacions han proporcionat informació sobre les competències que desenvolupen. A continuació, es presenten les diferents dimensions competencials que s'han prioritzat, entenent que aquestes contribueixen al grau de domini de la competència accentuant els seus aspectes d'habilitat o destresa ("saber fer"), tan des de la vesant que han considerat que aconsegueixen exitosament, com aquelles des de la que senten que requereixen millorar.

5.1.3.1. Habilitats comunicatives

Les aportacions de les llevadores apunten que desenvolupar habilitats de comunicació és imprescindible per detectar la demanda de la dona i així poder adequar l'atenció a les seves necessitats de salut.

De les opinions de les professionals es dedueix que el fet de realitzar preguntes concretes sobre la salut sexual de la persona atesa, és la via idònia per obtenir la informació precisa.

La pregunta, és com la clau que necessiten per... (GD1-R1).

De vegades si no preguntes no t'ho diuen, per això va bé perquè d'aquesta manera com que tu has preguntat sobre les relacions sexuals i de vegades és la manera que surti el tema per que si no preguntes directament moltes vegades això no surt (GD1-R2).

Així mateix, les informants es qüestionen com s'han de realitzar les preguntes per abordar la sexualitat, i proposen tan situacions que ho faciliten, com maneres escaients de fer-ho. Tal és el cas d'utilitzar un llenguatge no intrusiu però que faciliti a la dona poder explicar la seva vivència sexual.

Com es pregunta la sexualitat?. I com s'aborda la sexualitat? (GD3-R7).

Si entres una mica... quan fas una citologia, si entres una mica normalment aquest tema surt (GD3-R1).

No li preguntaràs si te orgasmes, aviam li preguntaràs d'una manera diferent, com és la seva vida sexual? si s'ho passa bé, si no s'ho passa bé. Si en té ganes o no en té ganes (GD3-R8).

A l'hora de preguntar es considera que s'ha de tenir present la diversitat sexual de les persones, i així mateix sol·licitar la informació de la manera més natural possible.

El tema, això d'homosexuals, no? o bisexuals... jo em sento tranquil·la quan pregunto (GD21-R4).

Jo m'hi sento molt còmoda (GD2-R5).

Ho incloc a quasi totes les preguntes: relacions sexuals, sí; homosexuals, heterosexuals (GD2-R6). Jo li dic: amb homes, amb homes i dones.. (GD2-R7).

De vegades hi ha persones que es pot tenir la ment oberta però s'ha de tenir l'habilitat des de fer un anamnesis inclusiva (GD3-R2).

A més de la importància que té el fer preguntes, l'anàlisi de les dades suggereix que diverses habilitats són necessàries per establir una relació amb la dona que permeti comprendre la seva demanda, i també que el missatge de la professional pugui arribar.

La manera de comunicar és molt bàsic (GD3-R4).

Les habilitats de comunicació, saber escoltar, veure, de saber arribar (GD1-R21).

Les informants identifiquen diverses habilitats comunicatives que cal desenvolupar perquè la relació assistencial sigui òptima, i entre aquestes destaca l'escolta activa. També per saber interpretar el missatge cal considerar aspectes com el llenguatge corporal i la comunicació visual.

Interpretar el llenguatge corporal (GD1-R19).

A vegades un gest una gesticulació val més que mil paraules, diu saber interpretar, potser també.. (GD1-R22).

En temes de sexualitat... las relaciones bien?, no pots preguntar mai això anotant a l'ordinador, quan facis aquestes preguntes has de veure la cara (GD1-R16).

Has de mirar als ulls (GD1-R17).

Altres habilitats que les llevadores identifiquen d'utilitat i que complementen l'escolta activa i el llenguatge corporal, són per una banda, l'expressió facial i per altra els silencis. Aquets darrers són emprats especialment quan la persona atesa es troba en una situació que l'afecta emocionalment.

Hi ha aquells trucs, saps?, d'un somriure en un moment donat, un callar-te en un moment donat i deixar un espai de silenci (E2-R1).

Quan estan allà que signen els papers i tot, com que ja les veus una mica així angoixades dius va ja et truco jo, quedem i parlem, i això es com una falca, a vegades, callen no diuen res, respecto el silenci, perquè de vegades els silencis s'han de respectar, i aquest silenci saps que la propera visita, això m'ho ha ensenyat l'experiència, li dius et vaig veure una mica aixafada, con t'he trobes? buah... tant ell com ella, perquè venen amb la parella, en un percentatge molt elevat (GD1-R15).

Les llevadores opinen que utilitzar les diverses habilitats comunicatives permet detectar la demanda implícita.

Quan tu li preguntes si les relacions sempre han sigut consentides no pots... perquè et poden dir que sí i volen dir que saaa, i posen una cara que tu perfectament... són coses... és el saber escoltar, el saber mirar, el saber expressar què et volen dir o què no et diuen, (GD1-R18).

Les assistencials una de les assignatures molt importants és saber escoltar i què vol dir, perquè a vegades escoltes i ho entens i altres vegades escoltes i has de llegir entre línies i per mi això.. (GD1-R12).

A partir de les opinions de les llevadores es suggereix que emprar habilitats comunicatives en la relació assistencial, permet crear un clima perquè la persona pugui expressar-se, i també esdevé un reforç perquè se senti valorada i trobi en la professional un suport en el que tractar la seva salut.

Donar-li peu a ella de que pugui explicar el que dèiem abans: algun dubte, algun dubte, algun problema de sexualitat o alguna cosa que li... i que no s'atreveix a dir (GD2-R2).

No estan acostumades a que se les escoltin, i a que se les tingui en compte moltes vegades, i quan un professional... les hi diuen el que valen, les escolta, i les atén... (GD1-R7).

Tornem a l'autoestima (GD1-R8).

Amb els joves també, quan et trobes un jove que ve per explicar les seves coses, que se sent malament, que no està bé, que no se sent a gust, que torna i torna a explicar i veus que surt... i penses bé pues mira! ja té una persona que ha pogut explicar aquestes coses (GD1-R9).

De l'anàlisi de les dades es desprèn que les llevadores perceben que no sempre els hi és fàcil desenvolupar habilitats comunicatives. Els motius d'aquesta circumstància estan relacionats amb el fet que segons quins valors i creences, impedeixen abordar les qüestions que envolten la sexualitat.

No se sap com preguntar perquè el sexe és un tema tabú (GD3-R5).

Va lligat a no saber com preguntar, perquè els valors ens han dificultat, el no..? reflexionar sobre això (GD3-R6).

Així mateix, algunes llevadores opinen que les habilitats per abordar la salut sexual depenen d'alguns trets personals i de com arribar als altres.

Depèn de com sigui cadascun si ets més espontània, si ets més desinhibit, a vegades costa eh?, tot i que portes tants anys a la professió... encara a vegades estàs eh.. tensa.. (GD1-R23).

No està a l'abast de tothom el tenir aquesta espontaneïtat, o fer segons quines activitats (GD1-R24).

Les habilitats de poder-ho fer, de poder comunicar també. Perquè no tothom sap, encara, explicar moltes coses. (E1-R1).

Per això, les professionals argumenten que per tractar la salut sexual de les persones s'han de conèixer i d'emprar habilitats de comunicació que les ajudin a desenvolupar la seva pràctica, i atesa aquesta circumstància l'experiència és un suport i l'aprenentatge esdevé una necessitat.

Que tu sàpigues transmetre... que no jutgis, tampoc, quan t'expliquen qualsevol cosa. Perquè... això no tothom ho sap fer, per què a tu t'expliquen una cosa i jo puc estar pensant: osti i d'això com me'n surto, però no li faré veure... que no sé. Bueno, anem a pensar, parlem, fem, no fem, anem a parlar a veure què podem canviar, què podem fer. Perquè sinó... no sé; d'això se n'aprèn molt amb el temps. Has de saber tractar les coses que dubtes o que no saps i aprens a fer-ho. Però amb les habilitats aquestes per què sinó no en tindriem. Per què al principi no en teníem. Sabíem tractar joves per què érem joves. Bàsicament perquè érem joves! (E1-R2).

Habilitats i comunicació no?, hauríem d'aprendre (GD1-R13).

5.1.3.2. Empatia i assertivitat

Les opinions de les participants aporten informació sobre la importància de desenvolupar l'empatia i l'assertivitat en la relació assistencial. L'anàlisi d'aquesta categoria satura la "d'habilitats comunicatives" (5.1.3.1) i la complementa.

De les aportacions de les llevadores es dedueix que el fet de crear una relació empàtica depèn de diversos factors. Un d'ells és el d'utilitzar les habilitats adients per detectar la demanda de la persona atesa, és a dir esbrinar el motiu de consulta. A més també és d'utilitat per fidelitzar l'usuari/a.

Quan tu veus que aquella persona que tal i tal... que pot ser un jove o pot ser una embarassada amb un problema concret (GD1-R3).

Depèn de la persona que l'atengui, jo penso, si hi ha un bon feeling, si parlem i si li ve bé, et parlarà i et preguntarà d'un tema que segur que fa molt de temps que li ronda (GD2-R2).

Els joves, jo almenys el que veig és això que deia. Quan connectes amb un jove, els tens... bueno els tens fidels (GD2-R1).

Alhora, també és necessari que la usuària percebi que se li presta atenció i que interessa el què li està succeint, pel que en ocasions pot ser requerit indagar més sobre la seva situació.

Justament connectes quan dèiem això, que l'altra persona és capaç d'entendre que tu l'estàs escoltant, que el que ella vol és que l'escoltis (GD1-R2).

Per mi és fonamental, és que si no connectes, no entens, o de vegades... no sé si us ha passat, de vegades de dir, a veure María que passa? explica'm... (GD1-R3).

En la mateixa línia, i retornant a l'habilitat comunicativa sobre l'escolta activa, les llevadores opinen que poden millorar la comunicació preguntant el que realment és necessari.

A vegades és difícil entendre lo que m'està intentant dir l'altra persona (GD3-R4).

Sí, perquè no preguntem exactament per on hem d'anar (GD3-R5).

Altres factors, que influeixen en l'establiment d'una relació empàtica, són les característiques personals tant de la persona atesa com de la mateixa llevadora. L'anàlisi de les dades suggereix que pel que fa a les professionals, tan pot ser degut a les circumstàncies del moment, com per tipologies diferents de persones, i citen en aquest sentit també a altres professionals de l'equip.

Tenim dies i tenim dones que per lo que sigui connectes millor que altres o a lo millor un dia connectes i un altre no, hi han tantes coses... (GD1-R8).

Depèn de les persones, o sigui no tant del professional, un tipus de professional o un altre, jo m'he trobat amb companyes llevadores que són bueno que no són tan empàtiques i professionals no llevadores que ho són més hi ha de tot, jo penso que depèn de la persones, fa molts anys que treballo amb el mateix equip i jo sé que a vegades, tenim la facilitat d'entrar amb una dona a lo millor a vegades més en uns temes que en uns altres (GD2-R5).

En quan al tipus de dona que atenen, les informants opinen que elegeixen una o altra professional segons la relació empàtica que s'hagi pogut establir prèviament. També per la capacitat de la llevadora per aconseguir que la persona atesa es senti identificada en la seva situació, és a dir que percebi que aquesta s'ha comprès. Tanmateix l'empatia implica preservar l'espai de cadascuna de les persones involucrades en la relació.

De vegades tens aquestes dificultats i no perquè no tinguis aquesta empatia, sinó perquè no acabes d'arribar amb aquella dona, no totes arribem amb totes, les dones també escullen, nosaltres som 3 llevadores, per exemple, i veus dones... (GD1-R6).

Ens han vist a totes, i segurament s'han visitat amb totes però tenen més empatia amb una que una altra i tu tens més empatia amb unes que amb unes altres (GD1-R7).

En com preguntar de la manera més oberta possible, perquè l'altra persona, sigui el que sigui, se senti identificat. Que no és fàcil (GD3-R6).

Ser empàtic i veure-ho amb distància s'haurien de complementar molt bé (GD3-R3).

Segons les aportacions de les llevadores, l'assertivitat està especialment relacionada amb l'empatia. Consideren que tan important és que el missatge que transmeten arribi i sigui intel·ligible per la dona, com per altra banda comprendre quina és la seva realitat. De les dades es desprèn que es requereix formació específica per desenvolupar l'empatia i l'assertivitat.

Va molt més enllà de com t'expliques, com li expliques una cosa a la usuària, sinó de la visió que té ella de la seva salut, de com es viu la sexualitat a casa seva (GD3-R2).

L'obertura de ment d'entendre que l'altre ho veurà d'una altra manera si tu no entens això, ja no cal ni que entrem. El que passa és que moltes vegades preguntes temes sexuals i aquí es queda, jo ho veig així. Falta una assignatura important a les formacions sanitàries (GD3-R1).

5.1.3.3. Suport emocional

Es reuneixen aquí les intervencions que fan referència a acompanyar i fer costat a les usuàries que es troben en situacions especialment delicades. Diverses circumstàncies en què les llevadores ofereixen aquest suport han estat mostrades en l'apartat "Situacions de la pràctica" (5.1.2).

Per tant, reiterar que les professionals manifesten que el suport el realitzen quan la persona es troba emocionalment afectada, com és el cas de l'IVE o d'una pèrdua fetal. També destacar que les llevadores es plantegen que cal millorar l'atenció que ofereixen en aquestes situacions.

Quan tornen a venir, amb la parella, i la parella et diu, doncs veus sí, tornen a venir i decideixen lo que decideixen, i a la tercera visita, és quan més surt el factor psicològic de com estan, com estàs? Com teniu el coco com us trobeu?, jo ja parlo en plural, com us trobeu...? (GD1-R5).

És que no ho fem bé... jo en molt pocs llocs, jo és que no sé en cap lloc... que ho facin bé, des del principi fins al final, i a vegades és un IVE i sembla.. bueno és un IVE com és voluntari i com és voluntari perquè ella vol i a lo millor és una situació... que aquesta dona s'ha quedat... (GD1-R3).

Consideren també les informants que l'important és acompanyar a la dona en el procés, i emprar estratègies que ho facin evident.

El tracte és el tracte, al final de tot és igual, a lo millor aquella persona només t'ha donat la mà, però tu has sentit que ha estat al teu costat (GD1-R6).

5.1.3.4. Disposició d'atenció a la salut

Entre les llevadores preval l'actitud i la conducta d'estar disposades a atendre a la dona. Aquesta postura es manifesta concretament quan la professional fa el seguiment de la usuària i aquesta no aconsegueix per exemple en les visites, com també quan detecta que la dona té algun problema en concret que requereix una atenció especial.

Si no han vingut jo els truco, què t'ha passat? o és que et trobes malament?... no és paternalisme, és atenció, és interès (GD1-R5).

En aquesta població sí que són poquetes però que també es necessita alguna cosa especial, a veure que sempre la llevadora ja ho intenta no? d'estar més disposada (GD1-R1).

Una altra situació, en que la llevadora mostra disposició, és quan tot i estar cansada per l'activitat laboral, mostra interès per seguir amb la mateixa.

Hi ha moments que et veus sobrepassada... Però quan tu tanques l'ordinador i dius avui què he fet de bo? I se't posa un somriure que dius: encara que arribaré a casa i me n'aniré directa al llit, però vengua va... sí seguim, no? (GD2-R4).

Per altra banda, hi ha aportacions sobre els trets que caracteritzen una actitud de disposició. Entre aquests destaquen el considerar que totes les situacions que pugui presentar la dona són importants per ella, i també el fet de prestar un servei a les persones.

És un punt molt diferencial entre un tipus de professional i un altre, és a dir, la diferència entre: no tinc cap forat, doncs que demani hora o que esperi i l'atendré quan pugui, això és una qüestió d'actitud, això és un punt molt determinant, o sigui pensar que fas una feina molt important, que fas un servei a l'altre, pensar que la sexualitat és un punt molt important, però és que la que pensa que ho vol fer bé i que és un tema molt important, pensa que tots els problemes a la seva àrea són importants, o sigui l'actitud no es separa per temes, l'actitud és una actitud del dia a dia. Hi ha gent que creu que està per fer un servei a l'altre (GD3-R4).

De l'altra banda, de l'anàlisi de les dades es desprèn que en determinades situacions la llevadora no accepta realitzar l'atenció en un moment concret. Aquest és el cas de dones immigrants que venen acompanyades pel problema de la barrera idiomàtica, i en conseqüència pugui interferir en l'abordatge d'aspectes íntims de la salut sexual.

Aquestes parelles que vénen paquistanís, hindús.. traduïdes per la parella (GD1-R2).

Això no ho accepto a la consulta (GD1-R3).

Tanmateix, tal i com s'ha reflectit en l'apartat sobre "Relació amb altres cultures" (5.1.1.2) no es deixa d'atendre a la dona per aquesta circumstància, ja que la llevadora cerca diversos recursos per resoldre-ho.

5.1.3.5. Confidencialitat i confiança

Les llevadores coincideixen en que preservar la confidencialitat amb la dona és essencial per establir una relació de confiança. Així hi ha situacions en que la professional mostra una conducta en què assegura que la intimitat serà preservada, en front algun familiar o la parella.

Dius ets còmplice de mil històries, íntimes, perquè evidentment no s'ha de... (GD2-R5).

Així mateix, l'anàlisi de les dades suggereix que utilitzen diverses estratègies per aconseguir-ho, i que aquesta capacitat reforça el seu rol com a professional referent.

Jo sóc la teva llevadora, la teva mare és fora o lo que sigui, i a vegades ens veuen xerrar i tal... i això ho tenen tan integrat, de que queda allí, de que queda dintre de que sóc la llevadora, que per a mi això és molt important (GD1-R1).

Dius: hola, com és la primera visita, sóc la llevadora, eh... com no has vingut mai i recalco molt, molt, el com no has vingut mai no, no, no, mai, mai i dic: doncs avui farem una mica, obrirem la història i vaig veient coses... i més d'una vegada la noia després em diu: "gràcies per lo de l'altre dia", què? Què vaig fer? "no... t'ho vas fer venir bé per fer-me venir avui sola" (GD2-R2).

Em va trucar i em va dir: "Avui vinc a la visita del control d'embaràs amb la meva sogra i ella no sap que fumo, no em facis aquella pregunta de sempre de: què; com ho portem aquests dos cigarrets? Ja els hem pogut deixar, o no?". Vaig penjar i dic: no dona, tranquil·la (GD2-R4).

Va venir una noia, com mitja hora abans o una hora abans, i dic: no és que no et toca. I diu: "no, és que vinc abans, ara me'n tornaré a anar, però jo vinc abans perquè vinc amb la meva parella i acabo de tenir la clamídia i ja estic curada i ja està, però ell no sap res", i dic: ah!. Llavors, quan va venir, vam fer també el mateix, no? Potser ella no vol... diu: "lo bo, és que com ja estic curada, no vull que ho sàpiga", i dic: bueno... però va venir expressament (GD2-R3).

Una altra circumstància que es dóna en relació amb la confiabilitat és si l'atenció es realitza en medi rural o urbà. Les llevadores en general manifesten que aquest fet influeix en la seva pràctica, ja que està present la condició de l'anonimat i per tant preservar la informació que es té de la persona.

En zones rurals, semi-urbanes, és diferent que les urbanes (GD3-R3).

De manera que pel que fa al comportament de la dona quan es tracta d'un medi rural o semi rural, n'hi ha que opten per acudir a un centre diferent o allunyat del seu lloc de residència o de la seva població.

Quan sovint no és el mateix centre elles se senten més acollides, clar... has sortit, has trencat.. (GD1-R2).

Hi ha pacients que els hi agrada molt que estiguis tu i que, bueno, i que et conten de tot. Però hi ha algunes pacients que, el que ella comentava del poble no sé que no sé quants, pues igual estan més còmodes si venen a la unitat central (GD3-R2).

Pel que fa a la llevadora, algunes opinen que el fet de viure en el mateix entorn que la dona no les hi representa cap problema, mentre que d'altres prefereixen que no sigui així. De manera que en ocasions el medi urbà facilita l'atenció perquè hi ha més anonimat, mentre que d'altres opinen que aquest fet no interfereix.

Quan vivia a cinc minuts de l'ambulatori, ho passava fatal (GD2-R7).

Ah, jo no (GD2-R8).

Això de ser fora... jo no visc on treballo, però a vegades la gent em diu: a tu t'agradaria treballar més a prop? I dic: home sí i no... per què.. (GD2-R6).

5.1.3.6. Detectar la demanda

De l'anàlisi de les dades es desprèn que detectar la demanda de la dona és una de les competències rellevants que les llevadores desenvolupen en la pràctica. Es troben en situacions en que és la mateixa persona atesa qui realitza la demanda explícitament, mentre que en d'altres són les professionals qui han de detectar la demanda implícita.

El jove ve, i et fa la demanda que té clar el que vol demanar (GD2-R1).

En les consultes, els grups de menopausa, de dones que sobretot el que volen és revifar i el que poden fer per millorar, que volen consell, que volen ajuda, i que volen també de vegades ...també.. una senyora fa poc de l'últim grup en realitat aquell... no desig no desig no desig, hi havia un abús sexual en la infància del pare, que de vegades tot això també entra, però hi ha moltes dones que això si

que els preocupa de no tenir desig i volen continuar i lo que demanen és ajuda i consell (GD1-R1).

I volen solucionar tot el tema de sexualitat (GD1-R2).

Un aspecte que les llevadores consideren és el d'observar si la dona es troba en la situació en que requereix que s'abordi la seva vivència sexual, i en ocasions detecten que això no és necessari.

Als quaranta dies que és quan donem el consell contraceptiu i de sexualitat... no... potser no volen ni parlar-ne, ni ho necessiten i els hi queda lluny (GD2-R2).

És una constant en tots els programes i que jo crec que s'hauria d'abordar a quasi tot, no? A quasi tots, no? Moltes vegades és perquè nosaltres no podem però també perquè el pacient en aquest moment o l'usuari tampoc ho requereix (GD3-R1).

Depèn de la demanda de la persona a la que tu atens, no? Perquè hi han dones que d'entrada comenten que no tenen relacions i que no les preocupa gens i que no, que no que en aquests moments no entres tampoc (GD3-R2).

Entre les llevadores preval l'opinió de que la manera de detectar la demanda és preguntar directament a la dona si la seva situació li preocupa, i en funció de la resposta actuar d'una manera o altra.

Jo no entro, igual hauria d'entrar eh?, no entro massa en aquest aspecte... la meva pregunta sempre és... i això et preocupa? i si em diuen que no... (GD1-R4).

El saber què necessita aquesta dona, què penses tu que necessita, si t'ho expressa perfecte i sinó a veure que és lo que vol, o que la deixis tranquil·la, estar allà, jo penso que això.., (GD1-R6).

També manifesten les llevadores que forma part de la seva activitat preventiva el detectar, i en cas de trobar algun problema de salut que s'escapi de la seva competència, poder derivar la dona a un altre professional especialitzat.

Hem de fer prevenció. I la prevenció està aquí... i detectar (GD2-R3).

Tindrè de detectar, de dir-li que això es pot treballar i solucionar-ho, i ja estaré fent un bon paper. Perquè ho he detectat i li he dit què pot fer, llavors passar-ho a un professional que realment pugui donar resposta a aquesta problemàtica. (GD3-R3).

5.1.3.7. Detectar situacions de risc

De les aportacions de les llevadores es desprèn que en la seva pràctica detecten diverses situacions en que la dona es troba en risc per a la seva salut. També observen que aquest fet no depèn de l'edat de les persones ateses.

El comportament de risc que a mi abans sempre li adjudicàvem als joves, però els joves de segona generació déu n'hi do!! (GD1-R1).

En conductes de risc en dones menopàusiques, amb nova parella, no tenen per res en compte les possibilitats de risc i quan els hi dius... "ay pues no lo había pensado" (GD1-R2).

De totes maneres els joves, jo crec que tampoc no ho tenen tan posat (GD1-R3).

No senten el risc ells (GD1-R4).

No tenen la necessitat sentida del risc, és a dir ni els de 50, ni els de 30, ni els de 40 ni els de 25 (GD1-R1).

Les informants també manifesten que en ocasions l'usuari/a sovint no percep que es donen circumstàncies que suposen un perill per a la seva salut, com és el cas de contraure infeccions de transmissió sexual. En aquest aspecte la imatge de les parelles sexuals no suposa una garantia de manca de risc.

No si jo no tinc la regla, quin problema hi ha si ja no em puc quedar embarassada. I lo altre? com que lo altre?. Tenen la idea de que lo altre només passa als altres en la joventut (GD1-R7).

Sífilis, hepatitis, SIDA, però ho veuen com algo poc freqüent, que ningú ho té i tal... Però molt freqüents en els joves, trobo que no en són conscients (GD2-R1).

I en males costums, és a dir en gent de malviure, de borratxos, a drogoaddictes, no? esa gente de malvivir, però l'altre que és un executiu aquest no (GD1-R8).

Altres situacions que les llevadores consideren molt important detectar el risc són quan la persona es troba en un context de violència de gènere. Manifesten que no és fàcil detectar-ho i que tanmateix és determinant realitzar-ho per poder atendre i derivar si és el cas a la dona en un servei específic.

Quan te venen, intentar que no se t'escapin, no? De si veus que és de risc, que són les que utilitzem los mateixos criteris, me la torno a citar (GD2-R3).

El més important és saber si està en risc o no. Si està en risc, has de derivar a serveis urgents, per què la vida... no? El risc de vida... (GD2-R9).

Li has d'expressar: sembla a ser que estàs en risc, que la teva vida corre un risc, i jo et recomanaria d'anar a un centre d'urgències... I si vols et truco jo. Jo a vegades he trucat a l'EAD aquest és l'equip d'atenció a la dona. Que és el territorial, després sí que cada districte d'aquí Barcelona té el PIAD, Punt d'Atenció a la Dona, o la psicòloga de l'ASSIR. Però si no està en risc, llavors, pues

potser, s'agafa més confiança i que vingui... bueno, pues vine el proper dia que et toca la citologia o... perquè clar, també fer nosaltres de psicòlogues... tampoc es el nostre tema.. (GD2-R10).

La dificultat per part de la llevadora de detectar el risc per a la salut que representa la violència de gènere, es veu incrementada quan la dona és immigrant i ve acompanyada per la parella i es dóna la interferència de la barrera idiomàtica.

Si estem parlant d'algo que depèn d'ells, si ells, clar si ells no ho diuen... és molt difícil que ell ho reconegui amb la dona... mira sí, sí... és difícil detectar aquestos casos, és molt difícil... (GD2-R4).

Per tant, és important que la llevadora tingui la competència per detectar situacions de risc per identificar el problema i prendre les decisions oportunes en les seves actuacions.

Que la llevadora sàpiga fer les preguntes adequades per detectar problemes, això és una cosa important perquè pot ser una problemàtica sexual com pot ser una problemàtica de maltractament (GD3-R1).

5.1.3.8. Cercar informació

De les aportacions de les participants s'extreu que en la pràctica es presenten determinades situacions en que han de desenvolupar la competència d'actualitzar-se, per a la qual és fonamental la destresa de cercar informació. De manera que, cercar informació, les hi aporti solucions per millorar l'atenció de salut. En ocasions troben dificultat per aconseguir-ho.

He buscat formació i he fet moltes coses, he llegit molt però encara... (GD1-R1).

En d'altres ocasions cerquen i obtenen la informació de les fonts més diverses o bé d'algunes en concret que els hi són d'utilitat per resoldre les situacions de la pràctica. Sigui com sigui els hi representa un esforç.

Preguntant, mirant, informant-te, mirant internet, preguntant a una companya.. que dic... escolta aquest tema com ho has tocat? com ho has mirat? enviant documentació i llegeixes i fas els teus d'allò i llavors dius bueno és com un examen no? (GD1-R4).

Dóna totes les pautes que com defineixen el professional, com ha de ser aquest professional, què ha de tocar, quins punts ha de tocar, és impressionant la guia NICE (GD1-R3).

5.1.3.9. Aprendre de la pràctica

De l'anàlisi de les dades es dedueix que les professionals aprenen a partir de l'experiència en la pràctica. Sovint aquest fet es dona quan atenen a dones d'altres cultures, el que els hi permet identificar els seus valors, creences i comportaments i així poder modificar i adaptar els missatges i l'atenció a les necessitats de salut de la dona.

Vaig aprendre una cosa, vaig aprendre perquè no utilitzaven el preservatiu, els homes amb la seva dona no l'utilitzen, però clar! és que tenen 4 dones (GD1-R1).

Vaig aprendre que la errada era el missatge que nosaltres dèiem.. para no tener más niños, si quieres, pues hay esto, esto y esto, i llavors elles sempre deien que no, que no volien pastilles ni res, i llavors vam canviar el llenguatge i vam dir si quieres esperar ahora para tener niños, si quieres esperar un poco de tiempo, puedes utilizar pam, pam pam... Però clar ara tenim el problema de les ITS's perquè clar... com què tenen quatre dones, les unes estan allà i les altres estan aquí, tricomonas, tatata anem... és complicat.. però va ser molt interessant aquelles xerrades perquè vam veure que... (GD1-R2).

Per altra banda, les llevadores opinen que les actituds també es poden aprendre. De manera que a l'atendre la salut sexual de la dona es fa necessari prèviament, aprendre

a treballar les pròpies actituds i així procurar que aquelles que cal millorar no interfereixin en l'atenció.

Mirar-s'ho des de la part professional i la teva motxilla deixar-la a la porta, que jo crec que això es pot aprendre, remouent més o menys; penso que és el canvi de xip que fa, o sigui, és el canvi de ser a l'excel·lència o no ser-ho quan ets capaç (GD3-R2).

Quan aprens, moltes coses es remouen (GD3-R3).

5.1.3.10. Habilitats organitzatives

Una de les habilitats que destaca per la seva influència en l'activitat que realitzen les llevadores, és la d'organització del temps. De l'anàlisi de les dades s'obté la informació que la gestió del temps les hi preocupa força. Opinen que tractar temes entorn a la sexualitat no és una tasca senzilla, i que sovint requereixen dedicar més temps del que tenen programat.

El tema del temps et condiona, perquè no és només fer una pràctica i una tècnica (GD2-R7).

A una consulta no pots fer-ho, que de vegades obres una porta i no saps si es pot entrar. Que de vegades has de tenir un temps d'escoltar, de contenir a vegades (GD1-R4).

L'única constant que a vegades no abordes per una qüestió de temps de consulta, perquè un puerperi t'abasta molta cosa i abastar la sexualitat potser creus que la dona no està preparada perquè jo després parlo i parlo de coses com el dia de quarantena que jo potser no ho fem prou orientat però la constant de totes les nostres visites el tema sexual hi hauria de ser, la cosa es que l'abordem o no (GD3-R1).

Si a tu a més de fer la revisió, realment veus que li toca un mètode anticonceptiu i llavors vols el que t'agrada que és el fet de poder parlar i fer l'educació sanitària, això a tu et desborda (GD2-R6).

Les llevadores procuren emprar estratègies perquè la dona no es quedi desatesa, bé sigui citant-la en un altre moment o allargant el temps d'espera. També procuren que la dona sàpiga que pot acudir en qualsevol circumstància que ho precisi.

Si em trobo una porta aquesta que veig que serà un huracà, li dic mira fem una cosa, quedem un altre dia, ho aparco, tu tens ganes de parlar i jo et vull escoltar bé, ara tinc molta gent al darrera, que et sembla si guardem jo que sé, dos, tres visites i ho faig eh? per a aquella persona... (GD1-R6).

És una de les coses més ben valorades per elles, el que l'atenguis en el moment (GD1-R11).

De vegades si perds aquell moment que està disposada... (GD1-R7).

Tinc visites programades, però igualment, vingueu sempre, sense hora... quan calgui... I dius: bueno, has d'assumir que ho dius, ho faràs, però que arribarà un moment en què... (GD2-R9).

Busquem maneres per exemple a la tarda jove ja les involucrem, i tornaràs a veure'm per com va el mètode i no sé què... o quan veus que hi ha més coses o més riscos, que vols entrar-hi doncs ja les fas i de vegades ho aconseguixes i altres vegades no (GD1-R11).

Les professionals refereixen que mostrar disponibilitat és important per fer el seguiment de la dona. Aquest aspecte pot variar en funció si l'atenció es realitza en l'àmbit rural o urbà. En el primer, el factor de proximitat i coneixença facilita el poder posposar la visita, mentre que en l'àmbit urbà la pot dificultar.

En l'àmbit que estic jo, si et coneixen, com que saben que quan elles vénen amb una urgència també les atens, saben esperar... jo no m'he trobat... i de vegades dius, aneu a prendre algo... ah vale vale! no et preocupis (GD1-R15).

Però és que jugueu en un àmbit més petit, i que els coneixes... (GD1-R9).

Clar Barcelona és molt gran... (GD1-R17).

Hi ha moltes dones que les veus una vegada i no les tornes a veure mai més, vull dir en el nostre àmbit és molt freqüent, i de vegades et trobes en situacions que dius alguna cosa he de fer, no ho puc fer tot, alguna cosa haig de fer tampoc no puc aparcar-ho tot, no sé no és fàcil (GD1-R18).

Si no ve i no aconseguixo que vingui després, ja no la torno a veure mai més (GD1-R10).

La gestió del temps es considera rellevant perquè la llevadora pugui planificar l'assistència a la dona que està atenent, com també considerar l'espera de les usuàries que haurà d'atendre a continuació.

El temps d'escoltar, de situar-te tu, de dir a veure per on ho enfoco? Com ho lligo això? requereix un temps, i potser venia per una altra cosa i al darrera tens quatre persones que estan en la cua esperant, que a vegades tot això també..., ja no per tu, que a vegades també hi ha senyores també que llevo una hora (GD1-R14).

5.1.3.11. Reflexió crítica sobre la pràctica

Les aportacions de les llevadores han permès identificar diversos factors que contribueixen al desenvolupament de la reflexió crítica en i sobre la seva pràctica professional. Aquesta és una subcategoria amb un alt grau de saturació, tal i com s'ha mostrat en l'anàlisi de les dades en els apartats de concepció de la sexualitat i atenció a

la salut sexual (5.1.1.), i situacions de la pràctica (5.1.2.). Així mateix, s'aporten alguns elements que precisen aquesta dimensió competencial.

L'anàlisi de les dades suggereix que les llevadores són conscients de què incloure aspectes de la sexualitat en l'atenció de salut i fer-ho de manera evident i comprensible, facilita que les persones puguin explicitar els seus dubtes i aprofundir en la seva vivència.

Però jo no faria tant la reflexió només en les adolescents que en les altres, de vegades quan estàs fent la primera visita encetes el tema de la sexualitat i a l'embarassada també se li obre tot un món. Veure que el professional aborda aquest tema amb una certa naturalitat li dóna una pista amb ella, perquè dintre dels mites de l'embaràs i la sexualitat i les relacions sexuals estan plenes de dubtes i en el moment que tu obres aquesta porta i els permetes que puguin consultar, neix tot un camp .. déu n'hi do (GD1-R1).

Les professionals posen de manifest la intencionalitat en la seva actuació per tal d'influir en els hàbits i actituds de la persona atesa, de manera que aquesta pugui tenir una vivència més saludable. Aquest fet, les porta a reflexionar sobre com orientar la pràctica, com és el cas de realitzar un tasca educativa.

I com s'explica. Perquè lo que tu li diràs a aquella persona, segurament li canviarà l'estructura mental, o no. De la seva vida, o no. Però tu tens com a mínim entès de pensar que potser aquella dona surt de la porta de la consulta amb un altre plantejament (GD3-R5).

Potser hem de treballar l'educació prèvia... és que fer-te moltes serologies no et cura de les teves actituds sexuals (GD2-R2).

D'altra banda, senten que tot i que en ocasions tenen dificultats per abastar la diversitat de situacions i abordar la problemàtica que se'ls presenta, pensen que l'actitud de

resolució, la possibilitat de comptar amb més temps, i la formació són necessàries per millorar l'atenció de salut sexual.

La nostra professió es que està tot el dia amb això i aleshores si estem tot el dia amb això, hem de saber identificar quan és un problema, quan no, quan no és un problema com ho comuniquem, com ho treballem (GD3-R6).

Hem d'intentar anar endavant i hem d'actuar des de tots els fronts. Jo quan dic que a vegades, em dóna la sensació de que encara seguim fallant, no és que fallem, per què... simplement és que mai podrem arribar al cent per cent (GD2-R2).

La sexualitat o fer una teràpia sexual implica moltes més visites, implica més temps i també una formació (GD3-R9).

Les llevadores coincideixen en què el concepte que tenen de sexualitat i les situacions que atenen en la pràctica estan estretament relacionades i s'influeixen mútuament. De tal manera que les activitats assistencials en salut sexual que realitzen, com també la formació en la que hagin pogut participar, afecta a la particular visió de la sexualitat i a les pròpies actituds.

La sexualitat concretament és un tema que com justament forma part de les vivències, és molt íntim, és molt fàcil que es barregi amb el que tens a davant. Llavors és molt fàcil que es barregi tot i que no vulguis i... se't poden remoure tot en un curs, i en una consulta se't pot remoure tot (GD3-R8).

En la mateixa línia, l'anàlisi de les dades revela que tant la formació realitzada com les vivències personals, contribueixen a desenvolupar la competència professional.

Tenim una formació reglada perquè hem estat fent cursos i tal i ens hem format, però la vida i lo que ens passa en el nostre entorn, la nostra família, amb els

nostres amics, també ens dóna uns coneixements, unes habilitats que fa que puguis enfocar les coses diferents (GD3-R1).

En afegit, les professionals remarquen que cal un treball o esforç personal per poder distingir l'experiència particular de les situacions que atenen en la pràctica.

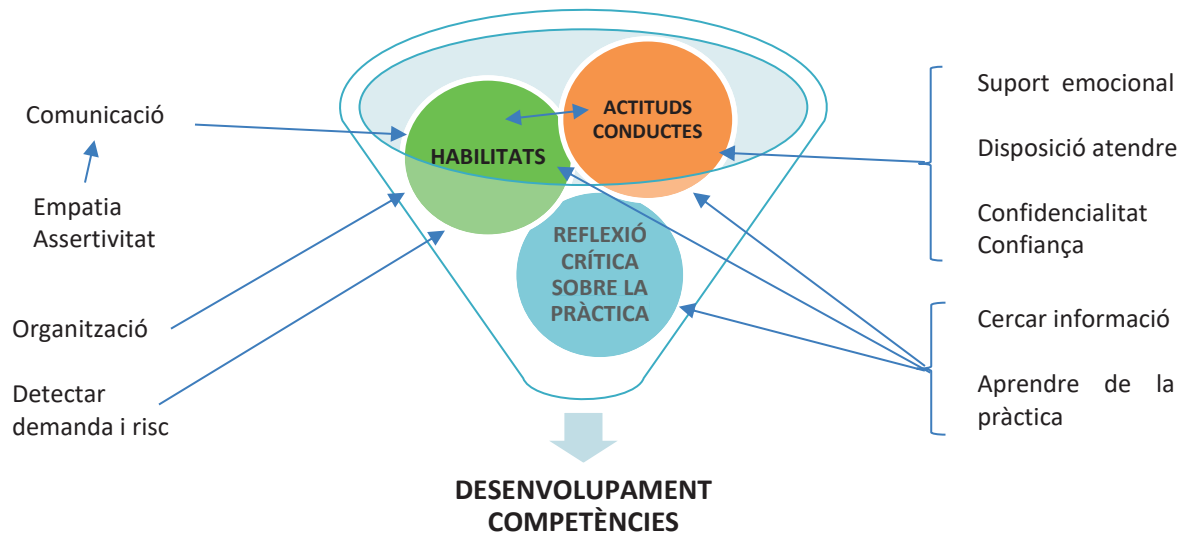
Saber separar tot lo que és la teva vivència de tot lo que és l'atenció professional, jo crec que això no t'ho dóna la vida, t'ho dóna treballar-ho (GD3-R3).

