



VNIVERSITAT
DE VALÈNCIA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERÍA CLÍNICA Y COMUNITARIA

Tesis doctoral

Satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el parto prematuro: adaptación y validación al castellano de la Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale

Presentada por: Rubén Alfaro Blázquez

Directora y Tutora: Dra. Silvia Corchón Arreche

Codirectora: Dra. Esperanza Ferrer Ferrándiz

Valencia, mayo de 2020

"Lo importante no es saber, sino tener el teléfono del que sabe"

Les Luthiers

Silvia Corchón Arreche

Esperanza Ferrer Ferrándiz

CERTIFICAN:

Que D. Rubén Alfaro Blázquez, ha realizado bajo su dirección y supervisión la tesis doctoral titulada: "Satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el parto prematuro: adaptación y validación al castellano de la Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale" y habiendo sido terminada en esta fecha y revisado su contenido, se estima que reúne las condiciones necesarias para optar al grado de Doctor en Enfermería Clínica y Comunitaria por la Universidad de Valencia.

Y para que así conste a los efectos oportunos, firman el presente certificado en Valencia, a 6 de mayo de 2020.

Dra. Silvia Corchón Arreche

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Silvia', with a long horizontal stroke extending to the right.

Dra. Esperanza Ferrer Ferrándiz

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke extending to the right.

En estas últimas líneas que escribo, solo quiero dar mi más sincero agradecimiento:

A mis directoras por aceptarme para realizar esta tesis doctoral bajo su dirección. Vuestra generosidad, dedicación y capacidad para guiar mis ideas ha tenido un aporte invaluable, no solamente en el desarrollo de esta tesis, sino también en mi formación como investigador. Gracias por vuestra confianza, paciencia y amistad.

A Vicente Gea Caballero y Raúl Juárez-Vela por su ayuda, orientación y colaboración en este documento.

A María Salud Girbés Llopis, por su apoyo y confianza en mi comienzo profesional como matrócn.

A todas las madres que colaboraron de manera desinteresada en este proyecto, compartiendo sus valiosas experiencias conmigo.

A Hellen Myfanwy Muskus y Mari Carmen Portillo por colaborar en la traducción del cuestionario, empleando su tiempo personal con el simple objetivo de ayudar.

Al Hospital Universitario y Politécnico La Fe de Valencia por brindarme el espacio y la infraestructura donde desarrollar parte de este trabajo.

A mis compañeras matronas de la planta de ginecología y obstetricia F3 por su paciencia y comprensión.

A mi familia y amigos/as, por apoyarme de múltiples formas durante el desarrollo de esta tesis, por su constante estímulo, por enseñarme a enfrentar los obstáculos con alegría, y que la perseverancia y el esfuerzo son el camino para lograr objetivos.

Introducción

Todas las mujeres tienen derecho a recibir una atención sanitaria de excelencia. Conocer la satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante el parto es un aspecto de gran relevancia para las madres, profesionales y gestores sanitarios, siendo un indicador de calidad asistencial. Existe una amplia variedad de instrumentos para medir la satisfacción maternal. Sin embargo, muchos difieren en contenido y calidad metodológica, evidenciando una dudosa utilidad, y la mayoría están dirigidos a mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo obstétrico, ignorando la satisfacción en mujeres con bebés prematuros.

Objetivos

El objetivo general es analizar la satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de un bebé prematuro en un hospital de tercer nivel. Como objetivo específico, se plantea la traducción, adaptación y validación de la "Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale" (P-BESS) en la población española.

Método

La tesis se divide en tres secciones. En la primera de ellas se planteó una revisión bibliográfica sistemática con el fin de identificar y evaluar los instrumentos existentes para medir la satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de un recién nacido/a. En la segunda sección, se siguió un diseño transversal prospectivo, basado en la traducción, adaptación transcultural y validación psicométrica de una escala cuantitativa de satisfacción multidimensional específica para recién nacidos/as con prematuridad, la llamada P-BESS. Finalmente, en la última sección, se ha empleado un enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo, utilizando la versión adaptada al castellano de la P-BESS, para conocer la satisfacción maternal durante el parto prematuro.

Resultados

Se identificaron diecisiete instrumentos validos y fiables para medir la satisfacción de las madres con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de un bebé. Solo uno de ellos, la P-BESS, desarrollada en Reino Unido, fue diseñada específicamente para partos prematuros. En cuanto a los resultados de la adaptación y validación del instrumento, el análisis factorial exploratorio y confirmatorio certificaron un buen ajuste de los datos al modelo, al igual que una buena fiabilidad y concordancia en la escala total y subescalas. Por último, los resultados de la escala mostraron unos altos niveles de satisfacción maternal, con una puntuación media total de 84 sobre 45-95 puntos. Del mismo modo, todas las subescalas se relacionaron con altos niveles de satisfacción.

Conclusiones

La tesis proporciona una visión general de los instrumentos más recientes, válidos y fiables capaces de medir la satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante el parto en un entorno hospitalario. En relación con el nuevo instrumento diseñado, la versión española de la escala P-BESS parece ser un instrumento robusto, útil y fiable para evaluar la satisfacción maternal con la atención recibida durante el parto prematuro. El análisis confirmó que la mayoría de las mujeres encuestadas estaban muy satisfechas con los cuidados recibidos. Por todo ello, la presente investigación proporciona una comprensión más completa de esta compleja experiencia, reforzando la base de conocimientos para la práctica de unos cuidados de salud de calidad.

Palabras clave

encuestas y cuestionarios; estudios de validación; instrumento; nacimientos prematuros; satisfacción del paciente; trabajo de parto.

INTRODUCCIÓN	13
1. Maternidad saludable	16
2. Cuidados de salud durante el parto	19
2.1 La asistencia al parto en España	23
3. Parto prematuro	24
3.1 Impacto de la prematuridad en la madre-familia	27
3.2 Competencias de la matrona y profesionales de la salud implicados en el parto prematuro	29
4. Calidad en los cuidados de salud	31
5. Satisfacción del paciente	35
5.1 La satisfacción como instrumento de calidad asistencial	36
6. Satisfacción de la mujer con la experiencia del parto	40
JUSTIFICACIÓN	44
HIPÓTESIS	47
OBJETIVOS	48
METODOLOGÍA Y RESULTADOS	49
1. Resumen metodología	49
2. Resumen resultados	54
3. Artículos publicados	58
Artículo I. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: systematic review	58
Artículo II. Translation, adaptation and psychometric validation of The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS) into Spanish	71

Artículo III. Women’s satisfaction with maternity care during preterm birth	81
DISCUSIÓN	92
1. Sobre los instrumentos para medir la satisfacción maternal	92
2. Sobre la adaptación y validación del cuestionario	95
3. Sobre la satisfacción maternal	97
4. Fortalezas y debilidades	101
5. Futuras líneas de investigación	103
CONCLUSIONES	105
ANEXOS	106
REFERENCIAS	118

Esta tesis se presenta como compendio de publicaciones, según la normativa vigente del Programa de Doctorado de Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universidad de Valencia. Inicialmente, se presenta un resumen en castellano. A continuación, aparece un capítulo de introducción general del estudio en el que se abordan temas como la maternidad saludable, la calidad en los cuidados de salud ofrecidos, y aspectos claves como el concepto de satisfacción maternal y los nacimientos prematuros. Posteriormente se incluye la justificación del estudio, las hipótesis planteadas y los objetivos de la tesis. Seguidamente, se detallan los capítulos de metodología y resultados que constan de un resumen de los diseños, técnicas y procedimientos empleados, un extracto de los principales resultados y los tres artículos que componen la citada tesis. A continuación, se lleva a cabo la discusión conjunta de los resultados obtenidos, las limitaciones y fortalezas del estudio, así como las futuras líneas de investigación. Por último, se enumeran las principales conclusiones derivadas de los trabajos presentados.

El tema central de la tesis se fundamenta en una revisión bibliográfica sistemática acerca de la disponibilidad de instrumentos válidos para medir la satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y nacimiento de un recién nacido/a. Fruto de esta revisión sistemática surge la necesidad de traducir, adaptar y validar al castellano la P-BESS, un cuestionario de origen inglés destinado a medir la satisfacción maternal con el nacimiento de un bebé prematuro. Por último, se desarrolla el citado cuestionario en una muestra de madres con el fin de conocer y valorar sus niveles de satisfacción respecto al tema tratado y sus factores determinantes.

Los tres artículos que componen la tesis han sido publicados en revistas de divulgación científica internacional, siendo contribuciones originales con datos provenientes de un proyecto de investigación propio. En cuanto al uso de los idiomas en esta tesis doctoral, los artículos científicos han sido elaborados en inglés, dado que han sido publicados en revistas anglosajonas. No obstante, para la elaboración de la tesis, se ha optado por la utilización del castellano.

CFA

Análisis factorial confirmatorio

CFI

Índice de ajuste comparativo

EFA

Análisis factorial exploratorio

EFQM

Fundación Europea para la
Gestión de la Calidad

FAME

Federación de Asociaciones de
Matronas de España

IC

Consistencia interna

ICC

Coeficiente de correlación
interclase

KMO

Kaiser-Meyer-Olkin

NFI

Índice de arreglo normalizado

OMS

Organización Mundial de la Salud

P-BESS

Preterm birth experience and
satisfaction scale

RMSEA

Error cuadrático medio de
aproximación

SEGO

Sociedad Española de Ginecología
y Obstetricia

VIH

Virus de la Inmunodeficiencia
Humana

χ^2

Chi-cuadrado

Tabla 1. Diez principios del cuidado perinatal	21
Tabla 2. Factores determinantes en el estado psicológico de la embarazada	30
Tabla 3. Variables significativas con la satisfacción maternal	56

Figura 1. Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto	23
Figura 2. Carga global de nacimientos prematuros en 2010	26
Figura 3. Determinantes satisfacción maternal	41

El cuidar es una actividad que ha existido desde el inicio de la humanidad, pues es algo innato y fundamental en la vida de las personas. Cuidar es un acto de vida que significa una variedad infinita de actividades dirigidas a mantener la vida y permitir la continuidad y la reproducción. Es un acto individual en el momento en que la persona adquiere la autonomía precisa para ello. Igualmente, es un acto recíproco que supone dar a toda persona que, temporal o definitivamente, tiene necesidad de ayuda para asumir sus cuidados de vida. Por tanto, el cuidar es una actividad sencilla y habitual en el ser humano (Guevara et al., 2014). No obstante, el cuidado prestado desde la óptica profesional es diferente. Su forma organizada constituye una disciplina humanística y sanitaria, que utiliza conocimientos de las ciencias físicas, biológicas, sociológicas, etc. (De la Cuesta, 2007).

El saber enfermero se configura como un conjunto de conocimientos, riguroso y sistemático, sobre una materia concreta de la ciencia: el cuidado. El cuidado de las personas es la esencia de la enfermería, y es la enfermera la profesional que tiene la función primordial de preocuparse y priorizar su bienestar. Si desde el aspecto disciplinar, el cuidado es el objeto de la enfermería, desde la perspectiva del ejercicio profesional, el cuidado constituye la función propia de la profesión (Kuerten et al., 2009).

Podemos definir Cuidado de Enfermería como una "acción positiva de relación entre el ser humano y la enfermera, que permite que esta realice, en la persona o para ella, actividades de apoyo, orientación o ejecución de determinadas técnicas en favor del mantenimiento de la salud o de la recuperación o incremento de esta. Tales acciones positivas pueden llevarse a cabo por la enfermera cerca de una persona o de un grupo necesitado de cuidados (ej. familia) y se extienden desde del nacimiento hasta la muerte" (Organización Mundial de la Salud, 2015). El cuidado enfermero es una actividad que requiere de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida

que se fundamenta en la relación terapéutica enfermera-persona. Representa una serie de actos que tienen por finalidad mantener la vida asegurando la satisfacción de un conjunto de necesidades para la persona (individuo/a, familia, grupo y comunidad), que en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (Hernández et al., 2011).

El cuidado de la salud, desde la perspectiva enfermera, se enfoca partiendo de una visión global de la persona, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales que están presentes en todas y cada una de ellas, lo que se denomina visión holística del ser humano. Entendiendo así el cuidado se puede comprender que no consiste en un acto sencillo y habitual (Sancho y Prieto, 2013). Dentro de esta atención sanitaria, los cuidados enfermeros ocupan un lugar importante, por lo que la profesionalidad ha de ser considerada constantemente. Para que los cuidados se presten con esta profesionalidad, las enfermeras deben: entender a la persona de forma integral; tener bien clarificadas las acciones y metas; utilizar una metodología de trabajo; basar las acciones en principios científicos y poseer capacidad para responder a la obligación ética y legal que han contraído (Urra, 2009).

A través del tiempo y con el progreso de los conocimientos biomédicos, se han podido perfeccionar técnicas, han habido avances científicos y tecnológicos, que influyen en el quehacer del profesional de enfermería olvidando, en algunos momentos, que la esencia de este es el respeto a la vida y el cuidado profesional al ser humano. (Ramírez y Müggenburg, 2015). Por todo ello, la enfermera puede realizar acciones hacia una persona con el sentido de obligación o responsabilidad, pero puede ser falso decir que ha cuidado a la persona si tenemos en cuenta que el valor del cuidado humano y del cuidar implica un nivel más alto: la integridad de la persona y la calidad de la atención (Guevara et al., 2014).

Por último, es importante recalcar el cuidado materno-perinatal de la profesión de enfermería, que ejerce un rol fundamental desde diversos campos de acción y en las diferentes etapas de la procreación. Entre las múltiples teorías del cuidado enfermero, la teoría de Ramona T. Mercer, centrada en la adopción del rol maternal, explica la transición de la mujer al convertirse en madre, lo que implica un cambio amplio en su espacio vital que requiere un desarrollo continuo. Su interés va más allá del concepto de "madre tradicional", abarcando ciertos factores predisponentes como: (1) características maternas (edad, autoestima/autoconcepto, actitudes respecto a la crianza, confianza, satisfacción con el nacimiento, estado de salud); (2) características del niño/a (temperamento y salud) y (3) rol materno (competencia en el rol). Todos estos factores atribuidos por Mercer son situados en un microsistema influenciado por la relación padre-madre, el apoyo social y el funcionamiento familiar. Este, a su vez, se encuentra dentro de un macrosistema que puede estar determinado por distintos factores como lo son el cuidado diario, el ambiente laboral, el estrés, la escuela, el entorno cultural, etc. (Alvarado, 2015; Ortiz-Félix et al., 2016).

Mercer define a las enfermeras como las personas encargadas de promover la salud en las familias y las pioneras desarrollando estrategias de valoración. En su teoría no solo habla de la importancia de la enfermería sino de la importancia del cuidado enfermero, en cada unidad, en cada tipo de cuidado que recibe la madre en cada etapa de su maternidad. Según su teoría, el cuidado enfermero debe de contribuir identificando junto con la madre situaciones que dificultan o fuentes de apoyo que contribuyen en este proceso, para plantear acciones que favorezcan la adopción del rol materno. Igualmente, define la salud como la percepción que la madre y el padre poseen de su salud anterior, actual y futura. También menciona como el estado de salud de toda la familia se ve afectado por el estrés del parto y como se consigue la misma por el rol materno (Marriner y Ann, 2011; Ortiz-Félix et al., 2016).

1. Maternidad saludable

En el continuo de servicios de atención a la salud reproductiva, la atención maternal representa un medio para llevar a cabo importantes funciones, como la promoción de la salud y la prevención de enfermedades. De modo significativo, la atención maternal ofrece la oportunidad de comunicarse con las mujeres, las familias y las comunidades y brindarles apoyo en un momento decisivo de la vida de una mujer. Estas funciones de comunicación y apoyo son esenciales, no solo para salvar vidas, sino para mejorar su calidad, incrementar la utilización de los servicios sanitarios y aumentar la calidad de la atención (White Ribbon Alliance, 2016).

El concepto de maternidad saludable y segura abarca la promoción y la protección del derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr para las mujeres, las madres, y los recién nacidos/as, así como el acceso a servicios adecuados de salud y sistemas sanitarios seguros y eficientes. Involucra tratar al embarazo, parto y puerperio como un período especial durante el cual todas las mujeres deben tener acceso a cuidados apropiados acordes a su estado, busca identificar signos y síntomas de alarma que pongan en peligro su vida y buscar atención en establecimientos de salud con capacidad resolutive que permita atender estas complicaciones (Organización Panamericana de la Salud, 2013).

Una atención maternal saludable y respetuosa para mujeres y recién nacidos/as se reconoce cada vez más como un derecho universal, así como un componente esencial de una atención de calidad. Las embarazadas tienen derecho a recibir un trato igual de digno que otras personas, a tener la libertad de solicitar, recibir y transmitir información, a no sufrir violencia ni discriminación y a obtener un alto nivel de salud física y mental (World Health Organization, 2017a). La Organización Mundial de la Salud (OMS) concibe un mundo en el que todas las embarazadas y recién

nacidos/as reciban una atención de calidad durante el embarazo, el parto y el periodo postnatal. Por ello, ha resaltado la importancia de una atención respetuosa para mujeres e infantes en varios documentos recientes, como la Declaración sobre la Prevención y Erradicación de la Falta de Respeto y Maltrato durante el Parto (2015); los Estándares para mejorar la Calidad de la Atención Materna y Neonatal en Instalaciones Sanitarias (2016); y la nueva Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030).

En todos los países y comunidades del mundo, el embarazo y el parto son considerados acontecimientos vitales en la vida de las mujeres y sus familias, representando un momento de intensa vulnerabilidad. El concepto de maternidad saludable generalmente se restringe a la salud física, pero la maternidad también es un importante rito de paso que puede tener un profundo significado cultural y personal. La noción debe ampliarse más allá de la prevención de la morbilidad y mortalidad y priorizar la atención de la salud centrada en la persona y el bienestar, con un enfoque basado en los derechos humanos, incluyendo autonomía, dignidad, sentimientos y preferencias de las mujeres (Organización Mundial de la Salud, 2014; White Ribbon Alliance, 2016).

Las experiencias positivas de las mujeres en el marco de la atención al parto pueden sentar las bases para una maternidad saludable, siendo clave para transformar la atención maternal y crear familias y comunidades prósperas (Organización Panamericana de la Salud, 2018). Una experiencia de embarazo positiva se define como el mantenimiento de la normalidad física y sociocultural, el sustento de un embarazo saludable que beneficie a la madre y al recién nacido/a, la realización de una transición efectiva hacia un parto y un nacimiento positivo, y la experiencia de una maternidad positiva (Organización Mundial de la Salud, 2014). Del mismo modo, una experiencia de parto positiva se reconoce como un desenlace trascendente para todas las mujeres en trabajo de parto. Esto incluye dar

a luz a un bebé sano en un ambiente seguro desde el punto de vista clínico y psicológico y contar con apoyo práctico y emocional continuo, es decir, estar acompañada en el momento del nacimiento y ser asistida por personal amable y con competencias técnicas adecuadas. Se basa en la premisa de que la mayoría de las mujeres desean tener un trabajo de parto y nacimiento fisiológicos y alcanzar un sentido de logro y control personales a través de la participación en la toma de decisiones, inclusive cuando se requieren o desean intervenciones médicas (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

La maternidad es a menudo una experiencia positiva. Sin embargo, para algunas mujeres es sinónimo de sufrimiento, enfermedad e incluso de muerte (World Health Organization, 2017a). Cuatro de cada diez mujeres en todo el mundo sufren un trato irrespetuoso, ofensivo o negligente durante su maternidad, lo cual puede constituirse como una violación de sus derechos fundamentales, descritos en las normas y tratados internacionales de derechos humanos (Bohren et al., 2019). Esta actitud conlleva una violación de la confianza entre ellas y los/las profesionales de la salud que las atienden, al igual que puede conllevar un importante factor de desmotivación para las mujeres que buscan asistencia materna y utilizan estos servicios. Si bien es posible que, durante el embarazo, el parto y el puerperio, se trate a las mujeres de manera irrespetuosa y ofensiva, hay que tener presente que es el parto el periodo más vulnerable. Mujeres adolescentes, solteras, de nivel socioeconómico bajo, con bajo nivel de estudios, las pertenecientes a una minoría étnica, las inmigrantes y las que padecen el virus de de la inmunodeficiencia humana (VIH), entre otras, son las más vulnerables a sufrir un trato irrespetuoso y ofensivo (Bohren et al., 2019; Organización Mundial de la Salud, 2014).

2. Cuidados de salud durante el parto

El parto, también llamado nacimiento, es el proceso en el que la mujer expulsa el feto y la placenta al final de la gestación. Se considera que una mujer inicia el parto con la aparición de contracciones uterinas regulares (trabajo de parto), que aumentan en intensidad y frecuencia, acompañadas de cambios fisiológicos en el cuello uterino (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

El parto debe considerarse como un proceso fisiológico de especial vulnerabilidad por su alto contenido emocional y su vinculación en el desarrollo de lazos afectivos en la familia. Igualmente, el momento del nacimiento es crítico para la vida de las mujeres y los bebés, ya que el riesgo de morbilidad puede aumentar considerablemente si surgen complicaciones. Esto hace importante que la atención que se presta no dañe a la madre ni a su bebé ni física ni emocionalmente. El cuidado prestado durante el parto disminuye la ansiedad y aumenta la satisfacción, mejorando el vínculo, la estabilidad metabólica y hemodinámica, la tasa de lactancia y su duración y el desarrollo psicomotor y neurológico del bebé (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

La matrona es la profesional reconocida internacionalmente en todos los sistemas sanitarios como una figura esencial que, con una actitud científica responsable y utilizando los medios clínicos y técnicos adecuados al desarrollo de la ciencia en cada momento, proporciona una atención integral a la salud sexual, reproductiva y maternal de la mujer en sus facetas preventiva, de promoción y de atención y recuperación de la salud, incluyendo así mismo la atención de la madre en el diagnóstico, control y asistencia del embarazo, parto y puerperio normal, y la atención al neonato sano, hasta el 28º día de vida (Fernández et al., 2013). La solidez de esta profesión se pone de manifiesto en su reconocimiento, tanto por la

Organización Mundial de la Salud como por la Unión Europea, en la que se regula la profesión, con un perfil competencial específico y con una formación armonizada en todos los Estados miembros (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2014).

Los principales cuidados de la matrona durante la asistencia al parto son (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2014):

- Prestar atención y asistencia a la madre y el feto auxiliándose en los medios clínicos y tecnológicos adecuados: monitorización de la condición fetal, intervenciones menores, como amniotomía o episiotomía, evaluación de los factores de riesgo y detección temprana de problemas.
- Reconocer y prestar cuidados al bebé y en caso de necesidad realizar reanimación inmediata.
- Animar y apoyar a la mujer y a su pareja, fomentando su participación en el proceso.
- Traslado de la embarazada a un nivel mayor de asistencia, si los factores de riesgo se vuelven aparentes o si aparecen complicaciones que justifiquen la intervención del obstetra y asistir a este si fuera preciso.

A pesar de los importantes debates e investigaciones que se han desarrollado durante muchos años, el concepto de "normalidad" en el trabajo de parto y el nacimiento no es universal ni está estandarizado. En las últimas dos décadas, se ha producido un aumento considerable en la aplicación de diversas prácticas de trabajo de parto que permiten iniciar, acelerar, terminar, regular o vigilar el proceso fisiológico de dicho proceso con el fin de mejorar los resultados tanto para las mujeres como para los bebés. Esta medicalización creciente de los procesos de parto tiende a debilitar la capacidad de la mujer de dar a luz y afecta de manera negativa su experiencia (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015;

Organización Panamericana de la Salud, 2019). Por ello, el cuidado del embarazo y parto normal debe basarse en unos principios que aseguren fuertemente la protección, la promoción y el soporte necesario para lograr un cuidado de salud efectivo (Tabla 1).

Ser no medicalizado, utilizando un set mínimo de intervenciones que sean necesarias.
Ser basado en el uso de tecnología apropiada, dirigido a reducir el uso excesivo de tecnología.
Ser basado en la mejor evidencia científica disponible.
Ser regionalizado y basado en un sistema eficiente de referencia de centros de cuidado primario a niveles de cuidado terciarios.
Ser multidisciplinar, con la participación de profesionales de la salud como matronas, obstetras, pediatras, enfermeras, etc.
Ser integral, teniendo en cuenta las necesidades intelectuales, emocionales, sociales y culturales de las mujeres, sus hijos/as y familias y no solamente un cuidado biológico.
Estar centrado en las familias, dirigido hacia las necesidades no solo de la mujer y su hijo/a sino de su pareja.
Ser apropiado teniendo en cuenta las diferentes pautas culturales.
Tener en cuenta la toma de decisión de las mujeres.
Respetar la privacidad, la dignidad y la confidencialidad de las mujeres.

Tabla 1. Diez principios del cuidado perinatal. Fuente: Chalmers et al., 2001.

Recientemente, se ha publicado una directriz actualizada, integral y consolidada sobre los cuidados esenciales durante el parto, que reúne las recomendaciones nuevas y existentes de la OMS, garantizando la calidad de la atención basada en la evidencia, independientemente del entorno o del nivel de atención de salud. Esta directriz resalta la importancia de una atención centrada en la mujer para optimizar la experiencia del trabajo de parto y el nacimiento para las mujeres y sus bebés a través de un enfoque holístico basado en los derechos humanos. Presenta un modelo global de cuidados que considera la complejidad y la heterogeneidad de los modelos predominantes de atención y la práctica actual. Para lograr una experiencia de parto positiva para las mujeres y sus bebés, las recomendaciones (Figura 1) se deben implementar como un paquete de atención en todos los entornos, a través de profesionales de la salud amables, competentes y motivados que trabajen en centros con recursos físicos esenciales disponibles (Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Por otro lado, para lograr resultados óptimos, es tan importante proporcionar apoyo emocional y psicológico como lo es proporcionar atención médica (World Health Organization, 2017a). Aunque cada persona es única, existen unas recomendaciones generales para responder a las necesidades emocionales y psicosociales durante el embarazo y el parto. Una comunicación honesta y la empatía son probablemente las claves más importantes para unos cuidados sanitarios de calidad. Además, el personal sanitario debe tratar de entender y reconocer las necesidades específicas y prácticas culturales de cada mujer y su familia. (Organización Panamericana de la Salud, 2019; World Health Organization, 2016). La conciencia y el reconocimiento de estos factores pueden ayudar a los y las profesionales de la salud a ofrecer un mejor apoyo a las mujeres y sus familias (Organización Panamericana de la Salud, 2018b; World Health Organization, 2017a).



Figura 1. Representación esquemática del modelo de cuidados durante el parto. Fuente: Organización Panamericana de la Salud, 2019.

