



## ORIGINAL

## Satisfacción percibida por las mujeres durante el parto en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias a través del Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E)



Héctor González-de la Torre<sup>a,b,\*</sup>, Sara Miñarro-Jiménez<sup>b</sup>,  
Inmaculada Palma-Arjona<sup>b</sup>, Julia Jeppesen-Gutierrez<sup>b</sup>, Miriam Berenguer-Pérez<sup>c</sup>  
y José Verdú-Soriano<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Universidad de La Laguna-Sede La Palma, Santa Cruz de Tenerife, España

<sup>b</sup> Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Gran Canaria, Servicio Canario de Salud, Las Palmas de Gran Canaria, España

<sup>c</sup> Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España

Recibido el 30 de noviembre de 2019; aceptado el 18 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 16 de julio de 2020

### PALABRAS CLAVE

Satisfacción del paciente;  
Fórceps obstétricos;  
Inducción del parto;  
Encuestas y cuestionarios;  
Nacimiento

### Resumen

**Objetivo:** Conocer el grado de satisfacción de las mujeres tras el parto en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Gran Canaria (HUMIC) y establecer posibles relaciones entre el grado de satisfacción y las variables estudiadas.

**Método:** Estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico. La población a estudio fueron las mujeres cuyo parto tuvo lugar en el mes de noviembre del 2018 en el HUMIC reclutadas mediante muestreo no probabilístico de tipo consecutivo. Se utilizó el cuestionario Childbirth Experience Questionnaire en su versión española (CEQ-E) (cuestionario con 4 dominios: capacidad propia, apoyo profesional, seguridad percibida y participación/modelo de análisis 2). En una primera fase se realizó un análisis descriptivo y en una segunda, un análisis inferencial para explorar la asociación entre diferentes variables.

**Resultados:** La muestra total fue de 257 mujeres (n = 257). La puntuación total con el CEQ-E fue de 3,24 (DE 0,37 puntos). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la puntuación final del CEQ-E entre las mujeres con parto espontáneo frente a inducciones-estimulaciones (p = 0,563) ni entre mujeres primíparas frente a multiparas (p = 0,060). Las mujeres cuyo parto había sido menor o igual a 12 h (p = 0,024), sin traumatismo perineal (p = 0,021) y aquellas a las que no se les ha realizado episiotomía (p = 0,002) obtuvieron mejor puntuación final en el CEQ-E. El parto instrumental (fórceps) frente al parto eutócico se asocia a puntuaciones menores respecto a la puntuación final en el CEQ-E (p ≤ 0,001).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [hegontor@live.com](mailto:hegontor@live.com) (H. González-de la Torre).

*Conclusiones:* La satisfacción global de la gestante tras el parto en el HUMIC es alta. El parto instrumental parece asociarse a menor satisfacción percibida. Aspectos como el miedo y el cansancio en el parto pueden influir negativamente en la satisfacción. Estos aspectos son susceptibles de mejora mediante el establecimiento de estrategias que ayuden a mayor bienestar y minimicen el miedo de las gestantes en su parto.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

## KEYWORDS

Patient satisfaction;  
Obstetric forceps;  
Induced labour;  
Surveys and  
questionnaires;  
Birth

## Perceived satisfaction of women during labour at the Hospital Universitario Materno-Infantil of the Canary Islands through the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E)

### Abstract

*Objective:* To determine the degree of satisfaction of women after childbirth at the Hospital Universitario Materno-Infantil of Gran Canaria (HUMIC) and to establish possible relationships between the degree of satisfaction and the variables studied.

*Method:* A cross-sectional, descriptive, observational study with an analytical component. The study population comprised women who gave birth at the HUMIC in November 2018, recruited through consecutive non-probabilistic sampling. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E) was used (questionnaire with 4 domains: own capacity', professional support, perceived safety and participation/analytical model 2). In a first phase a descriptive analysis was made, and in a second phase an inferential analysis to explore the association between different variables.

*Results:* The total sample comprised 257 women ( $n = 257$ ). The total score using the CEQ was 3.24 (SD .37 points). No statistically significant differences were found in the final CEQ score between the women who had a spontaneous delivery versus induction-stimulation ( $P = .563$ ) or between primiparous versus multiparous women ( $P = .060$ ). The women whose labour lasted 12 hours or less ( $P = .024$ ), without perineal trauma ( $P = .021$ ) and those who had not undergone episiotomy ( $P = .002$ ) achieved a better final CEQ score. Instrumental delivery (forceps) versus normal delivery is associated with lower scores with respect to the final CEQ-E score ( $P \leq .001$ ).  
*Conclusions:* Women's overall satisfaction after delivery in HUMIC was high. Instrumental delivery seems to be associated with lower perceived satisfaction. Aspects such as fear and fatigue in labour could affect satisfaction negatively. These aspects can be improved by establishing strategies to increase comfort and minimise pregnant women's fear of labour.

© 2020 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## ¿Qué se conoce?

La satisfacción materna durante el parto es un tema de estudio importante, pero es un tema pendiente para los servicios obstétricos. A pesar de la existencia de múltiples cuestionarios para medir la satisfacción del parto, tenemos poca evidencia sobre la fiabilidad y validez de muchos de ellos. Es probable que la duración o el tipo del parto, así como otros aspectos, influyan en la satisfacción final de las mujeres con su parto.

## ¿Qué aporta?

El cuestionario Childbirth Experience Questionnaire en su versión española (CEQ-E) es una herramienta válida para medir la satisfacción en el parto. Aspectos como el miedo y el cansancio en el parto influyen negativamente en esta satisfacción. Los partos instrumentales se asocian significativamente a una menor satisfacción en el parto.

## Introducción

Hoy en día está aceptado que en la evaluación de los servicios sanitarios se deben incluir indicadores de calidad que permitan valorar y medir la percepción que tienen los usuarios de los cuidados recibidos por parte de los servicios de salud<sup>1</sup>.

Sin embargo, clásicamente, la evaluación de la calidad de los servicios de salud reproductiva se ha basado en la medición de ciertos indicadores como la mortalidad perinatal-maternal o la tasa de cesáreas, prestando menor atención a otros aspectos igualmente importantes, tales como las experiencias y creencias individuales de las mujeres sobre su maternidad, el proceso de su parto y los cuidados recibidos en este<sup>2,3</sup>. De hecho, en los últimos años, el estudio de la satisfacción percibida por las mujeres en el proceso de su parto ha suscitado especial interés<sup>4,5</sup>.