Com també, des de la perspectiva de les llevadores gestores, cal promoure la reflexió sobre els propis valors i actituds per tal de comprendre millor les situacions que presenta la pràctica professional.

Que es replantegi l'atenció perquè hi ha tota una sèrie d'aspectes que tenen que veure amb coses que no havíem mai pensat, reflexionat, interioritzat, mmmhh... des de punts de vista, no cal que m'ho expliquin però internament ha de mobilitzar, que significa per a mi, no?, una relació sexual amb una dona i soc dona? M'ha de.. vull dir, no cal que ho expressi però ho he de... (GD3-R7).

En resum, en aquest apartat s'han presentat les dimensions competencials que han emergit de l'anàlisi de les dades, i que a mode de síntesi es presenten en la figura 8.

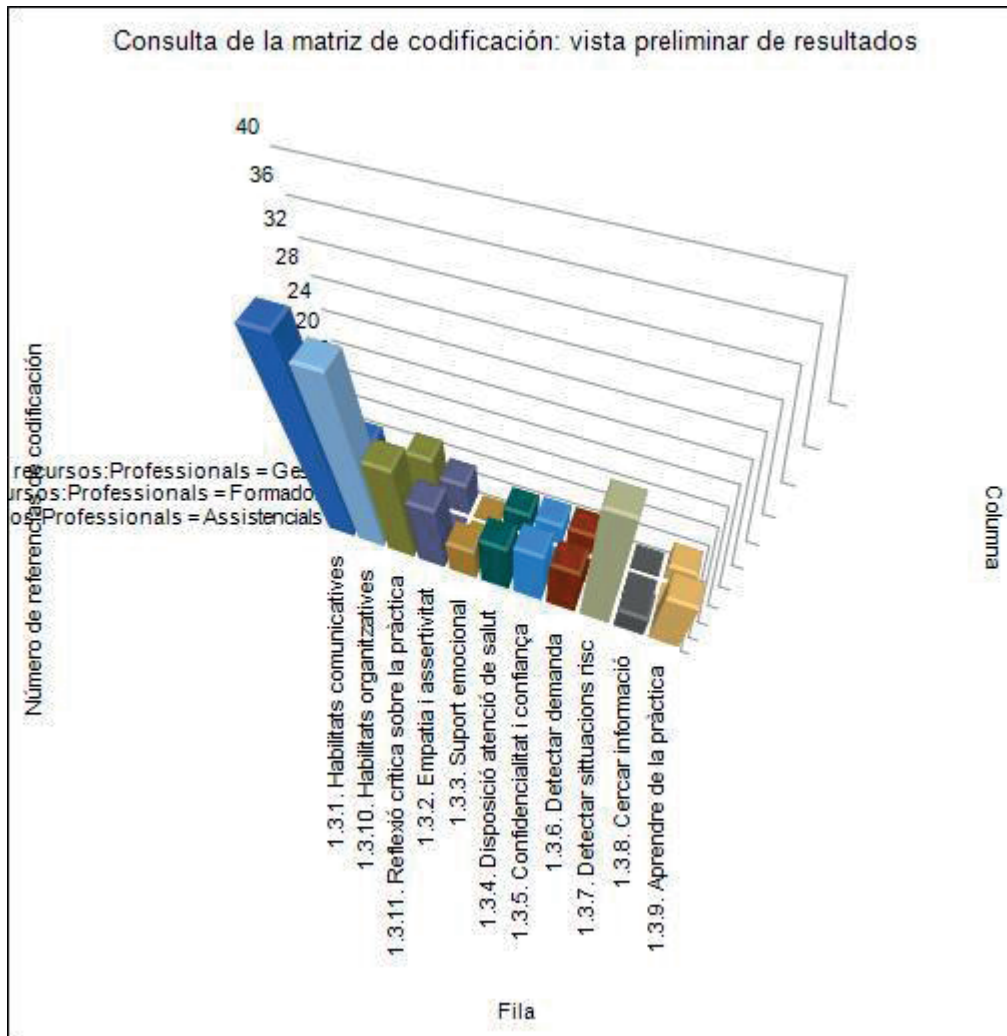
Figura 8. Dimensions competencials percebudes per les llevadores en la pràctica de l'atenció a la salut sexual.



Font: elaboració pròpia.

Les llevadores assistencials aporten informació tant de les dimensions competencials que desenvolupen de manera exitosa, com d'aquelles que perceben que cal millorar. Al seu torn, les llevadores gestores aporten informació sobre les requerides per a la pràctica professional, mentre que les llevadores formadores contribueixen des de la vessant de la formació. En el figura 9 es pot apreciar el grau de les contribucions de les informants amb relació a les diferents dimensions competencials d'habilitats i destreses.

Figura 9. Aportacions de les llevadores segons les dimensions competencials d'habilitats i destreses.



Font: elaboració pròpia.

S'ha de fer esment que les participants coincideixen en la rellevància de mantenir i actualitzar les competències per atendre la salut sexual i afectiva en les diverses situacions i reptes que es presenten en la pràctica. Per això, es suggereix que la formació és un factor essencial per tal d'avançar amb el desenvolupament professional.

5.1.4. Dimensions competencials: valors professionals

Les aportacions de les llevadores suggereixen que els valors i les actituds professionals influeixen en la seva pràctica. De l'anàlisi de les dades s'identifiquen: el d'ajudar a la

persona, respectar la decisió de la dona, empoderar a la dona, experiència professional, reconeixement professional i satisfacció professional.

5.1.4.1. Ajudar a la persona

Les llevadores opinen que es troben en situacions que mobilitzen els seus valors i generen la motivació per ajudar a la persona.

Reps una informació que dius ostres i ara com li ajudo jo? (GD1-R1).

Has de donar, has de donar... (GD2-R1)

L'interès que la llevadora mostra per atendre a la dona en aquestes situacions es veu accentuat quan es tracta de població vulnerable. Així mateix, la manera de demostrar-lo és interactuant amb la dona directament.

Amb la població més vulnerable, jo quan puc portar una persona, una dona, una noia que té una situació difícil i pots reconduir una mica és quan et sents més bé, en aquest cas, potser penses que estàs ajudant a aquesta persona (GD1-R3).

No et preocupis, jo t'ajudo, lo que calgui! i la primera pregunta, la primera setmana “què hem de fer no?” “com estàs?” (GD1-R4).

5.1.4.2. Respectar la decisió de la dona

Les llevadores consideren que respectar la decisió de la dona és un dels principis que cal preservar en la seva pràctica. Segons l'anàlisi de les dades aquesta subcategoria es satura amb la de “confidencialitat i confiança” (5.1.3.5.), ja que ambdues es complementen.

Les professionals consideren que per respectar la decisió de la dona cal prèviament haver detectat la seva demanda. Així mateix, en cas de no voler atenció, tot i presentar algun problema de salut, és necessari respectar la seva decisió.

També depèn de la demanda de la persona a la que tu atens, no? Perquè hi han dones que d'entrada comenten que no tenen relacions i que no les preocupa gens i que no, que no que en aquests moments no entres tampoc (GD3-R1).

No convertim en obligació algo que no surti espontàniament de la persona, i si per ella no és un problema... doncs... “ya no hay problema” (E2-R2).

És molt bo obrir la porta, però que per a certes persones de la nostra o d'altres cultures, poden haver temes que aquí darrera hi hagi un rerefons molt dolorós, doncs per agressions a la infantesa o per agressions a l'edat adulta o per moltes altres coses, i que poden necessitar més temps per abordar-ho o un altre tipus de suavitat, o simplement deixar-ho en aquell moment o no abordar-ho mai i que també és lícit; perquè m'he trobat fins i tot, al voltant de temes de la maternitat a on es sospita que hi ha segons què, no?, a doncs això se n'ha de parlar uuhh..., s'ha de parlar si aquesta persona se sent preparada en aquell moment. Perquè a vegades, amb tota la intenció de fer el bé, també pots fer molt de mal, no?, vull dir que no cal destapar la caixa dels trons si en aquell moment una persona et diu: “no, aquest tema no el vull tocar”, no? Doncs per a mi aquest respecte també és molt important (E2-R1).

També destacar que el valor que les llevadores atorguen a que sigui la dona qui decideixi implica, per una banda que la reconeixen com a responsable de la seva salut, i per altra que identifiquen i respecten els valors de la persona atesa.

Mai podem jutjar allò que fa la persona, faci el que faci, vull dir, per això ja hi ha jutges i pobrets i pobretes ja es dediquen a lo suyo, però nosaltres hem de fer un altre abordatge i això també és molt complicat, perquè vivim en aquesta societat i perquè cadascú té els seus valors personals (E2-R2).

5.1.4.3. Empoderar a la dona

De les aportacions de les llevadores se'n deriva que potenciar la capacitat de decidir empodera a la dona. Les professionals detecten que hi ha situacions en què aquesta capacitat de decisió està compromesa. Alguns exemples són el que es trobi limitada per la parella en quan a l'ús del mètode contraceptiu, i encara més greu amb la violència de gènere. Davant d'aquestes circumstàncies les llevadores manifesten que cal informar a la dona i contribuir a que pugui actuar responsablement envers la seva salut.

Yo no quiero que ella tome pastillas (GD2-R6).

Li has d'expressar: sembla ser que estàs en risc (GD2-R7).

Els has de responsabilitzar també (GD2-R3).

Una de les frases que últimament utilitzo és a la noia: fes-te valer! Com a dona (GD2-R4). Fes-te valer... si no et cuides tu, qui et cuidarà (GD2-R5).

Així mateix, es manifesta que perquè la dona pugui decidir, a més d'oferir informació i els recursos disponibles, se l'ha d'ajudar a que prengui decisions tot preguntant-li, o també mostrant empatia per fer-li sentir que els seus propis valors són els que han de prevaldre.

Tenen un munt de documents d'informació a la dona però no paternalista, no, d'explicar-li això és així (GD1-R2).

El poder el té ella, mira et donem tot això, amb tot això i aquesta informació què vols fer? tu què vols fer? (GD1-R4).

Posar-ho també en valor, no com una cosa negativa ei, que tu has de seguir tenint cura de... els altres nens, la teva parella, la teva casa, oh!, i a nivell laboral i dius:

ostres, no, posem el valor al que té cada cosa, i ajudar a que sigui un motiu més d'empoderament (E2-R1).

Per altra banda, les llevadores valoren la seva actuació professional quan perceben que la dona pot arribar a ser més autònoma amb les seves decisions.

Que elles se sentin bé... que agafin el poder que... saps? només és la llevadora és la llevadora.. (GD1-R1).

Donar-li el poder (GD1-R3).

El més important, per mi, és potenciar, pues, la seva autonomia, la seva autoestima i que se sentin més segures. I si estan més segures, estan més segures en el postpart, amb elles, amb la parella, amb la sexualitat (GD2-R1).

5.1.4.4. Experiència professional

Les llevadores manifesten diferents opinions entorn al valor que li atorguen als anys d'experiència professional. Algunes opinen que els anys d'exercici contribueixen a millorar la pràctica, mentre que d'altres consideren que aquest fet no hi té tanta relació. En l'aspecte que sí coincideixen és que la qualitat de l'atenció està molt vinculada al tipus de persona.

Això va més amb la persona... la persona i l'experiència, perquè els anys de vol, també es noten (GD1-R1).

Els anys de vol no sempre van a favor (GD1-R2).

També estant d'acord en què l'edat no és un factor que es relacioni amb oferir una millor assistència.

He vist gent molt jove amb poca experiència o relativa experiència ostres, amb un bagatge... amb un empaque... per escoltar per... impressionant, en canvi n'he vist d'altres de més anys i més d'això... que menys paciència (GD1-R3).

Les llevadores reiteren que els trets personals influeixen en l'atenció prestada, i opinen que la qualitat de la mateixa depèn més d'aquests trets que no del tipus de formació rebuda.

Poques vegades en aquesta que jo diria que és més rígida, que li costa més escoltar, però en canvi tampoc, les dones hi van contentes i amb l'altra hi van potser encara més contentes... depèn de la llevadora, no de la formació; depèn de la persona (GD1-R6).

Dels anys d'experiència, en aquell moment et venen dues persones i en canvi diries si han tingut formació diferent, a més ni tan sols del mateix país, vull dir són en tot molt diferents... i dius ostres no té res a veure amb l'experiència. I diries que les dones es consideren més mal ateses per l'una que per l'altra? pues jo diria que no, curiosament (GD1-R5).

5.1.4.5. Reconeixement professional

De l'anàlisi de les dades es desprèn que les llevadores valoren el reconeixement de la seva feina en diverses circumstàncies. Una d'elles és quan el reben de part de la persona atesa.

Quan em diuen... la gent jove... i quan em vénen a la meva consulta, "com que ets la meva llevadora t'he vinc a explicar això" (GD1-R1).

Que queda dintre de que sóc la llevadora, que per a mi això és molt important (GD1-R2).

D'altres situacions és quan el reconeixement prové de les mateixes companyes, i accentuen les qualitats professionals.

No sé qui em deia un dia, és que tu, ostra, quina paciència amb la gent jove un company em deia, no els aguanto, no les aguanto, aquesta dona te la he enviat per què no les aguanto (GD2-R3).

Una altra circumstància que indiquen les llevadores és quan el reconeixement professional el perceben i l'expressen elles mateixes. Es destaca també com a valor la pròpia disposició per atendre la sexualitat de les persones.

I sempre estem les llevadores... és que hi ha que veure, eh? (GD2-R2).

Quina sort que tenim... de tenir aquesta feina que participem amb coses tan íntimes (GD2-R1).

La fortalesa és que la majoria de les llevadores entenen que la sexualitat és una part importantíssima (GD3-R1).

5.1.4.6. Satisfacció professional

Les llevadores opinen que són diverses les ocasions en que se senten satisfetes. Algunes d'aquestes estan relacionades amb el tipus d'atenció que realitzen i a qui va adreçada.

Jo estic més satisfeta en dos punts: més a l'inici i al final, no? quan algun jove pots entrar... i veus que les postures, que les actuacions de risc que tenia has pogut aconseguir que se'n doni compte, em fa molt feliç; i després les dones menopàusiques, jo són els dos punts que noto tinc bona sintonia i que puc... que jo m'hi manego bé (GD1-R2).

Amb les menopàusiques també coincideixo amb tu, cert que és una població a més molt agraïda, primer... però és que notes que quan elles demanen una cosa i tu pots donar-les una resposta... o sigui ho notes per part d'ella l'agraïment que no cal dir gràcies... notes que ha canviat que... i a més obres la porta, que en

altres moments tornin a venir, qualsevol moment, perquè saben que poden consultar, confiar, i que trobaran almenys l'escoltar (GD1-R3).

Una cosa que m'ha sorprès en l'IVE farmacològic? és les dones que et donen les gràcies, no m'ho imaginava (GD1-R10).

Així mateix expressen que quan atenen situacions específiques i que poden abordar els hi aporta satisfacció, com en el cas de la diversitat sexual o de vulnerabilitat.

Quan tu fas totes aquestes coses i un dia veus que un noi et ve allà i et parla tranquil·lament de la seva sexualitat, de la seva homosexualitat, penses: ui, si que ho has fet bé! (E1-R1).

Població més vulnerable, jo quan puc portar una persona, una dona, una noia que té una situació difícil i pots reconduir una mica és quan et sents més bé (GD1-R1).

També manifesten que la satisfacció que senten és deguda a la bona relació que estableixen amb l'usuari/a.

Té aquesta gratificació, precisament, d'una bona relació amb les persones que venen a la consulta (E2-R1).

O quan aconseguen que arribi el missatge a la dona i que es reconegui a ella mateixa com agent de salut de les persones que l'envolten.

A nivell personal quan millor em trobo és quan les hi encarrego de ser agents de salut, i em creuen, no? és allò de dir... no sé... estàs parlant de mètodes anticonceptius a coses més simples no? i llavors dius bueno és que això ho estem parlant aquí, però és que vosaltres... amb les nebodes, o amb familiars més joves, o no sé què... o al contrari, amb les vostres mares és que podeu fer i podeu dir tot això... així... i quan veus que bueno que sí que reben el missatge i que les hi fa

diguem certa il·lusió no? no sé, jo és que últimament com més satisfeta em sento és d'intentar fer red social (GD1-R4).

Altres situacions que els hi causa satisfacció és quan senten certa dificultat en abordar-les, s'esforcen per aconseguir-ho i finalment ho resolen.

En general les llevadores fem molt bé tot el que sigui anticoncepció, prevenció d'ITS però el tema de la sexualitat potser... no és fàcil fer-ho en el dia a dia (GD1-R5).

Després dius ostres! no ha sigut tan difícil, no? i et sents satisfeta (GD1-R11).

Et sents satisfeta i en aquest cas, perquè era un repte que jo no coneixia i em va obrir unes portes (GD1-R12).

Estem fent molta feina, que ha canviat tot una mica, que a nivell professional, el que és l'educació sanitària, jo crec que insistim molt i que llavors la gent també ho veu (GD2-R1).

Això et dona també a tu una satisfacció de que estem fent, potser, la feina ben feta (GD2-R2).

Les aportacions de les llevadores evidencien que se senten molt satisfetes en l'exercici de la seva professió, i aquest és un valor que consideren que enforteix al col·lectiu i, així mateix, les orienta en una mateixa direcció.

La satisfacció de la teva professió (GD3-R1).

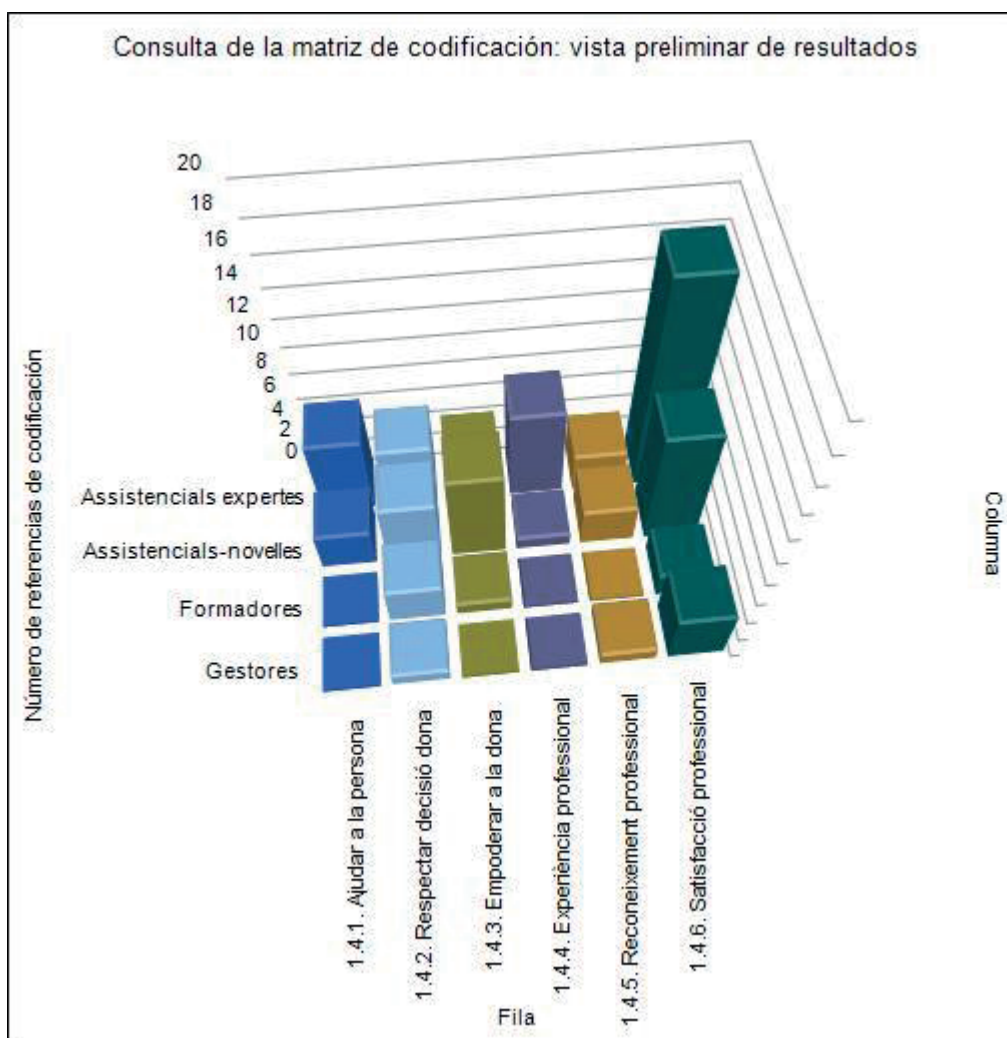
En general les llevadores ens creiem que ens agrada molt (GD3-R2).

És que és veritat, no? I a sobre, és que es fa una formació i bum, como un ejército, tothom (GD3-R4).

És orgull de ser llevadora (GD3-R3).

En el figura 10 es pot apreciar el grau de les contribucions de les informants amb relació a les diferents dimensions competencials de valors professionals.

Figura 10. Aportacions de les llevadores segons les dimensions competencials de valors professionals.



Font: elaboració pròpia.

En darrer terme, s'observa com des de la perspectiva de les llevadores els valors professionals poden influir en la seva pràctica, i a mode de síntesi, s'indiquen els més destacats.

- Entre les llevadores preval el valor d'ajudar a la persona i, especialment, quan aquesta es troba en situació de vulnerabilitat.
- Pel que fa a l'atenció a la dona destaca el principi de respectar la seva decisió, prèviament informada. A més, aquest fet implica que les llevadores atorguen a la dona la responsabilitat de la seva salut, a l'hora que li reconeixen els seus propis valors.
- Les llevadores aprecien que la seva actuació faci possible que la dona pugui arribar a ser més autònoma en la presa de les seves decisions, i més encara, quan és víctima de violència de gènere.
- Els anys dedicats a l'exercici de la professió, l'edat i el tipus de formació rebuda, no són aspectes determinants en la qualitat de l'atenció de salut. En canvi, sí es relaciona amb els trets personals de la professional.
- El reconeixement de la seva feina a l'atendre la sexualitat de les persones, es dóna en diverses circumstàncies. Una d'elles és quan el reben de part de la persona atesa, d'altre és quan el reconeixement prové de les mateixes companyes, i també quan el reconeixement professional l'autoperceben i se l'expressen a elles mateixes.
- La percepció de satisfacció professional l'obtenen quan estableixen una bona relació amb l'usuari/a i aconseguen que arribi el missatge. També, en cas de diversitat sexual o de vulnerabilitat i, més encara, quan les diverses situacions presenten certa dificultat en abordar-les, s'esforcen per aconseguir-ho i finalment aconseguen resoldre-les. Finalment, s'ha de remarcar que valoren satisfactòriament l'exercici de la seva professió, i aquest fet les enforteix com a professió.

5.1.5. Treball en equip

El treball en equip és en sí mateix una competència professional que desenvolupen les llevadores en l'atenció a la salut sexual; és per aquest motiu, i també perquè en la recerca s'ha accentuat l'adopció d'una perspectiva interprofessional, que s'ha optat per diferenciar-lo de la categoria "dimensions competencials".

De les aportacions de les llevadores es dedueix que el treball en equip que desenvolupen a l'ASSIR abasta diversos aspectes que es poden concretar en: treball col·laboratiu, derivar a un altre professional i formació multiprofessional.

5.1.5.1. Treball col·laboratiu

L'anàlisi de les dades suggereix que són diverses les situacions en que les llevadores assistencials interactuen amb d'altres professionals, tant si és per realitzar activitats amb l'equip de l'ASSIR, o amb professionals de la salut d'altres especialitats, o en d'altres àmbits com l'educació sanitària a joves escolars.

És un seguiment conjunt, de tot. Però tu et veus que com a professionals, tan el ginecòleg com la llevadora, tu has de detectar i actuar. I el que primer veu a la dona, normalment som la llevadora (GD2-R8).

Vaig als instituts i també faig les preguntes i sempre solen demanar el mateix: mètodes anticonceptius i malalties de transmissió sexual. I jo no faig... ho faig, però és que és l'última part, perquè considero que abans d'anar als mètodes anticonceptius i a les malalties de transmissió sexual, els hi has d'explicar moltes altres coses (GD2-R2).

Segons manifesten les participants les situacions de violència de gènere, tal i com ha anat evidenciant-se recurrentment, requereixen una atenció específica per la qual les llevadores compten amb altres professionals de suport.

Violència de gènere (GD2-R11). Tenim una infermera experta (GD2-R12).

Nosaltres, tenim allí dues psicòlogues que sí que treballen amb aquest tema (GD2-R13).

En ocasions les llevadores detecten que el treball en equip presenta mancances, com és el cas de que un altre professional no ha acomplert algun procediment, com per exemple realitzar l'anamnesi sobre sexualitat. En la majoria de casos manifesten que és la llevadora qui habitualment ho fa.

De vegades, he vist dones que les ha vist algunes altres companyes, i a l'e-CAP hi ha molts aparats i el de sexualitat està sense preguntar. I no sé... si li han obert la història, per què no li han preguntat? I jo crec que molta gent no pregunta (GD2-R9).

També penso que l'equip és el ginecòleg... que també em fa molta ràbia: quan una història està oberta i no han posat la part de sexualitat, sobretot ginecologia... Penso: perquè ells no els hi pregunten? O sigui també dir que si obren una història, l'obrin amb tots els aspectes... ha de ser la llevadora la que acaba preguntant la sexualitat (GD2-R16).

També manifesten que poden haver diferències entre l'assistència pública i la privada, i en relació amb aquesta última observen que sovint no es realitza l'abordatge de la sexualitat, sigui quin sigui el professional que atén a la dona.

Aquesta funció està abandonada, ni ginecòleg ni llevadora... perquè a la privada... també hi ha privades que ja tenen llevadores fent consulta, però no els visita absolutament ningú (GD2-R1).

Un altre aspecte que dificulta el seguiment de la dona és quan els professionals que l'atenen estan ubicats en llocs diferents, i els instruments que utilitzen també ho són.

Tots us moveu amb l'e-CAP, els nostres ginecòlegs, també, encara que no apuntin lo de sexualitat, apunten molt, que nosaltres som sempre l'excepció, que ells van amb SAP i nosaltres anem amb e-CAP i no veiem res l'un de l'altre (GD2-R19).

Clar per què estan a l'hospital, a mi també em passa... Jo quan venen de l'hospital em diuen: "bueno, ja saps el que em va dir el ginecòleg..." i jo dic: no... "no sé res de lo que" (GD2-R20).

No tenim comunicació, bueno, la comunicació mínima i llavors, clar... (GD2-R21).

De l'anàlisi de les dades es desprèn que les llevadores també fan una valoració positiva del treball en col·laboració, tan si és amb membres de l'equip com amb d'altres professionals, ja que les hi permet resoldre situacions o bé poder-les compartir.

Tenir un ginecòleg a prop soluciona bastant, nosaltres el tenim molt lluny... I lo bo és que a l'hospital sí que han començat a fer les sessions conjuntes (GD2-R22).

Treballa amb la psicòloga està en el mateix centre que jo, és psicòloga referent de l'ASSIR i és especialista en sexualitat, vull dir, en aquests problemes que dius... "i ara que faig jo?" quan ja no veus com més pots ajudar a la dona, tenim aquesta sortida en aquest sentit, en el centre nostre tenim molta sort en aquest punt (GD1-R1).

Començant a posar en marxa aquest protocol que s'ha fet amb els metges de família (GD2-R7).

Quan la treballadora social detecta la necessitat, llavors muntem una xerrada o muntem alguna cosa, però de vegades ho detecten més les treballadores socials dels ajuntaments que tu mateixa en la pròpia consulta o així, i llavors és quan ho muntem (GD1-R2).

5.1.5.2. Derivar a un altre professional

A partir de l'anàlisi de les dades s'observa que el treball col·laboratiu adopta una altra perspectiva, i és quan la llevadora detecta que la problemàtica que presenta la dona les hi crea incertesa en com abordar-la i senten que queda al marge de la seva actuació. En conseqüència decideixen derivar-la a un altre professional especialitzat que resolgui la problemàtica concreta.

Reps una informació que dius ostres i ara com li ajudo jo? amb tot això, no? que dius buff!! que la pots dirigir a la psico-sexòloga i tot això, però a vegades t'expliquen uns problemes que... (GD1-R1).

Que no saps com manejar-los (GD1-R2).

Hem de saber també quins són els nostres límits, i quan hem de derivar o quan no ens hem de ficar perquè no és un terreny que hi haguem de fer, que de vegades jo he tingut la sensació que pots abastar i has de saber molt bé els teus propis límits (GD1-R6).

També destaquen que el fet de no disposar d'aquest suport representa una carència i la perceben com un inconvenient a l'hora de poder compartir les incerteses que se les hi presenten.

Al nostre ASSIR no; hi ha una mancança important (GD1-R3).

Tenir una sexòloga, o algú expert o una psicòloga és igual, dona un camp molt bo que els que no la tenim la trobem a faltar (GD1-R4).

Per poder-li tu consultar qualsevol cosa (GD1-R5).

Entre les llevadores gestores preval l'opinió que en un primer moment cal procurar tractar la situació, i en cas de tenir dificultats per resoldre-la poder derivar a una altre

professional especialitzat. Sigui com sigui, el que consideren més important, és que la llevadora sigui capaç de detectar la problemàtica de la dona i la informi de les decisions a prendre, al marge de si acaba derivant-la o no.

I després sinó tu arribes i tens un moment, no?, ho abordes i després sempre pots plantejar i derivar a la psico-sexòloga del teu servei (GD3-R1).

Estarà bé, el que passa és que jo tindrè de detectar, de dir-li que això es pot treballar i solucionar-ho, i ja estaré fent un bon paper. Perquè ho he detectat i li he dit què pot fer, llavors passar-ho a un professional que realment pugui donar resposta a aquesta problemàtica (GD3-R3).

Ja estarà molt bé que aquesta llevadora sigues capaç de detectar-ho, ja és molt (GD3-R4).

Per altra banda, les informants valoren positivament el fet de comptar amb una companya experta en el tema i que sigui també llevadora. De manera que quan perceben que tenen limitacions per abordar una situació de la dona, puguin derivar-la companya en concret.

Hi ha una companya que havia fet el màster i a la que jo veig algo de sexualitat que a mi se m'escapa, l'envio (GD2-R1).

També ho tenim, tenim la referent i això és fantàstic (GD2-R2).

5.1.5.3. Formació multiprofessional

Segons l'anàlisi de les dades es desprèn que la formació adreçada a l'equip multiprofessional pot influir en el treball col·laboratiu. Les llevadores formadores aporten informació sobre com van ser els inicis de la formació de les pròpies llevadores amb d'altres professionals en el tema de la sexualitat.

Hi havia tot un moviment també, de psicòlegs que es dedicaven a temes de sexualitat també, que ens vam acostar a aquestes persones per treballar i per millorar la formació de les llevadores (E1-R1).

També constaten que arrel de les necessitats sorgides en la pràctica, eren les professionals adients per formar-se en l'atenció a la salut sexual i reproductiva de les persones. I en aquest sentit, opinen que encara actualment realitzen més formació en sexualitat que els ginecòlegs.

Les llevadores vam ser... vem fer varios passos per endavant respecte els ginecòlegs per això amb diferència. I pensàvem que les llevadores havien de tenir millor formació en aquests temes (E1-R2).

En general, continuem tenint més formació, les llevadores en general, que no els ginecòlegs (E1-R3).

De les aportacions que s'extreu de a les entrevistades destaca el fet que es realitza la formació a tots els membres de l'equip. D'aquesta manera s'aconsegueix que tothom conegui les diferents situacions que es poden presentar en l'assistència.

Adreçat a professionals de l'ASSIR (E2-R2).

La formació la fem a administratius, auxiliars, ginecòlegs i llevadores, a tots. Per què? Perquè si al mostrador ve una persona que no sé què... han de saber, els hi ha de sonar (E1-R4).

D'aspectes generals, d'actituds d'augmentar la manera de veure aquesta diversitat, això és per tothom (E1-R5).

Per altra banda, quan es tracta de qüestions professionals molt específiques es realitza una part de la formació per separat, tanmateix sempre es procura que els aspectes generals siguin tractats conjuntament.

Quan són coses molt mèdiques, no. Però quan són coses que encara que siguin amb un nivell molt alt, per dir-ho d'alguna manera, va molt bé que la gent també ho sàpiga. Perquè és que tots hem d'estar formats a l'equip (E1-R6).

A nivell de formació amb temes de sexualitat, és en tot l'equip quan fas una part més bàsica, clar, quan entres més en un tema d'assistència i tan sigui de normalitat com de patologia i llavors ja et quedes amb professionals d'assistència clínica (E2-R4).

Pel que fa a la formació realitzada per llevadores, s'inclouen tot tipus de professionals.

Treballadors socials, psicòlegs, llevadores,.. (E2-R1).

I així queda reflectit en darreres activitats formatives que s'han realitzat entorn la diversitat sexual.

Obert a tot tipus de professionals tenint en compte que a l'abordatge no? ha de ser de totes bandes, el coneixement de la diversitat i... i per tant estava obert a tothom (E2-R3).

L'anàlisi de les dades també suggereix que realitzar activitats conjuntes amb diferents membres de l'equip és una manera de compartir situacions que poden resultar formatives pels diversos professionals.

Nosaltres ara estem fent casos, multidisciplinars. L'altre dia la psicòloga va presentar un cas d'una noia... molt interessant; i estaven els ginecòlegs, les

llevadores... I després jo en vaig presentar un... i es van quedar a la sessió. Vull dir que també les llevadores, comencem a fer casos clínics (GD2-R1).

En conclusió, pel que fa al treball en equip, les aportacions de les llevadores suggereixen que:

- En destaquen els avantatges de col·laborar amb un altre professional, tot i que en ocasions això no és possible.
- En relació amb la derivació a un altre professional, d'una banda les llevadores assistencials valoren positivament el fet de poder orientar el cas amb una altra companya. De l'altra, les llevadores gestores suggereixen que primerament cal analitzar la situació en detall, informar a la dona, i finalment si és necessari derivar.
- En quan a la formació multiprofessional les llevadores assistencials, i especialment les formadores, sostenen que realitzar les activitats formatives amb els diferents professionals de l'equip contribueix a compartir les situacions més generals de la pràctica. Així mateix, en determinats temes és recomanable realitzar la formació només amb llevadores.

5.1.6. A mode de resum sobre l'atenció a la salut sexual

Els resultats mostren que l'atenció a la salut sexual que realitza la llevadora es veu influïda per diversos factors, i que es concreten en la concepció de sexualitat i atenció a la salut sexual, les dimensions competencials que desenvolupa els valors professionals i el treball en equip.

En primer terme, el significat que per a les llevadores té la sexualitat incideix en l'atenció a la salut sexual, de manera que quan les professionals li atorguen un valor rellevant, les seves actuacions inclouen la dimensió sexoafectiva. Així mateix, l'atenció de salut es duu a terme des de la perspectiva dels drets sexuals amb més o menys ocasions, segons el grau de coneixement i els valors i creences de cada professional. En tot cas, els drets reproductius són més coneguts i integrats en la pràctica que els sexuals.

Pel que fa a les situacions que representen un repte per a les llevadores en l'atenció de salut sexual i afectiva, a més a més de les pròpies que es desenvolupen a l'ASSIR, destaquen les situacions en que la dona es troba en risc, dones immigrants, el rol de la parella, la interacció que s'estableix amb l'acompanyant, les noves situacions d'atenció a l'home i a la paternitat, i el tractament de la sexoafectivitat en els grups d'educació sanitària.

Amb referència a les competències professionals i les seves diverses dimensions, s'han mostrat en un doble vessant. D'una banda, aquelles que desenvolupen de manera exitosa i que per tant poden ser un model d'actuació a seguir, i de l'altra, les que les llevadores han expressat que tenen mancances i en conseqüència són susceptibles de millorar amb formació. Les competències que sobresurten com necessàries a desenvolupar es centren en els àmbits de les habilitats comunicatives, en el de les actituds envers la sexualitat i el respecte a la persona, i en mantenir una reflexivitat crítica de la pràctica.

Respecte als valors professionals que les llevadores consideren que influeixen en la seva pràctica professional són els relacionats amb poder ajudar a la persona en situació de vulnerabilitat i en respectar la decisió de la dona prèviament informada. També valoren positivament el fet d'establir una bona relació amb l'usuari/a, i l'esforç de poder resoldre situacions que presenten certa dificultat. Així mateix, aprecien quan es reconeix l'atenció de salut que realitzen, i en definitiva quan senten que aquests valors enforteixen el col·lectiu i la professió.

En darrer terme, pel que fa al treball en equip, les llevadores valoren positivament quan ho fan amb un altre professional, encara que no sempre sigui possible. També troben beneficiós el poder derivar a la usuària a un altre professional quan la situació ho requereix, i especialment, quan poden orientar el cas amb una altra companya. Amb relació a la formació multiprofessional, es convé que la millor manera de realitzar-la és conjuntament amb els diferents professionals de l'equip en aquells temes generals,

mentre que és aconsellable fer-ho separatament en qüestions específiques per a llevadores.

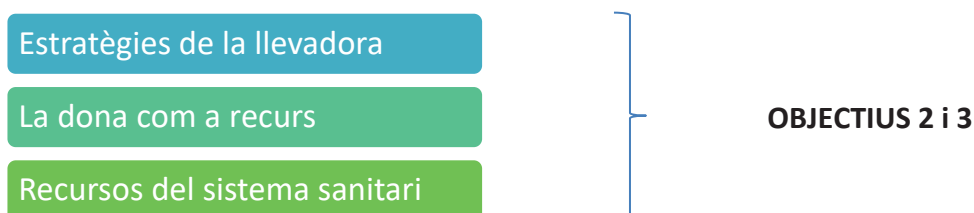
5.2. Recursos

En aquest apartat es presenten la varietat de recursos que empren les professionals en l'atenció a la salut sexual. El resultat que s'han presentat fins al moment mostren que les llevadores actuen de diverses maneres en la seva pràctica professional, i de l'anàlisi de les dades se'n desprèn que, en les actuacions que desenvolupen, utilitzen diferents habilitats i mitjans que estan al seu abast.

Per aquest motiu, es considera que la metacategoria "recursos" està relacionada amb les categories presentades anteriorment en l'apartat atenció a la salut sexual, i per tant, es contribueix a respondre al segon objectiu de la recerca sobre les competències que desenvolupen les llevadores. Alhora, com es podrà observar més endavant, els recursos també es troben vinculats al context i desenvolupament professional, i per aquesta raó, s'aporten resultats al tercer objectiu de la investigació.