2.1 La asistencia al parto en España

En los hospitales españoles la atención al embarazo y al parto representa una de las causas más frecuente de ingreso hospitalario (el 14% según el Informe Anual del Sistema Nacional de Salud, 2017). Existe una tendencia a la medicalización creciente de este proceso fisiológico, a pesar de que la evidencia científica recomienda eliminar las intervenciones inútiles, inapropiadas o innecesarias (Ferreiro-Losada et al., 2013; Organización Panamericana de la Salud, 2019). Este tipo de atención

conlleva una asistencia basada en un soporte tecnológico fruto de los últimos avances técnicos (la monitorización continua de frecuencia cardiaca fetal y dinámica uterina, la telemetría, la analgesia epidural, la inducción farmacológica y avances derivados de nuevas técnicas quirúrgicas entre otros) lo que, al parecer, ha comportado una mayor seguridad sanitaria en los partos de alto riesgo. Esta instrumentalización y monitorización del proceso ha conllevado un mayor grado de seguridad en los y las profesionales de la salud, al tener datos objetivos de lo que está ocurriendo en cada momento, a la vez que ha propiciado un cambio en su papel (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010; World Health Organization, 2016). Ante esta situación, el hecho de saber “que todo va bien” puede hacer que se relaje la comunicación entre la matrona responsable de los cuidados del parto y de la madre, lo que ha supuesto en ocasiones, un deterioro de la asistencia personalizada al parto fisiológico y de los cuidados emocionales tan importantes en esta etapa (Kristienne et al., 2020; Mas-Pons, 2012; Prosen and Krajnc, 2019).

En respuesta a esta situación, ha surgido la necesidad de reevaluar la forma en que se asiste a las parturientas. En 2015 el Ministerio de Sanidad y Consumo presentó una nueva estrategia de Atención al Parto Normal en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, insistiendo en la participación de las usuarias en la toma de decisiones y el abordaje de prácticas clínicas basadas en el mejor conocimiento disponible. En la misma línea, organizaciones sanitarias como la SEGO y la FAME han publicado documentos similares como "las Recomendaciones Para la Asistencia al Parto, 2008" y "la Iniciativa Parto Normal, 2012" respectivamente.

3. Parto prematuro

El parto prematuro es un asunto crucial dentro de la atención perinatal. Se define como el nacimiento de un recién nacido vivo antes de

las 37 semanas completas de gestación. Los nacimientos prematuros pueden clasificarse como espontáneos (debido al trabajo de parto prematuro espontáneo o la ruptura prematura de membranas antes del parto) o inducidos por el personal sanitario por alguna indicación materna o fetal que requiere finalizar la gestación (Frey and Klebanoff, 2016).

En 2014, aproximadamente el 10.6% de los nacimientos vivos en todo el mundo fueron prematuros, lo que equivale a cerca de quince millones de bebés prematuros vivos. De ellos, casi el 85% de los nacimientos prematuros ocurren en el período prematuro tardío, y más del 80% ocurrieron en Asia y África subsahariana. A nivel mundial, se ha observado un incremento de la tasa de nacimientos prematuros, pasando del 9.8 % en el año 2000 al 10.6 % en 2014. En los países más pobres, en promedio, el 12% de los bebés nacen demasiado pronto en comparación con el 9% en los países de ingresos más altos (Figura 2) (Chawanpaiboon et al., 2019). Se evidencia, por tanto, una posible relación entre los factores demográficos y socioeconómicos y la incidencia de nacimientos prematuros, ya que las poblaciones más pobres presentan mayor riesgo.



Figura 2. Carga global de nacimientos prematuros en 2014. Fuente: Chawanpaiboon et al., 2019.

En Europa, y según las estadísticas disponibles, la tasa de nacimientos prematuros oscila en torno al 8 % para todos los nacimientos vivos. España, habiendo experimentado un leve incremento en los últimos años, presenta un porcentaje para todos los nacimientos vivos del 8.2% (Chawanpaiboon et al., 2019; Zeitlin et al., 2013).

Aunque muchos factores sociodemográficos, nutricionales, biológicos y ambientales pueden aumentar el riesgo de parto prematuro espontáneo, no se conocen con exactitud las causas. Existen varios factores que pueden determinar que una mujer embarazada corra un mayor riesgo de parto prematuro, como por ejemplo un parto prematuro anterior, embarazos múltiples, las técnicas de fertilidad y algunas afecciones médicas crónicas, como la hipertensión, la diabetes o ciertas infecciones. El embarazo durante la adolescencia es también un importante factor de riesgo (Frey and Klebanoff, 2016).

A nivel mundial, en 2016, las complicaciones del parto prematuro fueron la principal causa de muerte en niños/as menores de 5 años, representando aproximadamente el 16% de todas las muertes y el 35% de las muertes entre los recién nacidos/as (UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation, 2017).

Los recién nacidos/as con prematuridad que sobreviven corren un mayor riesgo de sufrir una variedad de morbilidades a corto y largo plazo. Aunque los riesgos son mucho más altos en la gestación temprana (menos de 34 semanas), el parto prematuro tardío (34-37 semanas) ocurre con mayor frecuencia y los neonatos prematuros tienen riesgos de resultados adversos significativamente mayores que los bebés nacidos a término (Chawanpaiboon et al., 2019). Las complicaciones comunes del parto prematuro son las altas tasas de síndrome de dificultad respiratoria, displasia broncopulmonar, enterocolitis necrotizante, sepsis, convulsiones, hemorragia intraventricular, parálisis cerebral, infecciones, dificultades de

alimentación, encefalopatía isquémica hipóxica y problemas visuales y auditivos (March of Dimes et al., 2012; Platt, 2014). Por otro lado, el parto prematuro se asocia con costes significativos para los sistemas de salud y para las familias involucradas (Frey and Klebanoff, 2016).

La prevención del nacimiento prematuro debe ser prioritaria. La planificación familiar y un mayor empoderamiento de la mujer, sobre todo las adolescentes, además de mejorar la calidad de la atención antes, entre y durante el embarazo puede ayudar a reducir las tasas de nacimientos prematuros. Los y las profesionales de la salud tienen un papel fundamental para desempeñar y todos pueden ayudar a prevenir los nacimientos prematuros y mejorar el cuidado de estos bebés. El esfuerzo de "Cada Mujer Cada Niño", programa encabezado por el Secretario General de las Naciones Unidas Ban Ki-moon, brinda el marco para coordinar la acción y asegurar la responsabilidad, con el objetivo de reducir las muertes por nacimientos prematuros para el año 2025 (Frey y Klebanoff, 2016; March of Dimes et al., 2012).

3.1 Impacto de la prematuridad en la madre-familia

La prematuridad representa un factor de extrema preocupación por la salud del neonato, dado que contribuye a la mortalidad y morbilidad de estos. Tal realidad se presenta como un desafío para los progenitores, que se encuentran con una situación inesperada y deben tomar decisiones que pueden interferir en el futuro de sus hijos/as (Bell and Anderson, 2016).

El impacto emocional se encuentra documentado en la bibliografía como un aumento del riesgo de padecer trastornos psicológicos en las madres de bebés prematuros durante el posparto. Cuando la mujer se encuentra con la experiencia del parto prematuro, se ve en una situación inesperada, y sus niveles de estrés son inversamente proporcionales a su edad gestacional, es decir, cuantas menos semanas de gestación al instaurarse el parto, mayor nivel de estrés (Pohlmann et al., 2016; Puig et

al., 2018). Por ello, una de las primeras complicaciones maternas es el impacto psicológico, consistente en depresión, ansiedad, estrés parental, trastorno de estrés agudo y trastorno de estrés postraumático. Las madres de bebés muy prematuros pueden llegar a sufrir depresión severa hasta alrededor de doce meses postparto (Pacheco-Romero, 2018).

También es un aspecto negativo relacionado con la prematuridad la cuestión de que la madre rompe con la imagen de ir a casa con su hijo tras el parto, ya que este, normalmente, queda ingresado por necesitar de cuidados especiales. De esta forma, la mujer pasa del papel de madre al de acompañante, lo que quiebra su dinámica familiar, teniendo que lidiar con una sensación de descontrol de la situación mientras intenta equilibrar otras responsabilidades, como la familia y el trabajo. Estas mujeres reconocen no estar preparadas para afrontar el nacimiento prematuro, lo que representa una situación de shock que dificulta el establecimiento de los roles maternos y de apego (Carter et al., 2018; Puig et al., 2018). A partir de tal contexto, se percibe la necesidad de contar con el apoyo de otros elementos de la familia, principalmente de la figura paterna, que experimenta y percibe unos sentimientos de preocupación, inquietud y tensión emocional similares a los de la madre (Bell and Anderson, 2016; Stefana, 2016; Tooten et al., 2013).

Cabe señalar que los efectos negativos del parto prematuro pueden ser contrarrestados, al menos en parte, con ciertos factores de protección, como la resiliencia familiar, que se define como los recursos internos y externos de una familia y de sus miembros. Así, cuando una familia experimenta un suceso adverso, como puede ser el nacimiento de un bebé prematuro, el apoyo social y su capacidad resiliente, han mostrado ser factores de protección del desajuste personal y social de la familia y de los padres (Escartí et al., 2016). Por tanto, cuando la prematuridad es superada de forma satisfactoria, produce en los padres un sentimiento de

cuidado intenso con su hijo/a, de cariño constante y una adaptabilidad satisfactoria para las necesidades del bebé (Pohlmann et al., 2016).

3.2 Competencias de la matrona y profesionales de la salud implicados en el parto prematuro

Con relación a los cuidados de salud ofrecidos durante el parto prematuro, se destaca la importancia de un equipo interdisciplinar (matronas, obstetras, pediatras, anestesistas, psicólogos/as, etc.) para asistir al binomio madre-recién nacido/a, sin olvidar la figura del progenitor (Pohlmann et al., 2016). No obstante, es la matrona quien realiza el papel principal. Su experiencia se basa en la asistencia al parto normal y su habilidad diagnóstica para identificar desviaciones de la normalidad y aplicar medidas de emergencia (Federación de Asociaciones de Matronas de España, 2014). No obstante, en el caso de la asistencia a mujeres con embarazos y partos complejos o complicados, como el parto prematuro, cobra también especial importancia la figura del obstetra. Aun así, cuando se precisa la implicación de un obstetra u otro profesional del equipo, la matrona continúa siendo responsable de proveer apoyo global, garantizar la continuidad de los cuidados y promover en la medida de lo posible el parto como un proceso fisiológico normal (Ministerio Sanidad y Política Social, 2009; Organización Panamericana de la Salud, 2019).

Las habilidades técnicas de los y las profesionales de la salud son fundamentales. De igual modo, el apoyo social es también mencionado por diversos estudios que garantizan que el aspecto biológico es importante, pero el aspecto emocional interfiere también en el desenlace (Pohlmann et al., 2016). Por ello, es necesario que los y las profesionales de la salud sean conscientes de la fragilidad psicológica de la mujer y su familia que viven un parto prematuro y que identifiquen los factores que pueden influir en el estado psicológico de la embarazada (Tabla 2). El estado psicológico a su vez repercute en la capacidad de cuidar de sí misma y de su bebé y de seguir las recomendaciones sanitarias. Por lo tanto, para lograr resultados

óptimos, es tan importante proporcionar apoyo emocional y psicológico como lo es proporcionar atención médica (World Health Organization, 2017a).

Los sistemas de apoyo de la mujer, su relación con la pareja y familiares.
La situación social de la mujer y la pareja, así como su cultura, prácticas religiosas, creencias y expectativas.
Los resultados de embarazos previos, problemas médicos crónicos e historial de problemas psiquiátricos, abuso sexual y doméstico, o abuso de sustancias.
Las personalidades de las personas involucradas y la calidad y naturaleza del apoyo social, práctico y emocional recibido.
La naturaleza, gravedad y pronóstico del problema y la disponibilidad y calidad de los servicios de salud.

Tabla 2. Factores determinantes en el estado psicológico de la embarazada. Fuente: World Health Organization, 2017.

De esta forma, es necesario comprender el tiempo de cada mujer para hablar y tomar decisiones sobre su estado de salud y del bebé. La transparencia de las informaciones es condicionante para que la comprensión sea efectiva y la toma de decisiones sea consciente. Una mujer que comprende su situación y se siente partícipe, contribuye a un mejor enfrentamiento de sus condiciones de salud. Tal conducta garantiza una disminución en el nivel de estrés de las mujeres, en la medida que estas ven al personal sanitario como aliado (Forcada-Guex et al., 2011; Jenkins et al., 2014).

También es vital que el momento del parto prematuro sea vivido por la madre y el progenitor de forma tranquila y segura, con unos

profesionales que transmitan control, confianza y calma en momentos de crisis, con capacidad para reconocer la incertidumbre, minimizar la información y los consejos contradictorios, y ofrecer una continuidad de cuidados, haciendo la vivencia más satisfactoria y menos traumática. También es importante para las madres que el progenitor o la pareja estén involucrados en el nacimiento, contribuyendo su grado de implicación en una experiencia más o menos positiva por parte de la mujer, al igual que también es importante para el progenitor o la pareja sentirse animado por los y las profesionales para involucrarse en el nacimiento (Carter et al., 2018; Sawyer et al., 2013a).

4. Calidad en los cuidados de salud

La calidad asistencial es una disciplina que ha adquirido una enorme relevancia en la atención sanitaria actual. Vivimos en una época en la que las personas cada vez son más expertas y responsables; los y las profesionales de la salud, más capaces y con mejor formación; y la tecnología médica, más avanzada y resolutive. Estos y otros muchos factores científicos y sociales contribuyen a potenciar y desarrollar la calidad y la seguridad de la atención prestada por los servicios sanitarios (Hanefeld et al., 2017).

La Real Academia Española define calidad como la "propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su misma especie" (Real Academia Española, 2018). Esta definición permite identificar varias de sus características inherentes. La necesidad de entender el concepto de calidad como un término relativo, que implica la idea de mejora continua: no se trata de alcanzar un nivel de calidad sino de encontrar la fórmula para aumentarla. Al mismo tiempo, el concepto implica comparar y medir. Por ello, se necesita identificar qué es importante valorar, en base a hechos y datos, los que se denomina evidencias. Por tanto, hablar de calidad en la

actualidad implica medir y, ciertamente, medir la calidad para mejorar (Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar social, 2019).

Por otro lado, la OMS define que "la calidad de la asistencia sanitaria" es asegurar que cada persona reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos de la persona y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción de la persona con el proceso (Organización Mundial de la Salud, 2014). Según la OMS, la calidad de los servicios sanitarios tiene tres componentes:

1. Adecuación: relaciona la disponibilidad de los servicios con las necesidades de las personas.
2. Eficiencia: relaciona los resultados conseguidos con el coste.
3. Calidad Científico-Técnica: se refiere a la competencia de los profesionales de la salud para utilizar la tecnología más avanzada puesta a su alcance.

Otros autores (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016) añaden algunos componentes más al concepto de calidad como:

- Accesibilidad: es la facilidad para recibir los cuidados de salud que se precisan.
- Satisfacción: tanto del profesional (cliente interno) como de la persona (cliente externo).
- Efectividad: relaciona el grado de consecución de los objetivos marcados, en condiciones de aplicabilidad reales.
- Seguridad: grado en que la asistencia sanitaria que se presta esté exenta de riesgos para las personas y la plantilla.
- Continuidad: que la atención se preste de una forma ininterrumpida.

- **Equidad:** tratamiento igual para necesidad igual. Es decir, toda persona con la misma necesidad deberá recibir el mismo tratamiento con independencia de su posición social, su riqueza, su raza o ideología política, etc.

Donabedian es el padre de la aplicación de la ciencia a la calidad del mundo sanitario. Según sus estudios, la producción de servicios de salud se divide en tres componentes:

1. **Estructura:** es el conjunto de recursos humanos, materiales y financieros, y su organización global. Incluye todas las características estables de los proveedores de la atención sanitaria y de los recursos a su alcance (personal, financiación, material). La evaluación de la estructura suele ser relativamente sencilla. No necesariamente una buena estructura garantiza un buen resultado, pero es una condición necesaria.
2. **Proceso:** es el conjunto de actividades que los y las profesionales de la salud realizan para la persona (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación), así como la respuesta de esta a dichas actividades. El proceso está más ligado a los resultados que la estructura; la mejor manera de asegurar un buen resultado es actuar sobre los procesos sanitarios, mejorando el trabajo del equipo de salud. La fuente de información más utilizada para la evaluación del proceso es la documentación clínica.
3. **Resultado:** es el cambio del grado de salud de la persona, y su grado de satisfacción ante la atención recibida. También pueden considerarse elementos de resultado los conocimientos adquiridos y la mejora en la calidad de vida. Donabedian lo señaló como el aspecto más importante y enfatiza que un resultado no es simplemente una medida de salud, bienestar o cualquier otro estado; es un cambio en el estado de salud actual y futura de la persona (Donabedian, 1966).

Para la evaluación de la calidad se pueden utilizar datos de estructura, de proceso y de resultado, aunque la aproximación más completa a la evaluación de la calidad asistencial es la basada en datos de resultado, debido a que son los únicos directos. Pero dado que los datos de resultado tienen una dependencia multifactorial, también se utilizan los datos de proceso siempre que se haya establecido que determinados procedimientos usados en situaciones específicas están claramente asociados con buenos resultados; así, la mera presencia o ausencia de estos procedimientos en estas situaciones puede ser aceptada como una prueba de buena o mala calidad (Hanefeld et al., 2017).

Evaluar la calidad de los cuidados de salud desde la perspectiva del usuario/a principalmente midiendo su satisfacción es cada vez más común. A partir de ello es posible obtener de la persona conceptos y aptitudes en relación con la atención recibida, adquiriendo información que beneficia tanto a la organización otorgante de la atención sanitaria, al equipo de salud como a la persona misma en base a sus necesidades y expectativas (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2016).

5. Satisfacción del paciente

La satisfacción del paciente es un indicador de resultado del proceso asistencial y representa el grado en que la atención prestada satisface las expectativas de la persona. Se refiere, normalmente, al conjunto de elementos de la atención en los que los seres humanos más se fijan y valoran (Peterson et al., 2005). La satisfacción se compone de múltiples evaluaciones de los distintos aspectos de la asistencia sanitaria que se determinan por percepciones, actitudes y procesos de comparación, poniendo de ese modo de manifiesto su naturaleza multidimensional (Jaráiz et al., 2013).

Existen dos modelos teóricos para explicar cómo se produce la satisfacción del paciente (Mira, 2006):

El primero se basa en la teoría de la "acción razonada" de Fishbein y Ajzen (1975). Esta considera que la satisfacción depende, por un lado, de la percepción del paciente sobre cómo haya sido tratado, y por otro, de la importancia que cada paciente otorgue a cada una de las dimensiones de la atención (confort, accesibilidad, resultado, etc.). Se representa con la siguiente fórmula:

$$\text{Satisfacción} = \sum (\text{Expi} \times \text{Evali}).$$

Expi= expectativas del paciente.
Evali= valoraciones del paciente.

El segundo modelo se basa en la "desconfirmación de expectativas" de Oliver (1993). Según esta teoría, la satisfacción está en función del grado de disonancia entre lo que la persona espera y recibe:

$$\text{Satisfacción} = \sum (\text{Ei} - \text{Pi}).$$

Ei: expectativa antes de recibir la atención sanitaria.
Pi: percepción tras la asistencia.

En los estudios realizados en España, se concluye que la satisfacción se asocia a: accesibilidad, competencia profesional, aspectos de confort y apariencia física de las instalaciones, disponibilidad de equipamientos, la empatía de los y las profesionales, la información (cantidad y calidad) que reciben, las posibilidades de elección, la capacidad de respuesta del personal sanitario y la continuidad de los cuidados entre los diferentes niveles asistenciales. También se ha relacionado con el resultado asistencial, con una más pronta recuperación tras intervención quirúrgica y con la participación de la persona en la toma de decisiones clínicas. Específicamente, una atención sanitaria "ideal" para las personas incluye, sobre todo: información suficiente y comprensible, amabilidad y cortesía en el trato, que el personal sanitario y no sanitario demuestre a la persona interés por su problema, que se ofrezca un trato personalizado y que de

muestra de una alta competencia profesional (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2005; Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019; Valls y Abad, 2018).

5.1 La satisfacción como instrumento de calidad asistencial

Según Donabedian (1988), la calidad del cuidado se mide por su capacidad en lograr y producir salud y satisfacción; considerando que si las personas no están satisfechas, el cuidado, aunque sea de alta calidad, no es el ideal. Por ello, conseguir un alto grado de satisfacción ha de ser un elemento esencial para asegurar unos buenos resultados.

La satisfacción del paciente proporciona información sobre la calidad percibida por las personas y, a pesar de ser un concepto psicológicamente complicado, es considerada una importante medida de control de calidad de los procedimientos y resultados del proceso sanitario y un criterio de primera magnitud en la acreditación de las instituciones sanitarias (Auquier et al., 2005). Usado adecuadamente puede ser un buen instrumento para modular y adaptar los servicios a las necesidades expresadas por los usuarios y las usuarias de los servicios sanitarios y, en definitiva, de la sociedad a la que representan, siendo un excelente testigo de los cambios culturales y de las preferencias de la población (Caminal, 2001).

La importancia de su evaluación viene dada por varias razones (Jaráiz et al., 2013):

- La medida de dicha variable permite conocer las percepciones de la persona acerca de los estilos de prácticas, de los aspectos administrativos y de las modalidades de tratamiento.
- La satisfacción está asociada a mejores resultados en la salud y al cumplimiento del tratamiento.

- Los niveles de satisfacción están ligados a la continuidad en el uso del servicio sanitario, lo cual se convierte en un indicador de calidad.
- Monitorizar la satisfacción es necesario considerando que la persona depende de la eficacia del sistema sanitario.

Por todo ello, es importante conocer la satisfacción de las personas, en un entorno asistencial emergente, en el que la calidad ya no se entiende únicamente por la calidad científico-técnica, medida en términos de eficiencia, efectividad y accesibilidad al sistema sanitario. La calidad "percibida" es necesaria y crucial en un entorno que quiere mejorar (Ferreiro-Losada, 2012). Sin embargo, la incorporación de la calidad percibida a la gestión sanitaria es relativamente reciente, y en consecuencia no siempre se utilizan herramientas para poder escuchar a las personas con la forma o intensidad adecuada (Ferreiro-Losada et al., 2013).

Una de las dificultades del análisis de la satisfacción radica en la indeterminación de este concepto que procede, por una parte, de su naturaleza subjetiva y, por otra, de una contextual. Es decir, de múltiples posibilidades de expresión en los distintos espacios socioculturales en los que se manifiesta y de la multidimensionalidad de las experiencias previas relacionadas con ella. Esta falta de concreción del significado del constructo "satisfacción del paciente" ha sido ampliamente denunciada y debatida por numerosos autores (Caminal, 2001; Jaráiz et al., 2013).

La medida de la satisfacción se puede realizar por medio de técnicas cualitativas o cuantitativas, aunque, según algunos autores, la metodología más adecuada es la que combina ambas, así como el empleo de instrumentos que faciliten la evaluación de las percepciones de las personas con la experiencia del cuidado de salud (Mira y Aranaz, 2000; Polit and Berk, 2012).

Los métodos de investigación cualitativa representan una forma de aproximarnos de forma más real a lo que la población desea de los servicios sanitarios (Caminal, 2001). Aplicar la evaluación cualitativa como complemento de las encuestas cuya validez y fiabilidad está probada, sería más enriquecedor a la hora de valorar la satisfacción de la población en todos sus aspectos con el fin de establecer los programas de mejora de la calidad asistencial (Ulin, 2006).

Con respecto a las técnicas cuantitativas, las encuestas son el método más común para evaluar las experiencias individuales de la atención sanitaria, y a pesar de que no siempre se han realizado con el rigor metodológico necesario, son herramientas necesarias para acceder a las opiniones de las personas y poder llegar a formar parte de la evaluación de la calidad de la atención y de la planificación de los servicios (Redshaw, 2008; Salamanca, 2013). Por tanto, proporcionan un método eficiente y rentable para obtener una visión general de la experiencia vivida, permitiendo realizar comparaciones entre personas e instituciones (Marín-Morales et al., 2013).

La mayoría de las encuestas se basan en una estructura de respuesta tipo Likert, con respuestas graduadas en cinco pasos con distancia equitativa entre ellas (totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo), que permite ordenar a los sujetos según sus respuestas a lo largo del continuo "favorable/desfavorable" (Cabrera-Nguyen, 2010; Mira y Aranaz, 2000). No obstante, sorprende que, pese a conocerse que la satisfacción con la asistencia recibida tiene carácter multidimensional, muchas encuestas elaboradas para medirla, utilizan un único elemento de evaluación. Asimismo, muchas encuestas han sido criticadas por no estar desarrolladas sobre bases teóricas (las cuestiones conceptuales y teóricas deben sustentar su diseño y estructura) y por estar mal construidas junto con tener unas malas propiedades psicométricas, incluyendo la fiabilidad y validez (Britton, 2012).

En los últimos años han proliferado los instrumentos para medir la satisfacción del paciente, impulsados especialmente por la utilización de modelos de mejora continua como la Fundación Europea para la Gestión de la Calidad (EFQM) o la incorporación de estándares a este respecto en contratos programa o modelos de acreditación. Sin embargo, la interpretación de los resultados debe ser cuidadosa en función de la metodología utilizada haciendo siempre una reflexión crítica de la representatividad y validez de los mismos. Se abren así mismo diversas vías de investigación necesarias para profundizar en esta área desde el punto de vista de la validez, la ampliación de la captación a otros servicios y dimensiones, el desarrollo de encuestas específicas según perfiles de pacientes (expectativas muy distintas en atención primaria, partos o enfermos terminales, por ejemplo), ampliación de la captación en familiares, acompañantes y cuidadores, y en la búsqueda de un conjunto mínimo de resultados que permitan establecer un benchmarking entre las organizaciones para comparar resultados e identificar mejores prácticas (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2005; Salamanca, 2013).

6. Satisfacción de la mujer con la experiencia del parto

En una etapa tan crucial en la vida de una mujer como lo es el embarazo, parto y puerperio, conocer la satisfacción con los cuidados de salud recibidos es un aspecto muy importante y a su vez, nos puede servir como indicador de calidad de la atención sanitaria y como forma de participación de la mujer en el sistema de salud al expresar su percepción y valorar los servicios (Mas-Pons et al., 2012).

La experiencia de dar a luz es compleja, multidimensional y subjetiva. Por ello, su medición puede resultar dificultosa (Batbaatar et al., 2015). Según diversos estudios, la satisfacción global de las mujeres gestantes con la atención recibida durante el parto es elevada, con porcentajes superiores al 70 %, aunque se han utilizado diferentes

instrumentos de valoración para ello, ofreciendo una heterogeneidad en los datos que dificulta su comprensión (Sánchez Fortis et al., 2018).