Probablemente, esto puede ser debido a que una experiencia negativa en el parto se ha relacionado con la aparición de ciertos aspectos negativos como menores tasas de lactancia materna, aumento de los trastornos de la relación materno-infantil, aumento de la incidencia de depresión posparto, aparición de síndrome de estrés post-traumático o la disminución en el deseo de tener nueva descendencia<sup>4,6-8</sup>.

La medición de la satisfacción de la mujer en el parto resulta de gran relevancia, ya que profundizar en este conocimiento puede ayudar a identificar las áreas que necesitan mejoras en la atención, así como cuales son las carencias percibidas por las mujeres<sup>4</sup>. Consecuentemente, cada vez más, los gestores sanitarios incluyen la medición de la satisfacción de las mujeres con su parto como un elemento importante dentro de la evaluación de la calidad asistencial proporcionada por sus servicios sanitarios obstétricos<sup>9</sup>.

Sin embargo, la medición de la satisfacción de los pacientes en salud es un aspecto no exento de complejidad<sup>4</sup>. De manera específica, y con el objetivo de conocer la satisfacción percibida por la mujer tras su parto, se han desarrollado numerosos cuestionarios en los últimos años<sup>4,5,10,11</sup>. Estos cuestionarios, generalmente, valoran diversos aspectos, estructurándose en dominios o dimensiones, lo cual demuestra que en la satisfacción de las mujeres en el parto intervienen diversos elementos no siempre fácilmente cuantificables<sup>4,12</sup>.

A pesar de la existencia de múltiples cuestionarios, existe poca evidencia sobre la fiabilidad y la validez de muchos de ellos<sup>4</sup>. Además, el diseño en algunos de los cuestionarios destinados a la medición de la satisfacción del parto en las mujeres está enfocado a una población diana muy concreta, como pueden ser las mujeres primíparas<sup>13</sup> o con partos pretérmino<sup>10</sup>.

Otro aspecto importante se refiere a que lo más frecuente es que los estudios sobre satisfacción en el parto excluyan a las mujeres con alto riesgo obstétrico<sup>11,13-16</sup>. No se debe olvidar que, actualmente, un importante porcentaje número de mujeres tienen un riesgo obstétrico medio-alto<sup>13,17,18</sup>. De esto se desprende que existen pocos datos sobre la satisfacción en el parto de las gestantes de riesgo.

El Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias (HUMIC), ubicado en la isla de Gran Canaria, es el hospital obstétrico-ginecológico de referencia en la provincia, con un total de 4.085 partos durante el año 2018, siendo

un porcentaje elevado de riesgo medio-alto (gestantes con preeclampsia, diabetes pregestacional/gestacional, crecimiento intrauterino retardado, etc.). En el año 2018, los partos eutócicos fueron el 78,80%, los partos instrumentales (fórceps) el 10% y la tasa de cesáreas fue del 10,60%. La tasa de episiotomía es del 25,10% (16,50% en partos eutócicos y 88,70% en partos por fórceps).

Tras detectarse la carencia de no haberse estudiado la satisfacción de las mujeres con respecto a su parto en este centro y siendo elevado el porcentaje de gestantes de riesgo medio-alto, se plantea este estudio que tiene como objetivo principal conocer el nivel de satisfacción de las mujeres cuyo parto tiene lugar en el HUMIC, así como explorar la posible asociación de esta satisfacción con distintos factores relacionados con la atención obstétrica habitual en este centro.

## Método

### Diseño

Se ha llevado a cabo un estudio observacional descriptivo de corte transversal con componente analítico sobre la satisfacción percibida durante el parto.

### Población y ámbito de estudio

La población a estudio fueron las mujeres cuyo parto tuvo lugar en el HUMIC en el mes de noviembre del 2018. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo consecutivo.

### Criterios de inclusión y exclusión

Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: gestantes con embarazo único con parto vaginal eutócico (cefálico o podálico) o parto vaginal distócico-instrumental (fórceps). Como criterios de exclusión se tomaron: gestantes con cesárea, edad inferior a 18 años, gestantes con feto muerto ante o intraparto, embarazo múltiple, incapacidad para comprender/responder el cuestionario, gestantes con parto pretérmino (menor a 37 semanas) y gestantes con parto extrahospitalario. Fueron criterios de retirada las gestantes que cumplieron el cuestionario de forma incorrecta o incompleta (con respuestas sin contestar, respuesta múltiple) o gestantes que manifestaron deseo de retirarse del estudio después de haber firmado el consentimiento informado.

### Variables

Se recogieron diferentes variables sociodemográficas (edad, nivel de estudios, estado civil y existencia de trabajo remunerado) así como otras relacionadas con las características obstétricas de las participantes: edad gestacional, paridad (primípara/múltipara), tipo de inicio del parto (espontáneo/estimulación-inducción), duración total del parto (menor o igual a 12 h/ mayor de 12 h), tipo de parto (eutócico cefálico-eutócico podálico/fórceps-parto instrumental), uso de analgesia epidural, existencia de trauma perineal, realización de episiotomía, tipo de

desgarro (vaginal/grado I/grado II/grado III/grado IV), ingreso del recién nacido en la Unidad de Neonatología y existencia de complicaciones intraparto (corioamnionitis, desprendimiento placentario, distocia de hombros, fiebre intraparto, inversión-rotura uterina, punción dural).

## Instrumento

Para la recogida de datos se utilizó un cuestionario estructurado en 2 partes: una primera parte creada específicamente para la recolección de las variables planteadas y una segunda parte consistente en el Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) en su versión validada en español (CEQ-E)<sup>19</sup>.

El cuestionario CEQ-E consta de 22 ítems; 19 de ellos están medidos en una escala Likert de 4 valores y los 3 restantes se miden utilizando una escala visual analógica. Los valores de la escala visual analógica se recodifican de la siguiente manera: 0-40 = 1, 41-60 = 2, 61-80 = 3 y 81-100 = 4.

En el estudio de validación del CEQ en su versión al español se exploraron 3 modelos de análisis<sup>19</sup>. El modelo 1, que exploraba cada ítem de manera individual, sin discriminar los dominios y exploraba el instrumento en conjunto. El modelo 2 agrupaba los ítems en 4 dominios: capacidad propia (ítems 1-2, 4-6, 19-21), apoyo profesional (ítems 13-17), seguridad percibida (ítems 3, 7-9, 18, 22) y participación (ítems 10-12). El modelo 3, agrupa los ítems en estos mismos 4 dominios, pero cambia la estructura del cuestionario original, moviendo la pregunta 18 (me dio seguridad la competencia de los profesionales) del dominio de seguridad percibida al de apoyo profesional. Para la realización de nuestro estudio hemos seleccionado el modelo de análisis 2, ciñéndonos al cuestionario original desarrollado por Dencker et al.<sup>14</sup>.