Els recursos que empren les professionals es presenten distribuïts en les estratègies que sorgeixen de les pròpies llevadores, en les que el recurs és la mateixa dona atesa, i en els recursos que ofereix el sistema sanitari, tal i com es mostra en la figura 11. Val a dir que en els resultats es mostren tant aquells recursos que les llevadores consideren que són útils, com aquells dels quals no disposen o són pretesos.

Figura 11. Categories sobre els recursos que utilitzen les llevadores.



Font: elaboració pròpia.

5.2.1. Estratègies de la llevadora

A partir de les aportacions de les llevadores s'identifiquen les estratègies que aquestes utilitzen a l'hora d'atendre la salut sexual de la dona. Cal explicar que, per estratègies, s'enten el mètode particular que cada llevadora aporta en la manera d'actuar i, que es basa, tant en les dimensions competencials (coneixements, habilitats i actituds) que desenvolupa, com en l'enginy i l'experiència que aporta a la pràctica professional. És a dir, que amb la categoria "estratègies" s'explica "allò" que "fan" de manera operativa les llevadores, i per tant, complementa els nombrosos recursos que fan servir i que ja han estat identificats en els apartats de dimensions competencials (5.1.3) i treball en equip (5.1.5).

Així doncs, en aquesta secció s'amplien i es presenten les estratègies que les mateixes llevadores generen a partir de la seva competència, i que consideren que les hi són útils o bé proposen emprar.

Segons les participants l'interès per millorar la pràctica ha estat des de fa temps el que les ha motivat a cercar nous recursos.

Érem un col·lectiu que en interessava millorar com s'anava abordant la sexualitat i llavors miràvem quins recursos hi havia (E1-R1).

Una de les estratègies que empren les llevadores és la de transmetre un missatge positiu i procurar un canvi d'actitud en la dona per millorar la seva salut sexual. Aquestes circumstàncies es donen sovint en processos com el climateri, quan les professionals detecten en algunes dones elements poc favorables en la vivència de la seva sexualitat.

Això els hi xoca moltíssim quan els dius no, no toca vaja! tu tens la teva sexualitat i ja ets menopàusica, pots disfrutar molt més, tens una sèrie de factors, de rols i de tal... (GD1-R1).

Pots a lo millor fent algun tipus de treball en l'autoestima doncs podríem aconseguir que millorés les seves sensacions (GD1-R4).

És massa mecànic, elles estan acostumades a fer-ho d'una manera molt mecànica, no? Bueno quan els hi dius i si proveu una mica de massatge, un joc... aquí els hi estàs donant una via que elles no havien pensat, i que quan estan en el grup estan contentes i el que no saben és el que passarà a l'arribar a casa (GD1-R3).

Et trobes en la consulta, almenys jo em trobo, dones aixins que tu intentes fer prevenció, no? i dones pues que precisament, l'altre tema que hem dit, que ja han tancat la porta no?... que has d'anar bueno però a veure si fem això, i clar... quantes menys relacions tinguis menys ganes tindràs, menys sequedat vaginal, això és bo per tu (GD1-R10).

De les aportacions de les llevadores se'n desprèn que proporcionar informació sobre els processos fisiològics i recomanacions específiques de caràcter pràctic són estratègies que resulten d'utilitat per a la dona. En el sentit que aquesta activitat d'educació sanitària pot resoldre situacions que la usuària senti com a problemàtiques.

Et ve una dona i et diu que té un problema i tu parles amb ella i et diu el què a vegades, probablement, explicant com és la fisiologia de la resposta sexual, explicant-l'hi que ara hi ha lubricants, explicant-l'hi posicions i tal, en aquesta dona li pots solucionar (GD3-R1).

A més aquests consells concrets esdevenen una eina per a la mateixa llevadora, en quan li proporcionen un ventall de propostes que oferir a la persona atesa.

Pots iniciar alguns elements que sí que podries començar i que a lo millor mai s'han plantejat, com per exemple: canvi de jocs sexuals (GD3-R2).

De l'anàlisi de les dades en sorgeix el fet que les llevadores aprofiten el context que els hi ofereix la dinàmica dels grups d'educació sanitària, com és el cas dels grups de menopausa o de preparació a la maternitat, per posar en pràctica diferents estratègies que les hi són útils per tractar aspectes de salut sexual.

Quan fas els grups de menopausa els hi has de donar aquella mica d'imaginació, els hi has de dir proveu això, perquè... posar altres coses que a ells no se'ls hi ha acudit, i és cert (GD1-R2).

Jo en el curs de preparació maternal les hi dono un full de postures (GD1-R5).

Una altra de les estratègies pot ser des de dur a terme l'abordatge de la sexualitat de manera transversal en les diferents sessions del programa educatiu, fins a optar per dedicar una sessió específica al tema.

Específicament una classe dedicada no, perquè és que.... com que se'ns ha reduït aquest espai però sí que surten, surten els temes diferents dies (GD1-R6).

Jo tinc una classe, el que passa és que costa una mica de que s'obrin, intento que vinguin els marits però costa una mica que s'obrin i que en parlin, llavors a vegades penses parlaré com si fes la classe, la xerrada de sexualitat com si fos als joves, per començar una mica a distendre... costa que parlin de si en tenen ganes o no, de com van les relacions? què en pensen de la sexualitat (GD1-R7).

Em funciona molt és... el curs de postpart, que parlem de mitjans anticonceptius, aquí sí que estan elles soles i elles i els bebès (GD1-R8).

Altres estratègies que els hi són útils a les llevadores és el fet d'explicitar a la dona que estan a la seva disposició, bé sigui de manera presencial a la consulta o per altres mitjans.

Després dels IVEs (...) sempre les faig vindre a la setmana següent, i la primera pregunta de que com ha anat? Bé, i com estàs tu?... i surten i em diuen "m'he quedat bé", vale! vols que tornem a quedar? i em diuen "si tinc necessitat jo vinc", per a mi això m'ha anat bé... sempre, sempre... és a dir, (...) com ha anat? Pues mira he fet això he fet allò, truca'm, em localitzes... i quan arriben a la consulta sempre amb la parella, això és una norma d'això, com esteu? Això em funciona (GD1-R21).

Amb les noves tecnologies, jo solc donar el mòbil a tothom, envien un Whatsapp: "escolta'm que no he acabat la quarantena però en tinc ganes, què puc... no sé què..." O sigui, estupendo, mira que bé! Estupendo! (GD2-R1).

Un factor que influeix en la utilització de diferents estratègies és el temps de dedicació que la llevadora disposa per atendre a la persona. Aquest element ja ha estat descrit en l'apartat d'habilitats organitzatives (5.1.3.11) però es ressalta de nou perquè s'ha identificat que les professionals opten per una estratègia o altra en funció de la situació que presenta la dona i de l'àmbit d'actuació.

Així, quan es detecta que l'atenció requereix de més estona que la usual, la professional s'inclina per posposar la visita i així poder dedicar-hi més temps. Mentre que en d'altres ocasions decideix no perdre l'oportunitat d'atendre la persona al moment.

El sentit de fins a aquí hem arribat però a partir d'aquí ho deixem per a un altre dia, no sé com explicar-ho (GD1-R-24).

Aquest seu moment és aquell moment precís, però lo que vingui, gestionar-ho no? (GD1-R-25).

Les llevadores evidencien que en ocasions no disposen d'una resposta estàndard per tractar aspectes relacionats amb els valors i actituds de les persones que atenen. En aquestes situacions perceben que les hi és útil desenvolupar la capacitat d'improvisar.

Els dic.. bueno.. però a veure si el teu germà digués que és gai què hi veuries, oh?.. és el teu germà? Sí; li has deixat d'estimar? No; et pot contagiar? No;.. jo això és el que se'm acut... i llavors és que... ah! doncs llavors què..? ah doncs que no és tan complicat, veus? jo els hi faig aquesta reflexió de vegades i és que clar a vegades tens... has d'inventar, has d'improvisar... (GD1-R22).

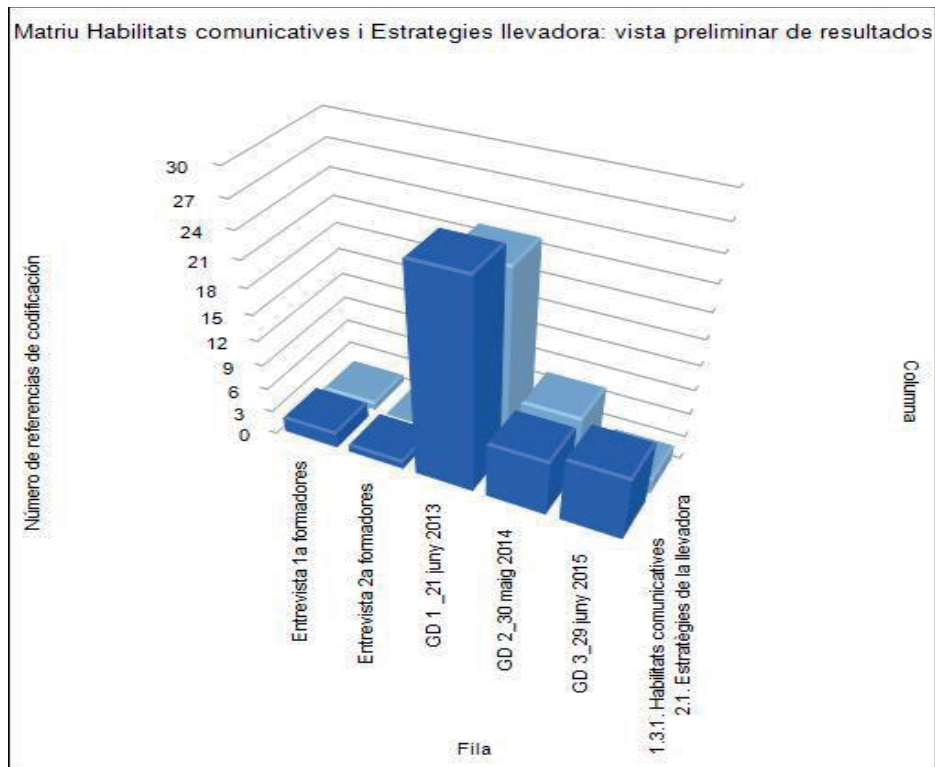
No tenim tècniques, ho fem improvisant (GD1-R23).

Cal destacar que hi ha situacions en què les llevadores voldrien disposar de més estratègies per resoldre el que la dona planteja.

Potser en aquell moment, aquella dona volia parlar, que el parlar i el desfogar-se... jo és el que he vist, no, a vegades; en aquell moment, potser a aquella senyora li costa molt de treure això, no? I ella en aquell moment li ve bé, i tu escoltes, no? I clar, no li pots donar la resposta, la pots derivar, però al final potser tampoc s'hi presentarà. Vull dir que jo tinc la sensació de que no... l'he escoltada i potser l'he ajudada en aquell moment, però que perpetues el problema. I no saps ben bé com fer-ho (GD2-R7).

Finalment, es vol fer referència al vincle que s'ha detectat entre les estratègies que utilitza la llevadora i les habilitats comunicatives. En el figura 12 observem que per a les llevadores assistencials aquestes habilitats són un recurs molt utilitzat, encara que més per les expertes. També s'observa que les llevadores gestores ressalten més el vessant competencial de les habilitats de comunicació, que la seva visió estratègica de les assistencials.

Figura 12. Habilitats comunicatives i estratègies de la llevadora.



Font: elaboració pròpia.

5.2.2. La dona com a recurs

Les aportacions de les participants suggereixen que en ocasions és la mateixa dona que atenen la que afavoreix el poder realitzar les diverses intervencions. Així, la usuària esdevé un recurs per la pròpia llevadora i aquest fet li facilita la seva tasca professional.

De fet són elles, si els preocupa t'obren la porta (GD1-R1).

Tal i com s'ha manifestat en apartats anteriors la cultura d'origen de la persona atesa pot influenciar en l'actuació de la llevadora. De manera que determinats trets d'algunes comunitats poden ser un recurs que faciliti la pràctica professional.

Població immigrada és molt sud-americana, i aquestes no hi ha problema, només que hagas así un poquito per fer un ullet y ya está! entran de cuerpo entero (GD1-R2).

Vaig fer una xerrada (...) per dones immigrants de Mali, sobre sexualitat, ho vaig preparar, les conec a totes perquè totes han estat embarassades i han parit, i n'hi havien dotze, vaig quedar parada del que va donar de si la xerrada de sexualitat. Perquè jo pensava que no s'obririen i aquestes dones es van a obrir en tot el que passava en la parella i una li preguntava a l'altra.. i el teu home en té moltes ganes?... així eh?... algunes parlen en català, algunes entenen més bé i altres no, i jo tenia una percepció que la seva sexualitat era molt tancada que és una cosa molt íntima i no!, entre elles es parlen (GD1-R3).

Per altra banda, l'actuació de la dona pot influir fins al punt que sigui ella mateixa qui decideixi, quan és possible, per quina professional vol ser atesa. De manera que la llevadora que la rep pot percebre aquest fet com un factor facilitador.

Les dones també escullen (GD1-R3).

5.2.3. Recursos del sistema sanitari

Mentre que les estratègies presentades fins al moment es centren en les que estan relacionades amb propostes de caràcter individual per les llevadores, i en les que provenen de la mateixa dona, les dades suggereixen que les professionals empenen diversos recursos que el sistema sanitari posa a la seva disposició.

Aquesta és una categoria que ha estat molt saturada, ja que segons manifesten les participants, el sistema ofereix una varietat de recursos que poder accedir i utilitzar. En seccions anteriors ja s'han esmentat alguns d'ells quan s'han relacionat amb les dimensions competencials (5.1.3) i el treball en equip (5.1.5) i en aquest apartat, es mostren específicament les opinions de les llevadores en el seu ús, tant des del vessant preat com del voldrien disposar o millorar.

Les dades revelen que les noves tecnologies ofereixen diversos recursos que les llevadores manifesten que els hi són d'utilitat. De les seves opinions es fa palès que un recurs força valorat per la seva utilitat és el del web Sexe Joves. És rellevant que tot i

que inicialment està orientat a la població jove, també es recomana consultar-lo a persones de diversa edat.

Amb els grups de menopausa... els hi dic per què no visiteu la web del sexe jove? i m'han dit que els hi funciona (GD1-R4).

Escolta perquè no visiteu aquesta... perquè totes xategen... totes... i a mi m'ha donat resultat, perquè diuen "ah li vaig dir al meu home i ens hi vam ficar" i això a mi m'ha funcionat (GD1-R6).

A més, tal i com s'ha apuntat en l'apartat d'estratègies de la llevadora (5.2.1), fomenta un canvi d'actitud en la dona i li possibilita altres visions en la seva sexualitat.

Em diuen, "escolta però és que allí la masturbació i tot això en parlen.." dic clar és el més normal del món... dic veieu com no tocava? Que tocava fer sexe jove? i anar a la web i podeu aplicar-vos-ho vosaltres... i això funciona, a mi m'ha funcionat (GD1-R5) .

Un altre recurs que disposa el sistema sanitari és la història clínica informatitzada. Aquesta aplicació inclou un apartat general de sexualitat per facilitar a la llevadora l'atenció a la dona en aquesta qüestió. Encara que les informants destaquen que tot i comptar amb aquest mitjà no sempre s'aprofita.

L'aplicatiu ASSIR i ja té una part de sexualitat, vull dir que, de fet tu ho tractes cada vegada que ve la dona (GD1-R1).

Una pregunta tan senzilla com a l'e-CAP, que fiquen a quina edat has començat la relació, quantes parelles has tingut, estàs contenta, et sents satisfeta en la sexualitat heterosexual o homosexual, no? Situació. La majoria està tot relenat i si... hi ha algun... no la majoria no, però algunes veus que encara estan buits,

aquestos espais. I penses: però si és una de les preguntes més en quan a la història (GD2-R11).

I d'altra banda, en opinió de les llevadores a més de l'apartat general esmentat, caldria incloure aspectes de sexualitat en diferents processos com són l'embaràs i el postpart.

Amb postpart vull dir, jo insisteixo molt, però perquè m'hi esforço, perquè sinó, en el programa tampoc, ni en la quarantena tampoc, o sigui si segueixes fil per randa el programa que et fa omplir les dades en embaràs i en postpart, no reflecteix la sexualitat (GD2-R1).

Un recurs tecnològic que també està a disposició de les llevadores és el CatSalut Respon, que a través de diferents mitjans permet a les professionals poder obtenir informació i suport per a la seva activitat. Com és el cas de sol·licitar un mediador-traductor per atendre a població immigrant amb dificultats idiomàtiques.

Si no tradueixen, s'ha de poder entendre (GD1-R9).

Sí però...per sanitat respon (GD1-R10).

Sembla que aquest recurs funciona més bé o que les llevadores l'utilitzen més en l'àmbit rural o el semi-rural, especialment en temes d'immigració. I tal i com apunten algunes informants de l'àmbit urbà aquest recurs no les hi funciona.

A mi no em funciona això (GD1-R11).

I si es dóna aquesta última situació, un altre recurs que les llevadores manifesten utilitzar és el de contactar amb la treballadora social. No obstant, algunes manifesten no disposar d'aquesta professional.

A mi em funciona sanitat respon, i si no el que faig és treballar amb la treballadora social i dir-la mira tal dia tinc aquesta noia, però no vull el seu traductor, vull un altre, o d'un altre poble del costat (GD1-R12).

Nosaltres no en tenim (GD1-R13).

Altres professionals que representen un suport per a les llevadores són els Mossos d'Esquadra. El contacte el sol·liciten en situacions de detecció de pràctiques de violència de gènere, com és el cas de nenes amb risc de patir una mutilació genital, o també en situacions de violència masclista i domèstica, o d'agressions sexuals.

Nosaltres també fem xerrades amb els mossos (GD1-R15).

Població de Mali amb la qual cosa no sé què passarà amb les nenes que ara clar! aquestes tenen 8 i 9 anys que han nascut allà si... aguantarem que no se les enduguin al país, fins ara ho teníem clar però no sé què passarà a partir d'ara (GD1-R14).

Debuta la coacció, de vegades... allí (...) han pegat dues adolescents (GD1-R17).

De les aportacions de les llevadores es dedueix que en la col·laboració amb els Mossos d'Esquadra es preserven els valors culturals de la població atesa.

Fem primer amb els homes, amb els mossos i els homes, no hi ha cap dona perquè li hem de demanar permís i després demanem permís per fer-ho amb les dones amb una dona mossos sense vestir i jo la llevadora (GD1-R16).

De l'anàlisi de les dades es desprèn que les llevadores perceben com un inconvenient el no poder comptar en el centre amb professionals ginecòlegs, per desenvolupar el treball en equip (5.1.5).

Allà no tenim ginecòleg a l'ambulatori (GD2-R7).

Has d'assumir molt més a primària que no a altres lloc que tens el ginecòleg al costat i que li dius mira'm això (GD2-R8).

Les dades revelen que en alguns ASSIRs les llevadores valoren positivament el poder comptar amb el suport d'una psicòloga que intervé en diverses situacions.

Col·labora, està en la tarda joves amb nosaltres, una estoneta, una hora, no tota la tarda jove (GD1-R3).

Ens ajuden a tot lo que és violència de gènere, temes de l'embaràs, que els hi falta suport psicològic, el postpart, adolescents... Ja et dic que les pobres estan limitades. Perquè venen una tarda i poden visitar tres dones, a vegades venen dues tardes, depèn com, però... bueno, almenys tenim aquest recurs que... (GD2-R12).

En d'altres centres no es compta amb aquesta ajuda, el que és viscut com un problema. Aquesta situació ha fet que en altres llocs s'hagi cercat la manera de poder disposar d'aquest servei.

Nosaltres teníem la psicòloga i ens la van treure i ara hem de derivar a l'hospital, però és difícil (GD2-R13).

Hem hagut de fer un circuit per intentar parlar amb la psicòloga i tenir-la una mica a mà. Perquè el no tenir-la en el dia a dia que potser te n'adones més, en casos puntuals que has necessitat (GD1-R2).

Un recurs que les llevadores manifesten que els hi és útil és el de comptar amb programes concrets per atendre a la població amb necessitats específiques, com és el

cas persones que practiquen el sexe comercial. Les activitats que es desenvolupen poden ser sessions educatives específiques o bé altres intervencions de salut.

Xerrades per a les treballadores del sexe, perquè tenen uns costums de rentar-se la vagina amb uns sabons (GD1-R18).

Dedicada a les treballadores del sexe... un matí a la setmana (GD1-R19).

En tenim un... Treballadores del Sexe Comercial... sí, encara es fa un dia a la setmana (GD2-R16).

Tractem totes les malalties... i una mica assessorament i com utilitzar els mètodes (GD2-R17).

I es fa la vacuna, es fa l'extracció de sang per serologies, tot allà, no han d'anar ni al laboratori o sigui tot ho fa la llevadora (GD1-R20).

De les aportacions de les llevadores s'identifiquen altres programes comunitaris que són un recurs per transformar els valors i actituds de la població, com és el procés de paternitat.

Programa Canviem-ho, i una de les activitats la vaig portar a la meva preparació. I llavors fem una caixa, tota amb imatges de nadons i així... llavors preguntem: què és per tu la paternitat? Que seran anònims, perquè tothom posa la seva... I què significa per tu ser pare? Llavors treballem, sobretot, el tema de la paternitat, la responsabilitat, senten molta responsabilitat (GD2-R2).

Les llevadores identifiquen altres suports que les ajuden a abordar aspectes actitudinals i d'educació sanitària en relació amb l'orientació sexual, com són diversos materials realitzats per institucions.

Des de que he posat alguna diapositiva, d'aquesta que va fer la Generalitat que diu, què em passa què et passa? tothom fa ohhh, llavors quan acaba tot el xivarri dic bueno i què en penseu? i trobo que és introduir una mica objectivament i físicament que això pot existir que pot passar al costat (GD1-R21).

Nosaltres tenim els targetons de tarda jove, són diferents models, sempre hi han dos persones que es fan un petó, però aquestes dues persones poden ser un noi i una noia, dos noies o dos nois. I quan dones això ja veus que dos nois bueno..., els joves... se perdí, son dos chicos jo no, eso no... els veus l'homofòbia que està, això dona molt peu a poder començar a parlar del tema (GD1-R22).

A nosaltres els targetons aquests ens van molt bé (GD1-R23).

En l'anàlisi de les dades s'ha detectat que un element que preocupa força a les llevadores és el temps de què disposen per realitzar les diferents activitats, ja que perceben que afecta a la qualitat de l'atenció a la població.

L'única cosa que veig jo de tarda jove, és que, jo no sé si penseu igual els que ho feu, que com que sempre hem d'anar amb la dichosa agenda que ens marca els set minuts per no sé què, els quinze per no sé... (GD2-R4).

Per la gent que espera... l'angoixa del que està esperant, no? I, ostres amb la tarda jove, veig aquell quart d'hora... (GD2-R5).

L'element del temps ja ha estat tractat en la secció sobre habilitats organitzatives (5.1.3.11) i en aquesta mateixa secció de recursos en l'apartat sobre estratègies de la llevadora (5.2.1). Es torna a incidir en ell perquè a més de la capacitat de poder regular-lo, considerar el temps com a recurs implica que el sistema sanitari ofereixi els mitjans per gestionar-lo.

Hi ha una gran inquietud per part dels professionals per poder abordar la consulta de determinats temes, però que no ho acabem d'enfocar així, potser perquè hi ha quaranta mil coses més que abordar i (...) és necessària la funció. I tampoc no hi ha ni el temps possible, ni els recursos econòmics, per portar a terme segons què (E2-R1).

5.2.4. A mode de resum sobre els recursos

De l'anàlisi de les dades es desprèn que les llevadores utilitzen una varietat de recursos que es poden classificar en estratègies de la llevadora, la dona com a recurs i recursos del sistema sanitari.

En relació amb les estratègies sorgides de la mateixa llevadora, s'observa que en moltes situacions estan relacionades amb el desenvolupament d'habilitats de comunicació i d'organització, i en mostrar actituds i conductes de respecte i responsabilitat professional. Així, destaquen algunes com: donar un missatge positiu i procurar un canvi d'actitud en la dona; proporcionar informació sobre els processos fisiològics i recomanacions específiques de caràcter pràctic; resoldre situacions que la usuària senti com a problemàtiques; explicitar a la dona que estan a la seva disposició bé sigui de manera presencial a la consulta o per altres mitjans; posposar la visita i així poder dedicar-hi més temps o no perdre l'oportunitat d'atendre la persona al moment. En general expressen un interès per millorar la pràctica i voldrien disposar de més estratègies per resoldre el que la pràctica els hi planteja.

Pel que fa a considerar la dona com a recurs les llevadores manifesten que els hi facilita l'atenció de salut, és a dir, aprofiten aquelles situacions en que la usuària manifesta obertament la seva problemàtica. Aquest fet, també es dona en dones d'altres cultures i quan aquestes no presenten restriccions per tractar alguns aspectes de sexualitat. Una altra estratègia que prové de la dona és quan escull la professional que desitja que l'atengui.

Finalment, hi ha diversos recursos del sistema sanitari a l'abast de les professionals, i d'aquests es destaquen: la història clínica informatitzada que inclou aspectes de sexualitat, tanmateix no en contempla alguns relacionats com l'embaràs i el postpart, considerar també que aquest apartat no sempre l'emplenen els professionals; un altre recurs és el CatSalut Respon que ofereix un mediador-traductor per atendre a població immigrant i especialment emprat per les llevadores en l'àmbit rural o semi-rural, o també en aquests casos es compta amb la treballadora social; altres professionals que ofereix el sistema són els Mossos d'Esquadra per casos de violència de gènere, o nenes amb risc de patir una mutilació genital. El suport d'una psicòloga a l'ASSIR és ben valorat per les llevadores encara que no sempre es compta amb aquesta ajuda. També són apreciats els recursos adreçats a atendre les persones que practiquen el sexe comercial. O els programes comunitaris com és acompanyar al procés de paternitat, o també diversos suports en línia com el web Sexe Joves, o materials que s'utilitzen per abordar aspectes actitudinals i d'educació sanitària en relació amb l'orientació sexual.

5.3. Contextualització de les necessitats de formació

Els resultats presentats fins al moment mostren els elements que configuren la pràctica professional de les llevadores i des de la qual se'n detecten les seves necessitats de formació. Així mateix, les dades revelen nous significats a partir de les seves percepcions i expressions que complementen l'anàlisi de les necessitats formatives i que, essencialment, permeten contextualitzar i aportar una major comprensió al fenomen objecte d'estudi.

Així, la contextualització de les necessitats de formació emergeix com una metacategoria en un nivell central de l'estudi i satura l'anàlisi de les dades. Els factors que s'han categoritzat i s'identifiquen en aquest apartat són els reptes socials, la formació inicial, les experiències de formació, el territori i formació i la detecció de necessitats de formació, com es pot observar en la figura 13.

Figura 13. Categories sobre la contextualització de les necessitats de formació.



Font: elaboració pròpia.

5.3.1. Reptes socials

De l'anàlisi de les dades es desprèn que l'atenció a la salut sexual ha anat evolucionant en funció dels canvis socials que han succeït en els darrers anys. Amatents a aquest fet, les llevadores reflexionen sobre aquests reptes i expressen que, inicialment, és necessari comprendre el context en el què actuen. Consideren també que, a partir d'aquest coneixement, es pot actuar en conseqüència a l'hora de planificar i adequar la formació, tant la inicial com la continuada, a les seves necessitats.

Com els pots ajudar si no saps realment com estan vivint, com es relacionen i el que està passant en el seu entorn (GD3-R2).

Està clar que partint d'això, si hi ha d'haver una formació bàsica que amplii la perspectiva, (...) però hi ha d'haver una actualització (GD3-R3).

Els resultats que s'han presentat en l'apartat pràctica professional (5.1.) han mostrat diversos aspectes que representen un repte per a les llevadores. Tanmateix, s'aporten noves dades considerades com a reptes socials.

Per una banda, les llevadores observen que han d'estar més alerta com, per exemple, amb les usuàries de més edat, ja que alguns problemes de salut són més recents.

Les dones de 50 i picu d'anys quan eren joves la SIDA no existia i ara sí, els joves de 20 i 30 han sentit parlar això, però les dones de 55-60 quan eren adolescents i joves la SIDA no la coneixien, llavors no tenen el xip tan posat com els joves (GD1-R2).

D'altra banda són les mateixes llevadores que reconeixen que els hi cal adaptar-se a les noves situacions i ser sensibles a les actuals necessitats de salut. Destacar que aquesta circumstància es dona més en les professionals que porten més anys treballant.

Això també és un canvi de xip per part nostra, és un canvi de xip que hem d'entendre que socialment això ha canviat, i que per tant això ho hem d'abordar en la consulta perquè pot passar (GD1-R1).

Nosaltres també vam evolucionar molt, jo que venia d'una escola de monges (E1-R1).

El reflexionar sobre aquests fets les fa més sensibles a les demandes socials i a proposar estratègies contextualitzades per abordar les noves situacions de salut.

En l'aspecte de la sexualitat faria coses més atrevides... penso que estem molt quadriculats, tot i que podem tenir pensaments... però estem molt... (GD1-R4).

Si tens al davant una prostituta, no? realment tu li donaràs consells o pots aprofitar per aprendre un mogollón de coses, no?, és per això que m'ha sortit ara lo de ser més atrevida, més espontània, perquè possiblement hem de canviar molts xips (GD1-R5).

Hem de canviar una mica el xip... una companya meva de feina em va demanar si podia ajudar a uns amics seus i jo dic sí, és que es una parella, són dos nois que tindran una nena (GD1-R6).

Les aportacions de les llevadores suggereixen que per respondre a aquests nous reptes, s'hauria d'incloure en la formació aquests aspectes de canvi, com a via per progressar en l'atenció de salut.

Les llevadores hem d'estar preparades i conèixer les noves... la nova societat, no?, la societat que se'ns va plantejant, i posar-nos al dia d'això [...] o sigui, que una de les formacions, lo que tu deies, la humanitat, però és la... saber tenir els coneixements de com està evolucionant la societat i la manera de relacionar-se (GD3-R1).

Dintre de la formació hi entri aquets canvis de xip, aquestes coses que nosaltres ens hem autoformat, més que format, o perquè has tingut la necessitat sentida de bueno i ara que faig jo aquí si no sé.. pot ser que jo em formi i després... (GD1-R7).

5.3.2. Formació inicial

Les dades revelen que la formació inicial rebuda en matèria de sexualitat, bé sigui abans o durant la realització de l'especialitat de llevadora, o bé sigui segons el model d'especialitat realitzat (pre-Llir o Llir [llevadora interna resident, des de l'any 1994]) influeix en el valor que les llevadores atorguen a aquesta formació.

Les llevadores assistencials que es van formar en el model pre-Llir opinen que hi van haver mancances en la formació, i manifesten que posteriorment n'han realitzat per tal d'esmenar o complementar aquesta situació.

Som un col·lectiu que ens hem anat formant dia a dia, la nostra formació de base mmm... (GD1-R3). Som pre-Llirs. Ella té una altra formació (GD1-R4).

...podem estar contentes perquè pot ser que no ens ho hagin donat en la carrera, però ens hem interessat a fer-ho (GD1-R2).

D'altra banda, les llevadores del model de formació Llir revelen que sí van rebre formació durant la realització de l'especialitat. Així mateix, coincideixen amb les llevadores del model pre-Llir en la necessitat de seguir formant-se segons les prioritats i les circumstàncies de la pràctica. A més, informen que en ocasions hi ha una mancança d'oferta formativa que s'adapti a les seves preferències.

Que el Llir, durant els dos anys del Llir, després quan ens enfrontem cadascú ja va perfilant una mica, doncs, quins temes, no? Quins a vegades li agraden més. Sí que ens anem preocupant de fer formació, però hi ha èpoques en les que dius: i ara, jo, m'agradaria aprofundir més en això i no tinc res... (GD2-R1).

Les aportacions de les llevadores formadores mostren la influència positiva que té un professional expert en els inicis de la formació, de manera que allò que és transmès perdura en el temps.

Em vaig formar amb una llevadora, no?, com a resident en aquest cas en una consulta, i penso que el que em vaig emportar en quan a... a poder expressar a l'altra persona el fet d'estic aquí per ajudar-te iestic al teu servei i si necessites alguna cosa hi soc, però no vaig més enllà d'on tu vulguis que hi vagi, a mi em va al·lucinar moltíssim i... i penso que hi veig ara, encara ara m'alimento del que vaig aprendre (E2-R1).

5.3.3. Experiències de formació

Els resultats suggereixen que l'interès pel desenvolupament professional influeix en què part del col·lectiu es mobilitzi per organitzar i realitzar activitats formatives. Aquest fet és fa palès en les trajectòries d'algunes llevadores.

Veies que hi havia una necessitat i començaves a buscar gent que t'ho pogués fer, i muntaves els cursos... i hi anàvem, i anàvem totes a una (E1-R4).

El que hem fet ha sigut formació per poder detectar possibles coses que, potser abans no ens plantejàvem (E1-R7).

I després també vam fer (...) el primer Congrés de Sexualitat per Llevadores (E1-R1).

Fins aleshores no s'havia fet res per llevadores en aquest tema (...) a nivell d'Espanya no s'havia mai fet res per llevadores, a nivell de sexualitat (E1-R2).

Així mateix, les aportacions de les llevadores formadores donen a entendre que incloure continguts sobre atenció a la sexualitat i afectivitat, en la formació de temes més generals, és una manera de d'oferir un aprenentatge integrador.

Fer la formació de llevadores amb menopausa i que dins de la menopausa volíem també treballar també tots els aspectes de la sexualitat (E1-R5).

Joves i fer, doncs, com una mena de formació així... no? Transversal. I va ser el primer contacte que vaig tenir en... en aquest sentit, en temes de sexualitat i prevenció (E2-R1).

Per altra banda, tal i com s'ha manifestat anteriorment, les informants detecten una manca de planificació institucional en formació, tot i que fins al moment refereixen diverses activitats formatives realitzades en unitats i organitzacions concretes i sobre temes puntuals.

S'ha fet poca, molt poca (E1-R8).

S'ha fet més, potser, a part de l'Associació, més dins de la formació continua en el propi ASSIR. S'ha fet més formació d'aquest tipus, més interna. I després sí que, evidentment, jo què sé ara, la Societat de Sexologia i tot això sí que ha fet intervencions que no només van dirigides a llevadores, però que tu vas a un tipus d'activitat que organitzen aquestes societats també i el 60% o més són llevadores (E1-R9).

El curs de diversitat que es va fer a dintre de l'ASSIR (...) organitzat pels equips de (...) ciutat tractant el tema de diversitat sexual (E2-R2).

5.3.4. Territori i formació

En l'apartat sobre situacions de la pràctica (5.1.2) s'ha mostrat com les diferències territorials afecten a les activitats de les professionals. De tal manera que exercir en unitats localitzades en entorns rurals o urbans també genera formes variades de necessitats de formació.

Els territoris no tenen les mateixes necessitats que a les ciutats, hi ha unes necessitats diferents (E1-R5).

Hi ha llocs que en necessiten més que d'altres (E1-R1).

Aquesta és una categoria molt saturada arran que les aportacions de les llevadores formadores han permès identificar diversos factors que influeixen en la formació segons el tipus de territori.

Un dels elements que influeix en la formació és la distància, que en el cas d'unitats localitzades en zones rurals representa una dificultat en realitzar la formació ja que aquesta s'ofereix més freqüentment en àrees urbanes.

A vegades també és perquè estan més lluny d'on fan la formació normalment (E1-R4).

Penso que tenen les mateixes necessitats que nosaltres, el que passa és que les opcions de fer moltes coses, no les tenen (E1-R7).

Així mateix, al factor distància també es suma que en l'àmbit rural exerceixen un menor nombre de llevadores, la qual cosa dificulta organitzar la formació segons criteris de rendibilitat.

Per fer formació han de traslladar-se i no tenen temps... costa més. Això també depèn. Perquè a vegades no hi ha prou gent perquè una persona vagi a allà fer-li la formació, moltes vegades és això (E1-R6).

De les dades es desprèn que les necessitats formatives també estan influïdes pel volum de població atesa, i en conseqüència les llevadores que treballen en entorns urbans tenen més oportunitats d'atendre situacions més diverses.

Les necessitats, en temes de sexualitat, d'una zona rural, essencialment, no varien d'una zona urbana. Quina és la diferència? Que en una zona urbana hi ha molta més població, com hi ha més població, hi ha més diversitat, com hi ha més diversitat, hi ha maneres molt diferents de... (E1-R8).

Les zones amb nuclis urbans, doncs a més concentració de població, més conductes i problemes de salut, de salut sexual i reproductiva, lligats al comportament sexual (E1-R11).

Per altra banda, en opinió d'algunes llevadores el fet de que en l'àmbit rural hi hagi menor volum de població pot ocasionar que les persones sentin la seva intimitat més exposada.

En un poble, tots es coneixen (E1-R9).

En un poble, si un és segons quin tipus d'orientació, o de pràctica, o de conducta sexual... doncs marxa d'aquella zona per què l'identifiquen (E1-R10).

Un altre factor que les informants consideren rellevant, a l'hora de valorar l'oferta formativa, és l'interès de les persones responsables de planificar-la. Així mateix, en aquest cas també cal considerar els recursos disponibles a l'hora de prendre decisions.

S'ha fet menys; és que no és homogeni el que s'ha fet. Com no hi ha pla homogeni per tot el territori, sinó que va en funció del lideratge, de com detectes les necessitats dels professionals, de què és el que prioritzes dins de la formació o dels diners que tens per fer formació. Llavors en funció també de qui està decidint això, doncs pot haver llocs a on pràcticament no s'hagi fet res de sexualitat. Per tan les necessitats són diferents. Hi ha, jo crec, diferents tipus de velocitats entre l'ASSIR (E1-R2).

En el mateix sentit, tal i com s'ha manifestat anteriorment amb relació als plans de formació institucionals, s'escau esbrinar els plans de formació a fi de detectar les necessitats de formació.

Àrees territorials, van lligades a ASSIRs i per tan és heterogeni, no hi ha una homogeneïtat i per això hi ha àrees que si tu mires el seu pla de formació i vas mirant diferents anys, doncs potser trobaries molta menys formació que en altres llocs. Doncs en aquests llocs es suposa que la necessiten i que necessitarien més eines (E1-R3).

De les dades també es desprèn que, a parer de les informants, és necessari oferir una formació bàsica de qualitat per tal que en cas que el tipus de territori on s'exerceix dificulti realitzar formació continuada, les professionals presentin les menys limitacions possibles.

Com més lluny, tenen menys formació. Llavors el que va molt bé és que tinguin una bona formació de base, des del moment en que fan l'estudi o l'especialitat i tot això que s'enduran a aquell poble (E1-R12).

Després ho amplien, no? Però d'entrada si ho tenen quan fan l'especialitat, doncs va molt bé (E1-R13).

De tota manera, les informants coincideixen en que les necessitats de formació i la motivació per formar-se depenen també de cada llevadora en particular, al marge de l'àmbit territorial on es duu a terme la pràctica professional.

Poden ser molt variades en un mateix equip i que a més, potser no hauria de ser així, però dependrà molt de la sensibilitat d'aquesta persona i de l'interès que tingui (E2-R1).