A pesar de esta dificultad, son numerosos los estudios que han evaluado la satisfacción materna midiendo diferentes componentes de la experiencia del nacimiento (Figura 3). Estos componentes cubren todas las dimensiones de la atención a través de indicadores de estructura, proceso y resultado. Los elementos estructurales incluyen un buen entorno físico, limpieza y disponibilidad de recursos humanos, medicamentos y suministros adecuados. Los determinantes del proceso incluyen el comportamiento interpersonal, privacidad, rapidez, atención cognitiva, competencia profesional percibida y apoyo emocional. Los determinantes relacionados con los resultados son el estado de salud de la madre y el neonato (Srivastava et al., 2015).



Figura 3. Determinantes satisfacción materna. Fuente: Ministerio de Sanidad y Política Social, 2010.

Los determinantes anteriormente citados (Figura 3) aparecen como los más importantes y están por encima de otros factores como pueden ser la edad, el nivel socioeconómico, la etnia, la preparación al parto, el dolor, la inmovilidad, etc. (Goodman et al., 2004; Jenkins et al., 2014; Larkin et al., 2012; Lewis et al., 2012; Srivastava et al., 2015). Por otro lado, ciertas intervenciones no planeadas como la inducción con oxitocina, cesárea urgente, partos instrumentados, la necesidad de cuidados intensivos neonatales, etc. también se relacionan con insatisfacción materna, pudiendo provocar una peor adaptación psicológica después del parto, depresión, una mayor tasa de abortos futuros, la preferencia de parto por cesárea y sentimientos negativos hacia la lactancia (Ayers et al., 2016; Bell and Anderson, 2016; Grekin and O'Hara, 2014; Kendall-Tackett, 2015).

Actualmente nos encontramos en España en un profundo proceso de transformación en el modelo de atención al parto, centrado en ofrecer una atención personalizada e integral a las mujeres, basado en la evidencia científica, y dirigido a mejorar su participación y protagonismo (Ecuriet et al., 2014; Mas-Pons et al., 2012). La idea de la atención centrada en el mujer deriva del concepto de satisfacción del paciente y tiene su origen por un lado en el intento de conocer las expectativas, preferencias y percepciones de la embarazada con la finalidad de mejorar los procesos asistenciales. Por otra parte, pretende fomentar el respeto a la persona, lo que lleva consigo el respeto a sus valores y creencias (Mira, 2006).

La calidad asistencial en el parto se ha medido en términos de mortalidad y morbilidad materno-infantil y en los resultados del parto: nº de partos eutócicos, instrumentales, cesáreas, desgarros en el periné, resultado del test de Apgar del bebé, etc. (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009). En los países desarrollados las cifras de morbimortalidad perinatal son muy bajas y se necesitan otras formas para medir la calidad de cuidados en la atención al parto (Vivanco, 2009).

Por ello, resulta fundamental incorporar la perspectiva de las madres en la valoración global de la atención prestada, de forma que nos permita identificar aquellos aspectos que son percibidos como insatisfactorios por las propias mujeres y que pueden ser mejorados. En cualquier caso, muchas veces no es posible modificar determinados aspectos asistenciales, como el tipo de parto, y por otro lado es difícil cuantificar la intensidad de los sentimientos, motivo por el cual las herramientas que se han desarrollado van destinadas más a medir la satisfacción de la madre con los cuidados recibidos que con la experiencia del nacimiento o el desarrollo del mismo (Mas-Pons et al., 2012).

La comprensión de las experiencias de las madres en los servicios de maternidad ha mejorado considerablemente durante las últimas décadas (Ecuriet et al., 2014). Los instrumentos disponibles para medir la satisfacción con el parto son diversos y van desde medidas de un solo ítem sobre satisfacción general, hasta extensas encuestas que cubren diversos aspectos de la atención al parto. Además, las herramientas utilizadas no siempre diferencian entre la experiencia del nacimiento (como el dolor y las emociones) y la experiencia con el cuidado recibido. Muchos estudios de investigación han creado sus propias escalas, con poca o ninguna evaluación psicométrica dando lugar a una confusa gama de medidas disponibles que varían en contenido y calidad (Britton, 2012; Nilvér et al., 2017; Sawyer et al., 2013b).

Igualmente, es interesante observar que la mayor parte de los cuestionarios, encuestas y escalas para medir la satisfacción maternal con el proceso del parto han sido diseñados y puestos en marcha en contextos diferentes al español, y se encuentran limitados a mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo obstétrico, lo que significa que no evalúan la satisfacción de las madres con enfermedades asociadas o bebés prematuros (Sawyer et al., 2013b). Como se ha expuesto en apartados anteriores, estas experiencias pueden ser muy diferentes a las de dar a luz

un bebé sano a término, ya que la mayoría de las percepciones negativas están relacionadas con un curso problemático del embarazo, un proceso inesperado e incertidumbre sobre la condición médica de los bebés.

En la práctica de enfermería se observa a veces que el cuidado es identificado en el hacer monótono, lineal y sin sentido, dentro de la racionalidad técnica y el enfoque biomédico, situación que propicia la negación de la enfermería como ciencia y como arte. Enfermería se enfrenta al reto de generar sus propios conocimientos a través de la investigación y construir su realidad desde su propia perspectiva, es decir, su práctica y objeto disciplinar, que es el cuidado. Una de las finalidades de esta investigación es reforzar la base de conocimientos para la práctica de la disciplina e impulsar el crecimiento de la ciencia enfermera, sirviendo de marco para la valoración, planificación, implantación y evaluación del cuidado enfermero ofertado a las madres.

La importancia de esta investigación radica en que existen estudios que demuestran que la satisfacción de la mujer con su experiencia de parto puede tener efectos sobre su salud y sobre la relación con su hijo/a, incluyendo depresión postparto, desórdenes de estrés postraumático, futuros abortos, incapacidad de inicio de relaciones sexuales, sentimientos negativos hacia su bebé, mala adaptación al rol maternal, problemas con la lactancia materna, etc. Se trata de problemas muy serios y que pueden ser evitados, siendo responsabilidad de los y las profesionales de la salud la consecución de una experiencia positiva y satisfactoria por parte de las mujeres.

En la actualidad, la mayoría de las investigaciones sobre la calidad asistencial señalan la importancia de la satisfacción para entender el concepto global de calidad debido al protagonismo que ha alcanzado la opinión/percepción de las personas en los servicios sanitarios. Una atención de máxima calidad es parte integral del derecho a la salud y la ruta hacia la equidad y la preservación de la dignidad de madres y recién nacidos/as, a fin de garantizar que todas las mujeres tengan acceso a servicios de atención materna respetuosos, competentes y comprensivos, garantizando el respeto por la salud sexual y reproductiva.

Según el Ministerio de Sanidad y Política Social, existe una falta de consistencia entre los diferentes estudios en relación con la conceptualización y medición de la satisfacción de la mujer durante el parto. A pesar de que existe una amplia variedad de instrumentos, tanto a nivel internacional como nacional, muchos de ellos difieren en contenido y calidad metodológica, lo que ha resultado en una miscelánea de cuestionarios y escalas de satisfacción de dudosa utilidad. De igual modo, se puede afirmar que hasta el inicio de este estudio, no existía ningún instrumento específico en lengua castellana que fuera capaz de determinar la satisfacción maternal con el parto prematuro, evidenciándose la desatención de estas mujeres por parte de los servicios sanitarios, profesionales de la salud e investigadores de nuestro país. A nivel mundial, solo existe un instrumento validado destinado específicamente para estas madres, la "Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale" (P-BESS), desarrollada en Reino Unido (Sawyer et al., 2014). Dicho instrumento no ha sido adaptado en ninguna otra comunidad lingüística ni empleado en otros estudios de satisfacción maternal hasta el momento.

Por otro lado, el desarrollo de estudios internacionales y la diversidad de culturas requiere tener accesibles instrumentos de evaluación que estén adaptados culturalmente en los distintos países. La OMS recomienda desarrollar y utilizar indicadores de salud estandarizados. En concreto, exige a la investigación multicéntrica internacional tener instrumentos validados en el ámbito de la salud para poder realizar estudios comparativos a nivel internacional. El mayor rigor en la metodología, el interés por una cada vez más sofisticada explotación de los datos y la creciente preocupación por contar con las personas, no solo ha hecho que este tipo de medidas sean cada vez más frecuentes, sino que además está propiciando un cambio en la actitud de los y las profesionales de la salud hacia estas evaluaciones.

En consecuencia, y siguiendo los Estándares de Atención y Medidas de Calidad definidas por la OMS (World Health Organization, 2016) y el IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana: línea 1.2 Aumentar la calidad del sistema sanitario público; línea 4.3 Atender la salud sexual y reproductiva (Generalitat Valenciana, Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública, 2016), se considera necesario contar con instrumentos psicométricamente sólidos para evaluar adecuadamente la satisfacción de la mujer durante el proceso del parto y garantizar una atención respetuosa, y al mismo tiempo acabar con el crecimiento irracional de creación de nuevas escalas, aumentando la utilidad de las ya existentes a través de validaciones en otras culturas, grupos de edad, números de muestra, etc.

En términos de impacto, difundir y analizar los resultados obtenidos con el personal sanitario, especificar objetivos de calidad a partir de los resultados de las encuestas, y definir el resultado final de la intervención sanitaria contando con la percepción de las personas puede suponer un paso decisivo para propiciar una mayor calidad asistencial. En particular, analizando la satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante un parto prematuro a través de una encuesta validada y representativa, incorporamos la perspectiva de la mujer sobre la calidad del cuidado sanitario prestado. Ello permitiría identificar aspectos que pudiesen resultar insatisfactorios, detectar áreas susceptibles de mejora y reforzar aquellas en las que la actuación sanitaria es exitosa. Las clases de preparación para el parto, la planificación del parto, la preparación de los y las profesionales de la salud y el apoyo social son algunas actividades que podrían organizarse de acuerdo con las necesidades de las madres y promover la mejor experiencia de parto posible.

Por todo lo expuesto en este marco teórico general, en el siguiente apartado se presentan las hipótesis y los objetivos de la presente tesis doctoral.

1. Hay una escasez de instrumentos sólidos y fiables capaces de medir el nivel de satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante el parto de un recién nacido/a.
2. La versión española de la escala P-BESS es un instrumento robusto, válido y fiable para medir la satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante un parto prematuro.
3. En la población española, el nivel de satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante el parto prematuro es alto.
4. Ciertos estilos de vida y características sociodemográficas se asocian con la satisfacción maternal en relación con el parto prematuro.

El objetivo general del presente trabajo de investigación es:

Analizar la satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de un bebé prematuro en un hospital de tercer nivel.

Objetivos específicos:

1. Identificar y evaluar los instrumentos más recientes y robustos disponibles para medir la satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de su bebé, dentro de un ambiente hospitalario.
2. Traducir, adaptar de manera transcultural y evaluar la confiabilidad y validez de la "Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale" (P-BESS) en la población española.
3. Evaluar en una población española el nivel de satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de un bebé prematuro en un hospital de tercer nivel.
4. Identificar las características sociodemográficas y clínicas más fuertemente asociadas con la satisfacción de las mujeres que tuvieron un bebé prematuro en un hospital de tercer nivel.

1. Resumen de metodología

A continuación, se presenta un resumen de la metodología empleada en los diferentes apartados de esta tesis para tratar de dar respuesta a cada uno de los objetivos planteados.

Para responder al **primer objetivo**, se realizó una revisión bibliográfica sistemática con el fin de identificar y evaluar la literatura más adecuada y reciente disponible, así como los instrumentos existentes para medir la satisfacción maternal durante el parto. A continuación, se va a presentar un breve resumen del diseño de la revisión llevada a cabo, incluyendo los criterios de inclusión, estrategia de búsqueda, etc.

Se diseñó una estrategia de búsqueda mediante una combinación de términos basados en tesauros y términos de texto libre que cubrían el problema de interés: parto/ parturition; parto obstétrico/delivery, obstetric; trabajo de parto/ lab*r; nacimiento/ birth, childbirth; cuestionario/questionnaire; escala/scale; instrumento/instrument; medición-medida/measure*; satisfacción del paciente/ patient satisfaction; satisfacción personal/ personal satisfaction; percepción/ perception; experiencia/ experience. A continuación, se especifican los criterios de inclusión:

Tipos de estudios: ensayos controlados aleatorios, cuasi-experimentales, estudios observacionales, estudios de validación, estudios clínicos de diagnóstico, revisiones sistemáticas y de la literatura. Los estudios exclusivamente cualitativos, disertaciones, investigaciones no originales o presentaciones en conferencias fueron excluidos.

Tipos de pacientes: madres y sus respectivas parejas, sin importar el género, que tuvieran un bebé vivo dentro de un hospital, independientemente de las semanas de gestación, el modo de nacimiento y el número de bebés, sin exclusión por variables sociodemográficas ni

médicas. Los estudios también fueron elegibles si solo la madre quería participar o si era soltera. Se excluyeron los estudios si los participantes eran exclusivamente padres.

Tipos de medidas de resultado: se incluyeron estudios que informaran sobre las propiedades psicométricas relacionadas con la construcción, fiabilidad y validez de los cuestionarios, escalas o instrumentos multidimensionales utilizados para medir la satisfacción con la atención recibida durante el trabajo de parto y el nacimiento de un recién nacido/a. Solo se incluyeron cuestionarios con un mínimo de dos dimensiones. Se aceptaron estudios con más de un cuestionario si el cuestionario de interés cumplía con los criterios de inclusión. Se excluyeron los estudios que: (1) no eran específicos del trabajo de parto/nacimiento; (2) evaluaban la satisfacción general sin enfatizar en ninguna dimensión específica relacionada con la atención; (3) desarrollados exclusivamente para medir conceptos particulares como miedo, ansiedad, autoeficacia, etc.; (4) desarrollados específicamente para padres.

Se consultó una amplia red de base de datos y metabuscadores, tanto internacionales como nacionales, guías de práctica clínica, literatura gris y búsquedas secundarias. Los idiomas de los documentos fueron inglés y español y la búsqueda se limitó desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de marzo de 2016.

En una primera etapa, dos revisores independientes realizaron una evaluación doble ciego de títulos y resúmenes. Tras ello, se evaluó el texto completo de las citas incluidas para valorar su adecuación con los criterios de inclusión antes citados. Finalmente, se llevó a cabo una evaluación independiente de calidad de las referencias potencialmente elegibles utilizando la herramienta de evaluación crítica del Instituto Joanna Briggs para estudios transversales ([anexo 1](#)), incluyendo los artículos de buena o moderada calidad para la extracción de datos y síntesis descriptiva. Las

discrepancias fueron resueltas mediante discusión y la intervención de un tercer evaluador en caso necesario.

Para cumplir con **el segundo objetivo** de la tesis, se siguió un diseño transversal prospectivo, basado en la traducción, la adaptación transcultural y la validación psicométrica de un cuestionario cuantitativo de satisfacción multidimensional, la P-BESS. La original P-BESS ([anexo 2](#)) es un instrumento que mide la satisfacción maternal con el cuidado recibido durante el parto prematuro. Consta de 17 ítems divididos en tres dimensiones: "Profesionalismo y empatía del personal", "Información/explicaciones" y "Confianza en el personal". Una cuarta dimensión con dos ítems puede ser incluida para evaluar la participación de la pareja en caso de que haya estado presente. Por último, otros dos ítems relacionados con la satisfacción general pueden ser incluidos para reforzar la validez del instrumento.

La versión en español se construyó siguiendo las recomendaciones para la adaptación de instrumentos. Tras la obtención del permiso por la autora original, la versión en inglés de la escala fue traducida siguiendo el método de traducción-retrotraducción (Muniz et al., 2013). La versión final en castellano se administró a una muestra de 10 puérperas con bebés prematuros para asegurar una correcta comprensión y considerar sugerencias.

Las participantes fueron una muestra de conveniencia de mujeres que tuvieron un bebé vivo nacido antes de las 37 semanas de gestación. Todas las participantes incluidas tenían más de 18 años y eran competentes en escritura y habla española. Aquellas madres cuyo actual bebé había fallecido fueron excluidas. El tamaño de la muestra se calculó de acuerdo con los criterios requeridos para la técnica de análisis factorial, entre cinco y diez sujetos por ítem, considerando el número de ítems en la escala preliminar (Lloret-Segura et al., 2014). Por lo tanto, una muestra de

al menos 85 participantes se consideró adecuada. En este estudio, 190 mujeres fueron invitadas y ninguna se negó a participar. El 95.7% (n = 182) entregó el cuestionario autocumplimentado correctamente. Fueron reclutadas, entre las 24-72h posparto, las madres cuyo parto prematuro había tenido lugar en el Hospital Universitario y Politécnico "La Fe" en Valencia, España, entre enero y diciembre de 2017. La unidad de maternidad, que atiende a alrededor de 5.000 pacientes obstétricas por año, está formada por dilataciones y paritorios individuales, donde se ofrecen cuidados individualizados por parte de matronas y obstetras.

Junto con el cuestionario, una oportuna colección de variables fueron recogidas, abarcando básica información demográfica (edad, lugar de nacimiento, nivel de estudios, estado civil, empleo), obstétrica y neonatal (paridad, embarazo múltiple, edad gestacional al nacer, parto prematuro o muerte fetal previa, complicaciones asociadas, tipo de parto e ingreso neonatal en UCI). Estas mismas variables fueron las incluidas en el cuestionario original y son las comunes en la mayoría de estudios de satisfacción maternal.

Para el análisis estadístico, se utilizó la versión 18.0 del SPSS y el SPSS AMOS. Para los datos sociodemográficos y clínicos, se utilizaron frecuencias absolutas y relativas para describir las variables cualitativas, y la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas. Inicialmente, se realizó un análisis factorial exploratorio (EFA) para examinar la validez de constructo de la versión traducida al castellano. Este es un análisis útil que puede identificar posibles dimensiones subyacentes en una escala. Previamente al EFA, se realizó la prueba de esfericidad de Bartlett y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) para analizar la magnitud de las correlaciones y la adecuación del muestreo. A continuación del EFA, se realizó un análisis factorial confirmatorio (CFA) para justificar el cumplimiento entre los factores explorados y para confirmar la protección de la estructura factorial después de hacer los cambios necesarios. Para

ello, se utilizaron múltiples pruebas de bondad de ajuste para evaluar el modelo, como la prueba de chi-cuadrado (χ^2), el índice de ajuste comparativo (CFI), el índice de arreglo normalizado (NFI) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA).

En segundo lugar, el análisis de confiabilidad de la P-BESS en su forma traducida se midió calculando el alfa de Cronbach para evaluar la consistencia interna (IC) para cada dimensión y para la escala total. Finalmente, para el análisis test-retest, que evalúa la estabilidad en el tiempo, se utilizó el coeficiente de correlación interclase (ICC), que sintetiza el grado de concordancia entre dos variables cuantitativas. Una muestra de 20 participantes fueron invitadas a rellenar de nuevo cuestionario pasados 10-15 días.

Para **el tercer y cuarto objetivo**, se ha empleado un enfoque cuantitativo, transversal y descriptivo, utilizando la versión adaptada al castellano de la escala P-BESS ([anexo 3](#)), recientemente diseñada en este proyecto. Un instrumento multidimensional que ha demostrado ser robusto, válido, fiable y capaz de evaluar la satisfacción de las mujeres con la atención recibida durante un parto prematuro. Este instrumento consta de 19 ítems divididos en tres dimensiones relativas al parto prematuro: "Profesionalismo y empatía del personal" con ocho ítems; "Información/explicaciones" con siete ítems y "Confianza en el personal" con cuatro ítems. Las participantes responden a esos ítems utilizando una escala Likert de 5 puntos. La puntuación total de la escala se obtiene sumando las puntuaciones de los valores asignados a cada ítem, siendo las puntuaciones más altas las que reflejan una mayor satisfacción.

Se utilizó el paquete de software SPSS versión 18.0 para el análisis estadístico. Se calcularon las frecuencias absolutas y relativas para describir las variables sociodemográficas/clínicas cualitativas, y la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas. Posteriormente, se

ejecutó un análisis univariado y bivariado de los datos, el primero para evaluar la distribución de frecuencias y el segundo para evaluar si había asociaciones estadísticamente significativas entre satisfacción y las variables sociodemográficas y clínicas recogidas. Primero, se utilizaron pruebas no paramétricas (prueba de Kruskal Wallis) para analizar la relación entre las principales puntuaciones del cuestionario y las características de la muestra, dado que todas las puntuaciones tenían una distribución de no normalidad. Las variables asociadas con la satisfacción se estudiaron mediante regresión lineal múltiple utilizando el método de eliminación retrospectivo para las variables seleccionadas a fin de evitar problemas de multicolinealidad en los modelos y sesgos en las estimaciones. Los resultados de los modelos multivariados se presentaron por coeficiente, valor p e intervalo de confianza (IC) del 95%. Un valor p inferior al 5% se consideró estadísticamente significativo.

2. Resumen de resultados

A continuación, se va a presentar un resumen con los principales resultados obtenidos, encontrándose toda la información detallada en cada artículo correspondiente.

En relación con los resultados de la revisión bibliográfica sistemática llevada a cabo (**objetivo 1**), diecisiete estudios fueron finalmente incluidos, reportando diecisiete instrumentos diferentes para medir la satisfacción de las madres con la atención sanitaria recibida durante el trabajo de parto y el nacimiento de un bebé.

La mayoría de los cuestionarios se desarrollaron en Europa, principalmente en el Reino Unido, y fueron muy dispares en términos de muestra, desde 145 encuestados hasta 2960. En cuanto a los criterios de inclusión, los más reportados fueron: un embarazo a término a partir de las 37 semanas, un embarazo de bajo-medio riesgo obstétrico y la presencia de un neonato sano que no requiere atención especializada. Con respecto

a la estructura multidimensional, la dimensión más repetida fue la satisfacción vinculada a los y las profesionales de la salud con respecto a la atención y el apoyo ofrecido. Solo un instrumento incluyó al padre o la pareja de la mujer en la población de estudio. Por otro lado, solo un instrumento fue específicamente desarrollado para evaluar la satisfacción de madres con bebés prematuros, la P-BESS.

Con relación al tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la realización del cuestionario, el rango fue muy amplio, de 24-48 horas a 5 años después del parto.

Con respecto a las propiedades psicométricas de los instrumentos encontrados, todos informaron de al menos un aspecto de validez de contenido (grupos focales, revisión de literatura, etc.) y de constructo (análisis factorial exploratorio y/o confirmatorio y diferencias grupales). Exceptuando un instrumento, todos analizaron su fiabilidad mediante el alfa de Cronbach. Sin embargo, solo cuatro cuestionarios realizaron pruebas test-retest en el tiempo.

En cuanto a los resultados de la adaptación y validación al castellano de la escala P-BESS (**objetivo 2**), la muestra final consistió en 182 mujeres con una edad media de 34,65 años y 32 semanas de media en relación con la edad gestacional. El tiempo medio entre el nacimiento y la finalización del cuestionario fue de 51,3 horas.

El análisis factorial exploratorio reveló la presencia de tres factores con valores propios superiores a 1, lo que explica una varianza total del 66,6%. El factor 1 "Profesionalismo y empatía del personal" representó el 13,10% de la varianza; el factor 2 "Información y explicaciones" el 45,08% y el factor 3 "Confianza en el personal" el 8,41%. El ítem 10 "En ocasiones nadie me explicó lo que estaba sucediendo", que anteriormente correspondía al factor 2, ahora encaja en el factor 3. Además, al realizar el análisis de fiabilidad, su contribución era mayor si se movía al factor 3,

siendo coherente con su significado y con un alto valor de correlación. Por otro lado, los dos ítems relacionados con la satisfacción general "Estaba muy satisfecha con la atención durante el parto" y "La atención durante el parto podría haber mejorado" ahora se asignan en los factores 1 y 2, respectivamente. Por último, los resultados del análisis factorial confirmatorio confirmaron un buen ajuste de los datos al modelo. La escala total y subescalas tuvieron buena fiabilidad con todos los alfa de Cronbach por encima del nivel aceptable de 0,7. Con respecto al test-retest, los resultados mostraron una muy buena concordancia entre ambas pruebas, con valores superiores al 0,90.

Por último, sobre los resultados del cuestionario (**objetivos 3 y 4**), éstos mostraron unos altos niveles de satisfacción maternal, con una puntuación media total de 84 en un rango de 45-95 puntos. Del mismo modo, todas las subescalas se relacionaron con altos niveles de satisfacción: "Profesionalismo y empatía del personal" con 37.3 puntos de 40; "Información y explicaciones" con 29.6 puntos de 35 y "Confianza en el personal" con 16.9 puntos de 20.

Las variables estadísticamente significativas fueron:

Satisfacción total		Profesionalismo y empatía del personal	
Aborto espontaneo previo	< satisfacción	Primigestas	> satisfacción
Muerte fetal o neonatal previa	> satisfacción	Parto prematuro previo	> satisfacción
		Muerte fetal o neonatal previa	> satisfacción

Tabla 3. Variables sociodemográficas y clínicas significativas con la satisfacción maternal. Fuente: elaboración propia.

Confianza en el personal		Información y explicaciones
Educación universitaria	< satisfacción	No variables asociadas
Primigestas	> satisfacción	
Aborto espontaneo previo	< satisfacción	
Muerte fetal o neonatal previa	> satisfacción	

Tabla 3. Continuación.

En el análisis multivariante, el número de abortos espontáneos se mostró como predictor de la puntuación total de la escala: cada aborto disminuyó la puntuación en 2.108 puntos. Con respecto a la dimensión "Confianza en el personal", dos factores fueron predictores: el número de abortos espontáneos y el nivel educativo de las mujeres. A mayor número de abortos y a mayor nivel de educación, menor satisfacción en esta dimensión: 0.929 y 1.270 puntos respectivamente. No se identificaron factores significativos para las dimensiones "Profesionalismo y empatía" del personal e "Información y explicaciones".

3. Artículos publicados

ARTÍCULO I

Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: systematic review.

Alfaro Blazquez, R., Corchon, S., Ferrer Ferrandiz, E. (2017). Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery* 55, 103-12.

Resumen:

Antecedentes: la satisfacción del paciente como indicador de calidad sanitaria es cada vez más importante. El uso de cuestionarios es el método más común para evaluar la satisfacción con la atención maternal. A pesar de la amplia variedad de instrumentos disponibles para este propósito, estos varían ampliamente en términos de contenido y calidad.

Objetivos: identificar, evaluar y resumir los instrumentos más recientes y robustos disponibles para medir la satisfacción de la mujer y la pareja con el paquete de atención general recibido durante el trabajo de parto y el nacimiento de su bebé dentro de un ambiente hospitalario.

Diseño: revisión bibliográfica sistemática.