Para el cuestionario CEQ-E se informa una alta consistencia interna con un coeficiente de Cronbach global de 0,88 (0,80 en el dominio «capacidad propia», 0,90 en «apoyo profesional», 0,76 en el dominio «seguridad percibida» y 0,68 en «participación»)<sup>19</sup>.

## Recogida de datos

El reclutamiento se llevó a cabo diariamente, revisando el listado de ocupación en las plantas de hospitalización en las 48 h posteriores al parto, desde el 1 de noviembre del 2018 hasta el 1 de diciembre del 2018 (incluyendo solo los partos que tuvieron lugar hasta el 30 de noviembre). El cuestionario y el consentimiento informado fueron entregados indistintamente por las matronas de planta y por los investigadores principales, comprobando anteriormente que cumplían los criterios de inclusión y ninguno de exclusión, siendo depositados ambos documentos por el participante tras su cumplimentación en unos buzones instalados específicamente en cada planta para tal fin, con el objetivo de que únicamente los investigadores principales tuvieran acceso a las respuestas. Además del cuestionario autoadministrado, se procedió a la recogida de datos para completar las variables a estudio mediante la consulta de la historia clínica electrónica por parte de los investigadores principales.

## Análisis de datos

El análisis estadístico se ha realizado con el programa estadístico IBM SPSS v.19.0. Para el análisis de los datos se utilizó una matriz cegada donde no aparecían datos identificables de las participantes. En una primera fase se realizó un análisis descriptivo de las variables. En una segunda fase, se realizó un análisis inferencial para explorar la asociación entre diferentes variables y los dominios considerados por el CEQ-E, así como con la puntuación total de este.

Se exploraron posibles asociaciones de las variables recogidas respecto a la satisfacción materna respecto al parto tanto en lo referente a la puntuación total del CEQ-E como para cada uno de los 4 dominios. Las variables consideradas para este análisis fueron: duración del parto (duración menor-igual a 12 h vs. mayor de 12 h), paridad (primípara vs. múltipara), existencia de trauma perineal (sí vs. no), realización de episiotomía (sí vs. no), uso de analgesia epidural (sí vs. no), ingreso del recién nacido (sí vs. no) y existencia de complicaciones en el parto (sí vs. no). Para este análisis se recodificó a dicotómica la variable tipo de parto, considerándose partos eutócicos tanto los eutócicos cefálicos y podálicos frente a los partos instrumentales (fórceps).

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para comprobar la simetría de la distribución de los datos, así como la prueba de la t de Student para la comparación de medias. Debido a que se comprobó que los datos presentaban una distribución asimétrica, se utilizó un test no paramétrico (test de Mann-Whitney) para el contraste de hipótesis, estableciéndose que existiría una asociación significativa entre las mismas si el valor de p obtenido era inferior al nivel de significación considerado para este estudio, siendo este  $\alpha = 0,05$ .

Adicionalmente, se calculó el tamaño del efecto, tal como lo define Cohen<sup>20</sup>. Por tanto, el tamaño del efecto se calculó como la diferencia entre las puntuaciones medias de los grupos considerados dividido por la desviación estándar (DE) combinada de los 2 grupos. Se consideraron tamaños de efecto entre 0,2-0,5 como «pequeños», entre 0,5-0,8 como «moderados» y por encima de 0,8 como «grandes».

## Consideraciones éticas

Se solicitó al Comité de Ética de Investigación de Gran Canaria la evaluación y autorización para la realización de este estudio, obteniendo su conformidad (Código CEIm H.U.G.C. Dr. Negrín: 2018-192-1). Para llevar a cabo la recogida de datos, se entregó un impreso de consentimiento informado que fue leído, comprendido y firmado de forma totalmente voluntaria por cada una de las participantes. Se garantizó el anonimato de cada participante. Solo los investigadores tuvieron acceso a estos datos, siendo utilizados únicamente para esta investigación.

## Resultados

La muestra estuvo compuesta por un total de 257 gestantes (n = 257). El porcentaje de participación de las gestantes fue del 93,21% (261 gestantes), si bien 4 gestantes debieron ser retiradas del estudio por errores de cumplimentación del cuestionario (fig. 1).

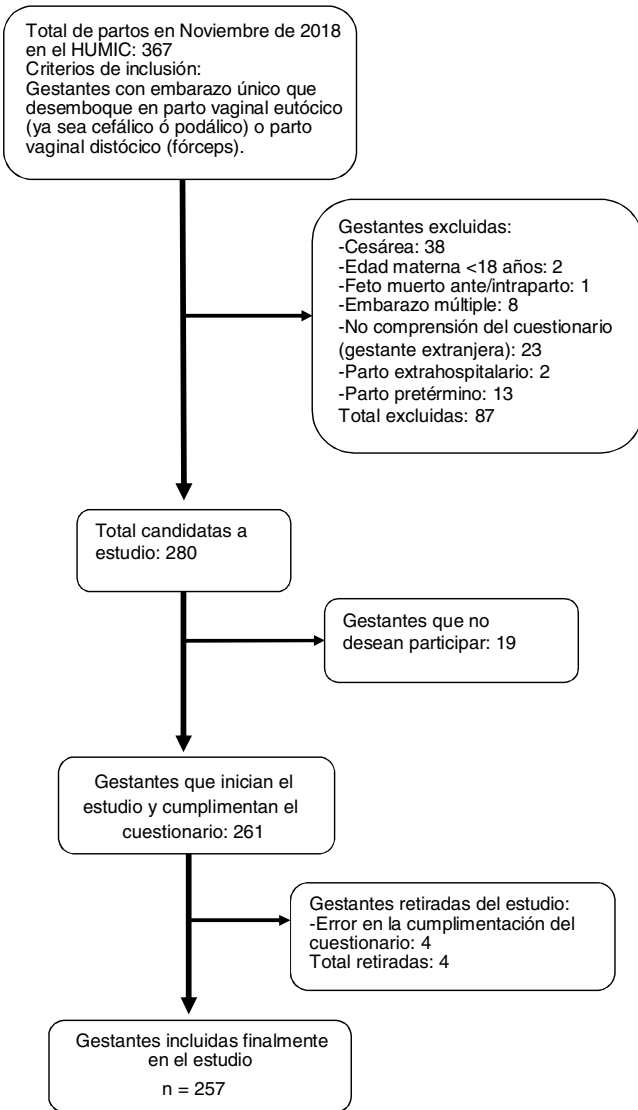


Figura 1 Flujograma del estudio.