5.3.5. Detecció de necessitats de formació

De l'anàlisi de les dades es desprenen diverses circumstàncies que les llevadores perceben i expressen pròpiament com a necessitats de formació. Els resultats suggereixen que aquestes necessitats es concreten al voltant de tres grans àmbits, com són l'evolució de la formació a partir de la pràctica, l'àmbit competencial i els plans de formació institucionals.

5.3.5.1. Evolució de la formació a partir de la pràctica

Inicialment de les aportacions de les llevadores se'n deriva una evolució en la pròpia detecció de necessitats de formació. L'anàlisi de les dades refereix aquest fet entre el col·lectiu professional.

Vam dir que necessitàvem això... que hi havia una manca en tota aquesta història... i vam començar a mobilitzar-nos (E1-R1).

Ens vam haver d'anar formant així, perquè veies unes necessitats i que necessitàvem millorar l'abordatge (E1-R2).

Et trobaves en situacions que a vegades, no tenies suficients eines d'abordatge, o volies saber més (E1-R3).

Així mateix, tal i com s'ha assenyalat, l'evolució en la detecció de necessitats i la formació que se'n deriva està relacionada amb les noves situacions de la pràctica (apartat 5.1.2) que actualment es troben les llevadores. De manera que, a mesura que sorgeixen noves circumstàncies de salut en la població, es generen canvis en les activitats assistencials i per tan es requereix formació al respecte.

Situacions concretes que s'han viscut o que ens han fet arribar gent de l'equip que s'hi ha trobat mancances (E2-R5).

Cada any hem fet alguna activitat que té a veure amb la formació que té relacionada amb la sexualitat. Sigui amb intervencions amb joves i amb diversitat sexual, sigui sexualitat i abordatge de les ITSs. Tot això s'ha anat fent. Cursos d'aquest tipus dins de l'ASSIR, s'ha fet (E1-R10).

La posada en marxa de determinats projectes fa que encara estigui més palès que es necessita formació. Doncs nosaltres en l'àmbit de trànsit, si intervens més amb transsexuals, encara que no sigui directament, però això li arriba a un administratiu en un taulell, això li arriba a una llevadora a una consulta, això... i això fa que plantejis aquest tipus de formació perquè estàs fent una activitat que veus que també, o s'aborda des del punt de vista de la sexualitat o no funciona. O si et fas un plantejament de dir: com incorporem els homes en tot el tema de la salut sexual i reproductiva, doncs has de fer formació de com treballa aquests aspectes, quina metodologia, com ho fas, com ho abordes, com ho senten ells, com faries la intervenció, què és el canvi respecte a la intervenció amb dones. O sigui que és que tu poses en marxa alguna determinada activitat que et dónes

compte que tornes a necessitar una altra vegada de la formació amb sexualitat (E1-R12).

Segons les aportacions de les participants es desprèn que les activitats de formació esmentades es duen a terme a partir de la detecció de necessitats que fan els equips de coordinació.

Era més una sensibilitat que hi havia dintre dels equips de coordinació (E2-R3).

5.3.5.2. Àmbit competencial

Com s'ha manifestat anteriorment, el desenvolupament de les competències professionals és un dels factors clau que preocupa a les llevadores. De manera que tal i com expressen les informants, es detecta la necessitat de formació en aquest aspecte per seguir avançant professionalment.

Si estem treballant, no?, en un programa d'atenció a la salut sexual i reproductiva, se suposa que tothom hauríem de tenir un mínim nivell de coneixements i d'aptituds, per treballar el tema en el dia a dia. I això no és així. Per tant, hauria de ser una formació prioritària i jo... crec que hi ha moltes llevadores que ho troben a faltar, no? Que ho comenten. Doncs des de que alguna digui: Es que caldria una referent en sexualitat, no?, i dius: com pot ser?, no?, no, és que totes!, però clar, diuen si ja... però es que jo tinc uns coneixements tan bàsics... (E2-R1).

Per altra banda, les dades suggereixen que la manca de coneixements que poden percebre les llevadores comporta en ocasions l'excusa per evadir atendre la salut sexual. Tanmateix en general, tot i tenir la capacitat i l'interès per fer-ho, la percepció de carència de coneixements ocasiona una dificultat en l'actuació de les professionals.

Potser també per alguns professionals, mhh... no hi ha la sensibilització cap a aquest tema, no?, i en canvi sí cap a altres, però poder... no és un tema molt

sensible a vegades potser per desconeixement, no?, de dir: mira amb això si no he de saber encarar-ho millor no hi entro. No?, i això jo penso que també ens pot passar, però penso que això és minoritari que en general a la gent sí que li agradaria poder fer un abordatge i saber-ne prou. I hi ha molts casos, penso, en els que fins en sabem prou, però no ens ho creiem, no?, i que per tant no fas una intervenció que podria ser molt vàlida i... per aquesta por a... n'hauria de saber més i a vegades és una demanda i amb aquest n'hauria de saber més no fas el que realment podries fer (E2-R2).

Les opinions de les informants assistencials i també a parer de les gestores, revelen com una necessitat de formació els aspectes actitudinals.

Les actituds, s'haurien de reforçar (E1-R5).

En general potser els hi falta algo a algunes, pues més o menys... formació o experiència, però l'actitud de la majoria (GD3-R4).

Una de les formacions, lo que tu deies, la humanitat, però és la... saber tenir els coneixements de com està evolucionant la societat i la manera de relacionar-se (GD3-R16).

Com, també, de les dades es desprèn que és necessària la formació en diversos tipus d'habilitats per poder progressar en la pràctica professional.

D'habilitats de comunicació, d'acompanyament en situacions complicades (GD1-R6).

Habilitats i comunicació no?, hauríem d'aprendre (GD1-R1).

Els hi falten eines. Vull dir, si tens la sort de que estàs al costat d'unes llevadores que ho dominen, no hi ha cap problema. Clar, jo si miro a (...) no hi ha cap

problema, però jo sé que a altres llocs diuen: oh! Això... Per què no tenen les habilitats de poder ensenyar com expressar-ho... no sé fer allò de les cartolines o fer lo de la llana que tu passes, o fer les targetes de lligar. No sé, jo, hi ha coses d'aquestes que els hi ensenyem, però hi ha llocs que no tenen aquestes habilitats i llavors fa falta que molta gent aprengui a fer habilitats (E1-R6).

En la mateixa línia, es suggereix que cal formació en habilitats específiques per abordar la sexualitat quan es realitzen intervencions amb un grup de persones.

Diferenciaria el que serien intervencions grupals i intervencions individuals. Intervencions grupals, doncs metodologia per la intervenció amb sexualitat que implica una abordatge d'aspectes molt més íntims, no és el mateix anar a explicar el medi ambient que treballar la sexualitat, per tant has de buscar metodologia, eines, com poder treure a les persones les diferències. Jo crec que hi ha un tema que necessitem encara més formació... (E1-R7).

De les opinions de les llevadores es constata que, en general, l'atenció en els aspectes sexuals i afectius de les persones i els nous reptes socials són elements susceptibles de millorar mitjançant la formació.

D'on estem mancats si més no, alguns ens hem pogut formar una miqueta... però en general i formalment no ha estat així. Per tant és en tots aquells aspectes d'autoestima, de tractar a les parelles, de les fites de família, de tot aquest nou model de societat que ens ve... no sabem, i de sexualitat tampoc (GD1-R5).

No sé com enfocar el tema de... tu veus què és la violència, algunes ho intento treballar (GD2-R4).

Hauríem de formar-nos molt en sexualitat (GD3-R10).

En segons quins temes, falta informació. Tan quan fem el Llir com després, cursos específics d'aquests temes en hi ha pocs (GD2-R6).

En definitiva, algunes de les aportacions de les informants suggereixen que la formació és la via per desenvolupar les dimensions competencials.

Una formació, no és aquella experiència individual de cadascú, sinó que volem unes habilitats, unes actituds i uns coneixements (GD3-R11).

Tanmateix, de les dades també es desprèn que a parer de les informants, un tipus de formació perllongada en el temps, permet treballar de manera més meticulosa els diferents elements competencials, i els aspectes personals.

Jo per exemple notava canvi, no en aquells cursos o en aquella formació que tu fas, molt limitada, que són 20 hores o 16. Que estan molt limitades, que són curtes, que el treball d'habilitats, d'actituds i tot això, queda molt pobre envers a altres formacions que també hem fet, que tu estàs... com el de l'Associació Catalana de Llevadores. Un any treballant amb un grup de persones a on la intensitat a on treballes les actituds i les habilitats, és molt més gran. On la possibilitat de transformació i de canvi de manera d'entendre la sexualitat, canvia personalment i per tant canvia a l'hora de fer un abordatge a la consulta (E1-R4).

5.3.5.3. Plans de formació institucionals

En opinió de les informants, es detecta la manca d'un pla institucional de formació específic pel manteniment de la competència dels professionals en l'abordatge de la sexualitat, en el context de l'atenció a la salut sexual i reproductiva a Catalunya.

No hi ha hagut un pla estructurat de formació arrel... arrel d'això anem a fer un pla que inclogui tot... una estratègia de millora... no. No ha existit (E1-R8).

No hi hagut ni una estratègia ni un pla específic arrel de que això estigui a la cartera ni... (E1-R9).

Però ningú ha fet... a nivell de Catalunya: bé hem de posar marxa tot això i tenim una estratègia, quines serien les necessitats? Com podem fer la detecció de necessitats? I com podem estructurar un pla que arribi de manera generalitzada? En primer lloc les llevadores i ginecòlegs perquè estan en la salut sexual i reproductiva i també paral·lelament o col·lateralment amb altres professionals que estan intervenint a l'atenció primària. Això no s'ha fet (E1-R11).

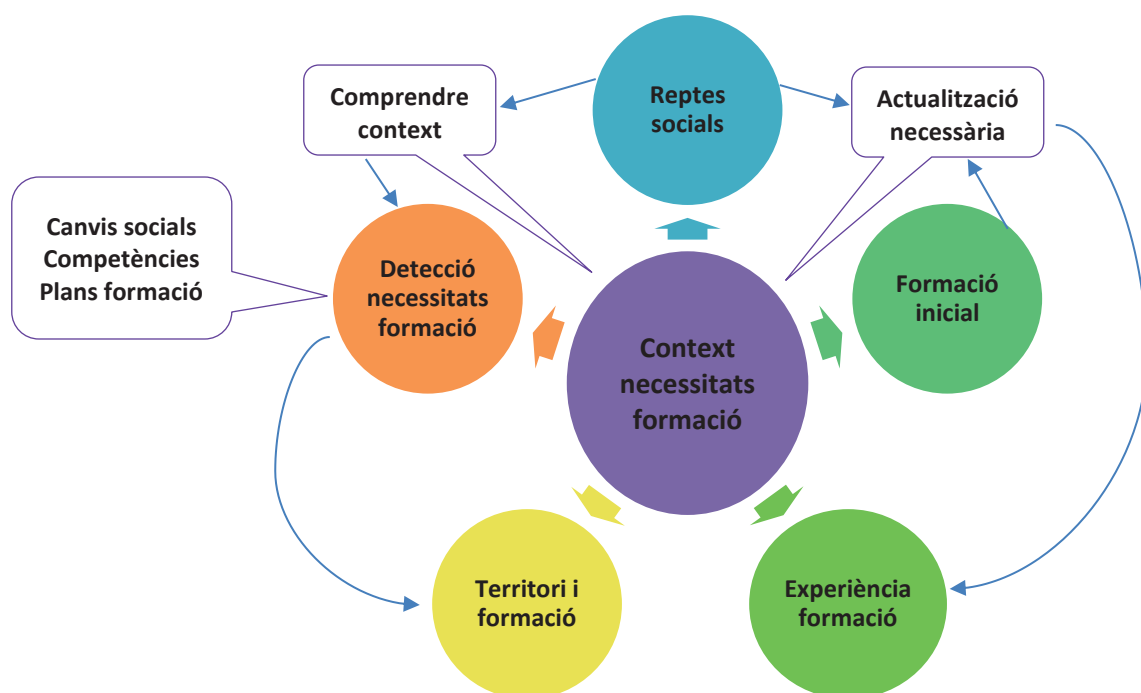
Tanmateix, tot i que s'han realitzat activitats formatives per millorar l'actuació professional, encara es detecten mancances en matèria d'atenció a la sexualitat i afectivitat. Aquest és el cas de la Llei de salut sexual i reproductiva i de la interrupció voluntària de l'embaràs, en la que la formació institucional s'ha desenvolupat per capacitar a les professionals per atendre l'IVE, però es destaquen mancances importants en formació en l'àmbit de l'educació sexual, tal i com postulen les recomanacions institucionals i la legislació vigent.

Una llei que amb el tema de l'avortament... encara s'ha fet prou feina, però es que amb el tema de l'educació sexual ni els de sota professionals, ni els que havia de ser... penso que realment ha quedat allà en paper mullat, no s'ha mogut, ni penso que hi hagi ganes, des de fa bastant temps de moure'l. O sigui, així va més per sensibilitat, si per interessos de un grup de professionals determinat que s'hi posa, que no pas perquè hi hagin unes directius que ens vinguin donades (E2-R4).

5.3.6. A mode de resum sobre la contextualització de les necessitats de formació

A mode de síntesi, es presenta la figura 14 en la que s'observen els diversos factors que configuren les necessitats de formació de les llevadores. Així mateix, a l'interpretar aquestes circumstàncies cal prendre en consideració els resultats presentats en els apartats anteriors, en major mesura el de l'atenció a la salut sexual (5.1.), però també el de recursos (5.2.).

Figura 14. Factors que contextualitzen les necessitats formatives.



Font: elaboració pròpia.

Amb referència als canvis socials, destacar que representen un repte per les llevadores per la qual cosa suggereixen perseverar en comprendre el context en el que actuen, i així adequar l'atenció de salut sexual a les necessitats de la població.

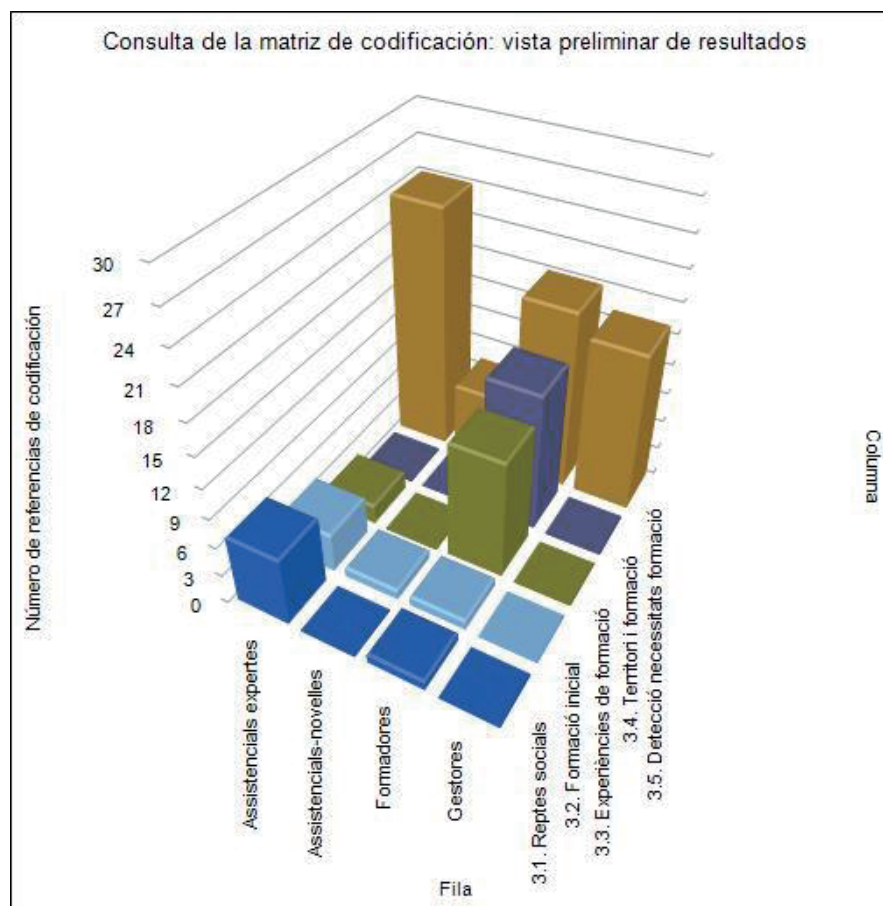
Pel que fa a la formació rebuda al cursar l'especialitat, les llevadores que varen realitzar el model pre-Llir manifesten les mancances que hi havia en matèria de sexualitat, mentre que les model Llir sí que en van rebre; tot i així ambdues coincideixen en la necessitat de seguir formant-se per respondre als canvis socials. Alhora també s'observa una carència en l'oferta formativa.

Quan a les experiències de formació amb llevadores, es varen iniciar en temes com l'atenció a la salut sexual en joves i menopausa. Tanmateix, es destaca una manca d'oferta formativa institucional relacionada amb la sexualitat, encara que actualment hi ha hagut iniciatives com la formació en matèria de diversitat sexual.

D'altra banda, l'àmbit territorial en el que s'exerceix pot dificultar l'accés a la formació, de manera que en entorns urbans és on més oferta formativa es planifica perquè hi ha més diversitat de població i també perquè és més rendible pel col·lectiu. No obstant, en última instància les propostes de formació també depenen de l'interès de les responsables dels diversos sectors i dels recursos disponibles. Cal fer esment de la importància de detectar les necessitats de formació segons el tipus de territori, prèviament a la planificació de la mateixa, és a dir, tenint en compte, per exemple, les característiques de la població atesa. En tot cas, l'interès per formar-se depèn més de cada professional que no del tipus de territori.

En el figura 16 observem el grau d'aportacions de les llevadores amb relació als factors contextuals que incideixen en les seves necessitats de formació.

Figura 15. Factors contextuals de les necessitats de formació.



Font: elaboració pròpia.

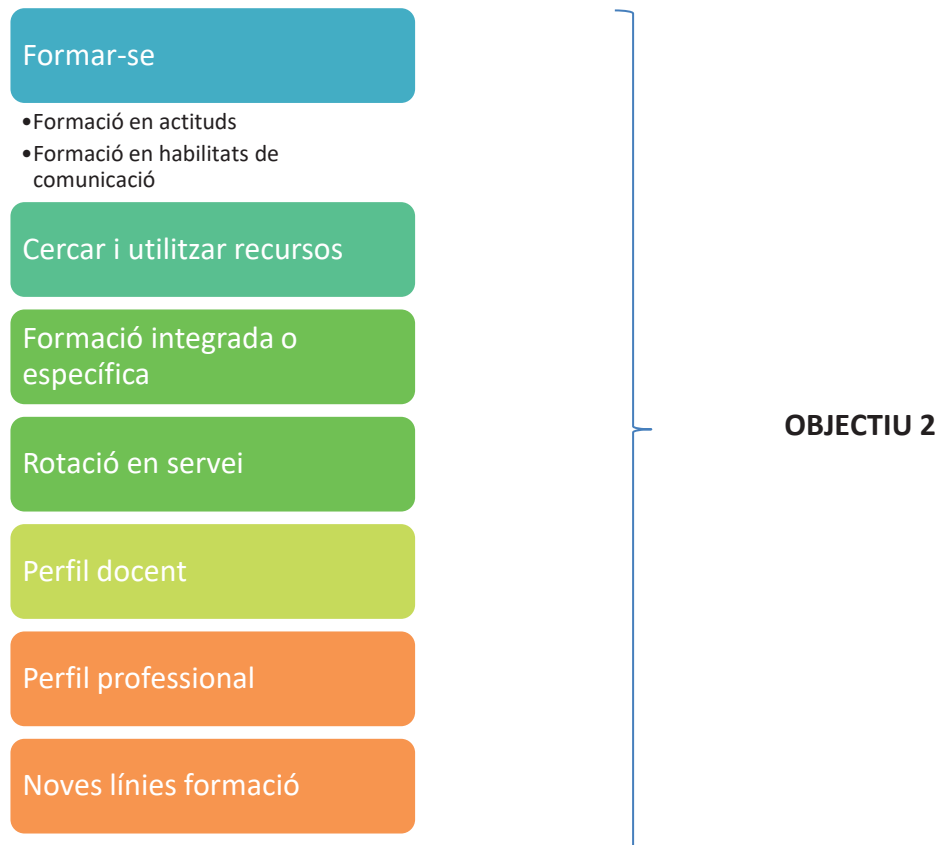
Finalment, destacar que la detecció de les necessitats de formació recull les demandes sentides i explícites expressades per les llevadores. Per una part, s'insisteix en que els canvis socials contribueixen a que evolucioni la formació a partir de la pràctica, i també influeix l'anàlisi de necessitats que realitzen els equips de coordinació. D'altra banda, l'interès per mantenir i actualitzar les competències professionals promou la voluntat de formar-se, al mateix temps que es prioritzen determinats aspectes, en concret els relacionats amb les habilitats i les actituds. En darrer lloc, s'observa una manca de plans de formació per part de les institucions, i més encara una carència en la detecció de necessitats formatives prèvia a la seva planificació, malgrat les recomanacions de la legislació vigent i d'organismes internacionals.

5.4. Propostes per millorar la pràctica

Els resultats presentats anteriorment mostren les necessitats de formació percebudes i expressades per les llevadores. En aquest apartat, s'analitzen diverses estratègies susceptibles d'incloure en programes formatius i que segons les aportacions de les professionals, tenen el propòsit de millorar la formació i en conseqüència l'atenció de salut sexual en aquelles situacions que presenten dificultat.

A continuació, s'examinen les categories identificades que responen al quart i darrer objectiu de la recerca, en concret, la de formar-se, cercar i utilitzar recursos, formació integrada o específica, rotació en servei, perfil docent, perfil professional i noves línies de formació, tal i com es pot observar en la figura 15.

Figura 15. Categories sobre les propostes per millorar la pràctica.



Font: elaboració pròpia.

5.4.1. Formar-se

De l'anàlisi de les dades es desprèn que algunes d'aquestes estratègies es centren en la necessitat de realitzar formació per tal d'afavorir el desenvolupament professional.

Aquesta és una categoria molt saturada, ja que els resultats han mostrat iterativament la coincidència de les llevadores en la necessitat de formar-se per progressar professionalment. Tanmateix, les dades suggereixen que les llevadores destaquen com a propostes rellevants la formació en actituds i en habilitats de comunicació.

5.4.1.1. Formació en actituds

De les opinions de les llevadores expertes en formació es dedueix que consideren l'aprenentatge de les actituds professionals un fet imprescindible per abordar la salut sexual de les persones. A més, suggereixen que la formació en coneixements és rellevant, però tanmateix prioritzen la d'actituds com també la d'habilitats.

L'actitud és... per mi és la primera història, no?, o el primer tot. Perquè coneixements, evidentment que també calen, però... penso que és com més fàcil, no sé, no?... els coneixements estan als llibres (E2-R1).

Els coneixements, si no en saps, quan vas treballant els vas adquirint. Vull dir els vas adquirint per què el dia a dia et trobes amb una cosa, la preguntes, l'altre dia et trobes una altra cosa... (E1-R1).

Les actituds i les habilitats, si no hi ha ningú que les ensenyi, no les agafes. Per què pots agafar la teva actitud, que pot ser tot el contrari de la teòrica (E1-R2).

Tant és així, que algunes informants manifesten que determinades actituds, o s'assoleixen, o no s'està capacitats per desenvolupar la professió. De la mateixa manera, consideren que cal adquirir actituds com el respecte, i també adoptar una perspectiva des de la neutralitat a l'hora d'abordar la salut sexual de les persones.

Lo important que és la formació però a més a més quan estàs formant unes persones, ja es detecten actituds, que serien persones que no tindrien que treure's el títol mai (GD3-R4).

Lo més ideal per atendre aquesta consulta i la formació que s'hauria de donar per atendre a aquesta consulta és que la llevadora sigui el més respectuosa i el més asèptica possible, vull dir que aquesta càrrega sigui la mínima possible (GD3-R5).

En la mateixa línia, les dades suggereixen que la idea de neutralitat implica prendre distància entre la professional i la persona atesa. Així mateix, consideren les informants que aquesta actitud es pot aprendre i que constitueix una via cap a un nivell superior de competència.

Mirar-s'ho des de la part professional i la teva motxilla deixar-la a la porta, que jo crec que això es pot aprendre, remonent més o menys; penso que és el canvi de xip que fa, o sigui, és el canvi de ser a l'excel·lència o no ser-ho quan ets capaç (GD3-R10).

Per fer-ho així necessites una formació (GD3-R11).

Les llevadores assistencials suggereixen que és important que siguin les mateixes professionals, les que identifiquin les seves necessitats per tal de centrar l'elecció de la formació al seu focus d'interès.

L'important és què se sàpiga que això hi és, i que comencis a treballar la teva part segurament és en tota la formació continuada (GD1-R6).

És que jo crec que va tot lligat, hem de començar a preparar pel que ens ve perquè ens venen coses molt diferents, de la sexualitat que estem acostumats.. veus coses molt diferents (GD1-R7).

Si tinguéssim possibilitat, bueno, de que cadascú, es veiés amb més capacitat o més interès. A vegades no és que estiguis més capacitat, sinó que si t'interessa més un tema et cultives més (GD2-R3).

D'altra banda, les informants descriuen activitats de formació realitzades i que consideren que els han estat útils. També en proposen de noves i, concretament, algunes que impliquen un treball personal que les ajudi a tenir més desimboltura.

Vam fer un treball d'aquests (...) que ve un psicòleg, que va venir i va estar parlant d'actituds, per fer-nos reflexionar... i que van sortint coses, eh! Van sortir coses perquè cadascú explicava la seva i algunes es van plantejar moltes coses. Doncs això és el que va bé, perquè així, d'aquesta manera a part de que algú aporta el seu d'allò... també fa sortir el que tu penses no? I va estar bé aquella vegada.

Sempre ho demanen (...) Era com ser persona, i et van fent pensar i et van fent reflexionar i et van fent sortir coses... i llavors canvies les actituds i veus que... et fa reflexionar sobre tu mateixa i vers els demés (E1-R4).

Si en el període de formació hi hagués més, o hi hagués la possibilitat de fer coses més soltes, més espontànies més de perdre por al ridícul, no? de fer el que sigui, és igual i el que li caiga mal, “pues que vamos a hacer ya lo hablaremos despues”, no sé més.. potser també està relacionat amb l'autoestima de fet no?, però més desinhibició (GD1-R3).

Una opinió que preval entre les llevadores gestores i les formadores és que per atendre la salut sexual de les persones cal prèviament, estar disposat a fer un treball personal i emocional d'autoconeixement.

...i de mobilització de sentiments, d'emocions, de contradiccions, de visualitzar que realment hi ha contradiccions, que no saps ben bé per què i que has de veure quina és la teva evolució personal per estar en aquesta... i si no fas mobilització i aquest sacseig de... no pots treballar la sexualitat d'una manera completa, amb una formació que realment transformi (E1-R3).

Per tant, de l'anàlisi de les dades es desprèn que la formació en sexualitat i salut sexual ha d'incloure activitats que suscitin canvis profunds a nivell personal, i que contribueixin a que les professionals puguin reflexionar sobre les pròpies creences i valors.

Ha de ser una formació que mobilitzi moltes coses a nivell personal, que replantegi (GD3-R6).

Quan aprens, moltes coses es remouen (GD3-R12).

Hi haurà potser un abans i un després de la formació de la professional, segurament (GD3-R13).

5.4.1.2. Formació en habilitats de comunicació

De l'anàlisi de les dades es desprèn que aquesta subcategoria és una de les més saturades, tal i com s'ha mostrat en l'apartat de pràctica professional, i concretament el de competències en habilitats comunicatives (5.1.3.1.). Tanmateix, els resultats revelen iterativament la necessitat dels professionals de formar-se en habilitats de comunicació.

En opinió d'algunes llevadores, en ocasions hi ha professionals que presenten dèficits a l'hora de comunicar-se amb les persones que atenen.

No saben escoltar..., tenen molta formació acadèmica, però no de saber escoltar, d'empatia tampoc és, és a vegades un respecte a un silenci, de saber escoltar, no predisposar-te a una... (GD1-R1).

Per esmenar aquesta situació les llevadores proposen que les professionals realitzin activitats de formació que les ajudin a preparar-se per a l'atenció de salut sexual. Algunes de les habilitats que suggereixen són la d'oferir un tracte sincer, realitzar una escolta activa, mostrar empatia, emprar estratègies de comunicació no verbal, i així detectar la demanda de la usuària.

Si estigues dins de la formació... que fos un apartat de la formació, de dir "t'he tractat lo més natural possible, lo més normalitat possible (GD1-R10).

Les habilitats de comunicació, saber escoltar, veure, de saber arribar (GD1-R6).

A vegades un gest una gesticulació val més que mil paraules, dius saber interpretar (GD1-R7).

D'altra banda, les llevadores formadores expressen que a més de tenir coneixements per tractar amb les persones, les habilitats comunicatives són necessàries per enfocar la manera de preguntar i relacionar-se amb elles.

Habilitat a nivell de comunicació, no?, vull dir, aquell ser capaç, no?, d'abordar el tema amb preguntes obertes, no... saps?, no amb una resposta de sí o no, perquè clar, si vas a preguntar té relacions satisfactòries?, que ja sé que dirà que sí, que sí. Saps aquell poder fer un abordatge que doni peu i després si hi ha una demanda, no?, sentir-te prou segura també en coneixements i amb... com per poder donar una resposta (E2-R1).

Així mateix, opinen que davant de situacions que causen sorpresa i que la professional no es senti preparada per atendre, el més oportú és emprar l'habilitat de simular, i després treballar la capacitat per tal d'afrontar circumstàncies similars.

Penso que és una habilitat i de saber... saps allò que de cop en un moment determinat et pot escandalitzar o et pot, no?, de dir "ei!, si et passa, com a mínim que no se't noti i ja t'ho curraràs (E2-R2).

En definitiva, les dades suggereixen que les professionals requereixen formar-se en estratègies que permetin desenvolupar la comunicació amb les persones ateses.

Una llevadora ha d'estar formada per tenir eines per dir coses (GD3-R1).

5.4.2. Cercar i utilitzar recursos

En apartats anteriors (5.1.3.8. i 5.2) ha quedat palès que les llevadores cerquen informació o bé utilitzen diversos recursos que els hi són d'utilitat per a la seva pràctica. Aquesta categoria té un alt grau de saturació, així mateix, s'identifiquen nous elements que justifiquen ser destacats.

Les dades revelen que, en ocasions, les llevadores tenen dificultat per atendre situacions problemàtiques atès que els hi manquen recursos per fer-ho. A més, manifesten que alguns dels recursos disponibles no són del tot útils, especialment quan es requereixen en un moment donat.

Ni tenim les eines que ens calen... (GD2-R5).

Sí el circuit, els algorismes a vegades se'ns obliden, per què no te'ls a saps i no... (GD2-R9).

També, les llevadores expressen que tot i comptar amb bones professionals, sovint, la seva disponibilitat i la pressió assistencial fan que s'evidenciï encara més la manca de recursos.

Com a recursos jo crec que tenim professionals molt vàlides per... bueno... en diferents aspectes i això sempre es pot aprofitar, ara, sempre hi ha una manca de professionals, sempre hi ha una manca de temps... (E2-R3).

D'altra banda, aporten informació sobre com i on cercar recursos escaients, d'una manera que s'identifica com a auto formativa.

Preguntant, mirant, informant-te, mirant internet, preguntant a una companya (...) enviant documentació i llegeixes (GD1-R1).

L'anàlisi de les dades indica que les llevadores utilitzen diverses estratègies que tenen el propòsit de millorar la pràctica i que alhora, per aquesta característica, poden ser integrades en activitats de formació.

Les opinions de les informants suggereixen que una d'aquestes propostes és utilitzar els casos clínics. Tanmateix, manifesten que el seu plantejament està molt orientat a la patologia, i a més, en el seu contingut no inclouen aspectes de la sexualitat de la persona.

Les llevadores, comencem a fer casos clínics (GD2-R13).

Treballem casos clínics, habitualment el que passa és que moltes vegades, clar, són lligats a patologia (E2-R4).

No hi ha un abordatge específic sempre d'aquest tema (E2-R5).

Altrament, les llevadores formadores proposen aprofitar els avantatges que presenten els casos clínics, ja que la intenció és tractar la situació de la persona d'una manera holística, i incloure aspectes de la sexualitat i salut sexual.

Això sí que em fa reflexionar en el tema, perquè no donar aquesta dimensió de la sexualitat en aquest cas, i no ho fem, no hiensem (E2-R6).

Els resultats suggereixen altres estratègies que es poden utilitzar per millorar la pràctica, com són les de tipus virtual.

Potser els podem fer, no tan presencials, fòrums de discussió. No? Amb mitjans virtuals, podrien estar bé (E1-R1).

Encara que, entre les llevadores formadores, preval l'opinió que potser calen més habilitats pel maneig d'aquests suports.

...encara no, això d'aquí a deu anys sí, però ara encara no. Ara... la gent que ara hi ha... si el que costa és que facin servir l'e-CAP i ho saben per què obren aquí, obren aquí, obren aquí. Ara quan vingui la virtual, ja veurem què passa... La intel·ligència aquesta... (E1-R3).

I d'altra banda, consideren que els mitjans totalment virtuals no aconsegueixen transmetre tan acuradament la sensibilitat que requereixen aspectes tan íntims i personals com són la sexualitat i l'afectivitat. Així mateix, proposen que un model de tipus semi presencial pot ser idoni per assolir els objectius formatius.

Absolutament online no... no ho trobo adequat. Jo penso que un semi-presencial podria estar molt bé però si estem parlant també d'una cosa (...) i fins i tot que penso que és molt enriquidor, no?, i que fins i tot jo vaig veure amb el curs de sexualitat o... o ara en aquest, no?, que és, que vingui algú en primera persona a explicar-te la seva visió, els seus sentiments, les seves experiències, mmh... clar, això... home, no és que no es pugui fer en un text però, però trobo que perd molt, perquè no és el mateix llegir un text que tenir algú davant que t'està explicant o a qui pots interrogar (E2-R1).

5.4.3. Formació integrada o específica

De l'anàlisi de les dades es desprèn que aquesta és una categoria amb força influència a l'hora de planificar la formació, i en opinió de les llevadores formadores es plantegen diverses opcions.

Es pot fer de moltes maneres... (E1-R1).

Tanmateix, els resultats revelen que principalment hi ha dues opcions. Una primera, en què es planteja que els diversos cursos o activitats de formació que es realitzin en el context de la salut sexual i reproductiva, incloguin aspectes de la sexualitat.

Sí que és veritat que integrar, parlar de la sexualitat quan tu parles d'altres temes, no? Doncs de l'embaràs o infeccions de transmissió sexual o prevenció del VIH, en tots aquests moments has de parlar de la sexualitat (E1-R3).

Aquesta proposta prendria el model que es segueix en la pràctica, com per exemple s'ha comentat anteriorment: incloure la sexualitat quan es presenten casos clínics sobre diversos temes. O també, al considerar que en l'activitat assistencial no hi ha una consulta específica en sexualitat, sinó que aquest element s'integra en les diverses situacions.

No hi ha un espai específic en el que parlem de sexualitat, sinó que... o sigui, no hi ha una consulta especial (E2-R1).

Que tracta sexualitat com a tal, en l'ASSIR, per tant hauria d'estar inclosa en qualsevol visita (E2-R2).

La sexualitat travessa... i així, aquest element significa un punt important de benestar, pues jo crec que el tenim com bastant ficat i per tant és un element primordial (GD3-R1).

Una segona opció, seria la de planificar la formació de manera que contempli com a eix central i específic la sexualitat i, a partir d'aquest, organitzar mòduls sobre les diverses activitats i programes de l'ASSIR. És a dir, que el ventall de situacions en què es troben les llevadores en la pràctica puguin ser tractades des de la perspectiva de la sexualitat i afectivitat.

Així mateix, seguint aquest model, es proposa que per una banda hi hagin blocs que tractin de manera general situacions de l'ASSIR, com és el cas de l'entrevista en salut sexual i reproductiva.

Hi ha aspectes molt més generals. Per exemple la diversitat sexual, no? L'abordatge de la diversitat sexual o com preguntar amb temes de sexualitat, jo crec que això és com més genèric. Encara que l'embarassada estigui embarassada, el teu abordatge de la sexualitat com a entrevista, canvia en aquest moment vital, però no és diferent d'un altre moment. Per tant jo crec que hi ha coses que han de ser... que són transversals, que no és en una determinada etapa (E1-R2).

I, altrament, es suggereix incloure en el programa formatiu blocs específics segons les peculiaritats que presenta la pràctica, és a dir, tenint en compte les característiques de les situacions que presenten les persones, com la seva edat o gènere. En aquest sentit,

es proposa que en la formació s'incloguin diferents metodologies per tal que les professionals les puguin emprar segons les situacions esmentades, com per exemple si han de realitzar una activitat individual o en grup.

Però és que és tot, es que clar... depèn de... a lo que anem a especificar, anem a treballar dins la formació de la sexualitat, perquè si tu lo que vas a treballar són les, que tenen a veure amb la sexualitat, les relacions abusives entre els joves, aquest abordatge no té res a veure a que tu treballis l'apetència sexual a diferents moments de... de la teva vida reproductiva. Perquè uns són joves i tindràs que fer una metodologia determinada i per tant la formació per a treballar aquests aspectes serà diferent de que quan estàs treballant amb un altre... o sigui, jo crec que és transversal, hi ha coses globals que tenen més a veure amb actituds i habilitats i anamnesis i coses d'aquestes i després has de concretar, no és el mateix treballar amb joves que amb adults, no és el mateix treballar en una consulta a nivell individual que treballar de manera grupal, no és lo mateix treballar fent una consulta d'una dona que a un home... (E1-R4).

No és el mateix divuit anys que vuitanta, o cinquanta (E1-R5).

Les llevadores formadores coincideixen que determinats programes de formació en salut sexual i reproductiva han d'integrar aspectes de sexualitat. Ara bé, prioritzen els models formatius basats específicament en la sexualitat, ja que aquests afavoreixen la comprensió de la dimensió sexual i afectiva de la pràctica professional.

Si tu fas un programa de sexualitat en diferents seccions la gent li costa menys situar-se, perquè a més a més no tothom serveix per anar amb joves, no tothom serveix per a fer menopausa, no tothom serveix... (E1-R6).

Així és que aquest model específic en sexualitat, d'una banda, facilita la formació en el tema d'aspectes que comparteixen l'atenció de salut sexual i, de l'altra, permet

planificar mòduls en base a les activitats de l'ASSIR que encaixin millor amb les necessitats formatives de cada professional.

Primer aquests aspectes i llavors, per la gent que ha de fer una formació, o que rep una formació, és més fàcil, no?, perquè a més a més se sentirà més còmoda si li parles de joves a una de joves que una altra se sentirà més còmoda amb unes embarassades... vull dir que no tothom serveix per a tot, que això també és una cosa que nosaltres tenim... que les llevadores serveixen per a tot, no... perquè no, jo ho tinc cada dia més clar, hi ha qui no vol fer ni educació sanitària perquè no s'hi troba bé, perquè no comunica bé... bueno, pues potser que no li fem fer. I això és així, encara que s'ha de fer (E1-R8).

5.4.4. Rotació en servei

Una altra estratègia que les llevadores formadores consideren d'utilitat és que les professionals puguin realitzar una estada de formació en alguna altra unitat ASSIR, ja sigui per identificar les pròpies fortaleeses, ja sigui per detectar les pròpies mancances.