Método: se consultaron 16 bases de datos electrónicas. La investigación también incluyó búsquedas manuales de referencias de artículos identificados. Los estudios fueron evaluados por dos revisores independientes. Los criterios de inclusión fueron que los participantes fueran madres y sus respectivas parejas y que el cuestionario fuera un instrumento multidimensional utilizado para medir la satisfacción con la atención recibida durante el trabajo de parto y el nacimiento de un bebé. Además, las propiedades psicométricas relacionadas con la construcción, fiabilidad y validez del cuestionario debían de ser reportadas.

Resultados: se incluyeron 17 estudios. La mayoría de los cuestionarios se desarrollaron en Europa y fueron dispares en términos de muestra, ítems, dimensiones y tiempo de recolección. La mayoría de ellos se limitaron a mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo obstétrico. Solo un instrumento incluyó a las parejas como sujetos de estudio. Todos los cuestionarios informaron al menos un aspecto de confiabilidad, contenido y validez de constructo.

Conclusiones: existe un número moderado de instrumentos capaces de medir la satisfacción maternal con la atención recibida durante el trabajo de parto y el nacimiento en un entorno hospitalario. Nuestro estudio proporciona una visión general de las herramientas más actualizadas, válidas y fiables disponibles. Se necesitan más investigaciones para mejorar los instrumentos existentes mediante la realización de pruebas psicométricas adicionales, considerando poblaciones más específicas y evaluando la satisfacción de la pareja y la madre conjuntamente.

Implicaciones para la práctica: las evaluaciones de la satisfacción con la atención recibida durante el trabajo de parto y el nacimiento son relevantes tanto para las propias usuarias, profesionales de la salud y gestores sanitarios. Por lo tanto, estos instrumentos pueden ser de ayuda según sus necesidades específicas.

Palabras clave: satisfacción del paciente; parto; trabajo de parto; cuestionario; instrumento; medición.



Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review

Ruben Alfaro Blazquez, PhD Student, Midwife^{a,b,*}, Silvia Corchon, PhD, Associate Professor^b, Esperanza Ferrer Ferrandiz, PhD, Director^c

^a Department of Obstetrics, University and Polytechnic Hospital "La Fe", Valencia, Spain

^b School of Nursing and Podiatry, University of Valencia, Spain

^c Nursing School "La Fe", University of Valencia, Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Patient satisfaction
Childbirth
Labour
Questionnaire
Instrument
Measurement

ABSTRACT

Background: patient satisfaction as an indicator of quality of care is becoming more and more important. The use of questionnaires is the most common method to evaluate satisfaction with maternity care. Despite the extensive variety of instruments available for this purpose, they vary widely in terms of their content and quality.

Objectives: to identify, assess and summarize the most recent and robust instruments available to measure woman and partner satisfaction with the overall package of care during the labour and birth of their baby within a hospital setting.

Design: systematic review.

Methods: sixteen electronic databases were consulted. The research also included hand searching references of identified articles. Studies were assessed by two independent reviewers. Inclusion criteria were that participants were mothers and their respective partners and that the questionnaire was a multidimensional instrument used for measuring satisfaction with care during the labour and birth of a baby. Furthermore, the psychometric properties related to construction, reliability and validity of the questionnaire had to be reported.

Findings: seventeen studies were included. The majority of the questionnaires was developed within Europe and was disparate in terms of sample, items, dimensions and collection time. Most of them were limited to healthy women with low obstetric risk pregnancies. Only one instrument included partners as the subject of study. All questionnaires reported at least one aspect of reliability, content and construct validity.

Conclusions: there are a moderate number of instruments capable of measuring maternal satisfaction with the care received during labour and birth within a hospital setting. Our study provides an overview of the most up-to-date, valid and reliable tools available. Further investigations are needed in order to improve existing instruments by performing additional psychometric tests, considering more specific populations and assessing the satisfaction of the partner and mother jointly.

Implications for practice: assessments of satisfaction with care during labour and birth are relevant to healthcare professionals, administrators and policy makers. Therefore, these instruments are able to assist them according to their specific needs.

Introduction

Patient satisfaction as an indicator of quality of care is becoming more and more important (Redshaw and Heikkilä, 2010; Fowler and Patterson, 2013). Although it could be argued that "satisfaction" is an artificial construct created for the purposes of evaluation and audit in a wide range of contexts, including health care, a more positive view can be taken (Redshaw, 2008). As childbearing is the most common reason

for accessing health services, assessments of women's satisfaction with their care during labour are relevant to healthcare professionals, hospital administrators and policy makers as the feedback gleaned is used to improve maternity services (Goodman et al., 2004; Jenkins et al., 2014). A woman's satisfaction with her childbirth experience may have immediate and long-term effects on her health and her relationship with her infant, including: postpartum depression, post-traumatic stress disorder, future abortions, a lack of ability to resume

* Correspondence to: Jose Ponce, 32. CP 02006, Albacete, Spain.

E-mail addresses: ruben.ab87@hotmail.com (R. Alfaro Blazquez), silvia.corchon@uv.es (S. Corchon), eferrerferrandiz@gmail.com (E. Ferrer Ferrandiz).

sexual intercourse, preference for a cesarean section, negative feelings towards her infant, poor adaptation to the mothering role and breast-feeding problems (Waldenstrom et al., 2004; Britton, 2006; Larkin et al., 2012). Little attention has focused on how such experiences impact on the fathers' supportive role during labour and childbirth or subsequently on their role as fathers after childbirth. Two recent studies indicate that fathers' negative experiences during childbirth may be associated with depressive symptomatology after childbirth (Bradley et al., 2008; Schumacher, 2008). Knowledge of the satisfaction of both parents could provide insight for health professionals as to how to evaluate and adjust the care and services offered to them during hospitalisation.

The experience of labour and birth is complex, multidimensional and subjective, relating to both the outcome, i.e. the safe birth of the baby, and the process, i.e. the physical and cognitive processes of labour and birth experienced by individual women (Baker et al., 2005; Batbaatar et al., 2015). It is defined as an individual life event, incorporating interrelated subjective psychological and physiological processes, influenced by social, environmental, organisational and policy contexts (Larkin et al., 2009). Most studies of satisfaction with health care are based on fulfilment or discrepancy theories. In fulfilment theory, patient satisfaction is a function of the outcomes of the experience and prior expectations or wishes are not considered. Discrepancy theories predict satisfaction based on differences between what is expected or desired and what is received (Peterson et al., 2005; Batbaatar et al., 2015).

One way in which quality of care from patients' perspectives has been assessed is through the development and application of satisfaction measures (Fowler and Patterson, 2013). Questionnaires are the most common method of assessing satisfaction. These provide an efficient and cost-effective method of obtaining an overview of patient's experience and allow comparisons to be made between patients and institutions (Marin-Morales et al., 2013). In general, all these questionnaires assess satisfaction with childbirth as a multidimensional construct, with each dimension including various aspects relevant to measuring satisfaction (Bertucci et al., 2012). Determinants of maternal satisfaction cover all dimensions of care across structure, process and outcome. Structural elements included good physical environment, cleanliness, and availability of adequate human resources, medicines and supplies. Process determinants included interpersonal behaviour, privacy, promptness, cognitive care, perceived provider competency and emotional support. Outcome related determinants were health status of the mother and newborn (Fair and Morrison, 2012; Srivastava et al., 2015). Other instruments assess isolated aspects of the childbirth experience or aggregate diverse aspects into single overall scores, which ignores the multidimensional quality of satisfaction (Dencker et al., 2010).

However, patient satisfaction is difficult to measure. In addition, the plethora of tools developed in an attempt to evaluate dimensions of the experience is a further demonstration of its complexity (Batbaatar et al., 2015). Many questionnaires used for measuring satisfaction with labour and birth are superficial, obtaining mostly positive responses and do not appear to have been rigorously developed or tested, having poor psychometric properties (Marin-Morales et al., 2013; Sawyer et al., 2013a,2013b). The reliability and validity of instruments measuring satisfaction should be tested. Reliability is achieved when the questionnaire facilitates consistent responses and validity is achieved when the questionnaire measures what it sets out to measure (in this case satisfaction) and not some other related construct. This has resulted in a confusing array of available measures that vary in content and quality (Sawyer et al., 2013a,2013b) as well as this inconsistent approach to measuring satisfaction means that benchmarking and comparisons between services are difficult (Harvey et al., 2002).

There is very little evidence from current reviews of questionnaires used to measure maternal satisfaction. A previous comparative review

concluded that there are only a few number of validated measures of satisfaction with care during labour and birth (Sawyer et al., 2013a, 2013b). However, studies were searched up to 2011, only in English, the selected databases were limited and no systematic approach was conducted, making it difficult to obtain an adequate overview. A better understanding of the best measures available in this area of research, their specific components, and their specific outcomes, can lead to improve maternal satisfaction, as well as more effective use of resources for healthcare professionals and academics. Therefore, a systematic review would contribute to clearing up some of these uncertainties.

The review

Aims

The aims of this systematic review were to identify, assess and summarize the most recent and robust instruments available to measure woman and partner satisfaction with the overall package of care during the labour and birth of their baby within a hospital setting.

Design

Systematic reviews are important in health care as they allow for the gathering of information on a certain topic to inform or guide practice and support clinical guidelines or policy. A systematic approach was conducted to identify the most suitable published and unpublished literature presenting instruments for measuring satisfaction with labour and birth. This paper uses a systematic integrative review because of its many advantages, including evaluating the strength of the evidence, identifying gaps within current research and recognising the need for future research (Fowler and Patterson, 2013). To conduct this systematic review, The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual was used (The Joanna Briggs Institute, 2014).

Types of studies

- This review included randomized controlled trials, quasi-experimental, observational studies, validation studies, diagnostic clinical studies and literature/systematic reviews.
- Studies were excluded when they were exclusively qualitative studies, dissertations, non original researches (i.e. reviews, opinion papers), or conference presentations.

Types of patients

- This review included all studies where participants were mothers and their respective partners, no matter the gender, who had an alive baby within a hospital setting, regardless of weeks of gestation, mode of birth and number of babies, without exclusion for demographic, obstetric or medical variables. Studies were also eligible if only the mother wanted to take part or if she was single.
- Studies were excluded if participants were exclusively fathers or partners.

Types of outcome measures

- This review included studies that reported psychometric properties related to construction, reliability and validity of multidimensional questionnaires, scales or instruments used for measuring satisfaction with care during the labour and birth of a baby. Only questionnaires with a minimum of two dimensions were included. Studies with more than one questionnaire were accepted if the questionnaire of interest met inclusion criteria.
- Studies were excluded if they reported questionnaires that: (1) were not specific to labour/birth; (2) assessed overall satisfaction without

emphasising in any specific dimension related to care; (3) were developed exclusively to measure particular concepts as fear, anxiety, self-efficacy, etc.; (4) were developed specifically for fathers.

Search methods

The databases consulted were: PubMed, Web of Science (WOS), LILACS, EMBASE, CINAHL, CUIDEN, SCIELO, DIALNET, PsychINFO, COCHRANE Plus, Joanna Briggs Institute (JBI), Trip and MIDIRS. The search also included clinical practice guidelines developed in The Spanish National Health System and The National Institute for Health and Care Excellence (NICE). OpenGrey were also consulted. Secondary searches were carried out on the references of the studies found. The languages of papers were English and Spanish and because of marked changes in the routine hospital care of labouring women in the last years, the search was limited to reports published since 1 January 2000 to 31 March 2016.

A search strategy was designed through a combination of thesaurus-based terms and free-text terms covering the problem of interest: parturition; delivery, obstetric; lab*r; birth; childbirth; questionnaire; scale; instrument; measure*; patient satisfaction; personal satisfaction; perception; experience. For Spanish and Ibero-American databases, the terms were: parto; parto obstétrico; trabajo de parto; nacimiento; cuestionario; escala; instrumento; medición/medida; satisfacción del paciente; satisfacción personal; percepción; experiencia. An example is provided in Fig. 1.

Search outcome

Selection of studies

In the first stage of the review, a double blinded assessment of titles and abstracts was performed by two independent reviewers and those clearly not eligible were excluded. If this step was not clear, the full text of the article was evaluated. The two blinded reviewers evaluated the full text of the remaining citations to assess whether they met the inclusion criteria for review. After that, a quality assessment of the references potentially eligible was undertaken by the two reviewers independently using The Joanna Briggs Institute critical appraisal tool for cross-sectional studies. The biases assessed were: definition of the aim, appropriate methodology, description of the recruitment, appropriate sample size, appropriate data collection and statistical analysis, outcomes measured in a valid reliable way and limitations.

Finally, the articles of good or moderate quality were included for data abstraction and descriptive synthesis. Discrepancies were resolved by discussion and the intervention of a third evaluator when necessary.

Data abstraction

Two authors independently extracted data using a standardised

data extraction sheet. Data gathered from each study were author and year of publication, questionnaire name and acronym, context, sample, inclusion criteria, collection time, number of items and response options, subscales and psychometric quality (questionnaire construction, reliability and validity). When the original studies failed to provide necessary data for extraction, the authors were contacted for clarification or requesting the original data if possible.

Findings

After searching (see Fig. 2), seventeen studies met the pre-determined requirements for inclusion, reporting seventeen different instruments to measure parents' satisfaction with care during the labour and birth of their baby. In Table 1, a review of the instruments is presented.

Six studies had as main goal the development and validation of a new questionnaire to measure birth satisfaction:

- The Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire (Smith, 2001).
- The Childbirth Experience Questionnaire (Dencker et al., 2010).
- The Scale for Measuring Maternal Satisfaction in Normal and Caesarean Birth (Gungor and Beji, 2012).
- The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (Sawyer et al., 2014).
- The labor and Delivery Index (Gartner et al. 2015).
- The Women's Satisfaction with Hospital-based Intrapartum Care Scale (Shaban et al., 2016).

Six studies focused on the translation, adaptation and validation of instruments in different cultures:

- The Birth Satisfaction Scale revised - USA (Barbosa-Leiker et al., 2015).
- The Childbirth Experience Perception Scale -Italy (Bertucci et al., 2012).
- The Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire-Spain (Marin-Morales et al., 2013).
- The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale-Spain (Mas-Pons et al., 2012).
- The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale-Iran (Moudi and Tavousi, 2016).
- The Childbirth Experience Questionnaire-England (Walker et al., 2015).

Five studies examined already existing instruments in matters of content and psychometric properties:

- The Perceptions of Care Adjective Checklist (Redshaw and Martin, 2009).

```
#1 experience OR "Perception"[Mesh] OR "Personal Satisfaction"[Mesh] OR "Patient Satisfaction"[Mesh]
AND
#2 instrument OR scale OR "Surveys and Questionnaires"[Mesh] OR measur*
AND
#3 birth OR childbirth OR "Parturition"[Mesh] OR "Delivery, Obstetric"[Mesh] OR "Labor, Obstetric"[Mesh] OR labour
```

Fig. 1. Search strategy in PubMed.

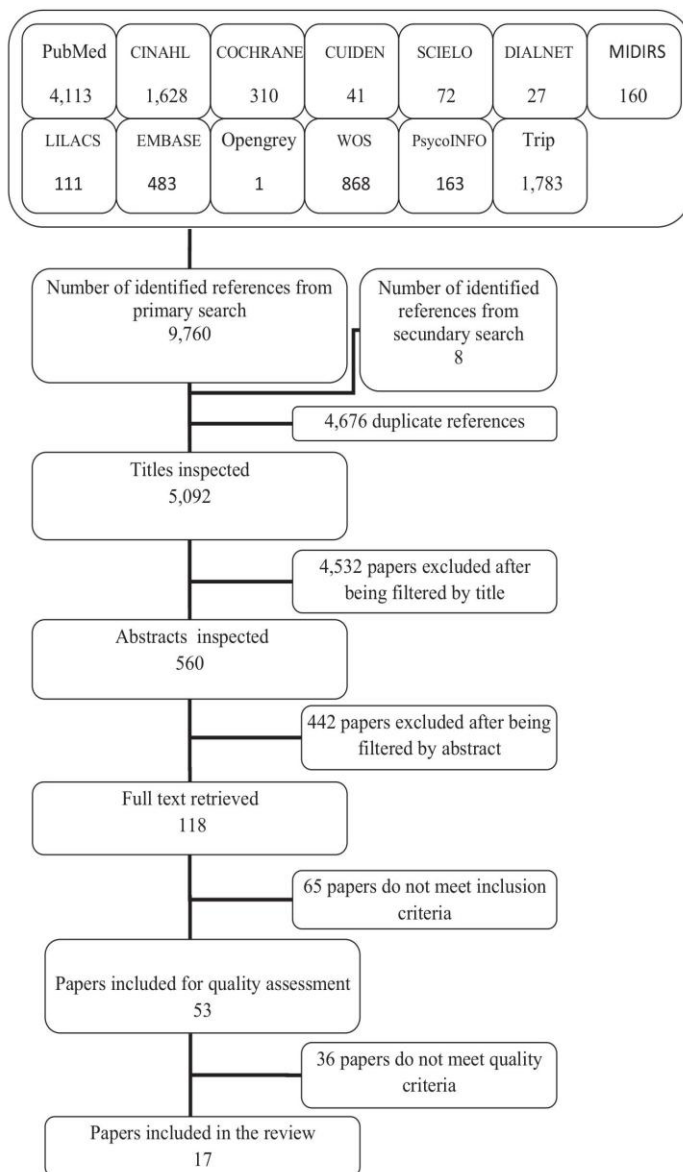


Fig. 2. Reference flowchart.

- The Intrapartal-specific Quality from the Patient’s Perspective-Questionnaire (Wilde et al., 2010).
- The Maternal Welfare Scale (Uribe et al., 2014).
- The Birth Satisfaction Scale-revised (Hollins Martin and Martin, 2014).
- The Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (Caballero et al., 2016).

All of the questionnaires found presented a multidimensional structure comprising at least two scales, with a variable number of both items and answers using the Likert scale and various possible options. Considering all of the questionnaires reviewed, the most reported dimension was satisfaction linked to healthcare providers

regarding care and support (see Table 1).

The majority of the questionnaires was developed within Europe, mostly in the United Kingdom, and was very disparate in terms of sample, ranging from 145 respondents to 2960. Regarding inclusion and exclusion criteria, three of the questionnaires did not consider any limitations in terms of obstetric variables (the Labor and Delivery Index, the Intrapartal Specific Quality from the Patient’s Perspective - Questionnaire and the Women’s Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire). All other instruments included different criteria, with the most reported being full-term pregnancy as from 37 weeks, low-medium obstetric risk pregnancy and the presence of a healthy newborn not requiring specialised care (see Table 1).

Regarding the amount of time having passed since birth when the

Table 1
Review of measures of the childbirth satisfaction.

Authors	Smith (2001)	Marin-Morales et al. (2013)	Redshaw and Martin (2009)	Wilde-Larsson et al. (2010)	Dencker et al. (2010)	Walker et al. (2015)
Name	Women's views of birth labour satisfaction questionnaire	Women's views of birth labour satisfaction questionnaire	Perceptions of care adjective checklist	Intrapartur-specific quality from the patient's perspective-questionnaire	Childbirth experience questionnaire	Childbirth experience questionnaire
Acronym	WOMBLSQ	WOMBLSQ	PCACL-R	QPP-1	CEQ	CEQ
Context	England	Spain	England	Sweden	Sweden	England
Sample	1683	298	2960	793	920	206
Inclusion criteria	<ul style="list-style-type: none"> • Women who had delivered at home births, community units or large hospitals. 	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • 18 years or older. • Low/ average-risk pregnancy. • Vaginal delivery. • Healthy infant • Spanish-speaking. Exclusion: <ul style="list-style-type: none"> • Multiple pregnancy. • Caesarean section. • Severe health problems of mother or newborn. 	<ul style="list-style-type: none"> • 16 years or older. Exclusion: <ul style="list-style-type: none"> • Baby death. 	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • Swedish-speaking. 	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • 37–42 weeks. • Nulliparous. • Singleton fetus. • Uncomplicated pregnancy. • Spontaneous onset of active labour. 	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • 18 years or older. • 37 weeks or more. • Primiparity. • Singleton live fetus. Exclusion: <ul style="list-style-type: none"> • Baby death or admission to the Neonatal Intensive Care.
Collection time	10 days postnatal	24–48 hour postnatal.	3 months postnatal	2 months postnatal.	1 month postnatal	1 month postnatal
No. of items	32	30	16	32	22	22
Response options	7 point Likert scale	–	–	4 point Likert scale	4 point Likert scale	4 point Likert scale
Subscales	<ul style="list-style-type: none"> • Professional support. • Expectations. • Home assessment. • Holding baby. • Partner support. • Pain in labour. • Pain after labour. • Continuity. • Environment. • Control. • Satisfaction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Professional support. • Expectations. • Home assessment. • Holding. • Partner support. • Pain in labour • Pain after childbirth. • Continuity. • Environment. • Satisfaction. 	<ul style="list-style-type: none"> • Positive adjective. • Negative adjective. 	<ul style="list-style-type: none"> • Medical care and pain relief. • Atmosphere. • Information. • Self-care. • Participation. • Empathy and respect (doctors, midwives, nurses). • Midwives present during labour. • Partner. 	<ul style="list-style-type: none"> • Own capacity. • Professional support. • Perceived safety. • Participation. 	<ul style="list-style-type: none"> • Own capacity. • Professional support. • Perceived safety. • Participation.
Pilot-tested	X	X	–	X	X	X
Reliability	IC(α range= .62–.91)	IC(α range= .36–.83)	IC(α range= .73–.78)	IC(α range= .49–.93)	IC α > 0.70 except for the participation subscale α= .62-	IC(α range= .79–.94)
Test-retest	Total α= .89-	Total α= .82-	Total α= .81-			Total α= .90
Content validity	X	X	X	X	X	X
Face validity	X	X	X	X	X	X
Construct validity	<ul style="list-style-type: none"> • EFA • Group differences. • CV: general satisfaction scale. 	<ul style="list-style-type: none"> • CFA • Group differences. 	<ul style="list-style-type: none"> • CFA • Group differences. • CV: staff communication and overall satisfaction. • DV: Index of multiple deprivation (IMD). • Divergent validity: length of time of labour. 	<ul style="list-style-type: none"> • CFA • Group differences. 	<ul style="list-style-type: none"> • EFA • Group • Differences. 	<ul style="list-style-type: none"> • Group differences. • Criterion validity: Maternity survey score.

(continued)

Authors	Gungor and Beji (2012)	Bertucci et al. (2012)	Mas-Pons et al. (2012)	Caballero et al. (2016)	Moudi and Tavousi (2016)	Sawyer et al. (2014)
Name	Scale for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth	Childbirth experience perception scale	Mackey childbirth satisfaction rating scale	Mackey childbirth satisfaction rating scale	Mackey childbirth satisfaction rating scale	The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale
Acronym	SMMS	CEPS	MCSRS	MCSRS-E	MCSRS	P-BESS
Context	Turkey	Italy	Spain	Spain	Iran	England
Sample	500	195	298	463	513	145 mothers/85 partners
Inclusion criteria	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • 37 weeks or more. • Low-risk postpartum. • Singleton healthy fetus. 	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • 18 years or older. • 37 weeks or more. • Nulliparous. • Italian native. Exclusion: <ul style="list-style-type: none"> • Birth of twins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • Low-medium obstetric risk. • Vaginal delivery. • Healthy infant. • Spanish-speaking. Exclusion: <ul style="list-style-type: none"> • Birth of twins. 	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • 18–45 years. • 38–42 weeks. • Singleton live baby. • Vaginal delivery and unplanned caesarean section. 	<ul style="list-style-type: none"> • Women. • 37 weeks or more. • Singleton birth. • Uncomplicated pregnancy. • No prior history of caesarean section. • Normal vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Women and partners. • 16 years or older. • 32 weeks or less.

(continued on next page)

Table 1 (continued)

		<ul style="list-style-type: none"> ● Serious maternal pregnancy complications. ● Maternal or neonatal intensive care. ● Psychiatric history or psychological disease. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Cesarean section. ● Serious maternal or neonatal postpartum complications. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Spanish-speaking. ● delivery. ● Healthy infant. 		
Collection time	24–48 hours postnatal	24–48 hours postnatal	Before hospital discharge	36 hours postnatal	6 months postnatal	12 months postnatal
No. of items	43 (normal birth) 42 (caesarean birth)	24	34	34	32	19
Response options	5 point Likert scale	6 point Likert scale	5 point Likert scale	5 point Likert scale	5 point Likert scale	5 point Likert scale
Subscales	<ul style="list-style-type: none"> ● Perception of professionals. ● Midwifery care. ● Comforting. ● Meeting baby. ● Information and involvement. ● Postpartum care. ● Hospital room. ● Hospital facilities. ● Privacy. ● Expectations. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Labour and delivery perception. ● Control perception. ● Change perception. 	<ul style="list-style-type: none"> ● General satisfaction. ● Satisfaction with self. ● Satisfaction with baby. ● Satisfaction with midwife. ● Satisfaction with gynecologist. ● Satisfaction with partner. 	<ul style="list-style-type: none"> ● General satisfaction. ● Satisfaction with self. ● Satisfaction with baby. ● Satisfaction with midwife. ● Satisfaction with gynecologist. ● Satisfaction with partner. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Overall satisfaction. ● Decision making. ● Self-control. ● Physician. ● Nurse. ● Baby. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Staff professionalism and empathy. ● Information and explanations. ● Confidence in staff. ● Partner involvement.
Pilot-tested	X	–	X	–	–	X
Reliability	IC normal birth (α range= .67–.89) IC caesarean (α range= .65–.88)	IC(α range= .66–.83) Total α =.83	IC(α range= .72–.96) Total α = .94	McDonald's omega (fair omegas for all factors)	IC (α > 0.70 except for the baby subscale)	IC(α range=.77–.92) Total α=.94
Test-retest	–	–	X	–	X	–
Content validity	X	X	X	X	X	X
Face validity	X	X	X	X	X	X
Construct validity	<ul style="list-style-type: none"> ● EFA ● CFA ● Group differences. ● CV: Newcastle satisfaction with nursing scale. 	<ul style="list-style-type: none"> ● EFA ● Group differences. ● CV: Italian Pain Questionnaire. 	<ul style="list-style-type: none"> ● EFA ● Group differences. 	<ul style="list-style-type: none"> ● EFA ● CFA ● Concurrent validity: expectations prior to delivery. 	<ul style="list-style-type: none"> ● EFA ● CFA ● CV: Scale for the Assessment of Childbirth Care Quality. 	<ul style="list-style-type: none"> ● EFA ● CFA ● Group differences. ● CV: overall satisfaction.