La edad media de las participantes fue de 31,57 con una DE de 5,64 años (edad mínima de 18 y máxima de 45 años). La edad media gestacional fue de 39,81 semanas (DE = 1,20 semanas) (edad gestacional mínima de 37 y máxima de 42,20 semanas).

En la [tabla 1](#) se pueden consultar las frecuencias y los porcentajes de las variables consideradas. En la [tabla 2](#) se recoge el porcentaje suelo, el porcentaje techo, la media y la DE de cada una de las preguntas del cuestionario CEQ-E sobre el total de la muestra. La pregunta con mejor puntuación fue la 13 («La matrona me dedicó la atención necesaria»), con una puntuación media de 3,87 (DE=0,42 puntos) y un porcentaje techo del 89,5%. La pregunta con peor puntuación fue la 5 («Me sentí cansada durante el parto»), con una puntuación media de 2,00 (DE=0,99 puntos) y un porcentaje techo del 37,4%, seguida de la pregunta 3 («Tenía miedo durante el parto»), con una puntuación media de 2,30 (DE=1,03 puntos) y un porcentaje techo del 25,7%.

Tabla 1 Variables consideradas en el estudio

Variables	N = 257	%
<i>Nivel de estudios</i>		
Sin estudios	2	0,8
Estudios primarios	87	33,9
Estudios secundarios	104	40,5
Estudios universitarios	64	24,9
<i>Estado civil</i>		
Casadas, con pareja estable	245	95,3
Solteras, separadas, divorciadas, viudas	12	4,7
<i>Trabajo remunerado</i>		
Sí	145	54,5
No	117	45,5
<i>Paridad</i>		
Primíparas	132	51,4
Múltipara	125	48,6
<i>Tipo de inicio</i>		
Espontáneo	144	56,0
Estimulación, inducción	113	44,0
<i>Duración total del parto</i>		
Menor o igual a 12 h	213	82,9
Mayor a 12 h	44	17,1
<i>Tipo de parto</i>		
Eutócico céfálico	228	88,7
Eutócico podálico	3	1,2
Instrumental, fórceps	26	10,1
<i>Existencia traumatismo perineal</i>		
Sí	202	78,6
No	55	21,4
<i>Episiotomía</i>		
Sí	55	21,4
No	202	78,6
<i>Tipo de desgarro</i>		
Grado I, solo vaginal	18	7,0
Grado I, vaginal y piel	59	23,0
Grado II	78	30,4
Grado III	2	0,8
Grado IV	1	0,4
No desgarro	99	38,5
<i>Uso de analgesia epidural</i>		
Sí	154	59,9
No	103	40,1
<i>Ingreso del recién nacido</i>		
Sí	15	5,8
No	242	94,2
<i>Complicaciones intraparto</i>		
Sí	20	7,8
No	237	92,2

En la [tabla 3](#) se pueden consultar las medias y DE de los grupos para cada dominio y la puntuación total, así como los valores p obtenidos y el tamaño de efecto calculado para cada asociación considerada.



**Tabla 2** Proporción de respuestas de valor extremo, medias y desviaciones estándar de las respuestas para cada pregunta del CEQ-E

Pregunta CEQ-E	Muestra total (N = 257)	Suelo Totalmente en desacuerdo <sup>a</sup>	Techo Totalmente en acuerdo <sup>a</sup>	Media	Desviación estándar
1. El parto fue como esperaba	257	10,5%	27,6%	2,86	0,94
2. Me sentí fuerte durante el parto	257	6,2%	31,9%	3,04	0,84
3. Tenía miedo durante el parto <sup>R</sup>	257	17,5%	25,7%	2,30	1,03
4. Me sentí capaz durante el parto	257	3,9%	36,6%	3,12	0,81
5. Me sentí cansada durante el parto <sup>R</sup>	257	11,3%	37,4%	2,00	0,99
6. Me sentí feliz durante el parto	257	7,4%	45,9%	3,14	0,95
7. Tengo muchos recuerdos positivos del parto	257	4,7%	49,8%	3,28	0,85
8. Tengo muchos recuerdos negativos del parto <sup>R</sup>	257	44,7%	8,2%	3,11	0,96
9. Me ponen triste algunos recuerdos del parto <sup>R</sup>	257	56,8%	8,2%	3,27	0,97
10. Me pareció que podía elegir entre estar levantada y moviéndome o estar acostada	257	8,9%	55,6%	3,29	0,95
11. Me pareció que podía elegir la posición cuando tuve que empujar para que saliera el bebé	257	12,5%	48,6%	3,09	1,05
12. Me pareció que podía elegir entre diferentes métodos para calmar el dolor	257	10,5%	44,4%	3,09	0,99
13. La matrona me dedicó la atención necesaria	257	1,2%	89,5%	3,87	0,42
14. La matrona le dedicó la atención necesaria a mi pareja	257	1,6%	80,2%	3,75	0,56
15. La matrona me mantuvo informada sobre lo que estaba pasando durante el parto	257	1,2%	84,4%	3,78	0,55
16. La matrona entendió mis necesidades	257	1,6%	80,9%	3,76	0,54
17. Me sentí muy bien atendida por la matrona.	257	1,2%	86,0%	3,83	0,46
18. Me dio seguridad la competencia de los profesionales	257	1,2%	82,9%	3,78	0,51
19. Me sentí capaz de manejar bien la situación	257	4,7%	33,1%	3,13	0,77
20. En general, durante el parto, ¿sentiste dolor? VAS <sup>R</sup>	257	12,5%	41,6%	2,97	1,05
21. En general, durante el parto, ¿sentiste que tenías control? VAS	257	26,5%	19,5%	2,63	1,07
22. En general, durante el parto, ¿te sentiste segura? VAS	257	10,5%	48,2%	3,10	1,03

Las puntuaciones de las escalas VAS se recodificaron a valores categóricos: 0-40 = 1, 41-60 = 2, 61-80 = 3 y 81-100 = 4.

<sup>a</sup> Se muestran únicamente las respuestas superiores (techo) o inferiores (suelo) por pregunta

<sup>R</sup> Se invierten las calificaciones de las afirmaciones redactadas en términos negativos (tal y como se recogen en el cuestionario original).

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el dominio «apoyo profesional» a favor de las mujeres cuyo parto había sido una estimulación-inducción frente a aquellas mujeres cuyo parto había sido espontáneo ( $p=0,003$ ) (tamaño del efecto de Cohen = 0,15).