Va molt bé que vagin a altres ASSIR's o altres llocs, se'n donen compte de lo bé que ho fem nosaltres i llavors ho fan tan bé a l'altre cantó o que ho fan molt bé allà i que nosaltres no ho fem bé, eh?, però vull dir que va molt bé enviar-les a altres centres que vegin la diferència, això va molt bé (E1-R1).

Tanmateix, encara que les informants valoren positivament el poder estar un temps amb alguna altra llevadora experta en el tema, manifesten que aquesta estratègia és inusual.

Això es fa molt poc, però va molt bé fer això (E1-R2).

No ho tenim estipulat, un stage a un ASSIR determinat perquè allà l'abordatge de la sexualitat es fa superbé (E1-R5).

Un aprenentatge a través de quan hi ha un professional que està funcionant i que porta molts anys. No ho fem de que... que t'asseus al costat d'aquesta persona (E1-R3).

Tot i amb això, quan es tracta d'una professional novella a la unitat i que precisa formació en algun aspecte en concret, sí que es planifica que estigui durant un temps amb una companya experta. No obstant això, l'activitat a la qual s'integra no és específica d'atenció a la sexualitat, ja que com s'ha comentat anteriorment aquesta situació no és dóna a l'ASSIR.

Quan ve una persona nova sí que es fa, quan ve una persona nova passa unes setmanes (E1-R4).

El tema de la sexualitat està molt poc... està molt diluït, perquè com es pensa que no és específic, sinó que és transversal a tot el que fem (E1-R6).

Cal remarcar que, segons les aportacions de les llevadores formadores, el poder estar durant un període de temps amb una professional experta és una estratègia de formació valuosa pel desenvolupament professional i, per consegüent, millorar l'atenció de salut.

Poder observar algú que sàpiga treballar d'aquesta manera, moltes vegades et dóna moltes més pistes que llegir-te un tractat sobre sexualitat, no?, és aquest art (E2-R1).

Posar-te en el lloc de l'altre, tenir cura... però penso que això no ho pots explicar en un llibre, no pots fer un documental i que se't quedi, no?, això es diu molt amb el que tu deies, algú expert si no al costat i simplement observar (E2-R2).

5.4.5. Perfil docent

Els resultats revelen que, a l'hora de planificar la formació l'opció idònia és la de que aquesta aplegui les perspectives de diferents disciplines. De manera que el perfil dels

docents, a més d'incloure a llevadores, també compti amb professionals experts d'altres àrees.

Multidisciplinarietat (...) de qui treballa la formació en temes de sexualitat. Evidentment no només podem ser llevadores, sinó que si aquesta formació està plantejada des d'una multidisciplinarietat, molt millor perquè tens visions diferents, vistes diferents, abordatges diferents, maneres de... (E1-R2).

Si la formació es planifica, és millor que sigui interdisciplinària o amb intervenció de diferents tipus de professionals (E1-R3).

Va molt bé que vingui algú de fora (E1-R4).

Una de les opinions que predomina entre les llevadores formadores que planifiquen la formació és que, a l'hora de seleccionar les professionals que han de dur-la a terme, es fixen en aquelles que reuneixen un conjunt de característiques vàlides per a la formació. És a dir, aquelles que posseeixen principalment uns trets competencials que fan que es desenvolupin de manera més exitosa en la pràctica i, per tant, puguin transmetre-ho a d'altres professionals.

Lo que utilitzem per a agafar professionals i ser formadors, no?, d'experiències positives... d'experiències positives o d'habilitats o de capacitats o d'actituds més positives, que tenen, que fan que aquest professional se'n surti millor, que un altre (E1-R5).

Aquestes persones són les persones que utilitzem pera fer la formació reglada en format curs, seminari o... (E1-R6).

Tenim professionals molt vàlides per... bueno... en diferents aspectes i això sempre es pot aprofitar (E2-R1).

5.4.6. Perfil professional

Els resultats suggereixen que intervenen diversos aspectes a l'hora de determinar el perfil professional per desenvolupar l'atenció de salut sexual i reproductiva. Aquesta és una categoria amb un alt grau de saturació com s'ha pogut comprovar en apartats anteriors. No obstant, les dades revelen nous elements des de la perspectiva de les llevadores.

D'una banda, es consideren els valors i actituds requerits en relació amb la sexualitat i afectivitat, com són el mostrar sensibilitat en el tema, realitzar una anàlisi de la pròpia sexualitat, o mostrar disposició per atendre a tot tipus de persones.

Entendre que és important per a les persones tractar aquest tema de la sexualitat... no? han de ser professionals sensibles perquè si no... sensibles que aconseguix estan bé treballant l'actitud, no? (E1-R4).

Més actituds o valors, eh... En com cada professional també construeix la seva sexualitat... no? I això clar també és determinant (GD3-R2).

La llevadora es sent més còmoda perquè sempre ha treballat amb dones treballant amb les dones, doncs és una cosa que nosaltres mateixes hem d'anar trencant (GD3-R1).

D'altra banda, les llevadores coincideixen en que cal analitzar les pròpies capacitats, i reconèixer tant les limitacions com les facilitats per dur a terme les activitats.

A vegades tens aquestes dificultats i no perquè no tinguis aquesta empatia, sinó perquè no acabes d'arribar amb aquella dona, no totes arribem amb totes (GD1-R2).

S'haurien de treballar més en això, no per a treballar les febleses si no també per a les dues coses, per a aquelles coses que fem molt bé i per a aquelles coses que sense adonar-te no fas tant bé (E1-R7).

Les dades revelen que a més del reconeixement de les pròpies capacitats també influeix a l'hora de desenvolupar una activitat concreta l'interès o les preferències de cada professional. En opinió de les informants és important considerar aquest fet, ja que pot influenciar en la qualitat de l'assistència.

No a tothom li agrada el mateix i així deixes que cadascú, pues, pugui fer el que realment li agrada i serveix per la resta... (GD2-R8). Perquè a cada una, li agrada o se li dóna més bé o... (GD2-R17). "És que cadascú és bo en algo, no? Totes no som bones, no?... (GD2-R10).

Igual si té dificultats diu "home hi ha temes que a mi...", no totes les llevadores van fortes en tot, no totes van fortes en anticoncepció, en menopausa, en sexualitat, en lactància. Impossible (GD3-R15).

Si fas una cosa que no la fas de gust s'acaba que no es fa de gust, s'acaba que no es fa de bé i tampoc és bo, eh?, ni per ella ni per la gent que està allà al seu costat si no parlem de coses grupals, eh?, llavors individualment és més fàcil, eh?, perquè jo crec que individualment la gent ho fa més bé que quan és en grup, eh? (E1-R3).

En aquesta línia, les llevadores assistencials opinen que disposar d'una professional amb un perfil més especialitzat i que hagi realitzat formació en sexualitat i, per tant, pugui ocupar-se d'aquestes situacions, és un suport per a l'atenció de salut. Aquesta opció d'establir una llevadora referent ja ha estat proposada en apartats anteriors, especialment quan les informants feien referència a realitzar una rotació o estada amb una llevadora experta (5.4.4) o quan es selecciona entre les professionals aquelles amb un perfil docent concret (5.4.5.).

Jo penso que a lo millor si existís com unes referents” (GD2-R1). “Jo crec que acabarem anant una mica cap a aquí... (GD2-R2). Sí l'especialitat, no? (GD2-R3).

També ho tenim, tenim la referent i això és fantàstic... (GD2-R12). Això de les referents, ens faria falta, allà no ho tenim això... (GD2-R15).

O sexualitat i llevadora, no? Que hagi fet un màster de sexualitat i llevadora (GD2-R7). Seria la formació i que hi hagués algú referent del tema de sexualitat o... (GD2-R18). Hi ha una companya que havia fet el màster i a la que jo veig algo de sexualitat que a mi se m'escapa, l'envio (GD2-R11).

Tot i que aquest recurs no implica que s'eximeixi a les llevadores de les funcions específiques d'atendre la sexualitat, ben al contrari, ja que disposen de les competències per fer-ho. Així mateix, es proposa que la formació sigui de caràcter general per tal que les professionals puguin abordar les diverses situacions de la pràctica, i també, per evitar aquelles en què no se sentin capacitades per realitzar-les.

No és que tu hakis de despreocupar-te, no, tu has de saber... (GD2-R6).

En general hauríem d'intentar que siguin generalistes amb moltes coses, perquè això vol dir que no tinguis referents d'alguna cosa, però... (E1-R2).

Que no pas que em passin segons què, que em puc sentir més... més incòmoda (GD2-R22).

De manera global, preval l'opinió que el perfil professional ha d'incloure les capacitats de tipus general per tal de poder atendre qualsevol situació. Així mateix, les llevadores gestores coincideixen amb les assistencials que disposar de professionals formades específicament en sexualitat és una opció òptima per millorar l'atenció de salut.

Talment, alguna gestora es pregunta si ha d'haver especialistes en sexualitat i fins on establir els trets d'aquest perfil.

La sexualitat és algo de que ho han de fer totes les llevadores perquè en cada consulta es trobaran en diferents moments que... però a lo millor sí que dins de cada equip, a lo millor, en hi ha una o dues que són llevadores que la seva formació s'encara amb més profunditat que en... o sigui que podria diferenciar inclús varis nivells (GD3-R20).

Podem tenir llevadores sexòlogues? (GD3-R21). Fins a on i a on més podem arribar (GD3-R22).

Un factor clau que emergeix de les dades és si cal tenir en consideració que les llevadores gestores esbrinin els valors i actituds de les professionals, prèviament a la proposta de contractació. Les gestores manifesten que fins al moment no ho han dut a terme, específicament en la qüestió de l'atenció a la sexualitat, mentre que sí ho han fet en altres matèries com, per exemple, l'avortament.

Com a gestora, no? A l'hora de contractar si tinguéssim de mirar com... no? Quins elements tindriem en compte, doncs la veritat aquest m'és molt difícil, o sigui, m'ho he plantejat alguna vegada però no ho he fet, no ho he... perquè penses que, que bueno, que en el fons, no? (GD3-R3). És molt delicat clar (GD3-R5).

Amb una professional, en una entrevista quan estem valorant actituds, valors amb diferents altres esferes i estem valorant, sí que li preguntarem, no? Escolta, tens algun problema ètic-moral? Ets objectora?, no? I estem entrant en la seva esfera personal i íntima (GD3-R6).

D'altra banda, les informants manifesten que tenen certa dificultat en indagar sobre aquestes qüestions atès que es tracta d'una dimensió íntima.

Jo no he preguntat per exemple: "escolta, a l'hora d'abordar un tema de... orientació sexual, tens algun problema, alguna creença que et dificulta...? (GD3-R11).

En canvi sí que he preguntat si és objectora, mmmh... per tant vol dir que amb tot lo que té que veure les actituds també ens costa a nosaltres com a, no? A la hora de determinar (GD3-R12).

Tot i amb això, afirmen que no es tracta, evidentment, d'entrar en aspectes personals sinó d'avaluar si la professional reuneix els requisits, en quan a valors i actituds per desenvolupar l'activitat encomanada.

No cal sobre la teva sexualitat, però sí sobre els valors que tens sobre la sexualitat, perquè hi ha gent que té problemes a l'hora de respondre sobre preguntes directes de sexe i llavors clar, això també ho hauríem de saber, que no vol dir que entris en el seu àmbit, eh? O sigui que jo crec que és diferent entrar a les creences i valors d'aquella persona, a entrar a com ella enfoca l'atenció amb l'usuari, perquè tu pots tenir unes creences molt clares però tenir molta empatia i que no marquin a l'altra persona (GD3-R8).

Pots tenir creences que et determinen com abordaràs tu en una consulta la sexualitat (GD3-R9).

En darrer terme, de les aportacions de les llevadores gestores es desprèn que la formació és necessària per tal d'acomplir amb la tasca que es demana. Així mateix, en opinió d'alguna informant, la formació pot assegurar el perfil professional desitjat, i així no haver de preguntar sobre els aspectes requerits. Tot i això, preval el convenciment d'incloure en els criteris de selecció una valoració de les capacitats per tal d'atendre la salut sexual de les persones, és a dir, establir aquest principi en el perfil pretès.

Tenir la formació, que jo crec que és la mancança més important, no? Per a totes, no? Però després sí preguntaria si és objectora perquè clar, com a responsable del servei he d'assegurar que aquesta prestació està coberta, doncs això és imprescindible (GD3-R10).

He intentat formar lo més bé possible les llevadores que estaven al servei i després allà s'ha quedat... llavors pues allà s'ha quedat, jo no m'he trobat mai en la situació de tenir que preguntar tant en la entrevista per després escollir, sincerament... (GD3-R13).

És una cosa que potser hauríem de tenir en compte, és veritat, preguntem lo d'objectora perquè és molt important però lo altre jo tampoc ho he preguntat mai (GD3-R14).

5.4.7. Noves línies de formació

Dels resultats presentats en els diferents apartats se n'extreuen diverses propostes de formació. Algunes d'elles, es centren en aprofitar activitats que es realitzen en la pràctica, o també en desenvolupar recursos, tot i que alguns d'aquests no es consideren especialment útils per a la formació.

Fer casos, si sortissin casos de sexualitat, doncs també estaria bé compartir-ho... (GD1-R15). Nosaltres ara estem fent casos, multidisciplinars (GD1-R14).

Formació amb una web... pots informar, però formar ja és una altra cosa (E2-R1).

D'altres estratègies es basen en organitzar activitats en les què es pugui compartir amb altres llevadores els temes d'interès.

Companyes que estant molt motivades i tenen ganes de fer coses, també t'engresquen a tu (GD1-R4).

Xerrades com aquesta també van molt bé... amb altres companyes (GD1-R6).

Seria la formació i que hi hagués algú referent del tema de sexualitat (GD1-R13).

Les dades suggereixen que cal prioritzar estratègies de formació més obertes a noves experiències i no tan cenyides a un marc teòric establert. És a dir, que permetin a les llevadores expressar les emocions que els hi genera la pràctica, i que s'utilitzin metodologies que promoguin una reflexió sobre els propis valors i actituds.

Si en el període de formació hi hagués més, o hi hagués la possibilitat de fer coses més soltes, més espontànies... (GD1-R2).

Han de ser intervencions i formacions experiencials (E1-R3).

Hem d'aconseguir que a través de la formació realment hi hagin aprenentatges significatius. Llavors, significatiu vol dir que et fan replantejar, remoure't, repensar, fins que tu structures el teu coneixement. Clar, la sexualitat té a veure amb el coneixement cognitiu, però té molt a veure amb l'actitudinal. Per tan jo crec que és fonamental que hi hagi aquest aprenentatge significatiu. I això s'aconsegueix, bàsicament, amb una formació que et plantegi una metodologia determinada. No és igual de transformador una formació que és bàsicament de discurs teòric (que no dic que no es necessiti, però que seria de l'àrea més cognitiva), i que no hi hagi aspectes que per un tema per la sexualitat són absolutament vitals. Vaja és que hauria de ser actituds, habilitats un 70% i potser és un 30% de coneixement (E1-R1).

I en opinió de les llevadores aquest model de formació és el que s'hauria de realitzar tan en la formació del període d'especialització, com al llarg del desenvolupament professional.

Durant la formació o la formació continuada? (GD1-R3). Les dues coses (GD1-R4).

5.4.8. A mode de resum sobre les propostes per millorar la pràctica

En darrer terme, de les aportacions de les llevadores es dedueix que es prioritzen aquelles propostes formatives orientades a l'aprenentatge experiencial. Per tant, es suggereix planificar estratègies que, a partir de l'experiència i en un context d'acció, ofereixin l'oportunitat de comprendre i reflexionar sobre les pròpies creences, valors, i actituds, així com el desenvolupament d'habilitats per capacitar a les professionals en l'atenció a la sexualitat i afectivitat de les persones.

PART IV. CONCLUSIONS

Capítol 6. Discussió i conclusions

Aquest darrer capítol inclou la discussió, i les conclusions i contribucions més destacades de l'estudi. Primerament, es presenta el debat sobre els principals resultats obtinguts en la recerca i la perspectiva teòrica i revisió de la literatura estudiades. A continuació, es mostra el model conceptual de les necessitats formatives de les llevadores i tot seguit, les implicacions per a la pràctica en forma d'orientacions per a la formació. Finalment, s'expliquen les limitacions de l'estudi i les implicacions per a futures investigacions.

6.1. Discussió

En aquest apartat es presenta una síntesi i la interpretació dels principals resultats, alhora que es relacionen i contrasten amb la revisió de la literatura realitzada i el marc conceptual presentat. Tenint en compte els objectius de la recerca, s'ha considerat oportú organitzar aquesta secció amb el mateix ordre presentat en el capítol de resultats. Així doncs, es mostra primer la discussió de les troballes sobre la pràctica professional, seguida dels recursos disponibles, a continuació es debat sobre com es contextualitzen les necessitats de formació de les llevadores i, finalment, es relacionen les necessitats de formació amb propostes per millorar la pràctica formativa.

6.1.1. La pràctica professional: eix vertebrador de les necessitats de formació

El resultat de la recerca constata que la pràctica professional constitueix el fonament a partir del qual es configuren les necessitats de formació de les llevadores en l'atenció a la salut sexual. És a dir, la comprensió dels diferents elements identificats com el concepte de sexualitat i atenció a la salut sexual, les situacions que aborden les llevadores, les competències que desenvolupen, el treball en equip, i els valors que prioritzen, permeten articular les necessitats formatives.

Respecte al concepte que les llevadores tenen sobre la sexualitat i les implicacions que se'n deriven per a l'atenció a la salut sexual, les professionals la consideren una dimensió intrínseca de la persona i que es desenvolupa al llarg de la seva vida. Així mateix, no la redueixen a les qüestions fisiològiques, sinó que creuen que també inclou aspectes com

les pràctiques sexuals i la diversitat sexual, així com la realitat social. Aquesta visió de la sexualitat coincideix amb la de literatura revisada que advoca per considerar-la una dimensió fonamental de l'ésser humà, i que es pot expressar tant en l'àmbit de les emocions com en el del comportament (OMS, 2006a; OPS, 2000), tot apreciament la interacció dels components biològics, psicològics i socials, entre d'altres (Cabello, 2010; Fuertes i López, 1997; Katchadourian i Lunde, 1979; OMS, 2006a). Per tant, tot i que es reconeixen certs estereotips que interfereixen en la pràctica, la perspectiva holística de la sexualitat preval a l'hora d'enfocar l'atenció de salut. Aquest fet es fa palès, ja que les llevadores manifesten la importància de *normalitzar* en contraposició a *patologitzar* els comportaments i actituds sexuals de les persones, i a més a més aquest criteri implica tenir cura de les persones d'una manera més oberta, comprensiva, empàtica i inclusiva.

Pel que fa als drets sexuals i reproductius, s'ha observat que les professionals actuen tenint més en compte aquests darrers. Els resultats mostren que aquest fet és degut, d'una banda, a que s'evidencia un major grau de coneixement dels drets reproductius que dels sexuals i, d'altra, perquè els relacionen majoritàriament amb la seva activitat habitual d'atendre la salut reproductiva, més que la sexual. Així mateix, malgrat la visió holística de la sexualitat expressada anteriorment, les informants perceben un contrast d'actituds i actuacions envers els drets sexuals, i aquestes diferències impliquen actuar amb menor o major respecte cap a ells. Aquests resultats contrasten en part amb la literatura revisada, ja que com s'ha explicat els organismes referents amb el tema situen el respecte cap als drets sexuals de la mateixa manera que els reproductius, com una prioritat en l'actuació professional (European Midwives Association, 2005; European Parliamentary Forum on Population and Development, 2013; Hurtado, Pérez, Holloway, i Knudson, 2012; International Planned Parenthood Federation, 2014; Ley Orgánica 2/2010; Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad, 2011; OMS, 2002; OMS, 2011; OMS, 2014; ONU, 2013a; ONU, 2013b; ONU, 2015a; ONU, 2016; OPS, 2000; World Association for Sexology, 1999). Per tant, des d'aquesta perspectiva es considera primordial que les professionals coneguin els drets sexuals i actuïn en base als mateixos.

En relació amb el context d'actuació de les llevadores, refereixen que les situacions de salut en què cal oferir una atenció específica en sexualitat és en tots els processos de salut sexual i reproductiva i, per tant, en els diferents programes que desenvolupen a l'ASSIR. Aquesta circumstància coincideix amb les recomanacions de diferents organismes (Parlament Europeu, 2002; Reial Decret 1030/2006) i, també, amb el conjunt de serveis i activitats assistencials que actualment es desenvolupen a Catalunya a les unitats dels equips d'atenció a la salut sexual i reproductiva (Departament de Salut, 2007a; Servei Català de la Salut, 2016). Tanmateix, en el marc d'aquestes activitats les informants detecten que no sempre es duu a terme l'abordatge de la sexualitat des d'una perspectiva holística, i en tot cas es limiten a aspectes més relacionats amb la prevenció de l'embaràs no desitjat, o també la d'infeccions de transmissió sexual entre altres, obviant així algunes de dimensions de la sexualitat (Kaschak i Tiefer, 2001; Zielinski, 2013).

D'altra banda, els resultats mostren l'interès creixent de les llevadores per atendre la salut sexual i afectiva de les persones en base a les demandes socials i a les noves necessitats de salut. Així doncs, s'observa una major sensibilitat i determinació a l'hora d'atendre qüestions com és el cas de la diversitat cultural, amb el que representa la barrera idiomàtica i les peculiaritats socioculturals (Fabre, 2010; Kaschak i Tiefer, 2001) o els problemes que genera la mutilació genital femenina (Leye, 2016).

Una troballa de la recerca que no s'ha pogut contrastar amb d'altres estudis, és la interacció que s'estableix entre la llevadora i l'acompanyant de la dona que com ja s'ha vist, esdevé un element que tant pot interferir com afavorir la relació professional, ja que es tracten aspectes íntims de la usuària; en tot cas sempre caldrà prendre en consideració la decisió de la dona en si desitja estar o no acompanyada. També destaca el rol de la parella i com aquest incideix en la pràctica de la llevadora en el moment de planificar les cures de la dona, o inclús la necessitat d'atendre pròpiament a la parella en aspectes de vincles afectius o problemàtiques en les relacions sexuals (Cabello, 2010; Kaschak i Tiefer, 2001). Així mateix, els resultats han evidenciat d'altres circumstàncies amb relació a la parella que generen canvis en l'actuació de la llevadora, com són les

relacionades amb les activitats d'educació sanitària que es realitzen en grup, i en concret quan la parella és del mateix sexe, o el fet de prendre la decisió de planificar l'activitat grupal amb homes i dones per separat. Aquesta situació ja es dona en grups de joves o també amb grups de preparació a la paternitat (Martínez i Fernández, 2016).

Com s'ha manifestat, el centre d'atenció de les llevadores (sense minimitzar les situacions esmentades anteriorment) és quan la persona es troba en situació de risc sigui quina sigui la seva edat, ètnia, gènere, orientació sexual, etc. De manera que prioritzen atendre la salut sexual i afectiva en situacions que representen una condició de vulnerabilitat i risc importants per a la salut física, psíquica o social, entre les quals es destaquen: les pràctiques sexuals, les/els joves (Hurtado, et al., 2011), les dones treballadores del sexe comercial, la interrupció voluntària de l'embaràs (Ley Orgànica 2/2010), la diversitat sexual (Llei 11/2014), les dones amb discapacitat i, com a situació que sobresurt per la seva gravetat, es fa èmfasi en la violència de gènere (Llei Orgànica 1/2004; Llei 5/2008). Aquests resultats són consistents amb la literatura tal i com s'ha anat constatant i s'amplia en aquest apartat, per la gran quantitat d'autors i organismes que avalen la necessitat d'atendre la salut en aquests aspectes. No obstant, com ja s'apuntava anteriorment, les llevadores perceben que no sempre s'ofereix una atenció a la sexualitat de manera integral a les persones que es troben en situació de vulnerabilitat (Federación de Planificación Familiar Estatal, i Iniciativa por los Derechos Sexuales, 2015; García, Aguilera, Reyero i Martín, 2016; ONU, 2014; Parlament de Catalunya, 2015).

Amb relació als resultats obtinguts de les dimensions competencials que desenvolupen les llevadores cal destacar la seva rellevància, ja que a partir d'aquests se'n deriva principalment l'anàlisi de les necessitats de formació. Precisament, és aquesta detecció prèvia abans de planificar qualsevol tipus de formació que pretengui ser útil i exitosa, la que recomanen diversos autors i organismes experts en el tema (Alonso i Martínez 2010; Casado, 1999; Giné i Parcerisa, 2003; Pineda, 2002; Rossett, 1987; Stufflebeam, 1985; Unió Europea, 2011). En la mateixa línia, trobem aquestes indicacions amb referència a l'estudi de les necessitats formatives amb professionals de la salut (Llei 16/2003;

Ministerio de Sanidad y Consumo, 2003; Unió Europea, 2015a; UE, 2015b) per tal d'establir les línies, les accions i els recursos dels processos formatius que procurin el manteniment de la competència per a una atenció de salut segura, de qualitat i que doni resposta a la comunitat atesa (Bryant, 2006).

Cal fer esment que els resultats de la recerca mostren que a les llevadores els preocupa el desenvolupament de les seves competències. Aquesta situació coincideix amb el que postulen organismes i autors experts en la formació de professionals de la salut, i ja sigui la inicial o ja sigui la continuada, afirmen que el desenvolupament de competències abasta la combinació de coneixement, conductes professionals i habilitats i destreses específiques, que es demostra tant en el context de la formació com en el de la pràctica professional (Frenk, et al., 2010; Llei 44/2003; OMS, 2013b; UE, 2015a). De la mateixa manera, es considera des de la perspectiva de la llevadoria (ICM, 2011a; ICM, 2013; Phillippi i Avery, 2014). Tanmateix, les llevadores que han participat en l'estudi han prioritzat el desenvolupament de les dimensions competencials relacionades amb les habilitats i destreses i també amb les actituds professionals, més que amb els aspectes d'adquisició de coneixements que sí s'han identificat i als quals ha donat prioritat en altres estudis (Ariff, et al., 2010; Hennessy, et al., 2006b; Houwink, et al., 2011).

Així mateix, s'ha observat que les professionals perceben com a propi l'àmbit competencial per atendre les situacions relacionades amb la sexualitat i la salut sexual i reproductiva, i aquesta circumstància, i les aptituds per realitzar-ho, són reconegudes tant a nivell internacional com nacional en el context de la llevadoria (Departament de Salut, 2007a, 2007b; European Midwives Association, 2005; ICM, 2013; Llei 44/2003; Ordre SAS/1349/2009; Phillippi i Avery, 2014; Phillippi i Barger, 2015; UE, 2013). De la mateixa manera, es considera la conveniència d'impulsar el desenvolupament professional continu (ICM, 2014a; 2014b; Kent, 2010; OMS, 2013c).

Com s'ha explicat anteriorment, en la recerca s'han aconseguit les dades a partir de la percepció i expressió de les llevadores, i en l'apartat de resultats s'han mostrat les diferents dimensions de les competències que han prioritzat tant des del vesant que han

considerat que aconsegueixen exitosament, com des del que senten que requereixen millorar. No obstant, en aquesta discussió s'ha pres en consideració els elements competencials que les llevadores han percebut com a necessaris a desenvolupar i que són susceptibles de millorar mitjançant formació.

Primerament, les troballes mostren que desenvolupar habilitats de comunicació és imprescindible per detectar la demanda de la persona atesa i així poder adequar l'atenció a les seves necessitats de salut (ICM, 2013). Les llevadores han manifestat que requereixen adquirir més habilitats comunicatives i interpersonalment a l'hora de realitzar l'entrevista de la història clínica i en general, per tractar temes sensibles com ho és la salut sexual i afectiva de les persones. Aquestes aportacions són consistents amb l'estudi de Hicks i Thomas (2005) en el que també es prioritzen aquestes necessitats formatives entre els professionals que atenen la salut sexual. D'altra banda, observem la importància de formar en aquestes habilitats. També apunta en aquest sentit la investigació de Cónsul i Medina (2014) realitzada amb infermeres en exercici i que havien desenvolupat durant la formació bàsica habilitats comunicatives i interpersonalment, de tal manera que, al preguntar-les amb posterioritat sobre aquesta competència és una de les que millor valoraven.

En la present recerca, s'ha obtingut una informació detallada sobre les habilitats i destreses que s'han prioritzat: realitzar preguntes concretes sobre la salut sexual, utilitzar un llenguatge que sigui no intrusiu tot tenint present la diversitat sexual, emprar l'escolta activa el que implica estar atent al llenguatge corporal i a la comunicació visual (expressió facial, respectar els silencis...) entre d'altres.

Les llevadores perceben que no sempre els hi és fàcil desenvolupar habilitats comunicatives degut a que els propis valors i creences impedeixen abordar les qüestions que envolten la sexualitat. D'altra banda, les habilitats comunicatives per abordar la salut sexual depenen d'alguns trets personals i de com arribar als altres, de manera que l'empatia i l'assertivitat són habilitats de comunicació que cal desenvolupar per detectar la demanda implícita de la persona atesa, és a dir, esbrinar el motiu de consulta i també

procurar fidelitzar a l'usuari/a. És important que la persona percebi que se li presta atenció i que interessa el què li està succeint. Per això, es requereix formació específica en habilitats de comunicació.

En el mateix sentit, les llevadores observen la necessitat de ser destres a l'hora de detectar la demanda de la persona atesa; tot i que en ocasions és aquesta qui realitza la demanda explícitament, en d'altres són les professionals qui han de detectar la demanda implícita, per tant, el desenvolupament d'habilitats comunicatives i interpersonals que ho facilitin és primordial (Hicks i Thomas, 2005; ICM, 2013). També és important que la llevadora desenvolupi la competència per detectar situacions de risc per tal d'identificar possibles problemes i prendre les decisions oportunes en les seves actuacions. D'altra banda, preval l'opinió que la manera de detectar la demanda és preguntar directament a la dona si la seva situació li preocupa, i en funció de la resposta actuar d'una manera o d'altra.

Les actituds i conductes professionals ha centrat el focus d'interès de les participants en la recerca i les han considerat un element clau en el desenvolupament de la competència, fet que coincideix amb la perspectiva holística de comprendre les creences, els valors i les conviccions (ICM, 2013), i mostrar-les de manera proactiva per tal de proporcionar una atenció de salut sexual i reproductiva de qualitat (OMS, 2011). Destaquem com en els diferents apartats dels resultats han anat sorgint aspectes relacionats amb les actituds, i com de vinculades estan amb la formació (ICM, 2011a; ICM, 2013; ICM, 2014a; Llei 44/2003; Ordre SAS/1349/2009; Phillippi i Avery, 2014).

Tant les llevadores assistencials com les gestores coincideixen en que cal mostrar una actitud de disposició i interès en qualsevol circumstància que pugui presentar la dona, ja que això és important per ella, com també valoren el fet de prestar un servei a les persones (ICM, 2013; ICM, 2014a). D'altra banda, es pot manifestar l'actitud de no acceptar quan la professional detecta que els drets de la persona atesa poden ser vulnerats, com en el cas de dones que venen acompanyades i es detecti que aquesta situació pugui interferir en l'abordatge d'aspectes íntims de la seva salut sexual.

Amb relació a la situació esmentada, s'observa que mantenir la confidencialitat augmenta la confiança de l'usuari/a cap a la professional, ja que assegura que la intimitat serà preservada. A les llevadores els hi preocupa mostrar que mantenen aquesta manera de procedir especialment en el medi rural i, sigui en aquest medi o en d'altres, manifesten que aquest fet influeix en la seva pràctica, ja que està present la condició de l'anonimat i, per tant, preservar la informació que es té de la persona. Tanmateix, les professionals han d'haver adquirit aquesta competència de caràcter ètic en la seva formació inicial (ICM, 2013; ICM, 2014a; Ordre SAS/1349/2009).

Desenvolupar l'habilitat que permeti oferir suport emocional és necessària per tal d'acompanyar a les persones quan es troben emocionalment afectades. Destacar que les llevadores consideren que cal millorar l'atenció que ofereixen en aquestes situacions, per tal d'acompanyar a la dona, la seva parella o família en el procés, i convenen en emprar estratègies que ho facin evident. Aquests resultats coincideixen amb la literatura, atès que cal mostrar sensibilitat i acompanyar a la dona en les diverses situacions, el que implica que els professionals de la salut sexual necessiten estar preparats per oferir assistència i suport (Hicks i Thomas, 2005; ICM, 2013; ICM, 2014a; Llei 44/2003; Ordre SAS/1349/2009; Servei Català Salut, 2016; Zielinski, 2013). Aquestes situacions no sempre són fàcils de gestionar i les informants manifesten que la formació pot afavorir un treball personal en relació a aquestes actituds.

Amb consonància amb la literatura, s'observa que les llevadores desenvolupen la competència d'actualitzar els coneixements (Frenk, et al., 2010; ICM, 2014a; UE, 2013). De manera que es preocupen per cercar informació i així ampliar el ventall de possibles solucions per millorar l'atenció. En ocasions, troben dificultat per aconseguir-ho i els hi representa un esforç, però l'obtenen de les fonts més diverses o bé d'algunes en concret que els hi són d'utilitat per resoldre les situacions de la pràctica.

D'altra banda, els resultats mostren que les professionals aprenen a partir de l'experiència (Faure, 1973) i, alhora, posseeixen coneixença experiencial (Perrenoud,

1999). No obstant, sovint detecten que els hi cal més formació en determinades situacions, com en l'atenció a la diversitat sexual (Llei 11/2014; ONU, 2014) i a l'atendre a dones d'altres cultures (Leye, 2016; ONU, 2014), entre d'altres. Aquest fet, també s'observa en les llevadores novelles, ja que recent finalitzada l'especialitat tenen dificultats per aplicar els coneixements teòrics a la pràctica (Walker i Davis, 2014). En definitiva, es tracta de desenvolupar la competència d'aprendre a aprendre al llarg de la carrera professional (UE, 2006; UE, 2013) i també al llarg de la vida (Faure, 1973; Saban, 2010) per tal de encarar la pràctica professional (Medel-Añonuevo, et al., 2012).

Una altra dimensió competencial que desenvolupen les llevadores és la de planificar i gestionar la seva activitat professional (OMS, 2011; OMS, 2013a; Ordre SAS/1349/2009). S'observa que entre les habilitats d'organització, la gestió del temps és el que més preocupa a les llevadores atès que tractar temes entorn la sexualitat no és una tasca senzilla, i sovint requereixen dedicar més temps del que tenen programat. Per solucionar-ho empren estratègies perquè la dona no es quedi desatesa. També es destaca que mostrar disponibilitat pot variar en funció de si l'atenció es realitza en l'àmbit rural o urbà i que, en el primer, el factor de proximitat i coneixença facilita el poder posposar la visita, mentre que en l'àmbit urbà la pot dificultar. En la literatura s'ha trobat l'estudi de Lafuente, et al. (2011) centrat en aspectes de gestió de serveis de salut, i en el què les llevadores manifesten que les necessitats identificades es poden optimitzar mitjançant formació.

En darrer lloc, els resultats mostren que les llevadores reflexionen de manera crítica en i sobre la pràctica professional per tal d'orientar la presa de decisions (Connelly i Clandinin, 1988; ICM, 2013; ICM, 2014a; Llei 16/2003; Ordre SAS/1349/2009; Shön, 1992, 1998). Es tracta d'un element fortament relacionat amb la concepció que la professional té sobre la sexualitat, les situacions que se li presenten i com les resol en l'atenció a la salut sexual; en aquest sentit, cal un treball o esforç personal per poder distingir l'experiència particular de les situacions que s'atenen en la pràctica. La capacitat crítica és necessària, atès que les intervencions que es realitzen influeixen en la salut de la persona atesa, i s'observa que tant les llevadores assistencials com les

gestores convenen que la formació realitzada, les vivències personals, i promoure la reflexió sobre els propis valors i actituds, contribueixen a desenvolupar la competència professional.

En referència als valors professionals que les participants han significat com a propis en l'exercici de la llevadoria, els resultats mostren que els diferents valors que han expressat estan molt vinculats al concepte que tenen de sexualitat i, al mateix temps, s'observa la voluntat per actuar des d'una perspectiva ètica de la professió (ICM, 2013; ICM, 2014a; UE, 2013). Així doncs, entre les llevadores preval el valor d'ajudar a la persona i, especialment, quan aquesta es troba en situació de vulnerabilitat, el que coincideix amb l'estudi de Gibbs i Colclough (2010) que informaven que la formació és necessària per atendre la salut sexual i aspectes de contracepció de persones amb discapacitat cognitiva. En el present estudi s'ha apreciat l'interès en respectar els valors de la dona i les decisions que pugui prendre un cop informada, i ajudar-la a responsabilitzar-se de la seva salut. Així mateix, les llevadores aprecien quan aconsegueixen empoderar a la dona i perceben que la seva actuació fa possible que la dona sigui més autònoma.

Pel que fa al valor que s'atribueix a l'experiència i expertesa professional, les llevadores coincideixen en que l'edat no és determinant en la qualitat de l'atenció de salut que s'ofereix. En canvi, manifesten discrepàncies en que els anys d'exercici de la professió contribueixin a millorar la pràctica. D'altra banda, en quan a valorar la formació per tal de contribuir a desenvolupar les competències de manera exitosa, s'ha descrit en la literatura que aquesta és un factor clau (Frenk et al.; ICM, 2014b; Kent, 2010; Llei 44/2003; OMS, 2013b; UE, 2015a). Tanmateix, en l'estudi que es presenta destaca la troballa que els trets personals influeixen més en la qualitat de l'atenció prestada que el tipus de formació rebuda. Per tant, les llevadores coincideixen en valorar el tipus de persona o les característiques que desenvolupa en l'atenció a la salut com un element rellevant que determina l'expertesa professional.

Els resultats mostren com el reconeixement professional és percebut per les llevadores com un valor positiu. Aquest reconeixement a la feina que desenvolupen l'obtenen en diverses circumstàncies: quan el reben de part de la persona atesa, quan prové de les mateixes companyes, i també quan l'autoperceben i se l'expressen a elles mateixes. Aquesta troballa és força important, ja que implica la satisfacció d'una de les necessitats que Maslow (1982, 1991) situa en el quart nivell jeràrquic, o necessitats d'estima.

També destaca la consideració que les llevadores atribueixen a la satisfacció professional en la pràctica de l'atenció a la salut sexual. Expressen que l'obtenen quan estableixen una bona relació amb l'usuari/a i aconseguen que arribi el missatge. També en cas de diversitat sexual o de vulnerabilitat, i més encara, quan les diverses situacions presenten certa dificultat en abordar-les, s'esforcen per aconseguir-ho i finalment aconseguen resoldre-les. Aquestes circumstàncies coincideixen amb cobrir la necessitat de satisfacció que trobem en el cinquè i màxim nivell de Maslow (1982, 1991) o necessitats d'autorealització.