(continued)

Authors	Uribe et al. (2014)	Hollins Martin and Martin (2014)	Barbosa-Leiker et al. (2015)	Gartner et al. (2015)	Shaban et al. (2016)
Name	The Maternal Welfare Scale	Birth satisfaction scale-revised	Birth satisfaction scale-revised	The labor and delivery index	Women's satisfaction with hospital-based intrapartum care scale
Acronym	BMSP 2	BSS-R	BSS-R	LADY-X	WSICS
Context	Chile	England	USA	Netherlands	Jordan
Sample	187	228	181	308	300
Inclusion criteria	<ul style="list-style-type: none"> ● Women. ● Low-risk pregnancy. ● Admission into active labour. ● Probability of normal delivery. ● Minimum admission of 4 hours. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Women. ● 16–50 years. ● 37–42 weeks. Exclusion: <ul style="list-style-type: none"> ● Medical diagnosis (pre-eclampsia, kidney problems, cancer, autoimmune disorders, heart disease, severe infection). ● Poor obstetric history. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Women. ● 18 years or older. ● First-time mothers. ● English-speaking. ● Had given birth in the past 5 years. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Women. ● 18 years or older. ● Dutch-speaking. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Women. ● 37 weeks or more. ● Low-risk pregnancy. ● No medical/obstetric problems. ● Singleton healthy baby. Exclusion: <ul style="list-style-type: none"> ● Stillbirth or baby death.
Collection time	24–36 hours postnatal	10 days postnatal	5 years postnatal	6–8 weeks postnatal	2 months postnatal
No. of items	47	10	10	7	14
Response options	5 point Likert scale	5 point Likert scale	5 point Likert scale	3 point Likert scale	–
Subscales	<ul style="list-style-type: none"> ● Quality relational care. ● Self-care /comfort. ● Contact mother/newborn ● Depersonalized care. ● Family participation. ● Convenient and respectful care. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quality of care provision. ● Women's personal attributes. ● Stress experienced during labour 	<ul style="list-style-type: none"> ● Quality of care provision. ● Women's personal attributes. ● Stress experienced during labour. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Availability of professionals. ● Information provided. ● Professionals' responses. ● Professionals' emotional support. ● Feelings of safety. ● Concerns about child's condition. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Interpersonal care. ● Information and involvement in decision making. ● Physical birth environment.

(continued on next page)

Table 1 (continued)

	● Comfortable environment.			● Duration until contact with child.	
Pilot-tested	–	–	–	X	X
Reliability	IC (Total $\alpha = .93$)	IC(α range= .64–.74) Total $\alpha = .79$	IC(α range= .74–.85) Total $\alpha = .89$	Standard error of measurement =0.76	IC(α range=.77–.90) Total $\alpha = .88$
Test-retest	–	–	–	X	–
Content validity	X	X	X	X	X
Face validity	X	X	X	X	X
Construct validity	● EFA	● CFA ● SEM ● Group differences. ● Divergent validity: mother's age.	● CFA ● Group differences. ● DV: mother's age.	● Group differences. ● CV: Mackey satisfaction scale. ● Divergent validity: Wijma delivery experience questionnaire.	● EFA

IC= internal consistency; EFA= exploratory factor analysis; CFA= confirmatory factor analysis; CV= convergent validity. DV= discriminant validity; SEM= structural equation modelling techniques; X = presence of the measurement; - = absence of the measurement.

questionnaire was conducted, the range was very broad, from 24–48 hours to 5 years postpartum (see Table 1).

With regard to the psychometric properties of the instruments found, they all reported at least one aspect of content validity (focal groups, literature review, etc.) and construct validity (largely involving exploratory and/or confirmatory factor analysis and group differences). Only the Childbirth Experience Questionnaire-England referred to “gold standard” validity criteria. Furthermore, all questionnaires but one – the Labor and Delivery Index – analysed their reliability based on internal consistency tests using Cronbach's alpha (α) and a minimum value of 0.70 was considered reliable. However, only four questionnaires performed test-retests over time (see Table 1).

Of the 17 instruments reviewed, only one – the Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale – included the father or the woman's partner in the study population, with all other questionnaires focusing exclusively on maternal satisfaction.

Discussion

This systematic review identifies the most recent and sound instruments available for measuring the satisfaction of women and their partners with care received during labour and delivery.

Of these scales, the most reported is probably the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale. Created in the USA by Goodman et al. (2004), it has also been used in other countries such as the United Kingdom, the Netherlands and Belgium (Siassakos et al., 2009; Christiaens et al., 2007; Christiaens and Bracke, 2009). Nevertheless, although all of the authors test internal consistency using Cronbach's alpha, only three of the adaptations (two in Spain and one in Iran), included in the review, explore factor structure in depth and validate the psychometric properties of their subscales, allowing the instrument to be better used and interpreted. Therefore, on the whole, the three instruments show good validity and reliability for measuring satisfaction in women having given birth to healthy newborns through vaginal delivery following full-term pregnancy. However, their main limitation is their length, covering over 30 items.

The Childbirth Experience Questionnaire (CEQ) created in Sweden and its UK adaptation are two valid and reliable instruments for measuring satisfaction in full-term primiparae. Nevertheless, improvements are called for to enhance the sensitivity of the questionnaire, especially in the dimensions of “Professional support” and “Participation”, showing some shortcomings. Although no prior studies have established an absolute “gold standard” for measuring satisfaction, the English version of the CEQ considers the Maternity Survey Score (Redshaw and Heikkilä, 2010) to be the best comparator available, correlating both results with caution.

Unlike the original Birth Satisfaction Scale (Hollins Martin and

Fleming, 2011; Hollins Martin et al., 2012), which takes a qualitative approach and uses concurrent analysis to support the veracity of the items that comprise the scale, the reduced and revised version – the Birth Satisfaction Scale-Revised – proves to be a sound, simple and easy administration instrument for measuring maternal birth experience satisfaction with a quantitative approach. The same can be said of its US adaptation.

Similarly, the Labor and Delivery Index (LADY-X) and the Perceptions of Care Adjective Checklist (PCACL-R) are valid instruments for quick and easy assessment, with both having shown good validity and reliability. One of the advantages they both present is being applicable to all types of women and births, as well as having a few number of items. However, if a detailed knowledge of the different dimensions were necessary, specific measures such as the Mackey Scale would need to be added to the generic LADY-X, given that their dimensions are operated by one single item. Another limitation of this questionnaire is the fact that its internal consistency and factor structure have not been studied on the basis that, according to the authors, in terms of its theoretic framework, it is based on a training model and is therefore not of interest, though the analysis does consider the Standard Error of Measurement. Therefore, the factorial validity of this measure is questionable. The PCACL-R also proves to be of little use to explore specific aspects of care, given that respondents describe their experience based on a series of positive or negative aspects.

Another sound and straightforward tool is the Women's Satisfaction with Hospital-Based Intrapartum Care Scale. Validated in Jordan, this scale could be useful in other countries that apply similar methods such as excessive medical interventions, limited options for pain relief and restrictions on family support.

The Childbirth Experience Perception Scale, which is an adaptation and validation of one of the oldest questionnaires – the Childbirth Perception Questionnaire (Padawer et al., 1988) – is a simple and short instrument capable of reflecting the most relevant aspects of childbirth experience perception and offering a sufficiently broad description of that perception. However, the scale does not contain items relating to quality of care and professional support received. The literature includes another questionnaire regarding perception: the Patient Perception Score (PPS) (Siassakos et al., 2009), which uses only three items to assess satisfaction with communication, safety and respect perceived by women following instrumented childbirth. Although in the literature these three dimensions are considered important elements of satisfaction during childbirth, the PPS is too short and simple and cannot guarantee a suitable multidimensional assessment, and hence it has not been included in the review.

The Intrapartal-Specific Quality from the Patient's Perspective Questionnaire, based on the Patient's Perspective Questionnaire

(Wilde et al., 1994), assesses women's perceptions in two ways: the reality perceived regarding care received, and the subjective importance of each item. Nevertheless, some dimensions present few items and little reliability, such as medical care, pain relief and the presence of a midwife during labour. On the other hand, the questionnaire was developed mainly to assess care quality, with many dimensions assessing aspects related to physical surroundings or the work of different healthcare providers.

The Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire, the oldest, remains a sound instrument that not only assesses the dimensions which are common to most scales, such as professional support, partner support and physical surroundings, but also specifically deals with the important matter of satisfaction with pain treatment during labour and postpartum. This scale could therefore be considered superior given that suitable pain relief has been suggested as a key factor for satisfaction. The Spanish version of this scale, which includes fewer items and dimensions, is also a valid and reliable instrument, though its population extends only to healthy women who have delivered a healthy newborn through vaginal birth, unlike the original questionnaire, which makes a distinction between women with different types of childbirth and obstetric complications.

The Scale for Measuring Maternal Satisfaction is the only scale with two separate versions: one for normal delivery and one for caesarean section. One of the dimensions refers to postpartum care, which means the scales are able to assess intrapartum and immediate postpartum satisfaction in healthy puerperal mothers with healthy newborns.

The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale was developed especially for assessing parental satisfaction with a premature newborn delivered within 32 weeks of pregnancy. Of all the instruments reviewed, this is the only scale that includes couples as the subject of study. However, the factor structure identified for mothers cannot be applied and, therefore, only the overall score can be used for couples, meaning that individual care factors cannot be analysed.

The new Escala Bienestar Materno en Situación de Parto (Maternal Wellbeing during Labour Scale), which is an adaptation and validation of the initial version (Uribe et al., 2008), is an objective and statistically valid instrument that includes a weighting of comprehensive care measures specifically for pain relief, family participation, early bonding with the newborn and environmental characteristics, all of which were dimensions with less significance in the first version of the instrument.

There are other instruments, such as the Six Simple Questions (SSQ) (Harvey et al., 2002) and the Satisfaction with Childbirth Scale (SWCh) (Stevens et al., 2012), which were created to measure satisfaction with the care received during labour using a short, simple and easy administration scale with a single overall score. However, the results obtained with these less complex assessments have not proven satisfactory, so their use instead of multidimensional questionnaires is not recommended (Marin-Morales et al., 2013) and, therefore, they have not been included in this review.

The studies in this review vary in terms of when satisfaction was measured. It has not been found sufficient evidence to raise conclusions as to the impact of time on satisfaction, though some studies suggest that the time taken to conduct the questionnaire may affect the results. An assessment of labour satisfaction may be more suitable when a certain amount of time has passed since childbirth, allowing some time to reflect. Gathering the experiences of the mother and partner whilst in hospital could be problematic as they may be feeling physically and psychologically vulnerable. They may have trouble dealing with negative aspects, especially if the baby is healthy, and may be susceptible to the "halo effect" when their initial relief and euphoria makes them less likely to criticise their experiences (Larkin et al., 2009; Van Teijlingen et al., 2003).

Another factor to bear in mind when validating a questionnaire is having a suitable sample size, which must be representative of the population under study. All questionnaires were validated on the relevant populations, though most of the studies stated that their main

limitations included having a small and/or insufficiently representative sample (BSS-R USA, CEPS, LADY-X, SMMS, WOMBLSQ Spain, BSS-R England, MCSRS Spain, MCSRS Iran, P-BESS, WSICS, WOMBLSQ England, CEQ Sweden) and they, therefore, recommended testing the questionnaire on larger and more diverse samples, including different racial and ethnic groups. Furthermore, the questionnaires also call for cultural adaptations, as the dimensions that satisfaction involves vary from country to country. For instance, partner participation is important in the USA, but less so in Turkey (Gungor and Beji, 2012).

The optimal number of dimensions required to gain a complete and accurate perspective of labour satisfaction is still unknown. Various studies have been conducted with a view to developing scales to measure birth satisfaction, which is a construct that can include a great many elements. Therefore, the instruments include different dimensions depending on the authors' theoretical concept of satisfaction. The vast variety of instruments and components used to assess the construct of "satisfaction" makes it difficult to find a common theoretical factor structure to determine labour satisfaction (Bertucci et al., 2012).

Exploring the reliability of the questionnaires, the ability of some dimensions or subscales could be debilitated by the fact that it comprises few items and that these items have comparatively poor internal consistency, as reflected by a low Cronbach's alpha (WOMBLSQ England, CEQ Sweden, QPP-I, CEPS, SMMS, WOMBLSQ Spain, BSS-R England, MCSRS Iran). Adding relevant items and rewording existing items may help to augment the sensitivity of the subscales. A reason of the weaker performance may be that the distribution of scores is skewed, with substantial ceiling effects. This problem is common in other instruments measuring patient satisfaction with care and has serious implications for their ability to detect differences both between groups and over time. A possible solution to reduce or eliminate ceiling effects may be to extend the number of response alternatives (Moret et al., 2010). In addition, a further area of research concerns a limitation in relation to convergent and discriminant validity. The vacuum in the literature reveals a difficulty in identifying the most appropriate measures with which to determine the validity of the instruments (Hollins Martin and Martin, 2014). For example, the WOMBLSQ England, PCACL-R and P-BESS, examined convergent validity by assessing correlations between the test scores and staff communication or overall satisfaction, instead of using other instruments that measure a similar construct. In the same way, the BSS-R USA and LADY-X, examined discriminant validity by assessing opposite correlations without using test scores of different constructs.

It is interesting to note that most of the questionnaires analysed are limited to healthy women with low obstetric risk pregnancies, meaning that they do not assess the satisfaction of mothers with unhealthy or preterm newborns. Their experiences can be different to giving birth to a healthy, full-term infant. Most negative perceptions are related to a problematic pregnancy course, an unexpected process of labour and delivery and uncertainty about the infants' medical condition. Therefore, some current care satisfaction scales will not be suitable for measuring such experiences (Sawyer et al., 2013a, 2013b; Tooten et al., 2013). Similarly, although there are questionnaires for measuring the satisfaction of the father or partner separately (Salonen et al., 2008; Hollins Martin, 2008), there are no sound instruments in the literature to assess the satisfaction of the mother and her partner jointly.

With regard to the limitations affecting this review, it should be stated that only studies published in English and Spanish were accepted, meaning that some instruments may not have been identified. Moreover, the rigorous criteria employed in terms of inclusion, exclusion and quality appraisal should be taken into consideration when assessing the results obtained, as many instruments were excluded on the basis of said criteria. Thus, the number of instruments was reduced. Nevertheless, considering our main objective, we deemed it necessary to delimit the search strategy in light of the vast and

disparate number of instruments found in the literature.

Conclusion

Women's experiences of labour and birth are critical components of the assessment of a maternity care system. Recognizing and respecting patients's needs and requirements can play a major role in designing maternity services and making quality improvements. Despite the extensive variety of tools available for measuring maternal satisfaction, they vary widely in terms of their quality. We have found a moderate number of instruments, seventeen, capable of measuring maternal satisfaction with the care received during labour and childbirth within a hospital setting. Thus, our study provides an overview of the most up-to-date, valid and reliable tools available in this area of research, assessing with detail their components, psychometric properties, advantages and disadvantages.

For clinicians, due to the considerable variety in terms of population, number of items/dimensions and collection time, it is difficult to draw conclusions about which questionnaire is the best. However, the results can guide healthcare professionals when it comes to choosing one instrument or another depending on their specific circumstances.

For researchers, further investigations are needed in order to improve existing instruments by performing additional psychometric tests, considering more specific populations such as women with obstetric difficulties or unhealthy newborns, and, very importantly, assessing the satisfaction of the mother and partner jointly.

Conflict of Interest

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and publication of this article.

Ethical Approval

Not applicable.

Funding Sources

Not applicable.

Clinical Trial Registry

Not applicable.

Acknowledgements

The authors would like to thank the library team of the University and Polytechnic Hospital "La Fe" for their assistance in undertaking the extensive search.

Appendix A. Supporting information

Supplementary data associated with this article can be found in the online version at doi:10.1016/j.midw.2017.09.014.

References

Baker, S.R., Choy, P.Y.L., Henshaw, C.A., Tree, J., 2005. "I felt as though I'd been in jail": women's experiences of maternity during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism Psychology* 15, 315–342.

Barbosa-Leiker, C., Fleming, S., Martin, C.J.H., Martin, C.R., 2015. Psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) for US mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 33, 504–511.

Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Amenta, P., 2015. Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health* 135, 243–250.

Bertucci, V., Boffo, M., Mannarini, S., Serena, A., Saccardi, C., Cosmi, E., Andrisani, A., Ambrosini, G., 2012. Assessing the perception of the childbirth experience in Italian

women: a contribution to the adaptation of the Childbirth Perception Questionnaire. *Midwifery* 28, 265–274.

Bradley, R., Slade, P., Leviston, A., 2008. Low rates of PTSD in men attending childbirth: a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology* 47, 295–302.

Britton, J.R., 2006. Global satisfaction with perinatal hospital care: stability and relationship to anxiety, depression, and stressful medical events. *American Journal of Medical Quality* 21, 200–205.

Caballero, P., Delgado-Garcia, B.E., Orts-Cortes, I., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., Nolasco, A., 2016. Validation of the Spanish version of mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 78–88.

Christiaens, W., Bracke, P., 2009. Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* 25, 11–19.

Christiaens, W., Gouwy, A., Bracke, P., 2007. Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Services Research* 7, 109–118.

Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., Berg, M., 2010. Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth* 10, 81–89.

Fair, C.D., Morrison, T.E., 2012. The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery* 28, 39–44.

Fowler, G., Patterson, D., 2013. Use of maternity surveys in improving the care experience – a review of the evidence. *British Journal of Midwifery* 21, 410–414.

Gartner, F.R., de Miranda, E., Rijnders, M.E., Freeman, L.M., Middeldorp, J.M., Bloemenkamp, K.W., Stigelbout, A.M., van den Akker-van Marle, M.E., 2015. Good reliability and validity for a new utility instrument measuring the birth experience, the Labor and Delivery Index. *Journal of Clinical Epidemiology* 68, 1184–1194.

Goodman, P., Mackey, M.C., Tavakoli, A.S., 2004. Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46, 212–219.

Gungor, I., Beji, N.K., 2012. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery* 28, 348–357.

Harvey, S., Rach, D., Stainton, M.C., Jarrell, J., Brant, R., 2002. Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* 18, 260–267.

Hollins Martin, C.J., 2008. A tool to measure fathers' attitudes and needs in relation to birth. *British Journal of Midwifery* 16, 432–437.

Hollins Martin, C.J., Fleming, V., 2011. The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24, 124–135.

Hollins Martin, C.J., Martin, C.R., 2014. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery* 30, 610–619.

Hollins Martin, C.J., Snowden, A., Martin, C.R., 2012. Concurrent analysis: validation of the domains within the Birth Satisfaction Scale. *Journal of Reproductive Infant Psychology* 30, 247–260.

Jenkins, M.G., Ford, J.B., Morris, J.M., Roberts, C.L., 2014. Women's expectations and experiences of maternity care in NSW—what women highlight as most important. *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives* 27, 214–219.

Larkin, P., Begley, C.M., Devane, D., 2009. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 25, 49–59.

Larkin, P., Begley, C.M., Devane, D., 2012. 'Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery* 28, 98–105.

Marin-Morales, D., Javier Carmona-Monge, F., Penacoba-Puente, C., Olmos Albacete, R., Toro Molina, S., 2013. Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire. *Midwifery* 29, 1339–1345.

Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carregui-Vilar, S., Ibañez-Gil, N., Margaix-Fonstestad, L., Escriba-Aguir, V., 2012. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria* 26, 236–242.

Moret, L., Nguyen, J.M., Pillet, N., Falissard, B., Lombraill, P., Gasquet, I., 2007. Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research* 7, 197.

Moudi, Z., Tavousi, M., 2016. Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: what Are the Psychometric Properties? *Nursing and Midwifery. Studies* 5, 125–135.

Padawer, J.A., Fagan, C., Janoff-Bulman, R., Strickland, B.R., 1988. Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery. *Psychology of Women Quarterly* 12, 25–34.

Peterson, W.E., Charles, C., DiCenso, A., Sword, W., 2005. The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Methodological Issues in Nursing Research* 52, 672–681.

Redshaw, M., 2008. Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth* 35, 73–76.

Redshaw, M., Heikkilä, K., 2010. National Survey of Women's Experience of Maternity Care. The National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.

Redshaw, M., Martin, C.R., 2009. Validation of a perceptions of care adjective checklist. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15, 281–288.

Salonen, A.H., Kaunonen, M., Asted-Kurki, P., Jarvenpää, A.L., Tarkka, M.T., 2008. Development of an internet-based intervention for parents of infants. *Journal of Advance Nursing* 64, 60–72.

Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., Duley, L., 2013a. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13, 108–118.

Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S., Very Preterm Birth Qualitative Collaborative Group. 2013. Parents' experiences and satisfaction with

- care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 120, 637–643.
- Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S., Very Preterm Birth Collaborative Group. 2014. Measuring parents' experiences and satisfaction with care during very preterm birth: a questionnaire development study. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 121, 1294–1301.
- Schumacher, M., 2008. Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth* 21, 65–70.
- Shaban, I., Mohammad, K., Homer, C., 2016. Development and Validation of Women's Satisfaction With Hospital-Based Intrapartum Care Scale in Jordan. *Journal of Transcultural Nursing* 27, 256–261.
- Siassakos, D., Clark, J., Sibanda, T., Attilakos, G., Jefferys, A., Cullen, L., Bisson, D., Draycott, T., 2009. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG: an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116, 1755–1761.
- Smith, L.F.P., 2001. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care* 10, 17–22.
- Srivastava, A., Avan, B.I., Rajbangshi, P., Bhattacharyya, S., 2015. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15, 15–25.
- Stevens, N.R., Wallston, K.A., Hamilton, N.A., 2012. Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: a measure development study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 33, 15–24.
- The Joanna Briggs Institute, 2014. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual* 2014 edition. The Joanna Briggs Institute, Australia.
- Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A.S., Braeken, J., Vingerhoets, A.J.J.M., Bakel, H.J.A., 2013. Parental Perceptions and Experiences after Childbirth: a Comparison between Mothers and Fathers of Term and Preterm Infants. *Birth: Issues in Perinatal Care* 40, 164–171.
- Uribe, T.C., Contreras, M.A., Villarroel, D.L., Rivera, M.S., Bravo, V.P., Cornejo, A.M., 2008. Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de bienestar materno. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 73, 4–10.
- Uribe, T.C., Conteras, M.A., Villarroel, D.L., 2014. Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 79, 154–160.
- Van Teijlingen, E.R., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W., Fitzmaurice, A., 2003. Maternity satisfaction studies and their limitations: "what is, must still be best". *Birth* 30, 75–82.
- Waldenström, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Radestad, I., 2004. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31, 17–26.
- Walker, K.F., Wilson, P., Bugg, G.J., Dencker, A., Thornton, J.G., 2015. Childbirth experience questionnaire: validating its use in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15, 86–94.
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., Starrin, B., 1994. Quality of care: development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8, 39–48.
- Wilde, B., Larsson, G., Kvist, L.J., Sandin-Bojo, A.K., 2010. Women's opinions on intrapartum care: development of a theory-based questionnaire. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1748–1760.

ARTÍCULO II

Translation, adaptation and psychometric validation of The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS) into Spanish.

Alfaro Blazquez, R., Ferrer Ferrandiz, E., Pardo Moya, S., Gea Caballero, V., Corchon, S. (2018). Translation, adaptation and psychometric validation of The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS) into Spanish. *Midwifery* 66, 148-154.

Resumen:

Antecedentes: el trabajo de parto y el nacimiento prematuro son dos de los temas más importantes relativos a la atención perinatal. El nacimiento de un bebé prematuro suele ser un momento estresante y traumático para los padres. La evaluación de la satisfacción con los servicios de maternidad es crucial y los cuestionarios son el método más común, siempre que estén bien contruidos. Solo uno, la escala de Satisfacción y Experiencia con el Parto Prematuro (P-BESS), desarrollada en Reino Unido, ha sido diseñada para este específico tipo de nacimiento.

Objetivos: traducir, adaptar transculturalmente y evaluar las propiedades psicométricas de la escala P-BESS al español.

Diseño: estudio transversal.

Ámbito: área de maternidad de un hospital de tercer nivel en España.

Participantes: un total de 182 mujeres que dieron a luz antes de las 37 semanas de gestación.

Métodos: el instrumento fue traducido siguiendo el método de traducción y retro-traducción. La P-BESS fue testada para la validez de contenido y de constructo mediante la realización de un análisis factorial exploratorio y confirmatorio. La fiabilidad se estimó a partir de la consistencia interna, con el alfa de Cronbach (α), y la prueba test-retest mediante el coeficiente de correlación interclase (ICC).

Resultados: el análisis de componentes principales reveló la presencia de tres factores con valores propios superiores a 1, lo que explica una varianza total del 66,6%. Una posterior rotación varimax reveló la presencia de fuertes cargas en cada uno de los tres componentes. Se realizó un análisis factorial confirmatorio, ofreciendo el modelo un ajuste muy bueno a los datos: un chi-cuadrado χ^2 (df = 149) = 362.727 (p = 0.000); el error

cuadrático medio de aproximación (RMSEA) = 0.089; el índice de arreglo normalizado (NFI) = 0.852 y el índice de ajuste comparativo (CFI) = 0.905. La escala total y las subescalas tuvieron una buena fiabilidad con todos los alfa de Cronbach por encima del nivel aceptable de 0.7. El ICC total fue de 0,994 (IC 95%, 0,988-0,997).

Conclusiones: la versión española P-BESS parece ser un instrumento robusto, válido y fiable para evaluar la satisfacción maternal con la atención recibida durante el parto prematuro.

Implicaciones para la práctica: el instrumento proporciona una comprensión más completa de esta compleja experiencia. Permite la detección de áreas de intervención con el fin de potenciar estrategias para hacer frente a los nacimientos prematuros y maximizar los sentimientos de autoconfianza y control.

Palabras clave: trabajo de parto; satisfacción del paciente; nacimientos prematuros; encuestas y cuestionarios; estudios de validación.



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Midwifery

journal homepage: www.elsevier.com/locate/midw

Translation, adaptation and psychometric validation of the preterm birth experience and satisfaction scale (P-BESS) into Spanish

Ruben Alfaro Blazquez, Ph.D student, Midwife^{a,b,*}, Esperanza Ferrer Ferrandiz, Ph.D^{c,d},
Sonia Pardo Moya, Midwife^a, Vicente Gea Caballero, Ph.D^c, Silvia Corchon, Ph.D^b

^a Department of Obstetrics, University and Polytechnic Hospital "La Fe", Valencia, Spain

^b School of Nursing and Podiatry, University of Valencia, Spain

^c Nursing School "La Fe", University of Valencia, Spain

^d Nursing Research Group in Art and Science of Care (GREIACC), Spain

ARTICLE INFO

Keywords:

Labour
Patient satisfaction
Preterm births
Surveys and questionnaires
Validation studies

ABSTRACT

Background: Preterm labour and birth are two of the most important issues in perinatal care. The birth of a preterm baby is often a stressful and traumatic time for parents. Assessment of satisfaction with maternity services is crucial and questionnaires are the most common method as long as they are well-constructed. Only one, The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS), developed in United Kingdom, has been designed for this specific birth type.