Respecto a la duración del parto, se encontraron diferencias estadísticamente significativas tanto en el dominio «participación» como en la puntuación total del CEQ-E a favor de las mujeres cuyo parto había sido menor o igual a 12 h (valores  $p=0,039$  y  $p=0,024$ , respectivamente).

Las mujeres múltiparas obtuvieron mejores puntuaciones respecto a las primíparas en todos los dominios excepto en el dominio de «apoyo profesional», siendo estadísticamente significativo el resultado obtenido en el dominio «capacidad propia» ( $p=0,002$ ). En los dominios «seguridad percibida» ( $p=0,051$ ) y en la puntuación total del CEQ-E ( $p=0,060$ ) los

resultados obtenidos no fueron estadísticamente significativos, pero sí muy favorables a las mujeres múltiparas.

Las mujeres sin traumatismo perineal obtuvieron mejores resultados en la puntuación total del CEQ-E, tanto considerando el traumatismo perineal en un sentido amplio ( $p=0,021$ ) como en lo referente a la realización de episiotomía ( $p=0,002$ ). Las mujeres a las que no se les practicó episiotomía obtuvieron mejor puntuación en el dominio «capacidad propia», siendo el valor  $p$  estadísticamente significativo ( $p=0,001$ ) y asociado a un tamaño de efecto de Cohen moderado (tamaño del efecto de Cohen = 0,53).

El uso de analgesia epidural se relacionó con un mayor apoyo profesional percibido en las mujeres que optaron por esta opción de analgesia ( $p=0,001$ ), si bien no se encontraron diferencias estadísticamente en los 2 grupos en lo referente a la puntuación total del CEQ-E ( $p=0,356$ ).

**Tabla 3** Medias y desviaciones estándar para cada dominio y para la puntuación total, valores p obtenidos y tamaño del efecto calculado para cada asociación

	Capacidad propia	Apoyo profesional	Seguridad percibida	Participación	Puntuación total del CEQ-E
<b>Tipo de inicio</b>					
<i>Espontáneo (n = 144)</i>	2,89 (0,38)	3,77 (0,44)	3,14 (0,52)	3,19 (0,77)	3,24 (0,35)
<i>Estimulación-inducción (n = 113)</i>	2,84 (0,33)	3,84 (0,48)	3,16 (0,63)	3,13 (0,85)	3,24 (0,41)
Valor p	0,275	0,003 <sup>a</sup>	0,330	0,810	0,563
Tamaño del efecto Cohen	0,13	0,15	0,03	0,07	0
<b>Duración del parto</b>					
<i>Menor o igual a 12 h (n = 213)</i>	2,88 (0,37)	3,80 (0,45)	3,18 (0,52)	3,21 (0,77)	3,27 (0,35)
<i>Mayor a 12 h (n = 44)</i>	2,78 (0,34)	3,79 (0,52)	2,98 (0,72)	2,91 (0,92)	3,12 (0,46)
Valor p	0,072	0,837	0,176	0,039 <sup>a</sup>	0,024 <sup>a</sup>
Tamaño del efecto Cohen	0,28	0,02	0,35	0,37	0,39
<b>Tipo de parto</b>					
<i>Eutócico (n = 231)</i>	2,90 (0,34)	3,80 (0,48)	3,19 (0,54)	3,19 (0,79)	3,27 (0,37)
<i>Instrumental-fórceps (n = 26)</i>	2,57 (0,39)	3,85 (0,25)	2,74 (0,61)	2,92 (0,92)	3,02 (0,38)
Valor p	≤ 0,001 <sup>a</sup>	0,527	≤ 0,001 <sup>a</sup>	0,159	≤ 0,001 <sup>a</sup>
Tamaño del efecto Cohen	0,91	0,10	0,78	0,33	0,65
<b>Paridad</b>					
<i>Primípara (n = 132)</i>	2,81 (0,34)	3,83 (0,47)	3,07 (0,61)	3,12 (0,80)	3,20 (0,39)
<i>Múltipara (n = 125)</i>	2,93 (0,38)	3,78 (0,46)	3,23 (0,50)	3,21 (0,81)	3,29 (0,36)
Valor p	0,002 <sup>a</sup>	0,129	0,051	0,231	0,060
Tamaño del efecto Cohen	0,33	0,10	0,28	0,11	0,24
<b>Existencia de traumatismo perineal</b>					
<i>Sí (n = 202)</i>	2,85 (0,37)	3,79 (0,49)	3,13 (0,57)	3,11 (0,82)	3,22 (0,38)
<i>No (n = 55)</i>	2,92 (0,35)	3,85 (0,35)	3,22 (0,54)	3,36 (0,74)	3,34 (0,34)
Valor p	0,460	0,689	0,300	0,024 <sup>a</sup>	0,021 <sup>a</sup>
Tamaño del efecto Cohen	0,19	0,13	0,16	0,31	0,31
<b>Realización de episiotomía</b>					
<i>Sí (n = 55)</i>	2,72 (0,41)	3,86 (0,27)	3,05 (0,55)	2,92 (0,89)	3,14 (0,35)
<i>No (n = 202)</i>	2,91 (0,34)	3,79 (0,50)	3,17 (0,57)	3,23 (0,77)	3,27 (0,38)
Valor p	0,001 <sup>a</sup>	0,925	0,121	0,015 <sup>a</sup>	0,002 <sup>a</sup>
Tamaño del efecto Cohen	0,53	0,15	0,21	0,38	0,34
<b>Uso de analgesia epidural</b>					
<i>Sí (n = 154)</i>	2,85 (0,36)	3,86 (0,43)	3,10 (0,61)	3,11 (0,81)	3,23 (0,38)
<i>No (n = 103)</i>	2,90 (0,37)	3,72 (0,50)	3,21 (0,49)	3,24 (0,80)	3,26 (0,37)
Valor p	0,175	0,001 <sup>a</sup>	0,290	0,136	0,356
Tamaño del efecto Cohen	0,14	0,30	0,20	0,16	0,08
<b>Ingreso del recién nacido</b>					
<i>Sí (n = 15)</i>	2,96 (0,27)	3,69 (0,78)	2,89 (0,68)	2,75 (0,90)	3,07 (0,53)
<i>No (n = 242)</i>	2,86 (0,37)	3,81 (0,44)	3,16 (0,55)	3,19 (0,80)	3,25 (0,36)
Valor p	0,322	0,930	0,129	0,041 <sup>a</sup>	0,190
Tamaño del efecto Cohen	0,28	0,26	0,48	0,55	0,49
<b>Existencia de complicaciones</b>					
<i>Sí (n = 20)</i>	2,81 (0,34)	3,83 (0,34)	2,94 (0,61)	2,83 (0,81)	3,10 (0,36)
<i>No (n = 237)</i>	2,87 (0,36)	3,80 (0,47)	3,16 (0,56)	3,19 (0,80)	3,25 (0,38)
Valor p	0,452	0,880	0,119	0,033 <sup>a</sup>	0,060
Tamaño del efecto Cohen	0,17	0,06	0,39	0,45	0,40

Datos presentados como media (desviación estándar).