D'altra banda, les llevadores manifesten que cal reflexionar sobre el seu sistema de valors i les actituds professionals per tal d'oferir la millor qualitat en l'atenció a la salut. Aquest fet coincideix amb el que Rogers i Freiberg (1996) proposen quan afirmen que els valors canvien a mesura que la persona evoluciona, en base a la realitat i a les seves experiències, i l'individu va modificant la seva actitud amb el propòsit d'assolir la seva autorealització. En la mateixa línia, les llevadores han expressat que en espais de formació es comparteixen els valors de la professió, i trobem en aquest sentit la Llei 44/2003 quan indica que entre els objectius de la formació continuada destaca millorar la qualificació i incrementar la motivació professional, així com millorar l'autopercepció del seu rol social. Per últim, s'ha de remarcar que les llevadores valoren satisfactòriament l'exercici de la seva professió, i aquest fet fomenta el compartir els mateixos interessos i les cohesiona com a col·lectiu.

Finalment, amb relació a la competència de treball en equip (ICM, 2013; l'OMS, 2013a) s'han identificat una sèrie de factors que influencien a l'hora de treballar amb altres

professionals. D'una banda, es fa una valoració positiva del treball en col·laboració, tant si és amb membres de l'equip com amb d'altres professionals, ja que permet resoldre situacions o bé poder-les compartir. Els resultats de l'estudi de Gibbs i Colclough (2010) realitzat amb llevadores i infermeres també apunten en aquest sentit i amb els beneficis de la col·laboració professional. En la mateixa línia, Cónsul i Medina (2014) posen en relleu els avantatges de formar en la competència de treball en equip, sent la que les professionals infermeres valoren millor haver après. Una altra avantatge és la possibilitat de derivar a l'usuari/a un altre professional més especialitzat (ICM, 2014a); en aquest sentit, les llevadores assistencials valoren positivament el fet de poder compartir el cas amb una altra companya, mentre que les llevadores gestores suggereixen que primerament cal analitzar la situació en detall, informar a la dona i, finalment si és necessari derivar.

D'altra banda, les llevadores que han participat en la recerca manifesten que es donen circumstàncies en que el treball en equip presenta dificultats, com és el cas de que un altre professional no hagi acomplert algun procediment, o quan hi ha discordança amb coneixements i habilitats a l'hora de realitzar una activitat, coincidint amb l'estudi d'Ariff, et al. (2010). Un altre aspecte que dificulta el treball col·laboratiu és quan els professionals que atenen a la dona estan ubicats en llocs diferents (per ex. primària i hospital), fet que dificulta el seu seguiment i més encara quan els instruments que utilitzen (per ex. història clínica) també ho són. En definitiva, es reconeix que cal exercir comptant amb l'equip (ICM, 2013; Lafuente, et al., 2011; OMS, 2013a; UE, 2013) i es destaquen els avantatges de col·laborar amb un altre professional i disposar-ne com a suport, tot i que en ocasions això no sigui possible. Per tant, es coincideix amb Lafuente, et al. (2011) en que cal millorar la col·laboració interprofessional.

En el present estudi s'ha observat que realitzar formació conjunta amb diferents professionals presenta l'avantatge de que aquests puguin compartir les inquietuds i les diferents qüestions que es presenten en l'assistència, coincidint amb els resultats d'altres estudis (Gibbs i Colclough, 2010; Houwink, et al., 2011; Lafuente, et al., 2011). Així mateix, les llevadores assistencials, i especialment les formadores, sostenen que

realitzar les activitats formatives amb els diferents professionals de l'equip contribueix a compartir les situacions més generals de la pràctica; no obstant, en determinats temes és recomanable realitzar la formació només amb llevadores.

6.1.2. Els recursos i les estratègies de suport de les llevadores

Els resultats de la recerca mostren que les llevadores utilitzen una varietat de recursos que s'han classificat en estratègies de la llevadora, la dona com a recurs i recursos del sistema sanitari. Pel que fa a les estratègies sorgides de la mateixa llevadora, ens referim a aquelles que la professional posseeix i que utilitza davant de qualsevol situació sigui o no imprevista. S'observa que estan relacionades amb el desenvolupament de diferents competències, com per exemple les d'habilitats de comunicació i d'organització, i en mostrar actituds de respecte i responsabilitat professional, entre d'altres.

En concret, les dades han revelat que utilitzen un llenguatge no intrusiu, proporcionen informació sobre els processos fisiològics, assessoren de manera pràctica (útil i precisa), procuren canvis proactius en les persones ateses, expliciten la seva disposició a atendre cercant els mitjans (presencials o no) i el temps per fer-ho, preval sempre el respecte cap a la intimitat de la dona i la diversitat sexual i cultural, adapten les intervencions educatives en grup segons les característiques d'aquest, etc. Així doncs, s'ha constatat com les professionals són creatives i estan capacitades per emprar estratègies pròpies per procurar l'empoderament de les dones, i actuar considerant aspectes culturals i de gènere (ICM, 2013) i, així mateix, desenvolupar competències (OMS, 2013b) per millorar l'atenció de salut sexual i reproductiva (Phillippi i Avery, 2014).

Com s'ha exposat, hi ha una varietat de situacions en les quals les llevadores utilitzen les seves estratègies per abordar-les. Cal destacar aquelles circumstàncies de la pràctica que són problemàtiques, o que tot i no ser-ho a criteri professional, la dona manifesta malestar. Aquestes situacions poden ser previstes o no, però sigui com sigui, les professionals han de prendre decisions contínuament. Aquesta afirmació és consistent amb la literatura atès que diversos autors i organismes afirmen que, cal mostrar la capacitat real de resoldre problemes en una diversitat de situacions (Bunk, 1994; Llei

16/2003; Medel-Añonuevo, et al., 2012), i utilitzar els recursos i sabers de forma eficient per tal afrontar-les eficientment (Giné i Parcerisa, 2013; ICM, 2013; OMS, 2011, 2013b).

Les llevadores refereixen que es basen en la seva experiència en el procés de presa de decisions (Rogers i Freiberg, 1996) com ja s'ha vist en la competència d'aprendre de la pràctica. Així mateix, mostren interès per actuar en base a l'evidència, com també s'ha vist en la destresa de cercar informació. No obstant, voldrien disposar de més estratègies per resoldre el que la pràctica els hi planteja i, en general, expressen un interès en cercar informació i aplicar-la a la pràctica, tal i com apunta Faure (1973) al dir que les persones es formen contínuament influïdes pel context, la seva existència i per efecte de les experiències que influeixen en el seu comportament, la seva concepció de la vida i els seus coneixements.

És destacable la troballa en la recerca del que s'ha categoritzat com la dona com a recurs. Es refereix a situacions en que aquesta, ja inicialment, manifesta obertament la seva vivència sexual o la seva problemàtica, i es mostra proactiva o proposa solucions. No sol ser el més habitual, però quan succeeix les llevadores ho valoren positivament, atès que facilita realitzar les intervencions.

En general, les informants han revelat que aquesta característica d'algunes dones no guarda relació amb la cultura, l'edat o condició sexual, entre altres, sinó que depèn més dels trets personals, o també es dona en activitats educatives de grup al realitzar-les amb dones soles (com per exemple s'ha identificat amb les d'origen subsaharià).

Un altre recurs que s'ha descrit, que prové de la dona, és quan ella mateixa escull la llevadora que vol que l'atengui. Encara que no sempre sigui possible, quan la professional coneix aquesta preferència, pot ser un factor facilitador.

Els resultats en relació a considerar la dona com a recurs no s'han pogut contrastar amb la literatura però, en tot cas, es poden relacionar amb les habilitats comunicatives a l'hora de detectar aquesta participació de la dona. També, en habilitats organitzacionals

en quan aquesta circumstància pot optimitzar el temps de dedicació de la llevadora a l'atenció de salut, que sí s'ha trobat referenciat en l'estudi de Lafuente, et al. (2011).

Finalment, s'ha observat que les llevadores utilitzen una sèrie de recursos que ofereix el sistema sanitari. En primer lloc, es troba la història clínica informatitzada que inclou aspectes de sexualitat, i cal destacar que les llevadores han expressat que no contempla alguns relacionats, com l'embaràs i el postpart; considerar també que aquest apartat no sempre l'emplenen tots els professionals. Les participants consideren que cal formació en habilitats de comunicació específiques en l'apartat de sexualitat, per a la presa de dades durant l'entrevista de la història clínica, el que coincideix amb l'estudi de Hicks i Thomas (2005) realitzat amb professionals que atenen la salut sexual.

D'altra banda, les llevadores aprecien el suport que aporta el sistema sanitari en quan a oferir que altres professionals col·laborin en accions específiques. Tal és el cas de comptar amb una psicòloga a l'ASSIR, encara que no sempre es compta amb aquesta ajuda. També són ben valorats els recursos adreçats a atendre les persones que practiquen el sexe comercial. Un altre recurs és el servei del CatSalut Respon que ofereix un mediador-traductor per atendre a població immigrant i especialment emprat per les llevadores en l'àmbit rural o semi-rural, o també en aquests casos poden comptar amb la treballadora social; altres professionals que ofereix el sistema són els Mossos d'Esquadra per casos de violència de gènere, o nenes amb risc de patir una mutilació genital. Precisament, en la literatura s'ha trobat la recerca de Leye (2016) que afirma l'escassetat d'estudis d'intervenció que aportin reflexions sobre estratègies de suport a les llevadores per prevenir la MGF. En definitiva, es remarca la importància de la col·laboració entre professionals implicats (Lafuente, et al., 2011) a més de l'assessorament i treball en xarxa (Gibbs i Colclough, 2010).

Com ja s'ha vist, altres recursos del sistema que les professionals valoren positivament són els programes comunitaris com el d'acompanyar al procés de paternitat (Martínez i Fernández, 2016), o també diversos suports en línia com el web Sexe Joves, o materials

que s'utilitzen per abordar aspectes actitudinals i d'educació sanitària en relació a l'orientació sexual, i en general amb els drets sexuals i reproductius.

En relació amb la disponibilitat dels recursos documentals, com s'ha mencionat anteriorment, les llevadores cerquen la informació disponible bé sigui a la xarxa interna de l'organització o bé a l'externa. Tanmateix, es detecten necessitats de formació en aquesta habilitat coincidint amb l'estudi de Callaghan, et al. (2008) realitzat amb pre i postgraduats, en què van trobar les dificultats que tenen els estudiants, i van concloure que és essencial comunicar-se amb ells per entendre les seves necessitats en quan a la utilització de recursos documentals, com també planificar i realitzar formació per capacitar-los en les habilitats de cerca. És important haver identificat aquesta necessitat formativa, ja que la capacitació en cerca documental està força relacionada amb el desenvolupament d'altres competències que es consideren essencials (ICM, 2013; Ordre SAS/1349/2009), com per exemple: aplicar els principis del raonament clínic i presa de decisions, realitzar investigació en l'àmbit de la llevadoria, desenvolupar una pràctica clínica basada en l'evidència científica disponible, i en general, mantenir actualitzades les competències professionals.

En definitiva, les llevadores manifesten que disposen de recursos oferts pel sistema i també fora d'aquest. Tanmateix, expressen que no disposen del temps suficient per utilitzar-los o per aprendre a fer-ho, i també, que no sempre estan al seu abast. Per això, voldrien que es reforçés l'oferta a tot el territori i, d'igual manera, que s'estudiessin les necessitats específiques dels diferents aspectes que configuren la pràctica professional. Aquestes afirmacions concorren amb la Unió Europea (2015a) quan ressalta que el desenvolupament professional continu és la manera d'assegurar l'actualització de les competències dels professionals i una atenció de salut de qualitat. Així mateix, en destaca la necessitat que els estats membres realitzin esforços per permetre que els professionals puguin dur-ho a terme, especialment considerant les principals dificultats identificades, com són la manca de temps i els recursos.

6.1.3. El context i la gènesi de necessitats de formació de les llevadores

Els resultats de la recerca mostren que a més de les necessitats de formació detectades a partir de la pràctica professional i dels recursos disponibles, s'observen altres circumstàncies que configuren aquestes necessitats formatives.

En primer lloc, destaca com les llevadores han d'estar alerta amb els canvis socials que, d'una manera o altra, els hi generen reptes en la seva pràctica. Han manifestat que cal comprendre la diversitat sexual i les pràctiques sexuals, la diversitat cultural, els nous models de paternitat, les situacions de vulnerabilitat, entre d'altres, per poder esbrinar les necessitats de la població atesa, i així adaptar les seves actuacions. Així doncs, es veu com l'atenció de les professionals s'ha de centrar en les circumstàncies socials, el que concorda amb la literatura en quan els programes de salut sexual i reproductiva han d'adaptar-se en funció de les diverses necessitats i situacions de salut de la població (European Parliamentary Forum on Population and Development, 2013) i, a més, cal identificar els factors socioculturals i altres que poden influir negativament en la salut sexual (Zielinski, 2013).

Les professionals han convingut que requereixen de formació per tal d'actualitzar i ampliar la perspectiva enfront als reptes socials que se'ls hi plantegen, sigui quina sigui l'edat, sexe, condició social i cultural, etc. de la persona atesa (Fabre, 2010; García, et al., 2016; Hicks i Thomas, 2005; Hurtado, et al., 2011; Llei Orgànica 1/2004; Llei 11/2014; Parlament de Catalunya, 2015).

Amb relació a la formació inicial en aspectes de sexualitat al cursar l'especialitat, les llevadores expressen diferències en si la van realitzar amb el model pre-Llir o el model Llir. En el primer, els resultats mostren les mancances que hi havia en matèria de salut sexual, mentre que el segon sí que incloïa aquesta formació; tot i així, es coincideix en la necessitat de seguir formant-se per respondre als reptes socials. Alhora també s'observa una carència en l'oferta formativa.

Un altre factor que contribueix a comprendre la gènesi de les necessitats formatives és el de les experiències dutes a terme en matèria de formació. Les llevadores la varen iniciar en temes com l'atenció a la salut sexual en joves i menopausa, tot atenent als requeriments socials i al seu context d'actuació (Decret 283/1990) que posteriorment s'ha anat actualitzant (Departament de Salut, 2007a; Servei Català de la Salut, 2016) i també considerar la formació realitzada en sexualitat per l'Associació Catalana de Llevadores. Aquestes experiències responen al que Cordero *et al.* (2014) identifiquen com a formació de naturalesa *oferta* i, tanmateix, segons la de tipus *sol·licitada* per les pròpies professionals, caldria ampliar a nivell institucional les propostes relacionades amb la sexualitat i salut sexual, tot i les iniciatives que ja s'han desenvolupat com per exemple la formació en matèria de diversitat sexual.

L'àmbit territorial és un dels elements que inicialment ens preguntàvem fins a quin punt influeix en la detecció de les necessitats de formació de les llevadores. Els resultats mostren de manera rellevant que el territori on s'exerceix pot dificultar l'accés a la formació, així els medis urbans es veuen més afavorits, ja que hi ha més oferta formativa i les llevadores ho justifiquen per la diversitat de població i també perquè és més rendible per al col·lectiu. Així mateix, és important detectar les necessitats de formació segons el tipus de territori (Hennessy *et al.*, 2006b) i tenint en compte les característiques de la població atesa (Gibbs i Colclough, 2010; Leye, 2016).

D'altra banda, cal considerar que, des d'una perspectiva més normativa, les propostes de formació també depenen de l'interès de les responsables dels diversos sectors i dels recursos disponibles (Hicks i Thomas, 2005; Lafuente, *et al.*, 2011). En darrer terme, tot i que la motivació i l'interès per formar-se depèn més de cada professional que no del tipus de territori on s'exerceix, les llevadores d'àmbits rurals i semi-rurals expressen que aquesta circumstància les limita en l'accés a la formació.

La detecció de les necessitats de formació de les llevadores guia l'objecte de la present recerca. Així mateix, es veu oportú recollir a mode de síntesi el context que emmarca les demandes sentides i expressades per les llevadores. Per una banda, els canvis socials

representen un repte per a les professionals, que les empeny a cercar estratègies per aplicar en la seva pràctica. D'altra banda, perceben que cal seguir desenvolupant les competències professionals i aquest fet promou l'interès per formar-se, especialment, amb habilitats i actituds. En la mateixa línia, es destaquen les diferències en l'adquisició de competències segons el model anterior o actual de formació de l'especialitat, si bé en ambdós casos es coincideix amb l'interès de seguir formant-se. Així mateix, tot i les iniciatives formatives dels equips de coordinació, s'observa una manca de plans de formació per part de les institucions, i més encara una carència en la detecció de necessitats formatives prèvia a la seva planificació, malgrat les recomanacions de la legislació vigent i d'organismes internacionals. En darrer lloc, s'ha vist que l'àmbit territorial és un factor que influeix a l'hora de detectar les necessitats formatives.

6.1.4. Necessitats de formació i propostes de millora

Els resultats obtinguts mostren una sèrie de propostes a tenir en compte a l'hora de planificar la formació de les llevadores. La majoria d'elles fan referència al desenvolupament de competències, mentre que d'altres es refereixen a aspectes de planificació.

Les llevadores han remarcat la necessitat de formar-se per tal d'actualitzar i mantenir la seva competència professional. Les dimensions competencials que han prioritzat són la formació en actituds professionals i en habilitats especialment de comunicació i interpersonals.

Amb relació a les actituds, convenen que abordar la salut sexual de les persones en ocasions els hi presenta dificultats i, per això, proposen un tipus de formació que impliqui un treball personal que les ajudi a tenir més desimboltura, i també que promogui l'autoconeixement. Com s'ha vist, algunes informants consideren tan pertinent desenvolupar actituds orientades a tractar la sexualitat i salut sexual de les persones que, de no ser així, es qüestiona la seva capacitat per dur-ho a terme, i representa una manca important de responsabilitat professional. D'altres actituds que es poden aprendre i mereixen atenció són la de mantenir una visió de neutralitat o

prendre distància en la relació professional-usuari/a, i el mostrar respecte cap a la persona atesa.

Pel que fa a les habilitats de comunicació es proposa realitzar formació per millorar les carències que presenten algunes professionals, i en concret en la manera d'obtenir informació, detectar la demanda, i establir una relació professional amb la persona atesa.

Aquestes troballes contrasten amb altres investigacions en les quals els resultats mostren un major interès per estudiar les necessitats de formació en relació als coneixements i les habilitats tècniques (Ariff, et al., 2010; Frazer, et al., 2014; Hennessy, et al., 2006b; Houwink, et al., 2011; McKenna, et al., 2011) que en altres tipus d'habilitats com les de relació interprofessional (Gibbs i Colclough, 2010) i en menor mesura les habilitats de comunicació i les actituds professionals, tot i destacar que també inclouen la dimensió coneixement (Hicks i Thomas, 2005; Leye, 2016; Walker i Davis, 2014).

Respecte als recursos i estratègies que les llevadores utilitzen com a suport per resoldre situacions de la pràctica ja s'ha començat anteriorment, que poden ser tant de tipus material, com el poder comptar amb la col·laboració d'altres professionals. En tot cas, la cerca d'aquests recursos la perceben com una activitat d'autoformació.

Pel que fa als mitjans materials, els més usats són els de tipus virtual, que inclouen des de consultes a internet fins a materials en suport electrònic, i cal fer esment que es detecten mancances en habilitats pel maneig d'aquests suports. Aquesta troballa coincideix amb l'estudi de Callaghan, et al. (2008) que, a l'analitzar les necessitats de formació tant d'estudiants com de professionals, van trobar les dificultats que tenen en la utilització de recursos documentals, pel que recomanaven planificar i realitzar formació per capacitar-los en les habilitats de cerca. En darrer terme, les llevadores proposen que un model de tipus semi presencial pot ser idoni per assolir els objectius formatius.

D'altra banda, els resultats de la recerca que es presenta mostren que la formació amb mitjans totalment virtuals no aconsegueix transmetre la sensibilitat que requereix el tractament d'aspectes tan íntims i personals com són la sexualitat i l'afectivitat. Per tant, es considera que modalitats de formació amb simulació, com en cas d'emprar maniquins, no són les més adequades. En aquest sentit, es coincideix amb McKenna, et al. (2011) que conclouen que la simulació amb aquestes característiques és útil per la formació d'habilitats tècniques, però que hi ha aspectes de la pràctica que no poden ser simulats, com els emocionals d'intimitat, proximitat, acompanyament, sensorials, i culturals a l'interaccionar amb les dones.

En relació amb poder disposar de professionals experts a qui consultar o coincidint amb Gibbs i Colclough (2010) fer xarxa i compartir informació, es remarca que no sempre s'hi pot comptar, o no sempre són d'utilitat en un moment donat o en situacions problemàtiques o, com ja s'ha vist, la manca de temps també és un factor que dificulta.

És per això que les llevadores cerquen nous recursos que els hi puguin ser d'utilitat, el que porta a considerar la necessitat de planificar propostes formatives que incloguin estratègies i recursos al seu abast per poder utilitzar-los en l'atenció de salut. En aquest sentit, s'està d'acord amb Leye (2016) quan afirma que calen més estudis que aportin reflexions sobre estratègies de suport a les llevadores per prevenir els problemes de salut.

Un altre aspecte, rellevant en la planificació de la formació en sexualitat, és decidir si aquesta es realitza integrant-la en les diverses activitats formatives de l'àmbit de la salut sexual i reproductiva, o bé la sexualitat és l'eix central i a partir d'aquest es van organitzant mòduls sobre les diverses activitats i programes de l'ASSIR. És a dir, que el ventall de situacions en què es troben les llevadores en la pràctica puguin ser tractades des de la perspectiva de la sexualitat.

Com ja s'ha vist, els resultats mostren que, d'un banda, determinats programes de formació en salut sexual i reproductiva han d'integrar aspectes de sexualitat; tanmateix,

es prioritzen els models formatius basats específicament en la sexualitat, ja que aquests afavoreixen la comprensió de la dimensió sexual i afectiva de la pràctica professional. En la revisió de literatura no s'han trobat estudis que plantegin de manera específica aquesta qüestió; no obstant això, Gibbs i Colclough (2010) analitzen les necessitats de formació per atendre la salut sexual de les persones amb discapacitats d'aprenentatge i des d'aquesta òptica, inclouen la sexualitat i altres aspectes. Mentre que Hicks i Thomas (2005) fan una anàlisi de les necessitats formatives de professionals que atenen la salut sexual, des d'una perspectiva àmplia sobre les competències que es requereixen desenvolupar.

Un dels resultats rellevants de la recerca és l'estratègia formativa de que les professionals realitzin una estada en una unitat d'atenció a la salut sexual i reproductiva diferent a la seva, tant per detectar les pròpies fortalezes com les carències. Tot i que aquesta pràctica és inusual, es valora positivament aquesta opció, ja que poder estar durant un període de temps amb una professional experta amplia la perspectiva i afavoreix el desenvolupament professional. La recerca de Walker i Davis (2014), encara que realitzada amb estudiants de llevadora, mostra que l'aprenentatge tutoritzat per un expert és fonamental per adquirir seguretat en l'atenció a la salut sexual, i en la mateixa línia insisteixen Frazer, et al. (2014) en l'estudi realitzat amb estudiants de llevadora i infermeria. D'altra banda, compartir experiències amb d'altres professionals és una manera d'enfortir les pròpies capacitats (Gibbs i Colclough, 2010).

A propòsit del perfil de les professionals que realitzen la formació, els resultats mostren que l'opció més valorada és que hi participin llevadores i també professionals d'altres àrees. Quant a la selecció dels docents, es prioritza als professionals experts en la temàtica, i també aquells que destaquen per desenvolupar les competències de manera més exitosa en la pràctica, i per tant, puguin transmetre-ho a d'altres professionals.

Un element que pren força en la detecció de necessitats formatives és el perfil professional desitjable per a l'atenció a la salut sexual i afectiva. Com s'ha observat, es prioritza que la professional mostri uns valors i actituds de sensibilitat i respecte cap al

tema i de disposició i responsabilitat per atendre a tot tipus de persones. Per això, cal reflexionar sobre el propi concepte de sexualitat i el valor que s'atorga a l'atenció de salut sexual i, també, analitzar les pròpies capacitats, i identificar les limitacions i les facilitats per dur a terme l'atenció de salut.

D'altra banda, s'ha vist que l'interès per abordar qüestions de sexualitat varia segons la professional, el que pot influenciar en la qualitat de l'assistència. Per això, es proposa que professionals que hagin realitzat formació en sexualitat i, per tant tinguin un perfil més especialitzat s'ocupin d'aquestes consultes. Tanmateix, es considera que totes les llevadores han de ser competents per atendre els aspectes generals relacionats amb la sexualitat de les persones, de manera que la formació ha de contemplar aquest caràcter global per tal que les professionals puguin abordar les diverses situacions de la pràctica (Hicks i Thomas, 2005; Walker i Davis, 2014).

Amb referència a les línies de formació, els resultats mostren que cal continuar amb l'actualització de coneixements i d'habilitats clíniques, sent les que més destaquen les habilitats de comunicació. No obstant això, en el que fan més èmfasi les llevadores és en desenvolupar les dimensions competencials relacionades amb els valors i les actituds professionals. Aquesta és una troballa de la recerca força rellevant, ja que no solament es mostra l'interès per formar-se en coneixements i habilitats, sinó que es posa l'accent en els aspectes actitudinals. D'aquesta manera, s'està d'acord amb diversos autors (Hicks i Thomas, 2005; ICM, 2013; Leye, 2016; OMS, 2011; OMS, 2013a; Phillippi i Avery, 2014) al considerar que la formació ha d'incloure aquest vessant per tal de promoure els canvis d'actituds apropiats i, així, proporcionar una atenció de salut sexual i reproductiva de qualitat.

En la mateixa línia, un dels aspectes que les llevadores fan més referència és en l'oportunitat de realitzar un tipus de formació que permeti expressar les emocions que els hi genera la pràctica, i en la que puguin emergir els propis valors i actituds. De manera que el poder reflexionar (Frazer, et al., 2014) sobre els fets i les pròpies experiències, capaci a les professionals per modificar les seves actituds, esmenar els seus errors, i

així aconseguir els seus propòsits personals (Rogers i Freiberg, 1996). En un altre sentit, destaca l'opinió que aquest model de formació, proposat per les professionals, també és considera idoni per a la formació al cursar l'especialitat (Ariff, et al., 2010; Walker i Davis, 2014).

Pel que fa a les persones que participen o han de participar en la formació, s'observa en la recerca que es prioritza poder compartir amb d'altres llevadores les experiències professionals, els temes d'interès i l'aprenentatge. Tot i que en determinades qüestions també es valora positivament realitzar la formació amb d'altres professionals, en la revisió de la literatura hi trobem les dues opcions, doncs els estudis de les necessitats formatives i la planificació de la formació tant s'han realitzat únicament amb llevadores (Hennessy, et al., 2006b; Lafuente, et al., 2011; Leye, 2016; McKenna, et al., 2011; Walker i Davis, 2014) com amb d'altres professionals (Ariff, et al., 2010; Callaghan, et al., 2008; Frazer, et al., 2014; Gibbs i Colclough, 2010; Hicks i Thomas, 2005; Houwink, et al., 2011).

Finalment, destacar que en la recerca s'han analitzat les necessitats de formació de les llevadores des d'una òptica basada en la participació (Font i Imbernón, 2002) i des d'una orientació apreciativa (Alonso i Martínez, 2010), per la que s'ha fet èmfasi en les actuacions que són exitoses, però també s'han recollit i interpretat els interessos, les inquietuds i les expectatives de les llevadores per tal d'oferir una visió holística del tema d'estudi. Són aquests elements els que orienten noves línies de formació que caldrà contemplar en el procés de planificació (Alonso i Martínez, 2010; Casado, 1999; Giné i Parcerisa, 2003; Pineda, 2002; UE, 2011).

En darrer terme, es considera l'actualització i el manteniment de les competències i, més àmpliament, el desenvolupament professional continu són d'utilitat tant a nivell personal com per respondre a les necessitats de salut de la població (Faure, 1973; Medel-Añonuevo, et al., 2012; Monclús i Saban, 2015). Així mateix, s'està d'acord amb l'OMS (2013a) en incloure metodologies de formació més enllà de la didàctica, que

incorporin aspectes d'autoaprenentatge, de desenvolupament personal, com també es tinguin en compte els factors organitzacionals i sistèmics.

Amb tot això, en el següent apartat es presenta el procés de detecció de les necessitats de formació en salut sexual, i s'aporten una sèrie d'orientacions formatives per tenir en compte a l'hora de planificar la formació.

6.2. Procés de detecció de les necessitats de formació de les llevadores i implicacions per a la formació

Aquest apartat integra els resultats de la recerca i la discussió dels mateixos, amb el propòsit de presentar el procés seguit en la detecció de les necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció a la salut sexual. Seguidament, s'exposen les implicacions que aporta la recerca a la pràctica i que es presenten en forma d'orientacions formatives.

6.2.1. Procés de detecció de les necessitats de formació de les llevadores

En la figura 17 es mostra de manera sintètica els elements que configuren el procés de detecció de les necessitats de formació de les llevadores. Aquest, s'ha elaborat en base a l'anàlisi de les dades i la interpretació dels resultats, i en ell s'inclouen les dimensions estudiades dels tres primers objectius de la recerca.

En primer pla, s'observen la **pràctica professional** i el **context** com a eixos fonamentals a partir dels quals s'han pogut detectar i comprendre les **necessitats de formació** de les llevadores.

Observem en la part central del model com conflueixen les **situacions de la pràctica** i les **dimensions competencials** a desenvolupar per les llevadores per tal d'atendre aquestes situacions. Aquests elements interaccionen de manera continua tal i com indica la fletxa en ambdós sentits.

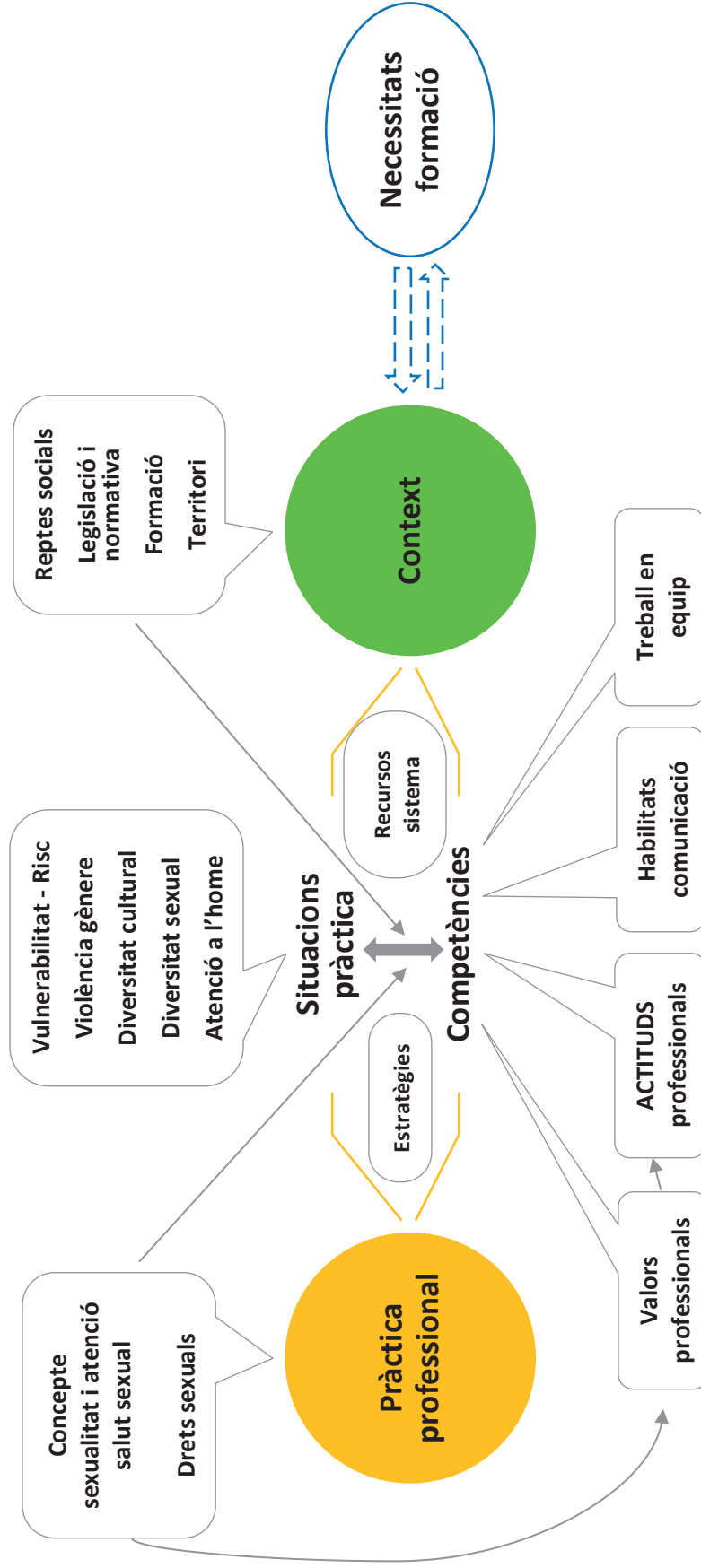
En relació amb les situacions de la pràctica s'inclouen com a més destacables la **vulnerabilitat i el risc**, la **diversitat cultural**, la **diversitat sexual** i l'**atenció a l'home**. I en la part central inferior hi consten les dimensions competencials que han emergit com a necessàries a desenvolupar per atendre les situacions esmentades, entre les que es ressalten els **valors** i les **actituds professionals**, les **habilitats de comunicació** i el **treball en equip**.

Alhora també veiem en el centre del model les **estratègies** sorgides de les llevadores i que apliquen en les diverses situacions de la pràctica professional, i d'altra banda, els **recursos del sistema** disponibles que utilitzen i que s'ofereixen des del context d'actuació.

Una altre element a destacar és el **concepte de sexualitat i d'atenció a la salut sexual** que observem en el marge superior esquerra, ja que la visió i la rellevància que les llevadores els hi atorguen, respectivament, influencien en la pràctica professional i també, com s'indica amb la fletxa, en com aborden les situacions de la pràctica. En el mateix sentit hi consten els **drets sexuals**, doncs el seu coneixement i aplicació s'han considerat essencials en l'atenció a la salut sexual. A més, observem com aquests components també influencien en els valors i actituds professionals.

D'altra banda es remarquen, en el marge lateral dret, les circumstàncies que configuren el context d'atenció a la salut sexual. Es destaquen aquelles que tenen una implicació en el desenvolupament professional, i concretament els **reptes socials** en que es troben les llevadores, la **legislació** vigent i el marc d'actuació, la **formació** tant inicial com continuada, i el tipus de **territori** i la seva influència en la pràctica.

Figura 17. Procés de detecció de les necessitats de formació llevadores.



El procés presentat sobre la detecció de necessitats formatives respon a les preguntes que es van plantejar inicialment, i que han guiat el procés de recerca. La riquesa de les dades ha permès plasmar com valoren les llevadores l'atenció a la salut sexual, i com actuen en les situacions i els reptes que els hi genera la pràctica, en un context complex i canviant.

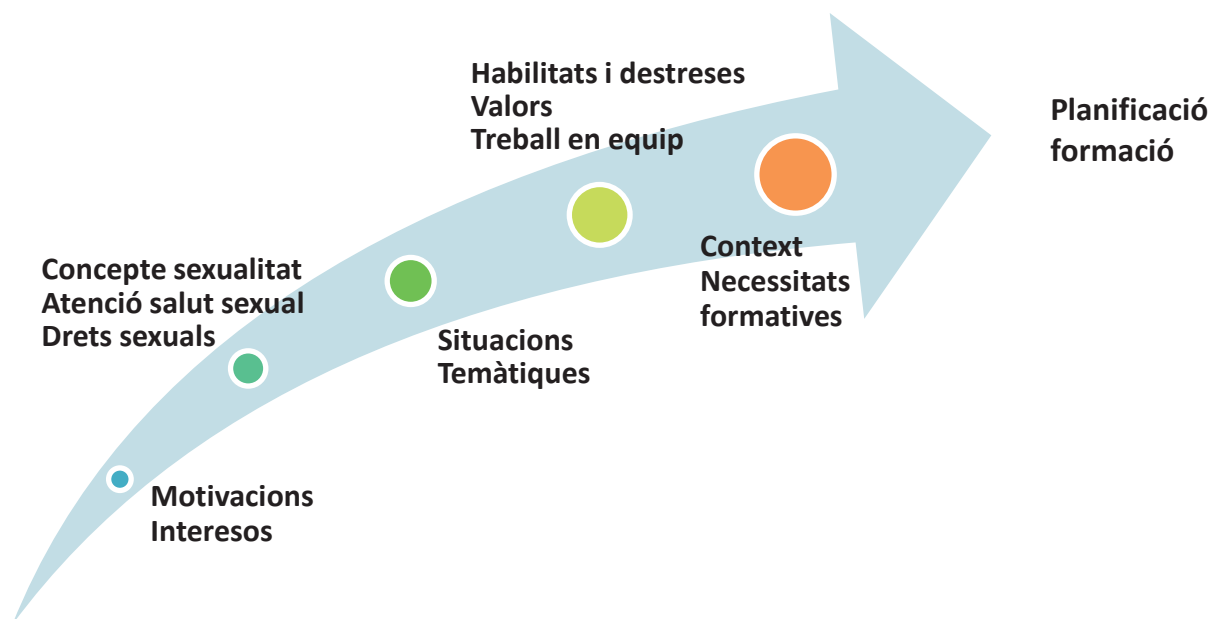
L'aportació principal que recull la recerca és, des d'una perspectiva holística, com es configuren les necessitats de formació a partir de la pràctica professional i des del punt de vista de les llevadores assistencials, gestores i formadores. A més, anant un pas més enllà en la descripció i en la comprensió del fenomen d'estudi, la reflexió de les llevadores sobre les pròpies necessitats sentides i expressades ha generat un debat crític i una actitud orientada a la transformació de la pràctica (Bartolomé, 1992). És des d'aquest enfocament que es pretén optimitzar la formació (Sandín, 2003) i a tall de concreció es presenten a continuació les implicacions per a la pràctica en forma d'orientacions formatives.

6.2.2. Implicacions i orientacions per a la formació

En aquest apartat s'indiquen les grans línies que s'extreuen per a la formació des de la pràctica reflexiva i així, a més d'acomplir el darrer objectiu de la recerca, es mostren les implicacions de l'estudi en forma d'orientacions formatives.

Tot seguit, es detallen les orientacions per a la formació que ja han estat identificades anteriorment en els resultats i la discussió dels mateixos, i seguint una coherència amb el procés de recerca, es presenten classificades en els apartats que es mostren en la figura 18.

Figura 18. Orientacions per a la planificació de la formació en salut sexual.



Font: elaboració pròpia.

En referència a la motivació i l'interès per a la formació en salut sexual

Es presenten en primer lloc aquests elements donat que es consideren essencials per iniciar i mantenir el procés formatiu. En la recerca s'han identificat les motivacions i els interessos expressats per les llevadores, i que s'han concretat en forma de necessitats de formació. A continuació es precisen aquests aspectes i es remarquen els que es proposen per guiar la planificació de la formació.

En referència a la formació sobre el concepte de sexualitat, salut sexual i els drets sexuals

La formació cal enfocar-la des d'una perspectiva holística de la sexualitat considerant tant les dimensions fisiològiques, com les comportamentals, emocionals i socials. És important transmetre una visió de la salut sexual normalitzadora més que patologitzadora amb relació als comportaments i actituds sexuals de les persones, fet que implicarà aprendre a tenir cura d'una manera més oberta, comprensiva, respectuosa, empàtica i inclusiva.