Objectives: To translate, transculturally adapt and assess the psychometric properties of the P-BESS into Spanish.

Design: Cross-sectional study.

Setting: Maternity unit of a tertiary level hospital in Spain.

Participants: A total of 182 woman who gave birth before 37 weeks of gestation.

Methods: The instrument was translated and back translated. The P-BESS was tested for face validity and construct validity by carrying out an exploratory/confirmatory factor analysis. Reliability was estimated from the internal consistency, with the Cronbach's alpha (α), and the test-retest, with the intraclass correlation coefficient (ICC).

Findings: The principal component analysis revealed the presence of three factors with eigenvalues greater than 1, explaining a total variance of 66.6%. A subsequent varimax rotation revealed the presence of strong loadings on each of the three components. Confirmatory factor analysis was performed, offering the model a very good fit to the data: chi-square was $\chi^2_{(df=149)}=362.727$ ($p=0.000$); the root mean square error of approximation (RMSEA)=0.089; the normed fit index (NFI)=0.852 and the comparative fit index (CFI)=0.905. The total scale and subscales had good reliability with all Cronbach's alpha above the acceptable level of 0.7. The total ICC was 0.994 (CI 95%, 0.988–0.997).

Conclusions: The Spanish version of P-BESS appears to be a robust, valid and reliable instrument for assessing satisfaction with care during preterm birth.

Implications for practice: the instrument provides a more comprehensive understanding of this complex experience. It allows the detection of areas of intervention in order to empower strategies to cope with preterm births and to maximise feelings of self-confidence and control.

Introduction

Preterm birth (PTB), defined as delivery prior to 37 weeks of gestation, is considered one of the leading health indicators of a nation (Institute of Medicine (US) Committee on Leading Health Indicators, 2011; World Health Organization, 2017) as it is the most frequent cause of neonatal death and the second most frequent cause of death in children aged <5 years worldwide (Blencowe et al., 2012), responsible for approximately 1 million deaths in 2015 (Liu et al., 2016). PTB is the

most important single determinant of adverse outcome in terms of survival, quality of life, psychosocial and emotional impact on the family, and costs for health services (Tucker and McGuire, 2004).

After decades of rising PTB rates in the USA and other developed countries, recent prematurity rates seem to be on the decline (Zeitlin et al., 2013; Martin et al., 2015). However, PTB rates remain high (11–12% of births in the USA in 2013) (Gyamfi-Bannerman and Ananth, 2014). Multiple factors were thought to have contributed to the rising

* Corresponding author at: Jose Ponce, 32. CP 02006, Albacete, Spain.

E-mail addresses: ruben.ab87@hotmail.com (R. Alfaro Blazquez), gea_vic@gva.es (V. Gea Caballero), silvia.corchon@uv.es (S. Corchon).

of PTB rate including: higher average maternal age; more frequent use of assisted reproductive technologies; an increase in non-infertility-related multiple gestations and higher rates of preterm inductions and caesarean deliveries (Chang et al., 2013).

Preterm labour and birth are two of the most important issues in perinatal care. The birth of a preterm baby is often an extremely stressful and traumatic time for parents (Forcada-Guex et al., 2011). The birth may have been rapid and unexpected, and parents and babies are usually separated at birth as the baby is taken to the neonatal unit (Redshaw, 2008). Parents frequently report distress, depression and symptoms of post-traumatic stress or complaints for several years (Karatzias et al., 2007; Bell and Andersson, 2016). Negative maternal experiences in their turn, may have long-term detrimental effects on parenting and child's development (Latva et al., 2008).

Understanding of the patients' experiences of healthcare services has improved considerably over recent decades, and patient satisfaction is now one of the most frequently reported health outcomes (Fowler and Patterson, 2013). In this sense, women's views and experiences of maternity services, especially the care during labour and childbirth, are increasingly important to healthcare providers, administrators, and policymakers, and can influence decisions about the organisation and provision of services (Redshaw, 2008).

One way in which quality of care from patient's perspectives has been assessed is through the development and application of satisfaction measures (Fowler and Patterson, 2013). Questionnaires are the most common method of assessing satisfaction. These provide an efficient and cost-effective method of obtaining an overview of patient's experience and allow comparisons to be made between patients and institutions, as long as they are well-constructed tools with high levels of reliability and validity (Marin-Morales et al., 2013; Konerding, 2016).

According to the literature, there is a moderate number of sound instruments capable of measuring maternal satisfaction with the overall package of care received during labour and childbirth within a hospital setting. However, it is interesting to note that most of the questionnaires are limited to healthy women with low obstetric risk pregnancies, meaning that they do not assess the satisfaction of mothers with unhealthy or preterm newborns. This seems to be an important gap as their experiences could be different from those of mothers giving birth to a healthy, full-term infant (Alfaro Blazquez et al., 2017). Unique factors to preterm birth have been identified, such as the importance of the staff appearing calm during the birth, and the staff portraying confidence and taking control during the birth. Women valued being listened to, and both they and their partners valued staff helping fathers to feel involved during the birth (Sawyer et al., 2013a).

Of these instruments available, only one has been designed for this specific birth type and population. The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS) designed by Sawyer et al., (2014) was developed in England, especially for assessing parental satisfaction with a premature newborn delivered within 32 weeks of pregnancy in a hospital setting. A remarkable aspect of the scale is that it allows the inclusion of couples as the subject of study. Until this moment, the P-BESS has not been translated into other languages.

Concerning the Spanish language, there are very few validated instruments available to assess satisfaction with labour and childbirth, which have been adapted to Spanish. The ones currently available, such as the Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale (Marin-Morales et al., 2013), the Women's Views of Birth Labor Satisfaction Questionnaire (Mas-Pons et al., 2012) and the Intrapartal Specific Questionnaire Patient's Perspective Questionnaire (Donate-Manzanares et al., 2017) do not take preterm childbirths into account. Therefore, it has been verified the lack of such a measure in the current literature: neither the adaptation of an existing instrument nor the development of a new instrument was found (Alfaro Blazquez et al., 2017). For this reason, the aim of the current study is to translate, transculturally adapt and evaluate the reliability and validity of the P-BESS in a Spanish-speaking population to assess patient satisfaction with overall package of care received during

the labour and childbirth of their preterm baby within a hospital setting. It was also decided to undertake the test-retest reliability method to measure the stability and reliability of the P-BESS over time, as this has not been done previously.

Methods

Design

This study followed a prospective cross-sectional design. It was focused on the translation, transcultural adaptation and psychometric validation of a quantitative multidimensional satisfaction questionnaire, the P-BESS. This study follows a sequential process of instrument evaluation using classical and contemporary psychometric approaches (Furr and Bacharach, 2013; Ramada-Rodilla et al., 2013) applied to a single cohort that is differentiated by clinical attributes and which allowed evaluation of the instrument measurement properties.

Instrument

The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS) consists of 17 items with three dimensions related to various aspects of preterm childbirth experiences: staff professionalism and empathy (seven items), information/explanations (seven items) and confidence in staff (three items). A fourth dimension could be added to assess partner involvement (two items) for women whose partner's attended birth. In addition, two items related to overall satisfaction are examined to establish convergent validity. Participants respond to those items using a 5-point Likert scale. The total scale score is obtained by adding the scores of the values assigned to each item, with higher scores reflecting greater satisfaction (Sawyer et al., 2014; Alfaro Blazquez et al., 2017).

Content and face validity were undertaken in order to develop the tool (Sawyer et al., 2013a, 2013b). The final validation stage included 145 mothers and 85 partners from the UK. Factor analysis with data from women was confirmed through exploratory/confirmatory factor analysis, group differences and convergent validity. It also showed an adequate reliability both on the global scale (a Cronbach's alpha score 0.94), and on the subscales (alpha values ranging between 0.77 and 0.92). Regarding the validation of the questionnaire with partners, the author recommended to use the total satisfaction score. Results showed that although the scale was reliable ($\alpha = 0.93$), the three factor solution did not fit the partner's data well (Sawyer et al., 2014; Alfaro Blazquez et al., 2017).

Translation procedure

The Spanish version of the P-BESS was constructed following the recommendations for adapting tests (Muniz et al., 2013). Permission was obtained from the original author via e-mail. All the translators worked at different organizations, so they did not know one another. The English version of the scale was independently translated into Spanish by two bilingual native Spanish translators with knowledge in healthcare. Both were advised that the translation should be semantic rather than literal to attain conceptual and linguistic equivalences. For each item, they assessed the difficulty in finding an expression in Spanish conceptually equivalent to the original, using a scale from 0 (minimum difficulty) to 10 (maximum difficulty). Five items had a score equal or greater than 5. Both translations were reviewed by a panel of experts (the research group plus three midwives). The items with moderate or high difficulty were discussed. Both translations were synthesised into one and a first Spanish version was agreed. This initial version was backtranslated into English, independently, by two bilingual English native translators and with knowledge in healthcare. The difficulty in finding expressions was also scored and a panel of experts compiled these two translations into one. The original scale and the translated Spanish version were reviewed

by the original author to compare the scales and resolve any discrepancies (only two items were discussed).

Pilot testing

Following this process, to check face and content validity, the final Spanish version of the P-BESS was administered to a sample of 10 postpartum mothers with preterm babies in order to ensure correct comprehension of the items and to consider eventual suggestions. This pilot test did not reveal any comprehension problem. All of them agreed that it seemed easy to understand, useful for its purpose, and not too long.

Participants

Participants were a convenience sample of women who had an alive baby born before 37 weeks of gestation. All included participants were over 18 years of age and proficient in writing and speaking Spanish. Exclusion criteria were women whose current baby had died.

Sample size

The sample size was calculated according to the criteria required for the technique of factorial analysis, between five and ten subjects per item, considering the number of items in the draft scale (De Vet et al., 2005; Lloret-Segura et al., 2014). Thus, a sample of at least 85 participants was considered adequate. In this study, 190 women were invited and none refused to participate. The 95.7% ($n = 182$) handed in the correctly completed questionnaire.

Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the Biomedical Research Ethics Committee of the hospital. All of the participants received verbal and written information on the study, including the fact that participation was voluntary and that they could stop participating at any time without any adverse consequences. They received a written informed consent and the questionnaires were replied anonymously.

The study received approval from the University and Polytechnic Hospital "La Fe" Biomedical Research Ethics Committee. Reference: 2016/0574. Data of approval: 7 November 2016.

Setting and data collection

Participants who laboured and gave birth at University and Polytechnic Hospital "La Fe" in Valencia, Spain, between January and December 2017 were recruited. This tertiary level hospital, the sixth best public hospital in Spain according to *Monitor Empresarial de Reputación corporativa* (2017), has an allocated population of 300.000 inhabitants. The maternity unit provides care to around 5.000 obstetric patients per year.

Between 24–72 h after childbirth, before hospital discharge, women were approached in the postpartum ward by a midwife who informed them of the study objectives and asked them to participate. The midwife in charge of the questionnaires was the lead investigator of this study, who provided routine postpartum care, and was not involved with the labour and childbirth, which may have influenced ratings. An information sheet, consent form and the questionnaire were supplied in a pack to the participants. Once they voluntarily agreed to participate and signed the consent form, they were asked to auto complete the questionnaire in private.

Additional data were collected with a set of questions about basic demographic (age, place of birth, level of education, civil status, employment details), obstetric and neonatal details (parous, multiple pregnancy, gestational age at birth, previous premature birth or stillbirth, major complications during pregnancy and/or labour, type of birth and neonatal admission to medical unit).

Table 1
Demographic and obstetric characteristics of women.

Characteristic	Women ($n = 182$)
Place of birth	
Spain	150 (82.4)
South America	17 (9.3)
Eastern Europe	12 (6.6)
Central Europe	2 (1.1)
North Africa	1 (0.5)
Civil status	
Married/living with partner	171 (94.0)
Single	11 (6.0)
Level of education	
None	2 (1.1)
Primary	33 (18.1)
Secondary	72 (39.6)
University	75 (41.2)
Employed	
Yes	139 (76.4)
No	43 (23.6)
Parous	
Primiparous	129 (70.9)
Multiparous	53 (29.1)
Multiple pregnancy	
Yes	64 (35.2)
No	117 (64.3)
Triplets	1 (0.5)
Previous premature birth (<37 weeks)	
Yes	13 (7.1)
No	169 (92.9)
Previous miscarriage > 22 weeks or neonatal death	
Yes	15 (8.2)
No	167 (91.8)
Major complications during pregnancy*	
Yes	164 (90.1)
No	18 (9.9)
Major complications during labour**	
Yes	24 (13.2)
No	158 (86.8)
Type of birth	
Normal	77 (42.3)
Instrumental	12 (6.6)
Elective caesarean	40 (22.0)
Emergency caesarean	53 (29.1)
Neonatal intensive care admission	
Yes	182 (100.0)
No	0 (0.0)

* such as threatened preterm labour; premature rupture of membranes; placenta previa; preeclampsia; intrauterine growth restriction; chorioamnionitis; congenital deformities; amniotic fluid alterations.

** such as postpartum haemorrhage; fetal bradycardia; shoulder dystocia; umbilical cord prolapse.

Data analysis

Version 18.0 of the SPSS statistics package and SPSS AMOS were used.

For the sociodemographic and clinical data, the absolute and relative frequencies were used to describe the qualitative variables, and the average and the standard deviation (SD) were used to describe the quantitative variables.

Firstly, construct validity was studied to determine the validity of the scale. Initially, exploratory factor analysis (EFA) was performed to examine the construct validity of the P-BESS in Spanish. This is a useful analysis that can identify potential underlying dimensions in a scale. Principal components analysis (PCA) and varimax rotation were used from EFA methods to explore the factor structure of the scale. Before carrying out the EFA, Bartlett's sphericity test and the Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) test were also performed to analyze the magnitude of inter-correlations and sampling adequacy. The KMO should be above 0.6, and as close as possible to 1, and the Bartlett's sphericity, which consists of statistical hypothesis testing, should be less than 0.05 to reject the null

Table 2
Factors structure and component loadings of ‘care during childbirth’ questions.

Questions	Component Loadings		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
1. Staff professionalism and empathy			
The staff made me feel comfortable	,703		
The staff made me feel cared for in a individualised way	,672		
The atmosphere in the room was pleasant	,705		
The staff made me feel calm	,753		
The staff were in control of the situation	,763		
The staff were encouraging	,714		
The staff were friendly and kind	,627		
I was very satisfied with the care during the birth	,439		
2. Information and explanations			
I was given all the information I needed		,754	
The staff explained to me everything that was going to happen when my baby was born		,736	
The staff explained to me what was going to happen during birth		,828	
The staff kept me informed about what was happening		,864	
I understood what was happening		,713	
The staff explained everything very well		,813	
The care during the birth could have been improved		-,187	
3. Confidence in staff			
Sometimes nobody explained to me what was happening			,702
I did not trust the staff			,870
The staff did not understand how I was feeling			,864
The staff did not listen to what I had to say			,887

hypothesis of sphericity and ensure that the factor model is adequate to explain the data. In the EFA, varimax rotation has been used to help clarify the assignment of items to different factors. To determine the number of factors we wanted to keep, we used the Kaiser criterion. It retains factors with eigenvalues > 1.0 (Tabachnick and Fidell, 2013; Lloret-Segura et al., 2014).

As a continuation of the EFA, a confirmatory factor analysis (CFA) was conducted to justify the compliance between exploratory factors, and to confirm the protection of factor structure after the necessary changes were made. Multiple goodness of fit tests were used to evaluate the model, such as the chi-square test (χ^2), the comparative fit index (CFI), the normed fit index (NFI) and the root mean-square-error of approximation (RMSEA). A CFI greater than 0.90 indicates an acceptable fit to the data. A RMSEA with values of less than 0.05 indicate a good fit to the model. A NFI close to 1.0 is preferred (Brown, 2006; Schumacker and Lomax, 2010). A statistically significant χ^2 indicates a significant proportion of variance within the data is unexplained by the model. To accept the model, its p value should be greater than 0.05, since the null hypothesis is that the model is not significant (Hooper et al., 2008; Byrne, 2010).

Secondly, the reliability analysis of the P-BESS in its translated form was measured by calculating Cronbach's alpha to evaluate the internal consistency (IC) for each item and for the total scale. The IC indicates to what extent the items in question are correlated with each other and how they fit together and measure the same concept. As a general rule, a value of Cronbach's alpha > 0.7 is generally regarded as satisfactory (Streiner et al., 2015).

As recommended by experts (Fayers and Machin, 2007; Bowling, 2014), carrying out a test-retest design gives greater reliability to the study. This measures the proportion of agreement when the same instrument is applied on two occasions. The intraclass correlation coefficient (ICC) is considered to be an adequate test to assess stability over time (Argimon and Jiménez, 2012). The ICC synthesises the degree of concordance between two quantitative variables. Its values range from 0 to 1. Concordance is usually considered very good if >0.90, good if 0.71–0.90, moderate if 0.51–0.70, mediocre if 0.31–0.50 and bad or null if <0.30. We asked a sample of participants ($n=20$) if they were interested in responding to the same questionnaire again between 10 and 15 days after study. Finally, 10 mothers returned the P-BESS by post.

Findings

Characteristics of participants

The final sample consisted of 182 women. The mean and median age was 34.65 and 34 years respectively (standard deviation [SD] 6.09, range 18–54). Mean and median gestational age was 32 and 33⁺¹ weeks (standard deviation [SD] 2.88, range 23⁺⁶- 35⁺⁶). Mean and median time between the birth and questionnaire completion was 51.3 and 48 h. The rest of the data are summarised in Table 1 in the form of absolute frequencies and percentages.

Validity

Factor construct validity

The KMO test gave a value of 0.912 and the Bartlett's sphericity test was $\chi^2 = 2303.4$, $p < 0.001$, so we proceeded to carry out the EFA.

The Principal Component Analysis revealed the presence of three factors with eigenvalues greater than 1, explaining a total variance of 66.6%. Factor 1 (Staff Professionalism and Empathy) accounted for 13.10% of the variance, Factor 2 (Information and Explanations) for 45.08% and Factor 3 (Confidence in Staff) for 8.41%. A subsequent Varimax rotation revealed the presence of strong loadings on each of the three components. Item 10 "Sometimes nobody explained to me what was happening", which previously corresponded to factor 2, was now in factor 3. Moreover, when performing the reliability analysis, its contribution was greater if it was moved to factor 3, being coherent with its meaning and with a high correlation value. On the other hand, the two items related to overall satisfaction ("I was very satisfied with the care during the birth" and "The care during the birth could have been improved") are now allocated in factor 1 and 2, respectively. No items were eliminated because of redundancy or lack of homogeneity with the construct. Table 2 shows the scale items together with their respective factor weights.

Confirmatory factor analysis was performed, offering the model a very good fit to the data. Results showed that although the chi-square was $\chi^2 (df=149) = 362.727$ ($p=0.000$), with a significant χ^2 value suggesting unexplained variance inherent within the model, the rest of fit indices had the best fit according to the results. The root mean square error of approximation (RMSEA) = 0.089, which means the model was at the limit of a good adjustment, the normed fit index (NFI) = 0.852

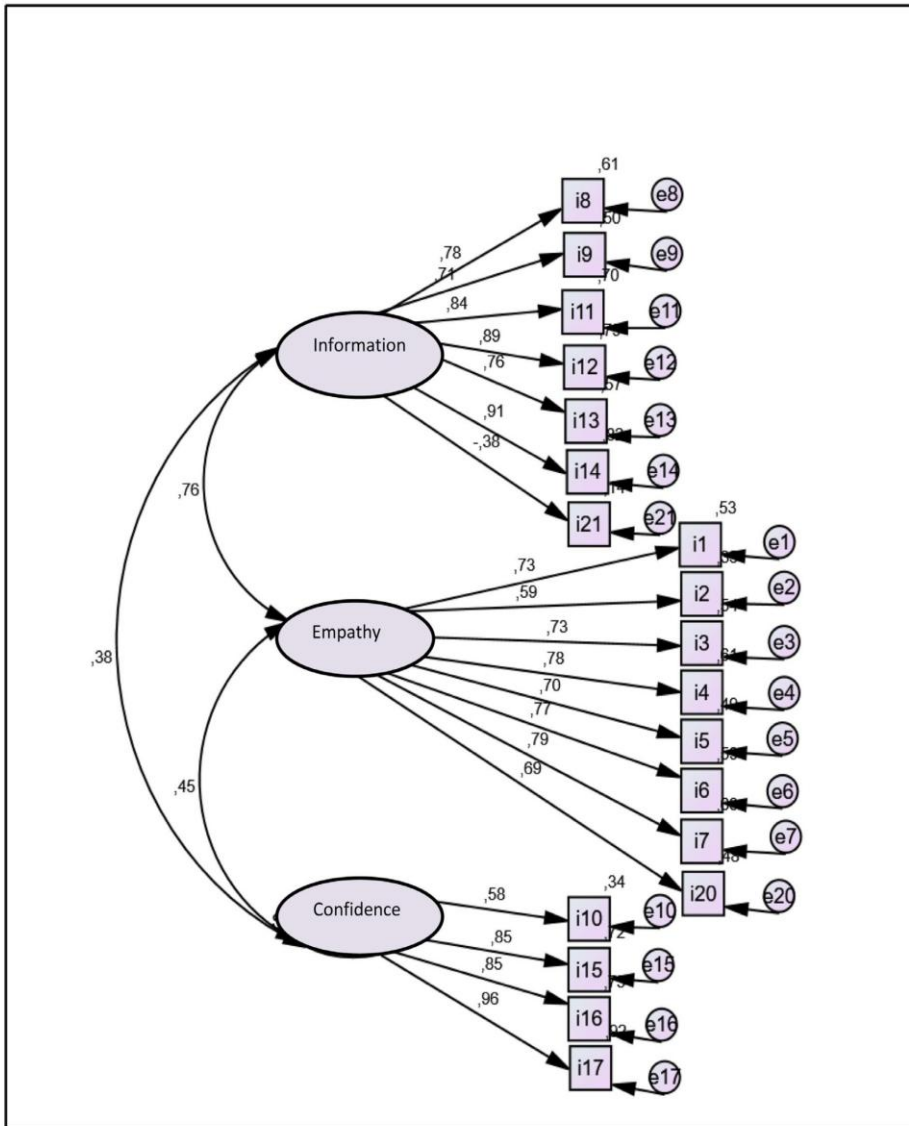


Fig. 1. Measurement model of the Spanish P-BSS. *Note:* Details of the 19 items in Fig. 1 can be found with reference to Table 2. The arrows leading from the factor (circle) to the item (box) represents the standardised regression coefficient weight of the factor on the indicator. The value by each box (P-BSS item) indicates the proportion of variance of the item explained by the factor. As an example in the case of item 8, this would be 61% which would also mean that 39% of variance of this item was unexplained or error ‘e’ variance. The double-headed arrow between the factors represents the covariance between factors.

and the comparative fit index (CFI)=0.905, both indicating a good fit to the data. The three-factor 19-item measurement model of the Spanish P-BSS is shown in Fig. 1.

Reliability

Internal consistency

The total scale and subscales had good reliability with all Cronbach’s alpha above the acceptable level of 0.7 (α 0.86 for the total scale, 0.89 for Staff Professionalism and Empathy, 0.73 for Information and Explanations, and 0.87 for Confidence in Staff).

Test-retest

With regard to test-retest, the results showed a very good agreement between both tests, since all the CCI values are higher than 0.90, with a total ICC of 0.994 (CI 95%, 0.988–0.997).

Discussion

This article addresses the translation, adaptation and psychometric validation of the Spanish version of the P-BESS in a Spanish-speaking population.

The Spanish P-BESS with 19 items distributed into 3 factors seems adequate to measure women's satisfaction with the care received during PTB: staff professionalism and empathy (eight items), information and explanations (seven items) and confidence in staff (four items).

In the translation-back translation process there were no significant difficulties when finding equivalences, which may be due to the simplicity that the original authors demonstrated in their formulation of the items.

In this study, the Spanish P-BESS presents a factorial structure and the distribution of the items within it is quite similar to the original in English. It was agreed by the research team to add the two global satisfaction items to the factor analysis. This confirmed that the same three factors, reported above, remained with the addition of one item in factor 1 and one item in factor 2. Moreover, it seems to be more adequate to use "the confidence in staff" factor with a structure of 4 items instead of 3. Observably, this domain consisted of relatively few items. In both cases, the psychometric properties with these variations seem correct. This little discordance could be due to the differences that there are between the health systems of each country. More specifically, the item moved "Sometimes nobody explained to me what was happening" refers to quality relationships with staff are important, with staff honest and consistent about what is provided. Staff also require to be interested and friendly at the same time as being professional, skilled and knowledgeable (Sorenson and Tschetter, 2010).

The factor analysis supports the idea of the P-BESS being a multi-dimensional tool. In this study, the subscale "Information and explanations" explains the largest proportion of variance. This is not surprising as information from staff has been widely recognised as an important factor in determining birth satisfaction, specially in PTB. Women want to know what will happen during birth (particularly if they were having a caesarean section), what type of anaesthetic will be administered, and what was going to happen to their baby when he or she was born (Sawyer et al., 2013a).

We did a validation study of a questionnaire aiming to include the greatest number of psychometric analyses recommended by specialised literature (Ramada-Rodilla et al., 2013; Sawyer et al., 2013b). It could be said that the Spanish P-BESS was fully validated with the majority of these analyses, as well as including stability over time and the application of confirmatory factor analysis (CFA), which is not included in most validation studies. Assessment of acceptable model fit in the CFA concluded that the model given had the best fit according to the results of CFI, NFI and RMSEA, except χ^2 . However, trivial and inconsequential variations in the data can promote a significant χ^2 likelihood test statistic, hence model evaluation is almost universally determined by model fits statistics such as CFI and RMSEA (Hooper et al., 2008; Byrne, 2010). Therefore, the chi-square statistic was not very useful in this case. A further area of future research concerns a limitation in the current study in relation to the validation of the questionnaire. The vacuum in the literature reveals there is no definitive standard for measuring satisfaction in any previous study, even more in PTB. Therefore, it has not been possible to estimate the current criterion validity, which consists in comparing the tool being used to a gold standard (Furr and Bacharach, 2013).

The results seem adequate for the population studied. When used in other studies, it should be taken into account that this research was implemented at a single university hospital. However, the University and Polytechnic Hospital "La Fe" is the hospital of reference of the whole community of Valencia. Thus it provides services not only to the population of Valencia city or area, but from other regions of Spain. As a future line of research, it would be interesting to use the P-BESS in more hospitals and with a different degree of interventionism. In addition, the availability of P-BESS will also allow a broader application of the questionnaire in countries where Spanish is the official language, such as South America, benefiting therefore all women who speak Spanish.