La puntuación total para el CEQ-E es la puntuación media de las 4 subescalas-dominios.

Tamaño de efecto de Cohen = 0,2-0,5 efecto pequeño, entre 0,5-0,8 moderado y por encima de 0,8 grande.

<sup>a</sup> Valores p estadísticamente significativos  $p \leq 0,05$  (test de Mann-Whitney).

Tampoco se encontraron diferencias estadísticamente en lo referente a la puntuación total del CEQ-E entre las mujeres cuyo recién nacido había ingresado ( $p=0,190$ ), aunque sí en el dominio de «participación» ( $p=0,041$ ).

Las mujeres que sufrieron complicaciones durante el parto obtuvieron mejores puntuaciones en la puntuación total del CEQ-E, estando cerca de la significación estadística ( $p=0,060$ ).

Las puntuaciones con mayores diferencias se encontraron entre los grupos de mujeres con parto eutócico y mujeres con parto instrumental-fórceps, siendo favorables para las primeras en los dominios de Capacidad propia, Seguridad percibida y puntuación total del CEQ-E ( $p \leq 0,001$  para los 3 casos), siendo además los tamaños del efecto superiores a 0,65 (0,91 para el dominio Capacidad propia). Las mujeres con parto instrumental-fórceps obtuvieron únicamente mejores puntuaciones respecto al dominio Apoyo profesional, aunque sin significación estadística ( $p=0,527$ ).

## Discusión

La satisfacción materna durante el parto es un tema de estudio importante y es un aspecto pendiente para los servicios de obstetricia en nuestro país.

Existen multitud de cuestionarios para la evaluación de la satisfacción del parto, lo que acarrea que la elección del cuestionario sea un punto clave. En esta investigación utilizamos el CEQ-E, versión adaptada y validada al castellano del cuestionario CEQ por Soriano-Vidal et al.<sup>19</sup>. Según nuestros datos, este es el primer estudio realizado en nuestro país con este cuestionario, además del anteriormente mencionado. Este cuestionario también ha sido validado para su uso en Reino Unido<sup>21</sup> y más recientemente en China<sup>22</sup>.

El CEQ-E es un cuestionario más corto y sencillo que otros cuestionarios, tales como el cuestionario Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale, tal vez el más utilizado en nuestro país<sup>9,23</sup>. Este fue uno de los motivos que nos impulsó en su elección, ya que es un instrumento que facilita una ágil recogida de datos y es de fácil comprensión por las mujeres.

Para el análisis de los resultados obtenidos, en este estudio optamos por asumir el modelo 2 para el CEQ-E (modelo del cuestionario original desarrollado por Dencker et al.<sup>14</sup>), por lo que se debe advertir que algunos resultados de los resultados obtenidos podrían variar si se asumiera el modelo 3 (en donde cambia la estructura del cuestionario original, moviendo la pregunta 18 del dominio Seguridad percibida al dominio Apoyo profesional)<sup>19</sup>. El modelo de análisis 2 fue el usado por Walker et al.<sup>21</sup>, aunque Zhu et al. proponen un nuevo modelo de análisis para la versión china<sup>22</sup>.

Debido a que esta investigación contaba con unos tiempos limitados de recogida de datos, se optó por un tipo de muestreo no probabilístico. Aceptando que el tipo de muestreo seleccionado es una limitación en nuestro estudio, creemos que la alta tasa de participación obtenida puede paliar algunos de los inconvenientes asociados a este tipo de muestreo.

No hay consenso sobre cuál es el momento más adecuado para realizar la medición de la satisfacción sobre el parto. Está aceptado que este aspecto puede influir, ya que a las mujeres les podría resultar difícil asumir los acontecimientos recientes. Además, no es descartable que las

experiencias subjetivas sobre el parto varíen en el tiempo<sup>19</sup>. Por ello encontramos estudios que analizan la satisfacción tras el alta hospitalaria<sup>15,16,24</sup>, si bien otros estudios coinciden en realizar la recogida de datos una vez durante el ingreso hospitalario<sup>9,11,13,25</sup>.

Es un tema pendiente para futuras investigaciones establecer cuál es el momento más adecuado para medir la satisfacción de las mujeres en su parto, así como confirmar si esta variable puede influir en los valores obtenidos.

En nuestro servicio se pretende ofrecer una atención integral a la mujer en su parto por parte de un equipo obstétrico multidisciplinar formado por matronas, obstetras y otro personal de enfermería. Es por ello que no consideramos la variable profesional que atiende el parto, si bien es una variable recogida en diversos estudios<sup>16,23,25</sup>. Por esto, independientemente de que un parto finalice como eutócico o como instrumental, tanto el equipo médico como el de matronas intervienen en mayor o menor grado en la atención continuada a la mujer. Sí debemos señalar que, independientemente del riesgo obstétrico, durante todo el tiempo las mujeres tienen asignada una matrona de referencia que presta una atención continua, ya sea en periodo de dilatación o expulsivo.

Los criterios de inclusión y exclusión que consideramos fueron similares a los recogidos en el estudio de Soriano-Vidal et al., si bien estos investigadores excluyeron a las mujeres con enfermedad materna-fetal<sup>19</sup>. En el HUMIC el manejo de enfermedad obstétrica es rutina habitual, por lo que no consideramos adecuado excluir a estas mujeres, ya que se corría el riesgo de perder representatividad en la muestra. Además, se intenta realizar una individualización de los cuidados según el riesgo obstétrico de cada gestante.

Sí se excluyeron los partos por cesárea y a las mujeres con embarazos gemelares, al igual que otros trabajos que han usado el CEQ<sup>14,19</sup>, si bien Walker et al. en su estudio de validación del CEQ en Reino Unido sí incluyó las cesáreas<sup>21</sup>.