Com s'ha vist, els drets reproductius són més coneguts que els sexuals, el que implica actuar amb menor o major respecte cap a aquests darrers. Per tant, un factor clau que

es recomana reforçar amb formació és el coneixement dels drets sexuals i aprendre a actuar des d'aquest vessant.

En referència a les situacions de la pràctica i les temàtiques de formació

Una de les aportacions de la recerca ha estat identificar les situacions que les llevadores prioritzen a l'hora d'atendre la salut sexual de les persones. Aquestes situacions esdevenen temàtiques que, a priori, són les que cal incloure en programes formatius.

En concret, els temes que es proposen tractar són: joves, menopausa, visita preventiva, contracepció, IVE, ITS, embaràs, postpart, MGF, sexe comercial, diversitat sexual, discapacitat intel·lectual o física, pràctiques sexuals, problemes de salut i sexualitat, resposta sexual i disfuncions sexuals. A més, és imprescindible realitzar formació en matèria de diversitat cultural i en prevenció i atenció a la violència de gènere. Amb totes aquestes temàtiques s'han de considerar, de manera transversal, aquelles circumstàncies de vulnerabilitat i les que representen un risc per a la salut.

Cal destacar que en la recerca han sorgit d'altres temàtiques com a necessitats de formació que les llevadores han considerat també rellevants, com són la relació que s'estableix amb persones d'altres cultures, la capacitat per conduir els grups d'educació sanitària, o bé d'altres qüestions més emergents com el rol de la parella, la interacció amb l'acompanyant, l'atenció a l'home, i els nous models de paternitat.

En referència a les competències, els valors professionals i el treball en equip

Una contribució rellevant de la recerca és haver detectat les necessitats de formació de les llevadores quant a les competències que consideren que cal desenvolupar i als valors professionals. Les aportacions de les llevadores assistencials, gestores i formadores ofereixen una visió holística amb força impacte per a la planificació formativa.

Pel que fa a les dimensions competencials, la formació ha d'estar orientada a l'actualització de coneixements però, més encara, cap a les habilitats i destreses especialment de comunicació i interpersonal. També es proposa fer èmfasi en les

habilitats comunicatives d'empatia i assertivitat per tal de detectar la demanda i el risc, així com per superar alguns obstacles en l'atenció de salut deguts als propis valors i creences o a determinats trets personals. D'altra banda, s'han detectat necessitats formatives per millorar les habilitats a l'hora de conduir i realitzar les activitats amb grups d'educació sanitària. Així mateix, es recomana que la formació inclogui aspectes relacionats amb l'organització de l'activitat professional i la gestió del temps.

Quant a les actituds i a determinades conductes o maneres de procedir cal remarcar que les professionals aprenen a partir de l'experiència i, per tant, la formació ha d'oferir tot un ventall de possibilitats per transformar-les i millorar l'atenció de la salut sexual. En la recerca s'han identificat principalment la de disposició i interès per l'atenció de salut, la responsabilitat professional, el respecte davant qualsevol situació i condició de la persona atesa, mantenir la confidencialitat i procurar la confiança de la dona amb la professional, el suport emocional, l'interès per aprendre, organitzar i gestionar l'activitat professional, i en especial la capacitat crítica en i sobre la pràctica professional. És important considerar en la formació el desenvolupament d'aquests aspectes per tractar temes sensibles com ho és la salut sexual i afectiva de les persones.

Els valors professionals estan estretament vinculats a les actituds i conductes, i no sempre són fàcils de mostrar. En la recerca s'han prioritzat entre d'altres, el d'ajudar a la persona i més en situació de vulnerabilitat o risc, el respectar les decisions de la dona i contribuir al seu empoderament, i l'establir una bona relació amb l'usuari/a per aconseguir una atenció eficaç. A més, la percepció de treballar des d'aquesta òptica genera sentiment de reconeixement i satisfacció professional. Per tant, la formació ha de contemplar aquests valors i facilitar *espais* per potenciar-los i compartir-los, i així, contribuir a millorar la pràctica i també a satisfer les necessitats d'estima i d'autorealització, alhora que compartir interessos i cohesionar les professionals com a col·lectiu.

Respecte a desenvolupar la competència del treball en equip es recomana que, per reforçar-la, es programin les activitats formatives sobre temes generals conjuntament

amb els diferents professionals de l'equip, i aquelles més específiques només amb llevadores.

Per il·lustrar aquestes propostes es presenta la figura 19 en la que s'observa que la formació i concretament en sexualitat, esdevenen els eixos fonamentals. A més, veiem que l'atenció a la sexualitat i salut sexual representa un problema per a la professional, especialment en la dimensió de les actituds, per la qual cosa és important treballar aquests aspectes en l'àmbit de la formació.

Figura 19. Dimensions competencials d'habilitats i destreses, de valors i treball en equip.

Consulta de frecuencia de palabras

sexualitat	persona	actituds
	problema	consulta
formació	professional	treballar
	sexual	important

Font: elaboració pròpia.

En conclusió, les dimensions competencials descrites són les que les llevadores senten i perceben que han de desenvolupar per resoldre les problemàtiques que presenten les diverses situacions de la pràctica. A més, aquestes assenyalen el perfil professional necessari per atendre la salut sexual que, des d'una perspectiva holística i també normativa, es considera el requerit per actuar en un context canviant.

En referència a la formació en recursos

Les llevadores compten amb una varietat de recursos per utilitzar tant habitualment com per resoldre problemes. És important diferenciar els que esdevenen necessitats formatives, per poder accedir-hi i usar-los, dels que són estructurals i depenen de factors externs o organitzacionals.

Les professionals utilitzen estratègies en una diversitat de situacions en base a la seva expertesa i aptituds que, d'una banda, poden ser un model per transmetre en la formació i, de l'altra, es pot necessitar formació quan es tenen dificultats per desenvolupar-les. En la mateixa línia, es considera a la dona atesa com un recurs, en tant que les habilitats de comunicació i d'organització de la llevadora, influencien perquè així sigui.

Pel que fa als recursos que ofereix el sistema sanitari, d'un costat trobem que generen necessitats formatives aquells que requereixen habilitats i destreses per utilitzar-los, com en el cas de les comunicatives per entrevistar a la persona o en general per tractar temes de sexualitat; mentre que, de l'altre, es consideren una necessitat estructural i no de formació el fet que s'inclogui en alguns apartats de la història clínica (on no hi consta) aspectes de sexualitat, com per exemple en l'embaràs o el postpart entre altres.

D'altres recursos que aporta el sistema són: el poder col·laborar amb diferents professionals, el servei del CatSalut Respon, programes comunitaris, suports virtuals en línia com el web Sexe Joves, materials elaborats per diverses institucions, o fonts documentals. Les llevadores expressen que per motius territorials o per desconeixement, varis d'aquests recursos no sempre estan al seu abast, i tot i que alguns no es poden optimitzar amb formació, la majoria d'ells es poden donar a conèixer i afavorir l'aprenentatge en habilitats instrumentals amb processos formatius.

En referència al context i les necessitats formatives

La formació ha d'integrar l'ampli ventall de circumstàncies que configuren les necessitats formatives de les llevadores, ja siguin sentides, expressades o normatives. Des d'una visió holística del context, a més de les necessitats descrites anteriorment, en sorgeixen de noves que orienten les accions formatives.

Una de les que pren força és que en la formació es consideri la realitat social, és a dir, es contextualitzi en els reptes que les llevadores es troben en la seva pràctica professional. En aquest sentit, s'ha detectat que les necessitats formatives amb relació als reptes socials es generen a partir de les situacions i les demandes de la població, com també dels recursos que les llevadores utilitzen. En la figura 20 observem que el nucli d'interès de les llevadores és l'atenció de salut a la sexualitat de les dones, les seves parelles, les/els joves, o els homes.

Figura 20. Reptes socials, situacions de la pràctica i recursos.



Font: elaboració pròpia.

Per tant, es recomana que en la formació es consideri aquesta connexió amb la realitat social, ja sigui creant dinàmiques en que les llevadores puguin compartir les seves experiències i inquietuds, ja sigui fent participar en determinades activitats formatives a persones usuàries que, de manera testimonial, ofereixin una visió de les seves vivències.

Una altra circumstància que cal considerar és la formació rebuda en matèria de sexualitat. A banda de les diferències identificades entre la formació durant l'especialització segons el model pre-Llir i el model Llir, pel que fa a la formació

continuada s'ha detectat més que una necessitat formativa, una demanda de les llevadores a les institucions perquè amplii l'oferta formativa.

D'altra banda, la formació ha de contemplar tots aquells aspectes normatius, ètics i legals que configuren el marc professional. Tot i que en la formació inicial aquestes qüestions ja són tractades, és necessària una contínua actualització per oferir una atenció de qualitat i pel desenvolupament professional.

Finalment, es torna a fer referència a l'àmbit en el que exerceixen les llevadores, ja que segons sigui rural, semi-rural o urbà, poden variar les necessitats formatives en funció de la població atesa i dels recursos disponibles. Per tant, cal que al planificar la formació es considerin aquests aspectes, a més de l'accessibilitat de les llevadores a la mateixa.

En referència a les estratègies de planificació i les metodologies de la formació

Al planificar la formació s'han de tenir en compte les estratègies i els mètodes que permetin vehiculitzar i optimitzar les accions formatives i, així, satisfer les necessitats d'aprenentatge detectades. En els apartats anteriors ja se n'han descrit algunes i tot seguit s'amplien i se'n proposen de noves.

Una de les propostes que pren força en la recerca és la de planificar la formació de manera específica en sexualitat, i modular en quan a les temàtiques. És a dir, que l'eix central sigui la sexualitat i a partir d'aquest s'organitzin mòduls sobre les diferents processos, activitats o programes de l'ASSIR. D'aquesta manera s'afavoreix la comprensió de la dimensió sexual i afectiva de la pràctica professional i, també, encaixa millor amb les necessitats formatives de cada professional. Tanmateix, per aprofitar totes les oportunitats d'aprenentatge es pot planificar la formació de manera integrada, o sigui, que determinats programes formatius en salut sexual i reproductiva integrin aspectes de sexualitat.

Pel que fa a la durada de la formació es recomana un format de temps perllongat, similar al model postgrau. Així, es poden incloure els diversos mòduls esmentats anteriorment

i, a més, permet un treball en profunditat de veritable canvi personal i professional. No obstant, les iniciatives de formació en format més curt també es consideren útils, especialment quan es desitja tractar una sola àrea o temàtica en concret i, també, quan les professionals no disposen de suficient temps per realitzar-la.

D'altra banda, es proposa que la formació sigui preferentment presencial, doncs aquesta modalitat és la més adequada per diversos motius. En primer lloc, és la idònia perquè ofereix un espai per copsar i compartir les emocions, les actituds i els valors de la pràctica professional. En segon lloc, permet presentar escenaris per desenvolupar habilitats i destreses com és el cas de les de comunicació i les interpersonals. També, possibilita incorporar en determinades situacions la participació de persones que de primera línia puguin explicar la seva vivència de la sexualitat, i testimoniar les seves necessitats d'atenció en salut sexual. Tanmateix, cal considerar les oportunitats d'aprenentatge que ofereix la modalitat semi-presencial, com ara la disponibilitat de diferents materials i recursos documentals en línia que proporcionen algunes institucions i organitzacions, o les xarxes professionals i algunes socials. A més, facilita que llevadores de diferents territoris puguin participar en la formació.

Amb relació a les metodologies de formació sobresurten aquelles de tipus experiencial, en que les professionals puguin aprendre a partir de l'experiència viscuda. Algunes de les propostes enunciades anteriorment van en aquesta línia, i se n'afegeixen d'altres com: realitzar una estada en una unitat ASSIR diferent per tal d'observar i aprendre una pràctica en concret, permetre espais de col·laboració amb professionals de l'equip, utilitzar estratègies de formació obertes a noves experiències i no tan cenyides a un marc teòric establert, entre d'altres.

Per tant, és important que les activitats de formació facilitin l'actualització de coneixements, l'adquisició d'habilitats i destreses, i encara més poder expressar inquietuds, compartir experiències i expectatives, i promoure una pràctica reflexiva.

En referència al perfil docent

Es recomana que les docents que duen a terme la formació siguin preferentment llevadores, i també que hi participin professionals experts d'altres àrees quan l'activitat formativa ho requereixi.

6.3. Conclusions

Les conclusions de la tesi doctoral que es presenta sobre la detecció de les necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció a la salut sexual, i en relació amb els objectius plantejats són:

1. Sobre la concepció d'atenció a la salut sexual.

- La formació de les llevadores ha d'incloure aspectes conceptuals de la sexualitat per comprendre la rellevància d'una perspectiva holística de la sexualitat i de la salut. És essencial que es formi en base als drets sexuals per a una pràctica segura i respectuosa.

Les dimensions d'aquesta necessitat de formació en la concepció d'atenció a la salut sexual contempla diversos aspectes i matisos, així mateix, es conclou de manera rellevant considerar la sexualitat i la salut sexual des d'una òptica de normalització i no patologitzadora. Tanmateix, cal destacar que aquesta necessitat formativa en relació amb a la concepció d'atenció a la salut sexual és fonamental i tenyeix en certa manera totes les altres aportacions que, en forma de conductes o pràctica concreta, refereixen les llevadores, com és el cas (per exemple) de les situacions de la pràctica, on encara s'hi registren certs dubtes, dilemes o prejudicis.

2. Sobre les competències que desenvolupen en la pràctica de l'atenció a la salut sexual.

A títol general, es constata que les llevadores refereixen prioritàriament necessitats de formació (recolzades en la seva pràctica) en una àmplia i concreta varietat de dimensions competencials i tan sols es refereixen a la necessitat de desenvolupar una competència com a tal: el treball en equip. Concretament:

- La formació s'ha d'orientar als valors de la llevadoria basats en els codis ètics i deontològics de la professió que, en la recerca, s'han concretat en: ajudar a la dona, respectar els seus valors i les seves decisions, contribuir a la seva autonomia, i al seu empoderament. Així mateix, cal considerar els valors/necessitats que a nivell individual i col·lectiu manifesten les llevadores, com són: l'experiència i expertesa professional, el reconeixement professional, i la satisfacció professional. El fet que la formació integri aquesta visió, fomenta la reflexió sobre el seu sistema de valors i les actituds professionals, el poder compartir els seus interessos i les cohesiona com a col·lectiu.
- Les llevadores requereixen formació en habilitats i destreses comunicatives i interpersonals que els hi facilitin la interacció que s'estableix amb la dona, i si és el cas, amb la parella i/o l'acompanyant. Així mateix, és igualment necessària la formació en actituds i aspectes conductuals, ja que conjuntament, són imprescindibles per desenvolupar la competència de detecció de la demanda. Algunes d'aquestes dimensions competencials són les d'empatia i assertivitat, assegurar la confidencialitat, o oferir suport emocional.
- El treballar en equip és una competència que les llevadores valoren força, ja que les hi permet resoldre diverses situacions o bé poder-les compartir. Així mateix, es recomana que la formació es realitzi en determinades casos de manera multiprofessional.

3. Sobre el context i les seves implicacions en el desenvolupament de la professió.

El desenvolupament professional depèn en gran mesura dels factors personals i competencials. Així mateix, cal destacar que les circumstàncies o factors estructurals també són determinants per aquest desenvolupament; en aquest sentit, es conclou en la recerca que les necessitats de formació en relació amb els factors contextuals són:

- La formació ha de ser útil per desenvolupar la competència d'actualitzar els coneixements i, alhora, dotar de recursos per utilitzar en la pràctica professional. En concret, s'han prioritzat l'aprenentatge en la cerca d'informació per actuar en base a l'evidència científica, en el maneig de suports electrònics en l'àmbit

laboral i, també, en poder conèixer els recursos que poden oferir altres professionals.

- La planificació de la formació ha de contemplar les diferències contextuais en quan al territori on exerceixen les llevadores. Aquesta circumstància afecta a l'oferta formativa, a la disponibilitat de temps, i a les metodologies docents.

4. Sobre les grans línies que s'extreuen per a la formació des de la pràctica reflexiva.

- La planificació de la formació contínua cal realitzar-la a partir de la detecció de les necessitats sentides, expressades i normatives de les llevadores.
- La formació en salut sexual ha contemplar les demandes socials i les noves necessitats de salut. Les llevadores consideren que en totes les situacions de la pràctica cal integrar l'atenció en sexualitat i salut sexual; a més, en destaquen els relacionats amb la diversitat sexual, la diversitat cultural i, especialment, les situacions de vulnerabilitat i risc per a la salut física, psíquica o social. També, consideren necessari que en la formació s'incloguin aspectes d'atenció a la salut sexual de l'home, així com, als nous models de paternitat.
- Els programes de formació han de dissenyar-se preferentment centrats en la temàtica de la sexualitat, ja que aquests afavoreixen la comprensió de la dimensió sexual i afectiva de la pràctica professional. Tanmateix, donat que l'àmbit d'actuació de les llevadores inclou, tant l'atenció a la salut sexual com la salut reproductiva, es recomana que, en la formació de caràcter general, s'incloguin aspectes d'atenció a la sexualitat i salut sexual.

6.4. Limitacions de la investigació

L'estudi presenta algunes limitacions que cal tenir present a l'hora de valorar la investigació, i tenir en compte per a futures recerques.

Primerament, la investigació s'ha centrat en l'estudi de les necessitats de formació de les llevadores en l'atenció a la salut sexual, i aquest fet ha limitat esbrinar aquestes necessitats en l'àrea de la salut reproductiva i no relacionada específicament amb la sexualitat.

En segon lloc, les llevadores que han participat en l'estudi desenvolupen la seva activitat professional en l'àmbit de l'atenció primària de salut, i tenint present que aquest és l'entorn en què principalment es duu a terme l'atenció a la salut sexual, no s'han inclòs llevadores que exerceixen en l'atenció especialitzada en hospitals, ni en l'àmbit de l'exercici lliure de la professió.

En tercer lloc, es va procurar que en l'estudi hi participessin homes llevadors i finalment no va ser possible. Aquest fet limita la recerca en el sentit que no aporta la visió del gènere masculí.

D'altra banda, en la investigació es van presentar dubtes en relació a la tipologia de les llevadores assistencials a l'hora de classificar-les en expertes i novelles. El criteri d'anys treballats no era prou definit per determinar l'expertesa de les professionals i, per això, es va decidir classificar-les també, segons el tipus de formació que havien realitzat en l'especialitat de llevadora, és a dir, si la van fer amb el model pre-Llir o Llir.

En darrer lloc, les participants de la recerca i el context estudiat han estat el de les unitats ASSIR de Catalunya i per tant, no es poden extrapolar els resultats de la recerca a d'altres contextos. No obstant, el rigor metodològic que s'ha seguit permet aplicar el procés presentat sobre la detecció de les necessitats de formació de les llevadores i, també, considerar les orientacions formatives que se'n deriven en d'altres circumstàncies similars a les estudiades i relacionades amb l'atenció a la salut sexual i reproductiva.

6.5. Implicacions per a futures investigacions

A partir del procés de recerca, de les aportacions i conclusions de l'estudi i també de les seves limitacions, sorgeixen noves qüestions i propostes d'investigació sobre les necessitats de formació de les llevadores.

D'una banda, seria interessant esbrinar les necessitats formatives de les llevadores que exerceixen en l'atenció especialitzada o hospitalària, i també les que ho fan en l'exercici

lliure de la professió. En un altre sentit, també es recomana incloure en futurs estudis la participació de llevadors per tal d'ampliar la perspectiva de gènere.

Pel que fa als drets sexuals, atès que s'ha detectat un buit en el seu coneixement i, en conseqüència una carència per considerar-los en l'atenció a la salut sexual, es suggereix que futures recerques es centrin en indagar les causes i circumstàncies d'aquest fet i analitzar les necessitats formatives de les llevadores en cadascun d'aquests drets.

Una altra proposta, que convindria investigar pel desenvolupament de la professió, seria explorar les necessitats formatives en relació amb les competències requerides en l'àmbit de la salut reproductiva. Així, s'obtidria una visió més global sobre l'activitat professional que realitzen les llevadores en l'atenció de salut.

Donat que un punt fort de la recerca ha estat identificar les necessitats de formació amb relació a les competències, seria força convenient que futures investigacions es centressin en avaluar l'impacte de la formació en sexualitat i salut sexual en la pràctica de les llevadores. D'aquesta manera, es pot seguir avançant en la idoneïtat de la formació, i també donar continuïtat a l'estudi de les competències i del perfil professional requerit.

La present investigació ha aportat una visió holística de les necessitats formatives des de la perspectiva de les llevadores, tot considerant el seu context d'actuació. No obstant, no s'ha contemplat el punt de vista de les dones i la població atesa, per la qual cosa fora interessant que, en futurs estudis, s'exploressin les qualitats i la valoració de l'atenció de salut rebuda des d'aquesta perspectiva.

Quant a la metodologia utilitzada en la recerca, la qualitativa i interpretativa ha estat la idònia per esbrinar les necessitats de formació de les llevadores. Tanmateix, alguns aspectes identificats, com les temàtiques de formació o els recursos disponibles, es podrien estudiar amb metodologies mixtes per tal d'ampliar la informació en aquestes qüestions. De tota manera, cal recalcar que tot estudi que pretengui investigar les

necessitats formatives des de la perspectiva dels actors implicats ha de contemplar tal i com postulen Hennessy i Hicks (2011), mètodes qualitius com a via per comprendre el fenomen d'estudi i/o transformar la pràctica educativa.

Finalment, donat que en la present recerca s'ha conclòs que la planificació de la formació cal realitzar-la tenint en consideració les necessitats sentides, percebudes i expressades per les llevadores i també les normatives, es recomana que futures investigacions considerin l'aportació al tema, des de la visió i missió de les organitzacions i institucions implicades en la formació inicial i permanent de les llevadores.

REFERÈNCIES BIBLIOGRÀFIQUES

- Aguirre, J.C., i Jaramillo, L.G. (2015). El papel de la descripción en la investigación cualitativa. *Cinta moebio*, 53(2), 175-189. doi: 10.4067/S0717-554X2015000200006
- Agut, S. (2000). *Análisis de necesidades de competencias en gerentes de organizaciones turísticas: el papel de la formación* (Tesi doctoral). Recuperat de <http://hdl.handle.net/10803/10518>
- Almuedo-Paz, A., Brea, P., Buiza, B., Rojas-De Mora, A., i Torres, A. (2011). Utilidad de la acreditación de competencias profesionales en el desarrollo profesional continuo. *Revista de Calidad Asistencial*, 26(4), 221-227. doi: 10.1016/j.cali.2010.12.005
- Alonso, L. E. (2015). La entrevista abierta como práctica social. Dins M. García., Alvira, F., Alonso, L., i Escobar, M (comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (4a ed., pp. 390-417). Madrid: Alianza Editorial.
- Alonso, S., i Martínez, J. (2010). *Diagnosi de necessitats formatives en institucions públiques. Eines per als recursos humans*. Recuperat de http://eapc.gencat.cat/web/.content/home/publicacions/col_leccio_eines_per_als_recursos_humans/08_diagnosi_necessitats_formatives/docs/diagnosi_necessitat_formatives.pdf
- Alvira, F., i Serrano, A. (2015). Diseños y estrategias de investigación social. Dins M. García., Alvira, F., Alonso, L., i Escobar, M (comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (4a ed., pp. 76-109). Madrid: Alianza Editorial.
- Arànega, S. (2011). *Detecció i anàlisi de les necessitats formatives del docent universitari. Un estudi de casos múltiple* (Tesi doctoral). Recuperat de <http://hdl.handle.net/2445/41506>
- Arànega, S. (2013). *De la detecció de les necessitats formatives de caire pedagògic a l'elaboració d'un pla de formació a la universitat*. Recuperat de <http://www.publicacions.ub.es/doi/licencia/resum-noderiv.htm>
- Ariff, S., Soofi, B. S., Sadiq, K., Feroze, A. B., Khan, S., Jafarey, S. N., ... Bhutta, Z. A. (2010). Evaluation of Health workforce competence in maternal and neonatal issues in public Health sector of Pakistan: an Assessment of their training needs. *BMC Health Services Research*, 10(319), 1-9. doi:10.1186/1472-6963-10-319
- Arnal, J., Del Rincón, D., i Latorre, A. (1992). *Investigación educativa. Fundamentos y metodología*. Barcelona: Labor.
- Barbour, R. (2013). *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.

- Barreiro, S., i Martínez, MP. (2009). *Los itinerarios pedagógicos: una propuesta interdisciplinar*. Recuperat de <http://hdl.handle.net/2183/11827>
- Bartolomé, M. (1992). Investigación cualitativa en educación: ¿comprender o transformar?. *Revista de investigación educativa*, 10(20), 7-36.
- Benedito, V., Imbernón, F., i Félez, B. (2001). Necesidades y propuestas de formación del profesorado novel de la Universidad de Barcelona. *Profesorado. Revista de Currículum y Formación del Profesorado*, 5(2), 75-102.
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D., i Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Bisquerra, R. (2000). *Educación emocional y bienestar*. Barcelona: Praxis.
- Bisquerra, R. (coord.) (2016). *Metodología de la investigación educativa* (5ª ed.). Madrid: La Muralla.
- Boix, V., i Dawes, E. (2000). Targeted Assessment of Students' Interdisciplinary Work: An Empirically Grounded Framework Proposed. *The Journal of Higher Education*, 78(2) 215-237. doi: 10.1353/jhe.2007.0008
- Bryant, R. (2006). Desarrollo de la reglamentación, las funciones y la competencia. Recuperat de
<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/internacional/cie/finish/63-cie/1201-27-desarrollo-de-la-reglamentacion-las-funciones-y-la-competencia>
- Bunk, G. (1994). La transmisión de las competencias en la formación y perfeccionamiento profesionales de la RFA. *Revista europea de formación profesional*, 1, 8-14.
- Cabello, F. (2007). Ámbitos de intervención en sexología. Dins Lucas, M.; Cabello, F. (2007). *Introducción a la sexología clínica* (pp. 43-66). Madrid: Elsevier.
- Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Callaghan, L., Doherty, A., Lea, S.J. i Webster, D. (2008). Understanding the information and resource needs of UK health and social care placement students. *Health information and Libraries Journal*, 25, 253-260. doi:10.1111/j.1471-1842.2008.00769.x
- Callejo, J. (2001). *El grupo de discusión: introducción a una práctica de investigación*. Barcelona: Ariel Prácticum.

Canales, M., i Peinado, A. (2007). Grupos de discusión. Dins J.M. Delgado., i J. Gutiérrez (coords), *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales* (4ª reimpr., p. 287-316). Madrid: Síntesis.

Carrero, V., Soriano, R. M., i Trinidad, A. (2012). *Teoría Fundamentada Grounded Theory. El desarrollo de teoría desde la generalización conceptual* (2a ed.). Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.

Casado, Ll. (1999). *Qüestions clau sobre l'avaluació de la formació*. Recuperat de

http://eapc.gencat.cat/ca/publicacions/varia/9_12_questions_clau_sobre_avaluacio_de_la_formacio/#FW_bloc_13b83170-e7d7-11e3-b34e-000c29676f2e_10

Charmaz, K. (2005). Grounded Theory in the 21st Century: Applications for Advancing Social Justice Studies. Dins N. K. Denzin, i Y. S. Lincoln (eds.). *The SAGE Handbook of Qualitative Reserach* (3rd ed., p. 507-536). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Charmaz (2006). *Constructing Grounded Theory: A Practical Guide through Qualitative Analysis*. London: SAGE.

Charmaz, K. (2013). La teoría fundamentada en el siglo XXI. Dins N. G. Denzin i Y. S. Lincoln (coords.), *Las estrategias de investigación cualitativa* (p. 270-325). Barcelona: Gedisa.

Christians, C. G. (2012). La ética y la política en la investigación cualitativa. Dins N. G. Denzin i Y. S. Lincoln (coords.), *El campo de la investigación cualitativa* (p. 283-331). Barcelona: Gedisa.

Clandinin, D. J., i Connelly, F. M. (1988). Conocimiento práctico personal de los profesores: imagen y unidad narrativa. Dins L. M. Vilar (ed.), *Conocimiento, creencias y teorías de los profesores: implicacions para el currículum y la formación del profesorado* (p. 39-63). Alcoy: Marfil.

Col·legi de Pedagogos de Catalunya (2013). Codi de Deontologia. Recuperat de

<http://www.pedagogs.cat/reg.asp?id=1759&i=ca>

Connelly, F. M., i Clandinin, D. J. (1988). *Teachers as curriculum planners: Narratives of experience*. New York, NY: Teachers College Press, Teachers College. Columbia University.

Coneixença. (2007). Dins *Diccionari de la Llengua Catalana* (2a ed.). Recuperat de

<https://dlc.iec.cat/results.asp?txtEntrada=coneixen%E7a&operEntrada=0>

Cónsul, M., i Medina, J. L. (2014). Fortalezas y debilidades del Aprendizaje Basado en Problemas desde la perspectiva profesional de las enfermeras tituladas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 22(5) 724-730. doi: 10.1590/0104-1169.3236.2473

Corbin, J., i Strauss, A. L. (2008). *Basic of qualitative research. Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory* (3th ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

Cordero, G., Luna, E., McAnally, L., Serna, A., Cano, E., Benedito, V., i Lleixà, T. (2014). *La planificació i l'avaluació de la formació pedagògica del professorat universitari: orientacions per a la seva definició institucional*.

Recuperat de <http://hdl.handle.net/2445/55830>

Creswell, J.W. (2012). *Educational Research: Planning, Conducting, and Evaluating Quantitative and Qualitative Research* (4th ed.). Recuperat de <http://basu.nahad.ir/uploads/creswell.pdf>

Creswell, J.W. (2013). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (3rd ed.). Thousand Oaks, CA: SAGE.

De la Cuesta, C. (2004). Formación para la práctica de investigación cualitativa: algo más que retocar programas. *Enfermería Clínica*, 14(2), 111-116. doi: 10.1016/S1130-8621(04)73867-X

De la Cuesta, C. (2006). La Teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*, 10(20), 136-140. doi: <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2006.20.19>

De la Cuesta-Benjumea, C. (2008). ¿Por donde empezar?: la pregunta en investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 18(4), 205-210. doi: 10.1016/S1130-8621(08)72197-1

De la Cuesta, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enfermería Clínica*, 21(3), 163-167. doi: 10.1016/j.enfcli.2011.02.005

Decret 283/1990, de 21 de novembre, pel qual es crea Programa sanitari d'atenció a la dona i s'estableixen normes per a la vinculació a aquest programa de les i dels professionals sanitaris implicats. DOGC 1374 (1990).

Del Rincón, D., Arnal, J., Latorre, A., i Sans, A. (1995). *Técnicas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Dykinson.

Delors, J., Al Mufti, I., Amag, I., Carneiro, R., Fay, C., Geremek, B., Gorham, W., Kornhauser, A., Manley, M., Padrón, M., Savané, M.A., Singh, K., Stavenhagen, R., Won, M., Nanzhao, Z. (1996). *Educació: Hi ha un tresor amagat a dins* (2a ed.). Barcelona: Centre UNESCO de Catalunya.

- Denzin, N.K. (2008). Los Nuevos diálogos sobre paradigmas y la investigación cualitativa. Un compromiso en la relación universidad-sociedad. *Reencuentro. Análisis de Problemas Universitarios*, 52, 63-76. Recuperat de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=34005206>
- Denzin, N.K., i Lincoln, Y.S. (coords.) (2012a). *El campo de la investigación cualitativa*. Barcelona: Gedisa.
- Denzin, N.K., i Lincoln, Y.S. (2012). Introducción general. La investigación cualitativa como disciplina y como práctica. Dins N. G. Denzin i Y. S. Lincoln (coords.), *El campo de la investigación cualitativa* (p. 43-101). Barcelona: Gedisa.
- Denzin, N.K., i Lincoln, Y.S. (coords.) (2012b). *Paradigmas y perspectivas en disputa*. Barcelona: Gedisa.
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2003). *Protocol d'assistència al part i al puerperi i d'atenció al nadó*. Recuperat de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/protocols_i_recomanacions/17_salut_maternoinfantil/documents/protocolassistentiapart.pdf
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2018). *Protocol de seguiment de l'embaràs a Catalunya*. Recuperat de http://canalsalut.gencat.cat/web/.content/home_canal_salut/professionals/recursos/protocols_i_recomanacions/17_salut_maternoinfantil/documents/protocoloseguimentembaras.pdf
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2007a). *Cartera de Serveis de les Unitats d'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva de Suport a l'Atenció Primària*. Recuperat de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/marc_de_treball/documents/placarte.pdf
- Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2007b). *Pla Estratègic d'Ordenació de Serveis de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva*. Recuperat de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicos/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordenacio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/que_es/documents/plaestra2008.pdf

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2007c). *Estudi sobre la Situació de l'Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva*. Recuperat de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/ambits_tematicas/linies_dactuacio/model_assistencial/ordenacio_cartera_i_serveis_sanitaris/pla_estrategic_dordena_cio_maternoinfantil_i_atencio_salut_sexual_i_reproductiva/material_de_suport/documentos/plasitsex.pdf

Departament de Salut. Generalitat de Catalunya. (2015). *Enquesta de salut de Catalunya 2014. Informe dels principals resultats*. Recuperat de http://salutweb.gencat.cat/web/.content/home/el_departament/estadistiques_sanitaries/enquestes/onada09/esca2014_resultats.pdf

Dorio, I., Sabariego, M., i Massot, L. (2016). Características generales de la metodología cualitativa. Dins R. Bisquerra (coord.), *Metodología de la investigación educativa* (5ª ed., p. 267-284). Madrid: La Muralla.

Durante, E. (2005). La evaluación de los conocimientos: Lo que parece ser, ¿es realmente lo que es?. *Hospital Italiano de Buenos Aires*, 25 (1), 18-23. Recuperat de

http://www.hospitalitaliano.org.ar/archivos/noticias_attachs/47/documentos/10469_18-23.Durante.pdf

Escamilla, SA. (2006). *Necesidades de formación para un desempeño profesional* (Tesi doctoral). Recuperat de <http://hdl.handle.net/10803/5046>

European Midwives Association. (2005). *Statement on the Reproductive and Sexual Health of women*. Recuperat de

http://www.europeanmidwives.com/upload/filemanager/content-galleries/position-papers/Reproductive_and_Sexual_Health_of_Women_EMA_statement_Sept_2005.pdf

European Parliamentary Forum on Population and Development (2013). *Salud y derechos sexuales y reproductivos: conceptos básicos*. Recuperat de

http://www.epfweb.org/sites/epfweb.org/files/epf_ib_1_srrh_basics_-_spanish_final.pdf

Fabre, E. (coord.). Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. Comité de Solidaridad. (2010). *Mujer inmigrante i asistencia sanitaria (MIAS)*. Badalona: Saatchi & Saatchi Healthcare.

Family Planning 2020. (2012). *FP2020 about us*. Recuperat de

<http://www.familyplanning2020.org/microsite/about-us>

- Faure, E., Herrera, F., Kaddoura, AR., Lopes, H., Petrovski, A., Rahnema, M., Champion, F. (1973). *Aprender a ser. La educación del futuro*. Recuperat de <http://unesdoc.unesco.org/images/0013/001329/132984s.pdf>
- Federación de Asociaciones de Matronas de España. (2010). *Declaración de la Federación de Asociaciones de Matronas España (FAME) sobre competencias profesionales de las Matronas*. Recuperat de <http://www.federacion-matronas.org/documentos/i/14672/102/documentos>
- Federación de Planificación Familiar Estatal, i Iniciativa por los Derechos Sexuales. (2015). *Informe de la ONU sobre educación sexual y acceso a anticonceptivos en España (EPU 2015)*. Recuperat de http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2016/04/UPR21_SRI-and-FPFE_stakeholder-submission_Spain.pdf
- Fisas, M. (2004). *Habilitats bàsiques en el lloc de treball. L'anàlisi de les necessitats d'aprenentatge en el lloc de treball i de les competències de les persones ocupades com a base per a la millora de la formació laboral* (Tesi doctoral). Recuperat de <http://hdl.handle.net/10803/21613>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Morata.
- Flick, U. (2015). *El diseño de Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- Font, A., i Imbernón, F. (2002). Análisis de necesidades de formación. Analizar y detectar necesidades para una coherente planificación. Dins P. Pineda (Coord.), *Gestión de la formación en las organizaciones* (p. 37-61). Barcelona: Ariel.
- Fontana, A., i Frey, J. H. (2015). La entrevista. Dins N. G. Denzin i Y. S. Lincoln (coords.), *Métodos de recolección y análisis de datos* (p. 140-202). Barcelona: Gedisa.
- Frazer, K. Connolly, M., Naughton, C., i Kow, V. (2014). Identifying clinical learning needs using structured group feedback: First year evaluation of pre-registration nursing and midwifery degree programmes. *Nurse Education Today*, 34, 1104-1108. doi:10.1016/j.nedt.2014.02.003
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *The Lancet*, 376(9756), 1923-1958. doi:10.1016/S0140-6736(10)61854-5
- Fuertes, A., i López, F. (1997). *Aproximaciones al estudio de la sexualidad*. Salamanca: Amarú Ediciones.
- Gairín, J. (1995). Estudio de las necesidades de formación de los equipos directivos de los centros educativos. Madrid: Ministerio de Educación y Ciencia.

Gairín, J. (coord.) (2009). *Guía para la evaluación de las competencias en las Ciencias Sociales*. Barcelona: Agència per a la Qualitat del Sistema Universitari de Catalunya. Recuperat de http://www.aqu.cat/doc/doc_28508177_1.pdf

Gairín, J. (2011). Formación de profesores basada en competencias. *Bordón: Revista de Pedagogía*, 63(1), 93-108.

Recuperat de <https://recyt.fecyt.es/index.php/BORDON/article/view/28907/15412>

Gairín, J., i Rodríguez-Gómez, D. (2012). La pràctica professional i la seva vinculació amb la creació i gestió del coneixement col·lectiu. *Temps d'Educació*, 42, 269-286.

Recuperat de

<http://www.raco.cat/index.php/TempsEducacio/article/view/259240/346501>

García, Y., Aguilera, EM., Reyero, M., i Martín, S. (Coords.) (2016). *Deficiencias e Inequidad en los servicios de salud sexual y reproductiva en España*. Recuperat de <http://www.fpfe.org/wp-content/uploads/2016/04/Informe-serviciosSSR-Baja.pdf>

Gergen, K. J., i Gergen, M. (2011). *Reflexiones sobre la construcción social*. Madrid: Paidós.

Gibbs, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.

Gibbs, M. i Colclough, C. (2010). Exploring interprofessional education on sexual Health needs. *Learning Disability Practice*, 13(3), 19-22.

doi:10.7748/ldp2010.04.13.3.19.c7698

Giné, N. (2003). *Concepcions de l'alumnat universitari sobre els components de la fase interactiva del procés formatiu que afavoreixen l'aprenentatge* (Tesi doctoral no publicada). Universitat de Barcelona, Barcelona.

Giné, N., i Parcerisa, A. (coords.) (2003). *Planificación y análisis de la práctica educativa. La secuencia formativa: fundamentos y aplicación*. Barcelona: Graó.