This study has some limitations, such as the moment at which the questionnaire was given to the participants. It has not been found sufficient evidence to raise conclusions as to the impact of time on satisfac-

tion (Alfaro Blazquez et al., 2017), though some studies suggest that the time taken to conduct the questionnaire may affect the results. Gathering the experiences of women whilst in hospital could be problematic as they may be feeling physically and psychologically vulnerable (Larkin et al., 2009; Britton, 2012). Women may have felt reluctant to criticise the professionals who had taken care of them and their premature baby. This 'halo effect' may be even more evident for parents of very premature babies as the staff have been looking after their baby for many weeks (Eutrope et al., 2014). In the original P-BESS, parents completed the questionnaire approximately 9 months after the birth. However, in this study, it was believed that if we did that, the rate of response would reduce drastically. As the aim was to validate the scale itself, the problem was bypassed. However, it should be noted that among the participants who replied 10–15 days after the retest, the scores remained quite stable, with no significant changes, which explains there is no impact of timing of administration.

Although the original scale focuses on very preterm births, before 32 weeks of gestation, most preterm births occur in the late preterm period (34⁺⁰–36⁺⁶ weeks) (Frey and Klebanoff, 2016). Therefore, we considered increasing the range to all preterm periods, since extremely preterm (less than 28 weeks), very preterm (28 to 32 weeks) and moderate to late preterm (32 to 37 weeks) in order to assess parents satisfaction as much as possible. Despite the consequences of very preterm birth are increasingly acknowledged by researchers and clinicians, still little attention is given to the parents of moderately preterm infants. The emotional impact can also be substantial. To put it differently, parents of moderately preterm infants, without serious life-threatening conditions and with high chances to survive, experience significant worries, and have negative perceptions about the perinatal period (Tooten et al., 2013).

On the other hand, we must indicate that, although the original questionnaire includes partners as subjects of study, we have decided not to validate the questionnaire with partners in this first approach as well as not to include the dimension related to partner involvement for women whose partner's attended birth. This analysis is being carried out nowadays and it will be published in coming studies.

Conclusions

This study supports the use of the P-BESS in its translated form as a robust, valid and reliable multidimensional instrument for assessing women satisfaction with overall package of care received during PTB in the Spanish population.

In terms of impact, the P-BESS could be used by researchers, since it might be suitable as an outcome measure for observational or experimental studies. For healthcare professionals, administrators and policy makers, knowing the satisfaction of women with the experience of PTB is crucial, as it provides a more comprehensive understanding of the various factors of this complex experience. Depending on the needs, items can be summed to produce a total score, or factors can be looked at individually. A total score may be useful to compare across hospitals, whereas individual aspects of the care can be assessed using the separate dimensions.

It allows the detection of areas of intervention in order to empower women's strategies to cope with labour and birth, to maximise feelings of self-confidence and to maintain a greater control during the birth event. Childbirth preparation classes, birth planning, midwife/medical preparation and social support are some activities that could be organised according to the parents needs and promote the best preterm birth experience.

Conflict of interest

The authors declared no potential conflicts of interest with respect to the research, authorship, and publication of this article.

Acknowledgements

The authors would like to thank the mothers for completing the questionnaires, and so generously shared their time and experiences with us. The authors wish to thank Hellen Myfanwy Muskus and Mari Carmen Portillo for providing language help and to all the postnatal ward professionals for their support and understanding in the realization of this study.

References

- Alfaro Blazquez, R., Corchon, S., Ferrer Ferrandiz, E., 2017. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: systematic review. *Midwifery* 55, 103–112.
- Argimon, J.M., Jiménez, J., 2012. *Métodos De Investigación Clínica y Epidemiológica*, 4th edn Elsevier, Madrid.
- Bell, A.F., Andersson, E., 2016. The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery* 39, 112–123.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M.Z., Chou, D., Moller, A.B., Narwal, R., Adler, A., Vera Garcia, C., Rohde, S., Say, L., Lawn, J.E., 2012. National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet (London, England)* 379, 2162–2172.
- Bowling, A., 2014. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*, 4th edn Open University Press, Maidenhead, UK.
- Britton, J.R., 2012. The assessment of satisfaction with care in the early perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 33, 37–44.
- Brown, T.A., 2006. *Confirmatory Factor Analysis For Applied Research*. Guilford Press, New York, NY.
- Byrne, B.M., 2010. *Structural equation modeling with AMOS: basic concepts. Applications, and Programming*, 2nd edn Routledge/Taylor and Francis Group, New York.
- Chang, H.H., Larson, J., Blencowe, H., Spong, C.Y., Howson, C.P., Cairns-Smith, S., Lackritz, E.M., Lee, S.K., Mason, E., Serazin, A.C., Walani, S., Simpson, J.L., Lawn, J.E., Born Too Soon preterm prevention analysis group, 2013. Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet (London, England)* 381, 223–234.
- De Vet, H.C., Ader, H.J., Terwee, C.B., Pouwer, F., 2005. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Quality Res. Int. J. QualityLife Aspects Treat. Care Rehabil.* 14, 1203–1218.
- Donate-Manzanares, M., Rodríguez-Almagro, J., Rodríguez-Cano, T., Hernández-Martínez, A., Barrilero-Fernández, E., Santos-Hernández, G., Beato-Fernández, L., 2017. Cross-cultural adaptation and validation of the psychometric properties of the Quality from the Patient's Perspective I Questionnaire translated into Spanish. *Midwifery* 55, 75–82.
- Eutrope, J., Thierry, A., Lempp, F., Aupetit, L., Saad, S., Dodane, C., Bednarek, N., De Mare, L., Sibertin-Blanc, D., Nezelof, S., Rolland, A., 2014. Emotional reactions of mothers facing premature births: study of 100 mother-infant dyads 32 gestational weeks. *Plos One* 9, 70–77.
- Fayers, P., Machin, D., 2007. *Quality of life. The assessment, Analysis and Interpretation of Patient-Reported Outcomes*. Wiley, Chichester.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., Muller-Nix, C., 2011. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Hum. Dev.* 87, 21–26.
- Fowler, G., Patterson, D., 2013. Use of maternity surveys in improving the care experience – a review of the evidence. *Br. J. Midwifery* 21, 410–414.
- Frey, H.A., Klebanoff, M.A., 2016. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Semin. Fetal Neonatal Med.* 21, 68–73.
- Furr, M., Bacharach, V., 2013. *Psychometrics: An Introduction*, second edition SAGE publications.
- Gyamfi-Bannerman, C., Ananth, C.V., 2014. Trends in spontaneous and indicated preterm delivery among singleton gestations in the United States, 2005–2012. *Obstet. Gynecol.* 124, 1069–1074.
- Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M.R., 2008. Structural equation modelling: guide-lines for determining model fit. *Electron. J. Bus. Res. Methods* 6, 53–60.
- Institute of Medicine (US), 2011. *Committee On Leading Health Indicators For Healthy People 2020: Letter Report*. The National Academies Press, Washington, DC.
- Karatzias, A., Chouliara, Z., Maxton, F., 2007. Post-traumatic Symptomatology in parents with premature infants: a systematic review of the literature. *J. Prenatal Perinatal Psychol. Health* 3, 249–260.
- Konering, U., 2016. Which kind of psychometrics is adequate for patient satisfaction questionnaires? *Patient Prefer. Adher.* 10, 2083–2090.
- Larkin, P., Begley, C.M., Devane, D., 2009. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary content analysis. *Midwifery* 25, 49–59.
- Latva, R., Korja, R., Salmelin, L.L., Tamminen, T., 2008. How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Hum. Dev.* 84, 587–594.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J., 2016. Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000–15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 388, 3027–3035.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., Tomás-Marco, I., 2014. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología* 30, 1151–1169.
- Marín-Morales, D., Javier Carmona-Monge, F., Penacoba-Puente, C., Olmos Albacete, R., Toro Molina, S., 2013. Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the women's views of birth labour satisfaction questionnaire. *Midwifery* 29, 1339–1345.
- Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J., Curtin, S.C., Matthews, T.J., 2015. Births: final data for 2013. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention. National Center for Health Statistics. *Natl. Vital Stat. Syst.* 64, 1–65.
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carregui-Vilar, S., Ibañez-Gil, N., Margaix-Fonstestad, L., Escrivà-Agüir, V., 2012. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la mackey satisfaction childbirth rating scale. *Gaceta Sanitaria* 26, 236–242.
- Monitor Empresarial de Reputación corporativa (MERCOR) Monitor de Reputación Sanitaria. Available.
- Muniz, J., Elosua, P., Hambleton, R.K. International Test Commission, 2013. *International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition*. *Psicothema* 25, 151–157.
- Ramada-Rodilla, J.M., Serra-Pujadas, C., Delclós-Clanchet, G.L., 2013. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México* 55, 57–66.
- Redshaw, M., 2008. Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth* 35, 73–76.
- Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S. Very Preterm Birth Qualitative Collaborative Group, 2013a. Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 120, 637–643.
- Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., Duley, L., 2013b. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth* 13 (108), 2393–13-108.
- Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S. Very Preterm Birth Collaborative Group, 2014. Measuring parents' experiences and satisfaction with care during very preterm birth: a questionnaire development study. *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 121, 1294–1301.
- Schumacker, R.E., Lomax, R.G., 2010. *A Beginner's Guide to Structural Equation Modelling*, 3rd edn Routledge/Taylor and Francis Group, New York.
- Sorenson, D.S., Tschetter, L., 2010. Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspect. Psychiat. Care* 46, 14–25.
- Streiner, D., Norman, G., Cairney, J., 2015. *Health Measurement Scales: A Practical Development and Use*, 5th edn Oxford University Press, Oxford.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S., 2013. *Using Multivariate Statistics*, 6th edn Pearson Education Limited, Harlow, Essex, United States of America.
- Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A.S., Braeken, J., Vingerhoets, A.J.J.M., Bakel, H.J.A., 2013. Parental perceptions and experiences after childbirth: a comparison between mothers and fathers of term and preterm infants. *Birth: Issues Perinat. Care* 40, 164–171.
- Tucker, J., McGuire, W., 2004. Epidemiology of preterm birth. *Br. Med. J. (Clin. Res. ed.)* 329, 675–678.
- World Health Organization Fact sheets: Preterm birth [consulted 10 September 2017]. Available.
- Zeitlin, J., Szamotulska, K., Drewniak, N., Mohangoo, A.D., Chalmers, J., Sakkeus, L., Irgens, L., Gatt, M., Gissler, M., Blondel, B. Euro-Peristat Preterm Study Group, 2013. Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG: Int. J. Obstet. Gynaecol.* 120, 1356–1365.

ARTÍCULO III

Women's satisfaction with maternity care during preterm birth.

Alfaro Blazquez, R., Ferrer Ferrandiz, E., Gea Caballero, V., Corchon, S., Juarez-Vela, R. (2019). Women's satisfaction with maternity care during preterm birth. *Birth* 46, 670-677.

Resumen:

Antecedentes: la satisfacción de las mujeres con la atención maternal está fuertemente influenciada por sus características sociodemográficas, valores y actitudes. La llegada de un bebé prematuro suele ser un momento traumático, con factores únicos involucrados. La española P-BESS es un instrumento robusto capaz de evaluar la satisfacción de las mujeres durante el parto prematuro. El propósito de este estudio fue evaluar la satisfacción de las mujeres en una población de habla hispana con la atención maternal recibida durante el trabajo de parto y el nacimiento de sus bebés prematuros.

Métodos: este es un estudio transversal. Las participantes fueron 182 mujeres que dieron a luz antes de las 37 semanas de gestación. Los factores asociados con la satisfacción se estudiaron mediante análisis univariado/bivariado, y mediante regresión lineal múltiple utilizando el método de eliminación retrospectivo.


Resultados: las mujeres reportaron una alta satisfacción global con la atención maternal recibida (una puntuación media de 84 sobre 95). Las mujeres con estudios universitarios generalmente estuvieron menos satisfechas. Las mujeres estuvieron más satisfechas si estaban embarazadas por primera vez. Las mujeres que informaron de un nacimiento prematuro previo o muerte neonatal estuvieron más satisfechas. Por último, las mujeres que tuvieron un aborto espontáneo anterior reportaron menor satisfacción en comparación con las mujeres que no habían vivido esta experiencia.

Conclusiones: el análisis confirmó que la mayoría de las mujeres encuestadas estaban muy satisfechas con su experiencia en el parto. La española P-BESS puede ser una forma útil de priorizar medidas de intervención, enfocándose en aquellos aspectos menos puntuados por las mujeres, como "información y explicaciones" y "confianza en el personal",

con el fin de mejorar los servicios de maternidad para las familias que experimentan un parto prematuro.

Palabras clave: trabajo de parto; satisfacción del paciente; nacimientos prematuros; encuestas y cuestionarios; estudios de validación.

Women's satisfaction with maternity care during preterm birth

Ruben Alfaro Blazquez CNM, MSc^{1,2}  | Esperanza Ferrer Ferrandiz CNM, PhD^{3,4} |
Vicente Gea Caballero RN, PhD^{3,4} | Silvia Corchon RN, PhD² | Raul Juarez-Vela RN, PhD⁵

¹Department of Obstetrics, University and Polytechnic Hospital "La Fe", Valencia, Spain

²School of Nursing and Podiatry, University of Valencia, Valencia, Spain

³Nursing School "La Fe", University of Valencia, Valencia, Spain

⁴Nursing Research Group in Art and Science of Care (GREIACC), Valencia, Spain

⁵School of Nursing, University of La Rioja, La Rioja, Spain

Correspondence

Ruben Alfaro Blazquez, CNM, MSc,
Department of Obstetrics, University and Polytechnic Hospital "La Fe", Valencia, Spain.
Email: ruben.ab87@hotmail.com

Abstract

Background: Women's satisfaction with maternity care is strongly influenced by their sociodemographic characteristics, values, and attitudes. The arrival of a preterm baby is often a traumatic time, with unique factors involved. The Spanish Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS) is a robust instrument capable of assessing women's satisfaction during preterm birth. The purpose of this study was to assess women's satisfaction with maternity care during labor and birth with preterm babies in a Spanish-speaking population.

Methods: This is a cross-sectional study. Participants were 182 women who gave birth within 37 weeks' gestation. Factors associated with satisfaction were studied through univariate and bivariate analyses and through multiple linear regression using the backward elimination method.

Results: Women reported high satisfaction with maternity care overall (average score of 84 out of 95). Women with a university education were generally less satisfied. Women were more satisfied if they were pregnant for the first time. Women who reported a previous premature birth or neonatal death were more satisfied, and women who had prior miscarriages were less satisfied compared with women without these experiences.

Conclusions: The analysis confirmed that the majority of women surveyed were very satisfied with their childbirth experience. The Spanish P-BESS can be a useful way of prioritizing intervention measures, focusing on those aspects lowest scored by women, such as "information and explanations" and "confidence in staff," to improve maternity services for families experiencing preterm birth.

KEYWORDS

labor, patient satisfaction, preterm births, surveys and questionnaires, validation studies

1 | INTRODUCTION

Childbirth is an important event in a parent's life and is a multifaceted experience.¹ Besides seeking the best possible medical outcome, addressing the components that constitute women's satisfaction with respect to maternity care should be one of the main focus points of maternity services in the 21st century.² The World Health Organization recommends

monitoring and evaluating maternal satisfaction in public health care sectors to improve quality and efficiency during pregnancy, childbirth, and postpartum.³ For this reason, particularly over the last two decades, increasing attention has been placed on the opinions, expectations, and experiences of women.⁴

Maternal satisfaction is influenced by a broad range of objective circumstances, both clinical and technical, but it also

depends on many factors that are subjective.⁵ It is a dynamic perception of the extent to which the expected health care is received. In addition, women's satisfaction is strongly influenced and shaped by their sociodemographic characteristics, several personal factors such as values, attitudes, and personal support, and their sense of security and perceived control and expectations based on prior experiences and the outcome of previous pregnancies and births.⁶ A positive birth experience is associated with a strong mother-child bond, which contributes to the mother's sense of accomplishment and self-esteem.⁷ In contrast, a negative birth experience could make the mother feel distraught and have an adverse impact on her mental health, increasing the risk of postpartum depression and post-traumatic stress disorder.^{8,9}

Previous studies have investigated satisfaction throughout pregnancy and childbirth, particularly during delivery using a variety of methods.¹⁰⁻¹³ Although all methods have value, quantitative methods provide an efficient and cost-effective way of obtaining an overview of the patient's experience and allow comparisons to be drawn among patients and among institutions.¹⁴⁻¹⁶ Despite the extensive variety of tools available, there are few instruments able to measure maternal satisfaction with respect to the care received during labor and childbirth.^{13,17} However, it is interesting to note that most of the questionnaires are limited to healthy women with low obstetric risk pregnancies, meaning that they do not assess the satisfaction of mothers with unhealthy or preterm newborns.¹⁷ These experiences could be different from those of mothers giving birth to a healthy, full-term infant.¹⁸ Certain factors that are unique to preterm births have been identified, such as the importance of staff appearing calm and portraying confidence and professionalism.¹³

Preterm labor and birth are two of the most troublesome challenges in perinatal care. The arrival of a preterm baby is often an extremely stressful and traumatic time for parents.¹⁹ The birth may have been rapid and unexpected, and parents and babies are usually separated at birth as the baby is taken to the neonatal unit.²⁰ Parents frequently report distress, depression, and symptoms of post-traumatic stress for several years.²¹

According to the literature, only one instrument has been conceived to assess this specific birth type and population. The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS)²² was developed in England, especially for assessing parental satisfaction in case of a premature newborn delivered within 32 weeks of pregnancy in a hospital setting.

Concerning women who speak Spanish, although work has been done in the field of maternal satisfaction,^{15,23,24} there are gaps in our knowledge especially with respect to women's satisfaction with preterm labor and birth. Only one validated questionnaire has been developed, the Spanish-translated version of the P-BESS.²⁵ In the absence of more extensive research and with a view to improving women's health care in

maternity services, the aim of this study is to assess women's level of satisfaction with the overall package of care received during labor and childbirth with preterm babies within a hospital setting in a Spanish-speaking population. The secondary objective of this study is to identify the sociodemographic and clinical factors most strongly associated with maternal satisfaction.

2 | METHODS

A quantitative, cross-sectional, and descriptive approach was used to elucidate women's satisfaction during preterm birth. Concerning the instrument, the Spanish P-BESS is a robust, valid, and reliable multidimensional instrument capable of assessing women's satisfaction with the overall package of care received during preterm births. It consists of 19 items divided into three dimensions related to various aspects of preterm childbirth experiences: staff professionalism and empathy (eight items), information and explanations (seven items), and confidence in staff (four items). Participants rate each item on a 5-point Likert scale (1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neutral, 4 = agree, and 5 = strongly agree). The Total Scale score is obtained by adding the rating assigned to each item (Appendix S1), with higher scores reflecting greater satisfaction.²⁵

The Spanish P-BESS has been extensively validated.²⁶⁻²⁸ A translation and back-translation process was undertaken to develop the tool, in addition to content and face validity checks. The Spanish P-BESS also showed an adequate degree of reliability both on the global scale and on its subscales, and stability over time.²⁵

2.1 | Participants

Participants were a convenience sample of women who had a living baby born at <37 weeks' gestation. All included participants were over 18 years of age and proficient in writing and speaking Spanish. Exclusion criteria were women whose current baby had died.

Participants who labored and gave birth at the University and Polytechnic Hospital of "La Fe" in Valencia, Spain, between January and December 2017 were recruited. This tertiary-level hospital, the sixth best public hospital in Spain,²⁹ has an allocated population of 300 000 inhabitants. The maternity unit provides care to around 5000 obstetric patients per year.

Between 24 and 72 hours after childbirth, before hospital discharge, women were approached in the postpartum ward by a midwife who informed them of the study objectives and asked them to participate. The midwife in charge of the questionnaires was the lead researcher in this study, who provided routine postpartum care and was not involved in the labor or

childbirth. An information sheet, consent form, and the questionnaire were supplied in a pack to the participants. Once they voluntarily agreed to participate and signed the consent form, they were asked to complete the questionnaire themselves in private.

Additional data were collected with a set of questions with respect to basic demographics (age, place of birth, level of education, civil status, employment details), and obstetric and neonatal details (parous, multiple pregnancy, gestational age at birth, previous miscarriage, premature birth and/or neonatal death, major complications during pregnancy and/or labor, type of birth, neonatal admission to medical unit, and the presence of a support person or companion during birth).

2.2 | Data analysis

Questionnaires were checked for errors before data entry, coded, and analyzed using the SPSS version 18.0 software package (SPSS, Inc).

For sociodemographic and clinical data, both absolute and relative frequencies were used to describe qualitative variables, whereas mean and standard deviation (SD) were used to describe quantitative variables.

Univariate and bivariate analyses were computed, the former to assess the frequency distribution and the latter to test whether there were significant associations between satisfaction and selected independent variables. First, nonparametric tests (Kruskal-Wallis test) were used to analyze the relationship between the main scores of the questionnaire and the characteristics of the women, given that all scores had a non-normality distribution. The normality test used was the Shapiro-Wilk test. Factors associated with satisfaction (level of education, parity, previous miscarriage, and premature birth and/or neonatal death) were studied through multiple linear regression using the backward elimination method for select variables to avoid problems of multicollinearity in the models and of biases in the estimates. Results of multivariate models were presented by coefficient, *P* value, and 95% confidence interval (CI). All analyses were performed using two-tailed tests, and a *P* value of <5% was considered statistically significant.³⁰

2.3 | Ethical considerations

Ethical approval was obtained from the Biomedical Research Ethics Committee of the Hospital (reference: 2016/0574; date of approval: November 7, 2016). All of the participants received verbal and written information on the study, including the fact that participation was voluntary and that they could refrain from participating at any time without any adverse consequences. They received a written informed consent form, and the questionnaires were completed anonymously.

3 | RESULTS

In this study, 190 women were invited, none refused to participate, and 182 (95.7%) handed in a correctly completed questionnaire. The mean and median maternal ages were 34.6 and 34.0 years, respectively (SD \pm 6.09, range 18-54). Mean and median gestational ages were 32 and 33⁺¹ weeks (SD \pm 2.88, range 23⁺⁶-35⁺⁶) (Table 1). Mean time and median time between giving birth and completing the questionnaire was 51.3 and 48.0 hours, respectively.

TABLE 1 Demographic and obstetric characteristics of women with a preterm baby, Spain, 2017

Characteristics	Women n = 182, n (%)
Place of birth	
Spain	150 (82.4)
South America	17 (9.3)
Eastern Europe	12 (6.6)
Central Europe	2 (1.1)
North Africa	1 (0.5)
Married-cohabiting	171 (94.0)
University education	75 (41.2)
Employed	139 (76.4)
Primiparous	71 (39.0)
Multiple pregnancy	65 (35.7)
Gestational age (wk)	
Extremely preterm (<28)	18 (9.9)
Very preterm (28-32)	58 (31.9)
Late preterm (32-37)	106 (58.2)
Prior early miscarriage	76 (41.8)
Previous premature birth (<37 wk)	13 (7.1)
Previous stillbirth or neonatal death	15 (8.2)
Major complications during pregnancy ^a	164 (90.1)
Major complications during labor ^b	24 (13.2)
Type of birth	
Vaginal	77 (42.3)
Instrumental vaginal	12 (6.6)
Elective cesarean	40 (22.0)
Emergency cesarean	53 (29.1)
Neonatal intensive care admission	182 (100.0)
Companionship during labor ^c	85 (46.7)

^aSuch as threatened preterm labor; premature rupture of membranes; placenta previa; preeclampsia; intrauterine growth restriction; chorioamnionitis; congenital deformities; amniotic fluid alterations.

^bSuch as postpartum hemorrhage; fetal bradycardia; shoulder dystocia; umbilical cord prolapse.

^cWomen having a cesarean are not allowed a companion because of the hospital policy.

Women had high levels of satisfaction. The mean score for the Total Scale was 84, out of a possible range of 45-95. In the same way, all the subscales were related to high levels of satisfaction (Table 2): “Staff Professionalism and Empathy” (mean 37.3 of 40), “Information and Explanations” (mean 29.6 of 35), and “Confidence in Staff” (mean 16.9 of 20).

The sociodemographic and clinical characteristics that were significantly associated with Total Satisfaction Score were prior miscarriage with lower satisfaction (*P* value .006), and previous stillbirth or neonatal death with higher satisfaction (*P* value .032). The variables significantly associated with the subscale Staff Professionalism and Empathy were as follows: pregnant for the first time with higher satisfaction (*P* value .017); previous premature birth with higher satisfaction (*P* value .037); and previous stillbirth or neonatal death with higher satisfaction (*P* value .007). The variables significantly associated with the subscale Confidence in Staff were as follows: university education with lower satisfaction (*P* value .016); pregnant for the first time with higher satisfaction (*P* value .048); prior miscarriage with lower satisfaction (*P* value .002); and previous stillbirth or neonatal death with

higher satisfaction (*P* value .034) (Table 3). No factor was significantly associated with the subscale Information and Explanations.

In the multivariate analysis, the number of prior miscarriages was shown as a predictor of the Total Scale score. In this regard, each miscarriage decreased the score by 2.108 points. With respect to the confidence in staff dimension, two factors were predictors: the number of miscarriages and the women's educational attainment. The higher the number of previous miscarriages and the higher their level of education, the lower the score in this subscale: 0.929 and 1.270 points, respectively (Table 4). No significant factors were identified for the subscales Staff Professionalism and Empathy and Information and Explanations.

4 | DISCUSSION

To our knowledge, this is the first study presenting results from the Spanish P-BESS. In line with other studies on maternity satisfaction,^{31,32} women reported that they were very

	Mean	Median	Minimum	Maximum
Total (19 items)	84.0	87.0	45	95
Staff Professionalism and Empathy (8 items)	37.3	39.0	19	40
Information and Explanations (7 items)	29.6	31.0	10	35
Confidence in Staff (4 items)	16.9	18.0	4	20

TABLE 2 Total and subscale satisfaction scores during preterm labor and birth reported by women, Spain, 2017

	Kruskal-Wallis test (<i>P</i> value)			
	Total Scale	Professionalism and Empathy	Information and Explanations	Confidence in Staff
Maternal age	.808	.315	.844	.614
Level of education	.787	.297	.337	.016
Civil status	.574	.119	.596	.939
Employed	.686	.483	.461	.857
First pregnancy/previous	.138	.017	.427	.048
Gestational age	.073	.059	.163	.094
Multiple pregnancy	.760	.755	.994	.265
Previous early miscarriage	.006	.09	.123	.002
Type of birth	.723	.799	.626	.870
Previous premature birth	.346	.037	.970	.402
Previous stillbirth or neonatal death	.032	.007	.098	.034
Pregnancy complications	.174	.772	.196	.341
Labor complications	.246	.728	.447	.109
Companionship	.864	.580	.807	.929

TABLE 3 Results of bivariate analysis between satisfaction scores reported by women and demographic and obstetric characteristics, Spain, 2017

Note: Bold values indicate significant *P* values.