No hemos encontrado datos sobre los partos en presentación podálica, siendo un hallazgo importante que hemos constatado al comparar nuestra investigación con otros estudios. O bien este tipo de partos se excluyen de forma habitual en el diseño de los estudios sobre satisfacción en el parto, o bien realmente es un tipo de parto que se realiza de forma muy escasa y en muy pocos centros-hospitales. En nuestro centro, las presentaciones de nalgas se intentan como partos vaginales como primera opción. En nuestra muestra, 3 partos fueron podálicos eutócicos. Una futura línea de investigación podría ser profundizar en la satisfacción de las mujeres en este tipo de partos, ya que no hemos encontrado nada publicado específico sobre el tema.

De los resultados obtenidos en nuestro estudio se desprende que el grado de satisfacción de las mujeres cuyo parto tiene lugar en el HUMIC es alto. Si analizamos los resultados obtenidos a partir de las contestaciones a las preguntas concretas, llama especialmente la atención los resultados obtenidos en la pregunta 5 del CEQ-E («Me sentí cansada durante el parto»), siendo esta la pregunta que obtuvo peor puntuación.

Este hecho alerta de la importancia de proporcionar cuidados de calidad durante todo el proceso de su parto, intentado minimizar aquellos aspectos que disminuyen el confort, bienestar y maximizando aquellas medidas que disminuyen el cansancio y fatiga, ya que el proceso del



parto es vivido por las mujeres como un proceso largo y cansado<sup>26</sup>. En el estudio de Soriano-Vidal et al., esta pregunta fue también la que obtuvo peor puntuación (media 2,26 [0,91] puntos)<sup>19</sup>.

Otro punto clave es el miedo asociado al parto<sup>27,28</sup>. Esta pregunta obtuvo una puntuación baja en comparación con el resto de preguntas, de forma similar a los resultados de Soriano-Vidal et al.<sup>19</sup>. Aunque las estrategias y las intervenciones para disminuir los efectos negativos que puede provocar el miedo en el parto no están claras<sup>29</sup>, el primer paso es asumir que el miedo es una emoción frecuente asociada al parto en muchas mujeres, especialmente en las primíparas, y que puede influir negativamente afectando no solo a su satisfacción, sino afectando de manera profunda a su psique<sup>7</sup>.

Es importante resaltar de forma positiva las altas puntuaciones obtenidas en las preguntas asociadas al dominio Apoyo profesional. Los investigadores que han desarrollado este instrumento han señalado un menor rendimiento de la subescala Apoyos profesionales del CEQ, asociado a un efecto de techo<sup>14,21</sup>, algo menor en el estudio de validación del CEQ-E<sup>19</sup>, aunque este es un problema común en otras escalas e instrumentos que miden la satisfacción de los pacientes con la atención sanitaria, ya que están muy asociados a los efectos del techo en las respuestas que evalúan a los profesionales sanitarios<sup>14</sup>. Por ello debemos ser cautelosos en la valoración de estos resultados.

En este estudio hemos encontrado diferencias significativas a favor de las mujeres cuyo parto había sido menor o igual a 12 h ( $p=0,024$ ), de forma similar a los trabajos de Dencker et al., Soriano-Vidal et al. y Walker et al.<sup>14,19,21</sup>.

No se han encontrado diferencias significativas respecto a la satisfacción de las mujeres cuyo parto había sido una estimulación-inducción frente a aquellas mujeres cuyo parto había sido espontáneo, al contrario que los resultados de los trabajos de Dencker et al. y Soriano-Vidal et al.<sup>14,19</sup>. Con base en nuestros resultados, opinamos que la duración del parto es un factor más determinante en la satisfacción del parto que el hecho de que el parto sea espontáneo e inducido en sí, si bien esta hipótesis debe confirmarse en futuras investigaciones.

La relación más clara que se ha encontrado es la influencia que tiene en la satisfacción el hecho de que el parto sea instrumental, coincidiendo con los resultados de otros estudios<sup>14,19,21</sup>. Los resultados obtenidos parecen apoyar esta hipótesis, con un tamaño de efecto muy superior a los reportados en los otros estudios que han usado el CEQ, aunque se debe señalar que en el centro donde se ha llevado a cabo únicamente se usa el fórceps como instrumento obstétrico para los partos instrumentales. Este aspecto debe tenerse en cuenta y puede ser considerado una limitación, pues en otros centros se utilizan otros instrumentos tales como ventosas o espátulas, y tal vez existan diferencias en la satisfacción percibida según el tipo de instrumento. Se requiere de investigaciones adicionales que confirmen esta hipótesis.

Se quiso indagar en la relación entre el traumatismo perineal (considerando tanto la realización de episiotomía como la existencia de desgarros) y la satisfacción en el parto. En ambos casos, se encontró una asociación estadísticamente significativa con tamaños de efectos muy similares, pero la realización de episiotomía afectaba, además de al

dominio Participación, al dominio Capacidad propia. Por tanto, parece que las mujeres perciben como un hecho más traumático y negativo la realización de episiotomía que el haber padecido un traumatismo perineal.

Como conclusión, y teniendo en cuenta que es probable que la duración del parto influya en la satisfacción final de las mujeres, la atención a la gestante debe ser eficaz e integral durante todo el proceso, ya que el paso de las horas puede pesar negativamente en el ánimo de las mujeres. Proporcionar el bienestar adecuado puede minimizar este inconveniente.

A pesar de que generalmente los resultados obtenidos en los estudios respecto al apoyo profesional y la seguridad percibida por las mujeres son buenos, se deberían reforzar las actuaciones encaminadas a mejorar la atención en las mujeres que a priori son más vulnerables, como aquellas que se enfrentan a su primer parto o aquellas donde su parto finalmente se resuelve mediante un parto instrumental. Se recomienda plantear estrategias que ayuden a las mujeres en el control del miedo al parto, así como intentar transmitir a la gestante seguridad en todo momento por parte del equipo obstétrico.

Este estudio avanza en el conocimiento del manejo del CEQ-E en la práctica clínica habitual. La experiencia con este instrumento ha sido buena, si bien es necesario confirmar qué modelo de análisis es realmente el adecuado, así como profundizar en la validez de esta herramienta en diferentes contextos asistenciales en nuestro país.

## Financiación

La investigación no ha recibido ningún tipo de financiación pública o privada.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Agradecimientos

A todas las participantes en el estudio. Al equipo obstétrico del servicio de paritorio y de las plantas de hospitalización maternal (matronas, enfermeras y personal médico), por su colaboración en este estudio y por su profesionalidad, dedicación y cariño en la atención a las mujeres. A la jefa de estudios de la unidad docente de matronas, Dña. Elizabeth Guerra Hernández, y al jefe de servicio de Obstetricia y Ginecología, Dr. José Ángel García Hernández, por su guía y ayuda. Al Dr. Antonio Oliver-Roig, del Departamento de Enfermería Comunitaria, Medicina Preventiva y Salud Pública e Historia de la Ciencia de la Universidad de Alicante, por facilitarnos el cuestionario CEQ-E y compartir su experiencia en la validación de este instrumento.