Giné, N., i Parcerisa, A. (2013). Evaluar y aprender. Dins G. Bautista i A. Escofet (eds.), *Enseñar y aprender e la universidad* (p. 91-118). Barcelona: Octaedro.

Glaser, B. G. (1978). *Theoretical sensitivity: advances in the methodology of grounded theory*. Mill Valey, CA: Sociology Press.

Glaser, B. G., i Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. London: Weidenfeld and Nicolson.

Gran Enciclopèdia Catalana. (s.d.). Necessitat. Dins *Enciclopèdia.cat* (2a ed.). Recuperat de

<http://www.enciclopedia.cat/EC-GEC-0234354.xml>

- Grup de Formació i Desenvolupament Professional del Professorat (2000). *Necessitats de formació del professorat novell de la Universitat de Barcelona*. Departament de Didàctica i Organització Educativa. Universitat de Barcelona.
- Guba, E. G. (1990). The Alternative Paradigm Dialog. Dins E. Guba (ed.), *The Paradigm Dialog* (p. 17-27). Newbury Park, CA: SAGE.
- Guba, E. G. (2008). Criterios de credibilidad en la investigación naturalista. Dins J. Gimeno, i A. Pérez (eds.), *La enseñanza: su teoría y su práctica* (6ª ed., p. 148-165). Madrid: Akal.
- Guba, E. G., i Lincoln, Y. S. (2012). Controversias paradigmáticas, contradicciones y confluencias emergentes. Dins N. G. Denzin i Y. S. Lincoln (coords.), *Paradigmas y perspectivas en disputa* (p. 38-78). Barcelona: Gedisa.
- Gutiérrez, J. (2008). *Dinámica del grupo de discusión*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Hennessy, D., Hicks, C., Hilan, A. i Kawonal, Y. (2006a). A methodology for assessing the professional development needs of nurses and midwives in Indonesia: paper 1 of 3. *Human Resources for Health*, 4 (8). doi:10.1186/1478-4491-4-8
- Hennessy, D., Hicks, C., i Koesno, H. (2006b). The training and development needs of midwives in Indonesia: paper 2 of 3. *Human Resources for Health*, 4 (9). doi:10.1186/1478-4491-4-9
- Hennessy, D. A. i Hicks, C. M. (2011). Hennessy-Hicks training needs analysis questionnaire and manual. Recuperat de http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/HennessyHicks_trainingneedstool.pdf
- Hicks, MA. i Thomas, BA. (2005). Assessing the educational needs of community sexual healthcare practitioners. *Health and Social Care in the Community*, 13 (4), 323-329. doi: 10.1111/j.1365-2524.2005.00561.x
- Holloway, I., i Todres, L. (2008). Dins K. Gerrish, i A. Lacey., *Investigación en Enfermería* (5a ed., p. 192-207). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- Houwink, E., van Luijk, S., Henneman, L., van der Vleuten, C., Dinant, G. i Cornel, M. (2011). Genetic educational needs and the role of genetics in primary care: a focus group study with multiple perspectives. *BMC Family Practice*, 12(5). doi:10.1186/1471-2296-12-5

Hurtado, S., Pérez, M., Rubio-Aurioles, E., Coates, R., Coleman, E., Corona, E.,... Horno, P. (2011). *Educación para la sexualidad con bases científicas*. Recuperat de

http://www.flases.net/boletines/educacion_para_la_sexualidad.pdf

Ibáñez, J. (2003). *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: Técnica y crítica* (5ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno.

Ibáñez, J. (2015a). Cómo se realiza una investigación mediante grupos de discusión. Dins M. García., Alvira, F., Alonso, L., i Escobar, M (comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (4a ed., p. 418-434). Madrid: Alianza Editorial.

Ibáñez, J. (2015b). Perspectivas de la investigación social: el diseño en las tres perspectivas. Dins M. García., Alvira, F., Alonso, L., i Escobar, M (comps.), *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación* (4a ed., p. 42-75). Madrid: Alianza Editorial.

Imbernón, F. (1999). “De la formación espontánea a la formación planificada. La política de formación permanente en España”. Dins Pérez A, Barquín J, Angulo F. *Desarrollo profesional del docente: política, Investigación y Práctica*. Madrid: Akal.

Imbernón, F., i Giné, N. (2008). *Detecció i anàlisi de necessitats de formació del professorat d'educació secundària obligatòria per donar resposta educativa l'alumnat nouvingut*. Grup FODIP. Departament de Didàctica i Organització Educativa. Barcelona: Agència de Gestió d'Ajuts Universitaris i de Recerca.

International Confederation of Midwives. (2011a). *Definición Internacional de Matrona de la ICM*. Recuperat de

<http://www.internationalmidwives.org/global/español/definición-internacional-de-matrona-de-la-icm.html>

International Confederation of Midwives. (2011b). *Glosario de términos 2011*. Recuperat de <http://www.internationalmidwives.org/global/espa%20ol/normas-globales-competencias-esenciales-y-herramientas-de-la-icm.html>

International Confederation of Midwives. (2013). *Competencias esenciales para la práctica básica de la partería 2010*. Recuperat de <http://www.internationalmidwives.org/global/español/normas-globales-competencias-esenciales-y-herramientas-de-la-icm.html>

International Confederation of Midwives. (2014a). *Código Deontológico Internacional para Matronas*. Recuperat de

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/CoreDocuments/CD2008_001%20V2014%20SPA%20C%20B3digo%20Deontol%20C%20B3gico%20Internacional%20Para%20Matronas.pdf

International Confederation of Midwives. (2014b). Educación básica y continua para matronas. Recuperat de

http://www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/Position20Statements20-Spanish/PS2008_00120V201420SPA20Educaci3B3n20bC3A1sica20_rev.pdf

International Planned Parenthood Federation. (1995). Dins Observatori de Drets Sexuals i Reproductius. Associació de Planificació Familiar de Catalunya i Balears. Recuperat de <http://observatori.apfcib.org/drets-sexuals/els-drets-sexuals-i-els-drets-reproductius/drets-reproductius/>

International Planned Parenthood Federation (2014). *El marco post-2015 explicado de forma sencilla. Configurando el futuro de la salud y los derechos sexuales y reproductivos*. Recuperat de

http://intergruposalud.es/wp-content/uploads/2015/01/post2015madesimple_web_spanish.pdf

Kamberelis, G., i Dimitriadis, G. (2015). Grupos focales. Dins N. G. Denzin i Y. S. Lincoln (coords.), *Métodos de recolección y análisis de datos* (p. 494-532). Barcelona: Gedisa.

Kaschak, E. i Tiefer, L. (2001). *A New View of Women's Sexual Problems*. New York: Haworth Press. Dins Zielinski, R. (2013). *Assessment of Women's Sexual Health Using a Holistic, Patient-Centered Approach*. Michigan, USA: Journal of Midwifery and Women's Health.

Katchadourian, H.A. (1979). La sexualidad humana. Un estudio comparativo de su evolución. México: Fondo de Cultura Económica.

Katchadourian, H.A., i Lunde, D.T. (1979). Las bases de la sexualidad humana. México: CECSA.

Kent, N. (2010). The road ahead. *Midwives*, 13(5), 24-25.

Kirkpatrick, DL. (2000). *Evaluación de acciones formativas. Los cuatro niveles*. Barcelona: Gestión 2000.

Krueger, R. (1991). *El grupo de discusión. Guía práctica para la investigación aplicada*. Madrid: Pirámide.

Ku, M.M, i Tejada, J. (2015). Detección de necesidades de formación del profesorado de los institutos tecnológicos de Quintana Roo, México, basadas en competencias profesionales. *Educar*, 51(2), 397-416. doi: 10.5565/rev/educar.660

Lacey, A. (2008). El proceso de investigación. Dins K. Gerrish, i A. Lacey., *Investigación en Enfermería* (5a ed., p. 16-30). Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

- Lafuente, M.J., Valcárcel, P., i Cerviño, C. (2011). Necesidades de las matronas: práctica profesional y sugerencias de mejora. *Tesela*, 10, 1-8.
- Lara, G., i Rojas, S. (2002). La investigación cualitativa en la campaña presidencial de Vicente Fox. *Razón y Palabra*, núm. 29. Recuperat de <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n29/glara.html>
- Leininger, M. (2005). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. Dins J. M. Morse (ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (p. 137-160). Sant Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante.
- Ley Orgánica 2/2010, de 3 de marzo, de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo, BOE 55. Sec I Pág. 21001 (2010).
- Ley 1/2013, de 10 octubre, de Aprendizaje a lo Largo de la Vida, BOPV 199 Sec 4417 (2013).
- Leye, E. (2016). Midwifery training needs identified when caring for women with female genital mutilation. *Evid Based Nurs*, 19(1), 229-38. doi:10.1136/eb-2015-102080
- Lincoln, Y. S., i Guba, E. G., (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: SAGE.
- Llei 15/1990, de 9 de juliol, d'ordenació sanitària de Catalunya. DOGC 1324 (1990).
- Llei orgànica 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, BOE 298, (1999). Suplement en català núm. 17, de 30 de desembre. Última modificació 5 de març de 2011.
- Llei 16/2003, de 28 de maig, de cohesió i qualitat del Sistema Nacional de Salut, BOE 128 Sec 10715 (2003).
- Llei 44/2003, de 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries, BOE 280 Sec 21340 (2003).
- Llei Orgànica 1/2004, de 28 de desembre, de mesures de protecció integral contra la violència de gènere, BOE 313, de 29-12-2004.
- Llei 5/2008, del 24 d'abril, del dret de les dones a eradicar la violència masclista. Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya, núm. 251/VIII, del 28 d'abril de 2008.
- Llei 11/2014, del 10 d'octubre, per a garantir els drets de lesbianes, gais, bisexuals, transgènere i intersexuals i per a eradicar l'homofòbia, la bifòbia i la transfòbia, DOGC 6730 (2014).
- Llopis, R. (2004). *Grupos de discusión*. Madrid: ESIC.
- Lucas, M.; Cabello, F. (2007). *Introducción a la sexología clínica*. Madrid: Elsevier.

- Martínez, JM. (2005). Los métodos de evaluación de la competencia profesional: la evaluación clínica objetivo estructurada (ECO-E). *Educación Médica*, 8, 18-22.
- Martínez, C.; Fernández, A. (2016). Guia per la conducció de grups d'homes per una paternitat responsable, activa i conscient. Recuperat de https://atencioprimariaicsbcn.files.wordpress.com/2016/06/guia_pares_assir.pdf
- Maslow, A. (1982). *La amplitud potencial de la naturaleza humana*. México: Trillas.
- Maslow, A. (1991). *Motivación y personalidad*. Madrid: Díaz de Santos.
- Massot, L., Dorio, I., i Sabariego, M. (2016). Estrategias de recogida y análisis de la información. Dins R. Bisquerra (coord.), *Metodología de la investigación educativa* (5ª ed., p. 321-358). Madrid: La Muralla.
- McKenna, L., Bogossian, F., Hall, H., Brady, S., Fox-Young, S. i Cooper, S. (2011). Is simulation a substitute for real life clinical experience in midwifery? A qualitative examination of perceptions of educational leaders. *Nurse Education Today*, 31, 682-686. doi:10.1016/j.nedt.2011.02.014
- Medel-Añonuevo, C., Singh, M., Valdés-Cotera, R., Yang, J. (2012). *Directrices de la UNESCO para el reconocimiento, validación y acreditación de los resultados del aprendizaje no formal e informal*. Hamburgo: Instituto de la Unesco para el Aprendizaje a lo Largo de Toda la vida.
- Miller, GE. (1990). The assesment of clinical skills/competence/performance. *Academic Medicine: Journal of the Association of Amercian Medical Colleges*, 9 (65), 63-67.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2003). *Formación en Promoción y Educación para la Salud. Estudio de situación y necesidades de formación. Informe del Grupo de Trabajo de Promoción de la Salud a la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud*. Recuperat de <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/formacionSalud.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Resumen Ejecutivo de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009*. Recuperat de http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/EncuestaNacionalSaludSexual2009/resumenEjecutivoEncuestaSaludSexual_2009.pdf
- Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad. (2011). *Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva*. Recuperat de <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (s.d.). *Comisión de formación continuada de las profesiones sanitarias*. Recuperat de <https://www.msssi.gob.es/profesionales/formacion/formacionContinuada/comision.htm>
- Molina, N. L. (2001). *Detección de las necesidades formativas del directivo escolar municipal a partir de sus características profesionales* (Tesi doctoral). Recuperat de <http://hdl.handle.net/10803/5000>
- Monclús, A., i Saban, C. (2015). 1995-2015: 20 años de aprendizaje permanente en la Unión Europea. *Revista Iberoamericana de Educación*, 69 (3), 93-116. Recuperat 14 març 2016, a <http://rieoei.org/deloslectores/6710.pdf>
- Morín, E. (1982). *Ciencia con consciencia*. Barcelona: Anthropos.
- Morín, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. Barcelona: Paidós.
- Morse, J. (2000). Los métodos cualitativos: el estado del arte. *Revista Universidad de Guadalajara*, 17, 31-40.
- Morse, J. M. (2005). "Emerger de los datos": los procesos cognitivos del análisis en la investigación cualitativa. Dins J. M. Morse (ed.), *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (p. 53-76). Sant Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante.
- Navío, A. (2006). La formación de los profesionales de la formación para el trabajo: algunos dilemas y algunas respuestas. *Educación*, (38), 63-79. Recuperat de <http://www.raco.cat/sire.ub.edu/index.php/Educacion/article/view/72349/82603>
- Necessitat bàsica (2008). Dins *Diccionari d'infermeria*. Recuperat de http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/34/Cerca/
- Necessitat social. (2011). Dins *Diccionari d'educació*. Recuperat de http://www.termcat.cat/ca/Diccionaris_En_Linia/132/Cerca/
- Nolla, M. (2009). La evaluación en educación médica. *Educación Médica*, 12 (4) 223-229.
- Olazábal, JC et al. (1990). *Manual de sexualidad en atención Primaria*. Salamanca: Amarú.
- Ordre SAS/1349/2009, de 6 de maig. *Programa formatiu de l'especialitat d'Infermeria Obstètrica Ginecològica (Llevadora)*, BOE núm. 129, Sec III Pág. 44697.

Organización Mundial de la Salud. (1975). *Instrucción y asistencia en cuestiones de sexualidad humana: formación de profesionales de la salud*. Série Tècnica 572. Recuperat de

<http://www2.hu-berlin.de/sexology/GESUND/ARCHIV/SPANISCH/WHOR.HTM#kopf>

Organización Mundial de la Salud. (2002). *Gender and reproductive rights: sexual Health*, Recuperat de <http://www.who.int/tòpics/sexualhealth/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2006a). *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health*. Recuperat de

http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2006b). *Informe sobre la salud en el mundo 2006. Colaboremos por la salud*. Recuperat de

http://www.who.int/whr/2006/whr06_es.pdf?ua=1

Organización Mundial de la Salud. (2011). *Sexual and reproductive Health. Core competencies in primary care*. Geneve: Department of Reproductive Health and Research. Recuperat de

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44507/1/9789241501002_eng.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013a) *WHO Glossary. Global Evaluation Toolkit for Health Workforce Education*. Recuperat de

http://www.who.int/hrh/education/dev_who_toolkit_eval/en/

Organización Mundial de la Salud. (2013b). *66a. Asamblea Mundial de la Salud*. Recuperat de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66-REC1/A66_REC1-sp.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2013c). *Compétences fondamentales des formateurs de sages-femmes*. Recuperat de http://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/FR-educator_comptencies.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Respeto de los derechos humanos al proporcionar información y servicios de anticoncepción: orientaciones y recomendaciones*. Recuperat de

http://www.who.int/topics/human_rights/derechos_humanos_anticoncepcion_spa.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Mujer y salud: 20 años después de la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. 68.ª ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD. Recuperat de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_16-sp.pdf

Organización de Naciones Unidas. (1948). *Declaració Universal de Drets Humans*. Asamblea General de les Nacions Unides, resolució 217 A (III) de 10 de desembre de 1948.

Organización de Naciones Unidas. (1994). *Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo*. Recuperat de

<http://www.un.org/popin/icpd/conference/offspa/sconf13.html>

Organización de Naciones Unidas. (1996). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Recuperat de

<http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>

Organización de Naciones Unidas. (2000). *Declaración del Milenio*. A/RES/55/2. Recuperat de <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>

Organización de Naciones Unidas. *Non Governmental Liaison Service*. (2012). *Cumbre de Londres Sobre la Planificación Familiar*. Recuperat de <https://unngls.org/index.php/espanol/2012/710-cumbre-londres-sobre-planificacion-familiar>

Organización de Naciones Unidas. (2013a). *Primera reunión de la Conferencia Regional sobre Población y Desarrollo de América Latina y el Caribe*. Recuperat de

http://www.cepal.org/celade/noticias/documentosdetrabajo/8/50708/2013-595-Consenso_Montevideo_PyD.pdf

Organización de Naciones Unidas. (2013b). *Plan estratégico de la Entidad de las Naciones Unidas para la Igualdad de Género y el Empoderamiento de las Mujeres 2014-2017*. Recuperat de

http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=UNW/2013/6&Lang=S

Organización de Naciones Unidas. Consell de Drets Humans de l'ONU. (2014). *Resumen preparado por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos con arreglo al párrafo 15 c) del anexo de la resolución 5/1 del Consejo de Derechos Humanos y al párrafo 5 del anexo de la resolución 16/21 del Consejo*. Recuperat de

<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G14/191/74/PDF/G1419174.pdf?OpenElement>

Organización de Naciones Unidas. (2015a). *Objetivos de Desarrollo del Milenio. Informe de 2015*. Recuperat de http://www.un.org/es/millenniumgoals/pdf/2015/mdg-report-2015_spanish.pdf

Organización de Naciones Unidas. Every Woman Every Child. (2015b). *Global strategy for women's, children's and adolescents' Health (2016-2030)*. Recuperat de http://globalstrategy.everywomaneverychild.org/pdf/EWEC_globalstrategyreport_200915_FINAL_WEB.pdf

Organización de Naciones Unidas. (2016). *Objetivos de Desarrollo Sostenible. 17 Objetivos para transformar nuestro mundo*. Recuperat de <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización Panamericana de la Salud. (2000). *Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción*. Recuperat de http://www.flases.net/boletines/salud_sexual_ops.pdf

Pàmies, M. (2011). *Temps d'espera: un estudi exploratori de la perspectiva del consumidor* (Tesi doctoral). Recuperat de <http://hdl.handle.net/10803/123912>

Pardell, H. (2008). Desarrollo profesional continuo, ¿de qué estamos hablando?. *Educación Médica*, 11(2), 53-56.

Parlament de Catalunya (2015). *Declaració del Parlament de Catalunya sobre la incorporació dels drets sexuals i reproductius en el Marc de desenvolupament post-2015*. Recuperat de http://www.parlament.cat/web/activitat-parlamentaria/declaracions-institucionals/index.html?p_id=169779978

Parlament Europeu (2002). *Proyecto de Informe sobre salud sexual y reproductiva. Resolución 2001/2128(INI). Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Oportunidades*. Recuperat de <http://www.europarl.europa.eu/meetdocs/committees/femm/20020603/463603ES.pdf>

Peiró, R. (1996). El grupo de discusión en el entorno sanitario. Valencia: Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública.

Peräkylä, A. (2015). Análisis de la conversación y el texto. Dins N. G. Denzin i Y. S. Lincoln (coords.), *Métodos de recolección y análisis de datos* (p. 462-493). Barcelona: Gedisa.

- Pérez-Campanero, MP. (2000). *Cómo detectar las necesidades de intervención socioeducativa*. Madrid: Narcea.
- Perrenoud, P. (1999). *Enseigner: agir dans l'urgence, décider dans l'incertitude*. París: ESF.
- Pineda, P. (coord.) (2002). *Gestión de la formación en las organizaciones*. Barcelona: Ariel.
- Phillippi, J., i Avery, MD. (2014). The 2012 American College of Nurse-Midwives Core Competencies for Basic Midwifery Practice: History and Revision. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 59 (1) 82–90. doi:10.1111/jmwh.12148
- Phillippi, JC., i Barger, MK. (2015). Midwives as Primary Care Providers for Women. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 60, 250-257. doi:10.1111/jmwh.12295
- Reial Decret 1030/2006, de 15 de setembre, pel qual s'estableix la cartera de serveis comuns del sistema nacional de salut i el procediment per a la seva actualització, BOE núm. 222, 16212 (2006).
- Reial Decret 1837/2008, de 8 de novembre, pel qual s'incorporen a l'ordenament jurídic espanyol la Directiva 2005/36/CE, del Parlament Europeu i del Consell, de 7 de setembre de 2005, i la Directiva 2006/100/CE, del Consell, de 20 de novembre de 2006, relatives al reconeixement de qualificacions professionals, així com a determinats aspectes de l'exercici de la professió d'advocat, BOE núm. 280 Sec 18702 (2008).
- Rodríguez, G., Gil, J., i García, E. (1999). *Metodología de la investigación cualitativa* (2ª ed.). Málaga: Aljibe.
- Rogers, C., i Freiberg, H.J. (1996). *Libertad y creatividad en la educación* (3a ed.). Barcelona: Paidós.
- Rossett, A. (1987). *Training Needs Assessment*. New Jersey, USA: Educational Technology Publications.
- Rué, J.; Martínez, M. (2005). *Les titulacions UAB en l'Espai Europeu d'Educació Superior*. Recuperat de http://www.uab.cat/iDocument/eines_1,2.pdf
- Ruiz-Olabuénaga, J. L. (2012). *Metodología de la investigación cualitativa* (5ª ed.). Bilbao: Universidad de Deusto.
- Saban, C. (2010). «Educación permanente» y «aprendizaje permanente»: dos modelos teórico-aplicativos diferentes. *Revista Iberoamericana de Educación*, 52(1), 203-230. Recuperat 11 març 2016, a <http://rieoei.org/rie52a10.pdf>
- Sabariago, M. (2016). La investigación educativa: gènesis, evolució i característiques. Dins R. Bisquerra (coord.), *Metodología de la investigación educativa* (5ª ed., p. 49-85). Madrid: La Muralla.

- Sabariego, M., i Bisquerra, R. (2016). Fundamentos metodol\u00f3gicos de la investigaci\u00f3n educativa. Dins R. Bisquerra (coord.), *Metodolog\u00eda de la investigaci\u00f3n educativa* (5\u00e1 ed., p. 19-48). Madrid: La Muralla.
- Sabariego, M., Massot, I., i Dorio, I. (2016). M\u00e9todos de investigaci\u00f3n cualitativa. Dins R. Bisquerra (coord.), *Metodolog\u00eda de la investigaci\u00f3n educativa* (5\u00e1 ed., p. 285-320). Madrid: La Muralla.
- Sandelowski, M. (2000). Whatever happened to qualitative decription?. *Research in Nursing & Health*, 23(4), 334-340. doi: 10.1002/1098-240X(200008)23:4<334::AID-NUR9>3.0.CO;2-G
- Sand\u00edn, M. P. (2003). *Investigaci\u00f3n Cualitativa en Educaci\u00f3n: Fundamentos y tradiciones*. Madrid: McGraw-Hill.
- Sch\u00f3n, D. (1992). *La formaci\u00f3n de profesionales reflexivos. Hacia un nuevo dise\u00f1o de la ense\u00f1anza y el aprendizaje en las profesiones*. Madrid: Paid\u00f3s.
- Sch\u00f3n, D. (1998). *El profesional reflexivo. C\u00f3mo piensan los profesionales cuando act\u00faan*. Barcelona: Paid\u00f3s.
- Servei Catal\u00e0 de la Salut, Generalitat Catalunya. (2016). *Serveis dels equips d'atenci\u00f3 a la salut sexual i reproductiva (ASSIR)*.
- Recuperat de <http://catsalut.gencat.cat/ca/detalls/articulos/Serveis-dels-ASSIR>
- Sierra, R. (1999). *Tesis Doctorales y trabajos de Investigaci\u00f3n Cient\u00edfica*. Madrid: Paraninfo.
- Stern, P.N. (2005). Erosionar la teoria fundamentada. Dins J. M. Morse. (ed.), *Asuntos cr\u00edticos en los m\u00e9todos de investigaci\u00f3n cualitativa* (p. 269-284). Sant Vicente del Raspeig: Universidad de Alicante.
- Strauss, A. i Corbin, J. (2002). *Bases de la investigaci\u00f3n cualitativa. T\u00e9cnicas y procedimientos para desarrollar la teoria fundamentada*. Medell\u00edn: Universidad de Antioquia.
- Stufflebeam, D., McCormick, C., Brinkerhoff, R., i Cheryl, N. (1985). *Conducting Educational Needs Assessment*. Boston: Kluwer-Nijhoff Publishing.
- Su\u00e1rez, M. (2005). *El grupo de discusi\u00f3n. Una herramienta para la investigaci\u00f3n cualitativa*. Barcelona: Laertes.
- Tamir, P. (2005). Conocimiento profesional y personal de los profesores y de los formadores de profesores. *Profesorado, Revista de Curr\u00edculum y Formaci\u00f3n del Profesorado*, 9(2), 1-10. Recuperat de
- <https://recyt.fecyt.es/index.php/profesorado/issue/view/2366>

- Taylor, S. J., i Bogdan, R. (2000). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación*. (3ª ed.). Barcelona: Paidós.
- Tejedor, F. J. (1990). Perspectiva metodológica del diagnóstico y evaluación de necesidades en el ámbito educativo. *Revista de Investigación Educativa*, 8(16), 15-37.
- Tierno, J. M., Iranzo, P. i Barrios, Ch. (2013). El compromiso organizativo e institucional para diseñar y evaluar competencias en la universidad. *Revista de Educación*, 361, 223-251. doi: 10.4438/1988-592X-RE-2011-361-141
- Trinidad, A., Carrero V. i Soriano, RM. (2006). *Teoría Fundamentada "Grounded Theory". La construcción de la teoría a través del análisis interpretacional*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- UNESCO. Institut per a l'Aprenentatge al Llarg de Tota la Vida. (2014). *Estrategia a plazo medio 2014-2021. Sentar las bases de un aprendizaje equitativo para todos a lo largo de toda la vida*. Recuperat de <http://unesdoc.unesco.org/images/0023/002311/231112s.pdf>
- Unión Europea. (2000). *Memorándum sobre el Aprendizaje permanente*. Recuperat de <http://www.oei.es/eduytrabajo2/Memoaprenpermanente.pdf>
- Unión Europea. (2006). *Recomendación del parlamento europeo y del consejo de 18 de diciembre de 2006 sobre las competencias clave para el aprendizaje permanente (2006/962/CE)*. Recuperat de <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2006:394:0010:0018:es:PDF>
- Unión Europea. European Commission Lifelong Learning Programme. (2011). *The Lifelong Learning Programme 2007-2013 Glossary*. Recuperat de <http://programmaleonardo.net/llp/cd/cd2/dati/documenti/LLP%20glossary.pdf>
- Unión Europea. Directiva 2013/55/UE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 20 de noviembre, por la que se modifica la Directiva 2005/36/CE relativa al reconocimiento de cualificaciones profesionales y el Reglamento (UE) nº 1024/2012 relativo a la cooperación administrativa a través del Sistema de Información del Mercado Interior («Reglamento IMI»), DOUE núm. L 354 (2013).
- Unión Europea. (2015a). *Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for Health professionals in the EU. Final Report*. Recuperat 5 setembre 2015, des de http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_report_en.pdf

- Unión Europea. (2015b). *Study concerning the review and mapping of continuous professional development and lifelong learning for Health professionals in the UE. Annex IIIA. A review of the existing literatura*. Recuperat 7 setembre 2015, des de http://ec.europa.eu/health/workforce/docs/cpd_mapping_annex3a_en.pdf
- Universitat de Barcelona. Agència de Polítiques i de Qualitat. (2010). *Codi de bones pràctiques en recerca*. Recuperat de <http://hdl.handle.net/2445/28542>
- Valles, M. S. (2007). *Técnicas cualitativas de investigación social: Reflexión metodológica y práctica profesional (4ª reimpr.)*. Madrid: Síntesis.
- Valles, M. S. (2014). *Entrevistas cualitativas (2ª ed.)*. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Valles, M. S. (2015). La teoria fundamentada (*grounded theory*) y el anàlisis cualitativo asistido por ordenador. Dins M. García., Alvira, F., Alonso, L., i Escobar, M (comps.), *El anàlisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación (4a ed., p. 617-640)*. Madrid: Alianza Editorial.
- Van der Vleuten, C. P. M., i Schuwirth, L. W. T. (2005). Assessing professional competence: from methods to programmes. *Medical Education*, 39, 309-317. Recuperat de <http://lsc-ead.nutes.ufrj.br/constructore/objetos/6AssessingProfessionalCompetence.pdf>
- Van der Vleuten, C. P. M., Schuwirth, L. W. T., Scheele, F., Driessen, E. W., i Hodges, B. (2010). The assessment of professional competence: building blocks for theory development. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 24 (6), 703-719. doi: 10.1016/j.bpobgyn.2010.04.001
- Vasilachis de Gialdino, I. (2013). Investigación cualitativa: Metodologías, estrategias, perspectivas, propósitos. Dins N. K. Denzin, i Y.S. Lincoln (coords.), *El campo de la investigación cualitativa (p 11-51)*. Barcelona: Gedisa.
- Verd, J. M., i Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas*. Madrid: Síntesis.
- Walker, S. H., i Davis, G. (2014). Knowledge and reported confidence of final year midwifery students regarding giving advice on contraception and sexual health. *Midwifery*, 30(5), 169-176. doi:10.1016/j.midw.2014.02.002
- World Association for Sexology. (1999). *Declaration of Sexual Rights*. Recuperat de <http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration-of-sexual-rights.pdf>

World Association for Sexual Health. (2008). *Salud Sexual para el Milenio. Declaración y Documento Técnico*. Minneapolis, MN, USA, World Association for Sexual Health. Recuperat de <http://www.paho.org>

World Association for Sexual Health. (2014). *Declaración de los Derechos Sexuales*. Recuperat de http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaracion_derechos_sexuales_sep03_2014.pdf

Zabalza, MA. (1988). *Diseño y desarrollo curricular*. Madrid: Narcea.

Zabalza, MA. (2002). *La enseñanza universitaria: el escenario y sus protagonistas*. Madrid: Narcea.

Zielinski, R. (2013). Assessment of women's sexual health using a holistic, patient-centered approach. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 58(3) 321-327. doi: 10.1111/jmwh.12044

ANNEX 1. DADES LLEVADORA ASSISTENCIAL GRUPS DISCUSSIÓ 1 I 2

Nom i Cognoms:

Telèfon de contacte:

Adreça correu:

Dades socio-demogràfiques i laborals

Data naixement:

Edat:

Sexe: Dona

Home

Unitat PASSIR (nom i àmbit territorial):

.....
.....

Àmbit treball (pot assenyalar més d'un):

rural

semi urbà

urbà

Nombre d'anys treballats en el PASSIR:

.....

Altres llocs i nombre d'anys de treball relacionats (anteriors i actuals):

.....
.....
.....
.....

Formació realitzada

Especialitat llevadora: any..... centre.....

Altres formació reglada (llicenciatura, màster,...)

.....
.....

Formació prèvia específica d'utilitat per a l'atenció a la salut sexual:

.....
.....

ANNEX 2. DADES LLEVADORA GESTORA GRUP DISCUSSIÓ 3

Nom i Cognoms:

Telèfon de contacte:

Adreça correu:

Dades socio-demogràfiques i laborals

Data naixement:

Edat:

Sexe: Dona Home

Unitat PASSIR (nom i àmbit territorial):

.....
.....

Àmbit treball (pot assenyalar més d'un):

rural semi urbà urbà

Nombre d'anys treballats en el PASSIR:

en l'assistència en gestió ambdós

Altres llocs i nombre d'anys de treball relacionats (anteriors i actuals):

.....
.....

Formació rebuda

Especialitat llevadora: any..... centre.....

Altra formació: llicenciatura / Específica en salut sexual: màster, postgrau, cursos, tallers, altres,...):

.....
.....
.....
.....

Formació organitzada específica en salut sexual:

.....
.....
.....
.....

ANNEX 3. GUIA DELS GRUPS DE DISCUSSIÓ

Previ a l'inici de la sessió amb el grup de discussió:

Agrair participació

Emplenar fitxa dades

1. Informació projecte
 - a. Títol: **Necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció de la salut sexual de la dona.**
 - b. Tesi doctoral
2. Informació participants
 - a. Full informatiu
 - b. Consentiment informat
 - c. Despeses desplaçament
 - d. Certificat participació estudi
3. Informació metodologia
 - a. Opinió i reflexió sobre el tema d'estudi
 - b. Conversabilitat – es gravarà sessió
4. Perspectiva des de la pràctica de l'atenció a la salut sexual i reproductiva (ASSIR) i concretament en sexualitat i afectivitat (com a eix transversal en l'ASSIR)

Hora inici:

Hora final:

PREGUNTES TEMÀTIQUES

1. En quins programes de l'ASSIR penseu que cal realitzar atenció a la salut afectiva i sexual? (en quines activitats, situacions, tipus de població..., cal realitzar assessorament en sexualitat i psicoafectivitat).
 - a. En quines activitats assistencials i educatives considereu més important/necessari atendre la salut sexual i afectiva? **PRIORITZAR**
2. De les activitats que realitzeu en l'atenció a la salut sexual, quines penseu que feu més bé? en quines us sentiu més satisfetes?
 - a. Quins coneixements i estratègies us són més útils?

3. En quines activitats o situacions d'atenció a la salut sexual trobeu dificultats per realitzar-les? en quines penseu que tenen dificultats les vostres companyes?
 - a. Com es podria millorar aquest fet?
 - b. Quins coneixements i estratègies penseu que cal desenvolupar?

4. En quines àrees de la vostra feina us agradaria rebre més formació en matèria de sexualitat i afectivitat i atenció a la salut sexual?

GUIA OBSERVADORA CRÍTICA

	GRUP DE DISCUSSIÓ núm. X	Data:
Temes a explorar en la reunió Guia de preguntes moderadora	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En quins dels programes o activitats consideren important atendre la salut sexual i sexualitat ▪ Satisfacció al realitzar les diverses activitats en la pràctica professional ▪ Dificultats per realitzar les activitats en l'atenció a la salut sexual ▪ Considerant l'àmbit competencial (coneixements, habilitats, valors i actituds) identificar els necessaris per a l'atenció a la salut sexual ▪ Manera de millorar les competències ▪ Demandes per rebre més formació en l'atenció a la salut sexual i sexualitat 	
Observadora crítica	Moderadora	Llançament preguntes Comunicació no verbal Control del grup Exploració de temàtiques
	Desenvolupament de la sessió	Situació / posició de les participants en el grup Inhibides Xerraires Actuació de la moderadora
	Altres qüestions a observar	
COMENTARIS:		

ANNEX 4. GUIA DE L'ENTREVISTA

Previ a l'inici de l'entrevista:

Agrair participació

Emplenar fitxa dades

5. Recordatori informació projecte
 - a. Títol: **Necessitats de formació de les llevadores per a l'atenció de la salut sexual de la dona.**
 - b. Tesi doctoral
6. Informació participants
 - a. Full informatiu
 - b. Consentiment informat
 - c. Despeses desplaçament
 - d. Certificat participació estudi
7. Informació metodologia
 - a. Opinió i reflexió sobre el tema d'estudi
 - b. Es realitzarà l'entrevista proposant els temes de conversa o bé amb preguntes obertes, segons el desenvolupament de la mateixa – es gravarà l'entrevista
8. Perspectiva des de l'experiència en formació en salut sexual i sexualitat realitzada a llevadores i altres professionals

Hora inici:

Hora final:

TEMES DE CONVERSA - PREGUNTES

1. Context de la formació en salut sexual i sexualitat a Catalunya.
 - a. Des d'una perspectiva històrica i experiencial:
Quina és la vostra experiència en formació en salut sexual/sexualitat?
Per quins programes/situacions es va començar?

- b. Formació realitzada des de les recomanacions del Departament de Salut (2007) i Ministerio de Sanidad y Política Social e Igualdad (2010, 2011):
A partir d'aquestes recomanacions s'ha realitzat alguna formació?
- c. Dificultats per realitzar formació a llevadores en salut sexual/sexualitat:
Quines dificultats us heu trobat per realitzar formació en salut sexual i sexualitat? (per part de llevadores/equip, de recursos, institucionals...)
- d. Des d'una perspectiva territorial actual:
Penseu que la formació en salut sexual/sexualitat és o ha de ser diferent segons el territori?

2. Línies i reptes de la formació en base a les necessitats de la pràctica professional

- a. Formació en salut sexual/sexualitat segons diferents situacions o programes
Penseu que cal realitzar la formació de manera específica en salut sexual/sexualitat o bé integrar-la en els diferents processos/situacions de l'ASSIR?
- b. Desenvolupament de competències
Quines competències per a l'atenció a la salut sexual penseu que cal reforçar amb formació?
- c. Treball en equip
Penseu que la formació s'ha de realitzar adreçada només a llevadores o a tot l'equip?
- d. Valors professionals
Quins valors penseu que cal abordar amb la formació en salut sexual/sexualitat?
Com es poden transmetre els valors mitjançant la formació?

3. Recursos per a la formació i metodologia a utilitzar

a. Recursos institucionals

Quins recursos dels que disposeu penseu que es poden potenciar per a la formació en salut sexual/sexualitat?

Quins nous caldrien?

b. Recursos personals de les professionals

Quins recursos personals (experiència, bagatge professional...) es podrien utilitzar?

c. Metodologies de la formació

Quines metodologies/estratègies penseu que poden ser exitoses per a la formació en salut sexual/sexualitat?

ANNEX 5. Informe favorable Informe favorable de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona



UNIVERSITAT DE BARCELONA

Gestió de la Recerca

Pavelló Rosa (recinte Maternitat)
primer pis
Travessera de les Corts, 131-159
08028 Barcelona
Tel. 93 403 53 95 - 93 403 53 97
Fax (34) 93 403 54 00
g.recerca@ub.edu
www.ub.es/ogrc/ogrc.htm

COMISSIÓ DE BIOÈTICA

En Albert Royes i Qui, Secretari de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

CERTIFICA

Que analitzada la sol·licitud presentada per **Helena Viñas Llebot**, doctoranda en el Departament de Didàctica i Organització Educativa, i referent a la Tesi intitulada **"NECESSITATS DE FORMACIÓ DE LES LLEVADORES PER A L'ATENCIÓ DE LA SALUT SEXUAL DE LA DONA"**, dirigida per la Doctora Núria Giné Freixas, aquesta Comissió, per acord de data 28 de maig de 2013, va aprovar informar favorablement des del punt de vista bioètic, la realització de l'esmentada tesi.

I perquè en quedi constància a tots els efectes, signa aquest document, amb el vist i plau del President de la Comissió, a Barcelona, 28 de maig de 2013.

PER ORDRE DEL SECRETARI:

ITZAR DE LECUNA

UNIVERSITAT DE BARCELONA

U

B

Oficina de Gestió de la Recerca

Vist i Plau

El president de la Comissió de Bioètica de la Universitat de Barcelona

Dra. Itzar de Lecuna
 membre de la Comissió de Bioètica

COMISSIÓ DE BIOÈTICA

Institutional Review Board (IRB00003099)