## Bibliografía

1. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Savino MM, Amenta P. Determinants of patient satisfaction: A systematic review. *Perspect Public Health*. 2017;137:89–101, <http://dx.doi.org/10.1177/1757913916634136>.

2. Ten Hoop-Bender P, de Bernis L, Campbell J, Downe S, Fauveau V, Fogstad H, et al. Improvement of maternal and newborn health through midwifery. *Lancet*. 2014;384:1226–35, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60930-2](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60930-2).
3. Renfrew MJ, McFadden A, Bastos MH, Campbell J, Chanon AA, Cheung NF, et al. Midwifery and quality care: Findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. *Lancet*. 2014;384:1129–45, [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).
4. Alfaro Blazquez R, Corchon S, Ferrer Ferrandiz E. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery*. 2017;55:103–12, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.014>.
5. Nilvér H, Begley C, Berg M. Measuring women's childbirth experiences: A systematic review for identification and analysis of validated instruments. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:203, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1356-y>.
6. Pang MW, Leung TN, Lau TK, Hang Chung TK. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth*. 2008;35:121–8, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1523-536X.2008.00225.x>.
7. Hernández-Martínez A, Rodríguez-Almagro J, Molina-Alarcón M, Infante-Torres N, Donate Manzanares M, Martínez-Galiano JM. Postpartum post-traumatic stress disorder: Associated perinatal factors and quality of life. *J Affect Disord*. 2019;249:143–50, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2019.01.042>.
8. Ayers S, Radoš SN, Balouch S. Narratives of traumatic birth: Quality and changes over time. *Psychol Trauma*. 2015;7:234–42, <http://dx.doi.org/10.1037/a0039044>.
9. Caballero P, Delgado García BE, Orts Cortes I, Moncho J, Pereyra Zamora P, Nolasco A. Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:78, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0862-7>.
10. Sawyer A, Rabe H, Abbott J, Gyte G, Duley L, Ayers S. Measuring parents' experiences and satisfaction with care during very preterm birth: A questionnaire development study. *BJOG*. 2014;121:1294–301, <http://dx.doi.org/10.1111/1471-0528.12925>.
11. Marín Morales D, Carmona Monge FJ, Peñacoba Puente C, Olmos Albacete R, Toro Molina S. Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire. *Midwifery*. 2013;29:1339–45, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.12.015>.
12. Batbaatar E, Dorjdagva J, Luvsannyam A, Amenta P. Conceptualisation of patient satisfaction: A systematic narrative literature review. *Perspect Public Health*. 2015;135:243–50, <http://dx.doi.org/10.1177/1757913915594196>.
13. Bertucci V, Boffo M, Mannarini S, Serena A, Saccardi C, Cosmi E, et al. Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: A contribution to the adaption of the Childbirth Perception Questionnaire. *Midwifery*. 2012;28:265–74, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2011.02.009>.
14. Dencker A, Taft C, Bergqvist L, Lilja H, Berg M. Childbirth experience questionnaire (CEQ): Development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2010;10:81, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2393-10-81>.
15. Moudi Z, Tavousi M. Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: What are the psychometric properties? *Nurs Midwifery Stud*. 2016;5:e29952, <http://dx.doi.org/10.17795/nmsjournal29952>.
16. Bernitz S, Øian P, Sandvik L, Blix E. Evaluation of satisfaction with care in a midwifery unit and an obstetric unit: A randomized controlled trial of low-risk women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:143, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-0932-x>.
17. Donnellan-Fernandez RE, Creedy DK, Callander EJ. Cost-effectiveness of continuity of midwifery care for women with complex pregnancy: A structured review of the literature. *Health Econ Rev*. 2018;8:32, <http://dx.doi.org/10.1186/s13561-018-0217-3>.
18. Kweon SY, Lee SM. Conceptualized framework for levels of obstetric care. *Obstet Gynecol Sci*. 2018;61:289–97, <http://dx.doi.org/10.5468/ogs.201861.3.289>.
19. Soriano-Vidal FJ, Oliver-Roig A, Cabrero-García J, Congost-Maestre N, Dencker A, Richart-Martínez M. The Spanish version of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ-E): Reliability and validity assessment. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:372, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-016-1100-z>.
20. Cohen J. *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. 2nd ed. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates;; 1988.
21. Walker KF, Wilson P, Bugg GJ, Dencker A, Thornton JG. Childbirth experience questionnaire: Validating its use in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2015;15:86, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-015-0513-4>.
22. Zhu X, Wang Y, Zhou H, Qiu L, Pang R. Adaptation of the Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) in China: A multisite cross-sectional study. *PLOS ONE*. 2019;14:e0215373, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0215373>.
23. Mas Pons R, Barona Vilar C, Carreguí Vilar S, Ibáñez Gil N, Margaix Contestad L, Escriba-Agüir V. [Women's satisfaction with the experience of childbirth: Validation of the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale]. *Gac Sanit*. 2012;26:236–42, <http://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.019>.
24. Martin CR, Hollins Martin C, Redshaw M. The Birth Satisfaction Scale-Revised Indicator (BSS-RI). *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17:277–86, <http://dx.doi.org/10.1186/s12884-017-1459-5>.
25. Anderson CM, Monardo R, Soon R, Lum J, Tschann M, Kaneshiro B. Patient communication satisfaction, and trust before and after use of a standardized birth plan. *Hawaii J Med Public Health*. 2017;76:305–9.
26. Tzeng YL, Yang YL, Kuo PC, Lin YC, Chen SL. Pain, anxiety, and fatigue during labor: A prospective, repeated measures study. *J Nurs Res*. 2017;25:59–67, <http://dx.doi.org/10.1097/jnr.000000000000165>.
27. Striebich S, Mattern E, Ayerle GM. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia —A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery*. 2018;61:97–115, <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2018.02.013>.
28. Karabulut Ö, Coşkuner Potur D, Doğan Merih Y, Cebeci Mutlu S, Demirci N. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev*. 2016;63:60–7, <http://dx.doi.org/10.1111/inr.12223>.
29. Moghaddam Hosseini V, Nazarzadeh M, Jahanfar S. Interventions for reducing fear of childbirth: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Women Birth*. 2018;31:254–62, <http://dx.doi.org/10.1016/j.wombi.2017.10.007>.