TABLE 4 Results of multivariate analysis displaying association between the scale and factors associated with satisfaction, Spain, 2017

Dependent variable	Independent variable	Regression coefficient (95% CI)	P value
Total Scale score	Number of miscarriages	-2.108 (-3.467, -0.750)	.003
Confidence in Staff	Number of miscarriages	-0.929 (-1.428, -0.430)	<.001
	Level of studies	-1.270 (-2.394, -0.147)	.027

Note: Four regression models were performed, one with the total score as the dependent variable and one for each of the subscales. The demographic variables that were significant with each of the scores, shown in Table 3, were included as independent variables, performing a method of selecting stepwise variables, which allows us to have models with only the significant variables. No significant factors were identified for the subscales Staff Professionalism and Empathy and Information and Explanations.

satisfied with maternity care overall. Similar results were identified in the original P-BESS, where women reported high levels of overall satisfaction.²²

With respect to the subscales, “Information and Explanations” and “Confidence in Staff” both scored lower than “Staff Professionalism and Empathy.” Of the complaints made about health care, communication is the second most common cause after treatment complaints.³³ Our finding is in agreement with a previous study that explored parents’ experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby, which suggested that parents were very satisfied with care provided during the birth, but that listening to women and providing information could increase this further.²⁷ This means professionals need to improve in this field. Being well informed is very important for women; they want to be told what will happen during the birth and what is going to happen to their preterm baby.^{27,34} In the same way, as in other studies, the greater the feelings of control, safety, pride, and having been paid attention to by professionals, the greater the satisfaction scores.²⁴

Overall maternity patients in Australia, Canada, and the United Kingdom report consistently high levels of satisfaction with maternity care, with satisfaction scores above 80%. However, it is difficult to compare satisfaction ratings across international and national settings, given the use of different rating scales and dimensions.³⁵

The variables that showed a statistically significant relationship with the Spanish P-BESS differed from the original English language scale, in which the majority of sociodemographic and clinical characteristics were not associated (only labor status, type of birth, and existence of pregnancy complications had a significant association).²² Perhaps, cultural differences between countries may explain in part the differing results.

Our findings about higher educational achievement being negatively correlated with satisfaction are consistent with the literature.^{24,36} In our study, first-time mothers were more likely to be satisfied with maternity care, in contrast with previous research, where higher parity was a predictor of higher maternal satisfaction.^{15,36,37} This variation may be due to the difference in giving birth to a preterm or unhealthy infant,

given that preceding normal births might not offer much preparation for a preterm one. However, in our study, women who reported a previous premature birth, a stillbirth, or a neonatal death were more satisfied with their care, supporting the idea that preceding preterm births do offer some preparation for a subsequent preterm delivery. Therefore, these prior experiences may be an important factor in women’s satisfaction with maternity care. Unfortunately, there is no mention of these experiences as significant variables in similar studies, apart from the original P-BESS. In addition, prior research on satisfaction after a prior miscarriage is limited. However, studies suggest that women who had a miscarriage experienced more depression and anxiety both immediately and for many months after the miscarriage. In our study, the number of miscarriages was shown as a predictor of satisfaction, with lower scores for women with a prior miscarriage. Perhaps a lack of counseling for women who need it could contribute to this negative effect on future maternal satisfaction after miscarriage.³⁸

In contrast, other variables were not significant in our study, such as type of birth, mother’s age, and companionship. Satisfaction has been more strongly associated with nonoperative vaginal birth.^{6,15,24,36,39,40} Nevertheless, in the English P-BESS, women who had an emergency cesarean were more satisfied than women who had a vaginal birth. Recent studies suggest that operative deliveries are not always detrimental to women’s satisfaction with the birth experience, where communication with an experienced clinician and feeling that delivery is safe for them and their babies are two of the elements that women value most.⁴¹ With respect to age, a review of the literature supports our finding, namely that the mother’s age at delivery is not related to satisfaction scores.^{36,42,43} So, postponing childbirth to ≥ 32 years of age only marginally affects satisfaction with childbirth. Furthermore, older women seem to cope better than younger women with having an operative delivery.⁴⁴ In this study, 53.3% of women were not accompanied by a partner or relative because of the hospital’s policy of not allowing companions during the cesareans. Positive benefits of birth companionship include shorter labor, lesser need for pain relief, and greater birth satisfaction among women with birth companions during labor.³²

Even so, satisfaction ratings in the Spanish P-BESS were good, especially in the “Staff Professionalism and Empathy” subscale. This means women felt emotionally supported by health professionals. It is important that women be treated in a pleasant manner by warm and friendly staff who encourage and reassure them.^{27,32,34}

This study has some limitations. There is no “gold standard” for measuring birth satisfaction, particularly in PTB than can be used for comparison.^{17,41} In addition, the sample size was relatively small for a multiple regression analysis, which limits the number of variables that can be included. Finally, the women are from one specific region of Spain and are not representative of all mothers who have had a PTB. For example, the sample mainly consisted of white, highly educated, married-cohabiting women.⁴⁵ Despite these limitations, the questionnaire has been validated on the relevant population and the sample has proven to be sufficient for all the analyses performed.^{46,47}

The questionnaire was fielded between 24 and 72 hours after the women gave birth, which minimized recall bias. There is an insufficient evidence to determine the impact of timing of the interview on satisfaction scores,¹⁷ although some studies suggest that the amount of time elapsed before conducting the questionnaire may affect the results.^{48,49} Among the participants who completed the retest 10-15 days later, the scores remained stable with no significant changes, which suggests that timing had little impact on scores.

The fact that this research was implemented at a single university hospital with a high cesarean rate could also be considered a limitation of the study. However, it is important to highlight that the University and Polytechnic Hospital of “La Fe” in Valencia is a reference hospital in Spain and receives patients from all across the country. There are also many factors, medically justified, that explain the high cesarean rates, for example, a large increase in multiple births (currently 35.7% in our population), and inadequate fetal presentation or pregnancy complications (90.1%).⁵⁰ In addition, cesarean rates in the population where the original Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale was developed were 52%, similar to our results (51.1%).

4.1 | Conclusions

This study reports the assessment of women's satisfaction with the overall package of care received during preterm labor and birth using the Spanish P-BESS for the first time. The quantitative analysis confirmed that the majority of women surveyed were very satisfied. In terms of impact, the Spanish P-BESS could be used in both clinical and research settings to evaluate the maternity care provided to this vulnerable population. It may be a useful tool to gather information that could improve maternity services, and prove to be a useful way of hearing what women think about the

care received during preterm birth. This study may help to prioritize intervention measures, focusing on those aspects considered most important by women to promote the best preterm birth experience. Furthermore, having the P-BESS in Spanish will allow a broader application of the questionnaire in countries where Spanish is the official language, such as South America, thus benefiting all Spanish-speaking women. Future research could focus on using the Spanish P-BESS in more hospitals with different degrees of interventionism and on a larger, more representative sample of mothers. This would reveal changes in the satisfaction of different populations. Moreover, testing the measure in a different setting would further strengthen its validity.

ACKNOWLEDGMENTS

The authors acknowledge thanks to all the postnatal ward professionals for their support to carry out the study, and especially to the women who participated and selflessly gave us a few minutes of their postpartum time to complete the questionnaires and share their experiences with the researchers.

ORCID

Ruben Alfaro Blazquez  <https://orcid.org/0000-0002-6024-1995>

REFERENCES

1. Jackson JL, Chamberlin J, Kroenke K. Predictors of patient satisfaction. *Soc Sci Med J*. 2001;52:609-620.
2. Haines H, Hildingsson I, Pallant J, Rubertsson C. The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2013;42:428-441.
3. World Health Organization (WHO). Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM, FIGO. Geneva; 2004. https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241591692/en/. Accessed December 27, 2018.
4. Larrabee JH, Bolden L. Defining patient perceived quality of nursing care. *J Nurs Care Qual*. 2001;16:24-60.
5. Hulton LA, Matthews Z, Stones RW. Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. *Soc Sci Med J*. 2007;64:2083-2095.
6. 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;10:81-92.
7. Goodman P, Mackey MC, Tavakoli AS. Factors related to childbirth satisfaction. *J Adv Nurs*. 2004;46:212-219.
8. Fenwick J, Gamble J, Mawson J. Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarian: a birthrites initiative. *Int J Nurs Pract*. 2003;9:10-17.

9. Beck CT. Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *J Nurs Res*. 2004;53:216-224.
10. Waldenström U, Hildingsson I, Rubertsson C, Rådestad I. A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth*. 2004;31:17-27.
11. Hauck Y, Fenwick J, Downie J, Butt J. The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery*. 2007;23:235-247.
12. Rudman A, El-Khouri B, Waldenström U. Women's satisfaction with intrapartum care—a pattern approach. *J Adv Nurs*. 2007;59:474-487.
13. Sawyer A, Ayers S, Abbott J, Gyte G, Rabe H, Duley L. Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:108-118.
14. Larkin P, Begley C, Devane D. 'Not enough people to look after you': an explanation of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery*. 2012;1:91-105.
15. Marin-Morales D, Javier Carmona-Monge F, Penacoba-Puente C, Olmos Albacete R, Toro MS. Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the women's views of birth labour satisfaction questionnaire. *Midwifery*. 2013;29:1339-1345.
16. Konerding U. Which kind of psychometrics is adequate for patient satisfaction questionnaires? *Patient Prefer Adherence*. 2016;10:2083-2090.
17. Alfaro Blazquez R, Corchon S, Ferrer FE. Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: systematic review. *Midwifery*. 2017;55:103-112.
18. Tooten A, Hoffenkamp HN, Hall RA, Braeken J, Vingerhoets AJ, van Bakel HJ. Parental perceptions and experiences after childbirth: a comparison between mothers and fathers of term and preterm infants. *Birth*. 2013;40:167-171.
19. Forcada-Guex M, Borghini A, Pierrehumbert B, Ansermet F, Muller-Nix C. Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Dev*. 2011;87:21-26.
20. Redshaw M. Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth*. 2008;35:73-76.
21. Bell AF, Andersson E. The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery*. 2016;39:112-123.
22. 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;121:1294-1301.
23. Mas-Pons R, Barona-Vilar C, Carreguñ-Vilar S, Ibáñez-Gil N, Margaix-Fontestad L, Escrivá-Agüir V. Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gac Sanit*. 2012;26:236-242.
24. Donate-Manzanares M, Rodríguez-Almagro J, Rodríguez-Cano T, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the psychometric properties of the Quality from the Patient's Perspective I Questionnaire translated into Spanish. *Midwifery*. 2017;55:75-82.
25. Alfaro Blazquez R, Ferrer Ferrandiz E, Pardo Moya S, Gea Caballero V, Corchon S. Translation, adaptation and psychometric validation of The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS) into Spanish. *Midwifery*. 2018;66:148-154.
26. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública Méx*. 2013;55:57-66.
27. Sawyer A, Rabe H, Abbott J, et al. Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG*. 2013;120:637-643.
28. Bowling A. *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services*, 4th edn. Maidenhead, UK: Open University Press; 2014.
29. Monitor Empresarial de Reputación corporativa (MERCO). Monitor de Reputación Sanitaria; 2017. <http://www.merco.info/es/monitor-reputacion-sanitaria-hospitales>. Accessed December 15, 2018.
30. Rotman K, Greenland S, Lash T. *Modern epidemiology*. Philadelphia, PA: Amazon; 2008.
31. Belanger-Levesque M, Pasquier M, Roy-Matton N, Blouin S, Pasquier J. Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open*. 2014;4:e004013.
32. Srivastava A, Avan B, Rajbangshi P, Bhattacharyya S. Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:97-110.
33. Heatley ML, Watson B, Gallois C, Miller YD. Women's perceptions of communication in pregnancy and childbirth: influences on participation and satisfaction with care. *J Health Commun*. 2015;20:827-834.
34. Lewis L, Hauck YL, Ronchi F, Crichton C, Waller L. Gaining insight into how women conceptualize satisfaction: Western Australian women's perception of their maternity care experiences. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2016;16:29-41.
35. Ford JB, Hindmarsh DM, Browne KM, Todd A. Are women birthing in New South Wales hospitals satisfied with their care? *BMC Res Notes*. 2015;8:106-115.
36. Smith L. Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Qual Health Care*. 2001;10:17-22.
37. Gungor I, Beji NK. Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery*. 2012;28:348-357.
38. Kerns JL, Mengesha B, McNamara BC, Cassidy A, Pearlson G, Kuppermann M. Effect of counseling quality on anxiety, grief, and coping after second-trimester abortion for pregnancy complications. *Contraception*. 2018;97:520-523.
39. Bertucci V, Boffo M, Mannarini S, et al. Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: a contribution to the adaptation of the Childbirth Perception Questionnaire. *Midwifery*. 2012;28:265-274.
40. Walker KF, Wilson P, Bugg GJ, Dencker A, Thornton JG. Childbirth experience questionnaire: validating its use in the United Kingdom. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15:86-94.
41. Siassakos D, Clark J, Sibanda T, et al. A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG*. 2009;116:1755-1761.
42. Hollins Martin CJ, Martin CR. Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery*. 2014;30:610-619.
43. Barbosa-Leiker C, Fleming S, Martin C, Martin CR. Psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) for US mothers. *J Reprod Infant Psychol*. 2015;33:504-511.
44. Aasheim V, Waldenström U, Rasmussen S, Schytt E. Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age - a

- Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2013;13:13-53.
45. Frey HA, Klebanoff MA. The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Semin Fetal Neonatal Med*. 2016;21:68-73.
 46. De Vet HC, Ader HJ, Terwee CB, Pouwer F. Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Qual Life Res*. 2005;14:1203-1218.
 47. Lloret-Segura S, Ferreres-Traver A, Hernández-Baeza A, Tomás-Marco I. El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *An Psicol*. 2014;30:1151-1169.
 48. Waldenstrom U. Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth*. 2004;31:102-107.
 49. Stevens M, Reininga IH, Boss NA, van Hom JR. Patient satisfaction at and after discharge: effect of time lag. *Patient Educ Couns*. 2006;60:241-245.
 50. Department of Reproductive Health and Research World Health Organization: WHO Statement on Caesarean Section Rates. World

Health Organization; 2015. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/. Accessed June 2, 2019.

SUPPORTING INFORMATION

Additional supporting information may be found online in the Supporting Information section at the end of the article.

How to cite this article: Alfaro Blazquez R, Ferrer Ferrandiz E, Gea Caballero V, Corchon S, Juarez-Vela R. Women's satisfaction with maternity care during preterm birth. *Birth*. 2019;00:1-8. <https://doi.org/10.1111/birt.12453>

1. Sobre los instrumentos para medir la satisfacción maternal

El propósito de la revisión fue identificar y analizar sistemáticamente instrumentos validos y fiables que midieran la satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de un recién nacido/a, tanto a término como con prematuridad. Al incluir una metodología sistemática y ampliar los criterios de búsqueda, se logró una visión general amplia y holística. Se identificaron e incluyeron 17 instrumentos, evidenciándose algunos aspectos relevantes a discutir como:

Tamaño muestral: aunque todos los cuestionarios fueron validados en las poblaciones relevantes, la mayoría de los estudios declararon entre sus principales limitaciones una muestra pequeña y/o insuficientemente representativa y, por ello, recomendaban validar el cuestionario en muestras más grandes y diversas, incluyendo diferentes grupos raciales y étnicos.

Concepto de satisfacción: aún se desconoce el número óptimo de dimensiones requeridas para obtener una perspectiva completa y precisa de la satisfacción maternal, un concepto que puede incluir una gran cantidad de elementos. Muchos instrumentos incluyen diferentes dimensiones según el concepto teórico de satisfacción de los autores ("satisfacción con el parto", "satisfacción con el cuidado", "experiencias de autocontrol o de apoyo", "experiencias con los cuidadores", etc.). La gran variedad de instrumentos y componentes utilizados para evaluar la construcción de la "satisfacción" hace que sea difícil encontrar una estructura de factores teóricos comunes para determinar la satisfacción maternal (Bertucci et al., 2012; Nilvér et al., 2017).

Participantes: es interesante observar que la mayoría de los cuestionarios analizados se limitan a mujeres sanas con embarazos de bajo riesgo obstétrico, lo que significa que no evalúan la satisfacción de madres con

bebés no saludables o prematuros. Sus experiencias pueden ser diferentes a dar a luz a un bebé sano y a término, ya que la mayoría de las percepciones negativas están relacionadas con un curso problemático del embarazo, un proceso inesperado de parto y la incertidumbre sobre la condición médica de los bebés.

La figura del padre o pareja: aunque existen cuestionarios para medir la satisfacción del padre o la pareja por separado (Hollins Martin, 2008; Salonen et al., 2008), no existen instrumentos sólidos en la literatura para evaluar la satisfacción de la madre y la pareja de manera conjunta. Solo un instrumento, la original P-BESS incluye a las parejas como sujeto de estudio. Sin embargo, la estructura factorial en tres dimensiones identificada para las madres no se puede aplicar en los padres. Por ello, solo se puede usar la puntuación total con la satisfacción general, lo que significa que los factores de atención individual no pueden ser analizados.

Tiempo de medición: los estudios en esta revisión varían en términos de cuándo se midió la satisfacción. No se ha encontrado evidencia suficiente para sacar conclusiones sobre el impacto del tiempo en la satisfacción, aunque algunos estudios sugieren que el tiempo necesario para realizar el cuestionario puede afectar los resultados. Una evaluación de la satisfacción puede ser más adecuada cuando ha transcurrido cierto tiempo desde el parto, lo que permite reflexionar sobre la experiencia. Por otro lado, recopilar las experiencias de las madres mientras están en el hospital podría ser problemático, ya que pueden sentirse físicamente y psicológicamente vulnerables. Además, podrían tener problemas para lidiar con los aspectos negativos, especialmente si el bebé está sano, y pueden ser susceptibles al "efecto halo", cuando su alivio inicial y la euforia las hace menos propensas a criticar sus experiencias.

Propiedades psicométricas: al explorar la fiabilidad de los cuestionarios, la capacidad de algunas dimensiones o subescalas podría verse debilitada por

el hecho de que comprenden pocos ítems y que estos ítems tienen una consistencia interna débil, con un bajo alfa de Cronbach. Añadir elementos relevantes y volver a redactar elementos existentes podría ayudar a aumentar la sensibilidad de las subescalas. Otra limitación observada se relaciona con la validez convergente y discriminante de los instrumentos. El vacío en la literatura revela una dificultad para identificar las medidas más apropiadas para determinar su validez (Hollins Martin y Martin, 2014). Por ejemplo, algunos instrumentos examinan la validez convergente evaluando correlaciones entre las puntuaciones de los cuestionarios con otros conceptos como la comunicación o la satisfacción general, en lugar de usar otros instrumentos que miden una construcción similar.

Nuestros resultados concuerdan con una reciente revisión sistemática cuya finalidad es presentar instrumentos válidos para medir la experiencia con el nacimiento (Nilvér et al., 2017). En este caso, 36 instrumentos fueron incluidos. Esta diferencia entre el número de instrumentos identificados es debido a que los autores optaron por una definición más amplia, usando términos sustitutivos y conceptos relacionados con la satisfacción como "control", "percepción", "apoyo", "miedo", "trauma", "recuerdos", etc. Todos los instrumentos identificados en nuestra revisión (salvo los instrumentos redactados en español) han sido incluidos también por Nilver et al., que los definen como herramientas adecuadas en base a sus cualidades psicométricas. No obstante, Nilver et al. no incluyen estudios en español, por lo que como ellos mencionan, y nosotros ratificamos, se han perdido instrumentos relevantes.

Al elegir entre diferentes instrumentos, el personal investigador necesita considerar todas las propiedades de medición que son más importantes para una aplicación específica, entorno y población. Si elige un instrumento de medición inadecuado o de baja calidad, esto puede conducir a un sesgo en la conclusión, lo que resulta en un desperdicio de recursos y procedimientos poco éticos para las mujeres que participan.

Algunos autores (Pedrosa et al., 2013) consideran que la validez de contenido es la propiedad psicométrica más importante de un cuestionario, y que solo si la validez de contenido es adecuada puede considerarse el cuestionario y sus mediciones como útiles. Todos los instrumentos en nuestra revisión obtuvieron una calificación positiva en la validez de contenido, aunque sería aconsejable una investigación más exhaustiva para ver qué instrumentos tienen la validez de contenido más robusta, con la finalidad de elegir el instrumento más apropiado. La mayoría de los instrumentos que hemos identificado necesitarían de pruebas psicométricas adicionales para determinar cuál es el mejor. Esto es consistente con el hallazgo de Sawyer et al., 2013b, quien evaluó nueve cuestionarios sobre la satisfacción de las mujeres durante el parto, concluyendo que ninguno de los cuestionarios tuvo una prueba óptima de validez y fiabilidad. Y aunque todos los instrumentos en nuestra revisión reportaron distintas pruebas psicométricas, una mayor evaluación de validez y fiabilidad es siempre bienvenida y podría mejorar los instrumentos.

Sugerimos que esta revisión se pueda usar como una herramienta para la identificación de aquellos instrumentos disponibles. La variedad en los resultados hallados al igual que la necesidad de mayores pruebas psicométricas, dificulta la formulación de recomendaciones específicas. Por ello, es el personal investigador el que tendrá que evaluar su herramienta elegida en función de sus necesidades.

2. Sobre la adaptación y validación del cuestionario

La versión española de la escala P-BESS parece adecuada para medir la satisfacción de las mujeres con los cuidados de salud recibidos durante el parto prematuro. Formada por 19 ítems, se distribuye en 3 factores: "Profesionalismo y empatía del personal con ocho ítems; "Información y

explicaciones con siete ítems" y "Confianza en el personal" con cuatro ítems).

El proceso de traducción-retrotraducción no mostró dificultades significativas para encontrar equivalencias, lo que confirma la simplicidad en la formulación de los ítems originales.

En nuestro estudio, la versión española de la escala P-BESS presenta una estructura factorial y distribución de los ítems bastante similar a la escala original en inglés. El equipo de investigación acordó agregar los dos ítems de satisfacción global en el análisis factorial, reportándose buenos resultados psicométricos. Esto confirmó la permanencia de los mismos tres factores en la escala, con la adición de un ítem en el factor 1 y 2 respectivamente. Además, parece ser más adecuado utilizar el factor "Confianza en el personal" con una estructura de 4 ítems en lugar de 3. En ambos casos, las propiedades psicométricas con estas variaciones fueron correctas. Esta pequeña discordancia podría deberse a las diferencias que existen entre los sistemas de salud de cada país. Más específicamente, el elemento movido "A veces nadie me explicó lo que estaba sucediendo" hace referencia a que entablar una relación de confianza y calidad con los profesionales de la salud es importante, con un personal honesto, predispuesto y amable al mismo tiempo que profesional, cualificado y experto (Sorenson y Tschetter, 2010).

El análisis factorial respalda la idea de que la versión española de la escala P-BESS es una herramienta multidimensional. En esta investigación, el factor "Información y explicaciones" explica la mayor proporción de varianza. Esto no es sorprendente, ya que la información proporcionada por el personal ha sido ampliamente reconocida como un factor importante para determinar la satisfacción maternal, especialmente en partos prematuros, donde las mujeres quieren saber qué sucederá durante el parto (particularmente si tienen una cesárea), qué tipo de anestesia se

administrará y qué le sucederá a su bebé cuando nazca (Sawyer et al., 2013a).

Este estudio incluye el mayor número de análisis psicométricos recomendados por la literatura especializada para la validación del cuestionario, además de incluir la estabilidad en el tiempo y la aplicación del CFA, no incluidos en la mayoría de los estudios de validación ni en la escala original. El CFA concluyó que el modelo resultante tenía el mejor ajuste posible de acuerdo con los resultados de las pruebas psicométricas CFI, NFI y RMSEA, excepto el valor χ^2 . Sin embargo, insignificantes variaciones en los datos pueden promover con probabilidad un valor χ^2 significativo, por lo que la evaluación del modelo está casi universalmente determinada por los estadísticos CFI y RMSEA (Byrne, 2010; Hooper et al., 2008). Aunque la escala original se centra en los nacimientos muy prematuros, antes de las 32 semanas de gestación, la mayoría de los nacimientos prematuros ocurren en el período prematuro tardío, entre las 34⁺⁰- 36⁺⁶ semanas de gestación (Frey y Klebanoff, 2016). Por ello, el presente estudio consideró aumentar el rango y abarcar todos los nacimientos prematuros, desde los prematuros extremos (menos de 28 semanas), muy prematuros (28 a 32 semanas) y prematuros medios - tardíos (32 a 37 semanas). A pesar de que los y las especialistas en medicina reconocen cada vez más las consecuencias tanto maternas como neonatales de un parto muy prematuro, todavía se presta poca atención a las madres de lactantes moderadamente prematuros. El impacto emocional también puede ser sustancial. Es decir, las madres de bebés moderadamente prematuros, sin afecciones graves que amenazan la vida y con altas posibilidades de sobrevivir, también experimentan preocupaciones importantes y tienen percepciones negativas sobre el período perinatal (Tooten et al., 2013).

3. Sobre la satisfacción maternal

Este es el primer estudio donde se presentan los resultados de la versión española de la escala P-BESS. En línea con otros estudios sobre satisfacción maternal, las madres reportaron una alta satisfacción con la atención sanitaria recibida, al igual que en los datos obtenidos con la utilización de la escala original. En general, las mujeres en Australia, Canadá y el Reino Unido reportan altos niveles de satisfacción con la atención maternal recibida, con puntuaciones de satisfacción por encima del 80% (Ford et al., 2015). Sin embargo, es difícil comparar los índices de satisfacción tanto nacional como internacionalmente, debido al uso de diferentes escalas de medición y dimensiones.

De las reclamaciones sobre la atención sanitaria, la comunicación es la segunda causa más común después de las quejas sobre los tratamientos médicos. Por ello, tiene sentido que las subescalas "Información y explicaciones" y "Confianza en el personal" obtuvieran una menor puntuación en comparación con "Profesionalismo y empatía". Además, los resultados de este estudio concuerdan con un estudio anterior que exploró las experiencias de los progenitores y la satisfacción con la atención recibida durante el nacimiento de su bebé prematuro, que concluye que los progenitores estaban muy satisfechos con la atención brindada durante el parto, pero que aspectos como escuchar a las mujeres y proporcionar información podrían haber mejorado (Sawyer et al., 2013a). Esto significa que los profesionales de la salud necesitan mejorar en este campo. Estar bien informada es muy importante para las mujeres, que quieren que se les diga qué sucederá durante el parto, tanto a ella como a su bebé prematuro. De la misma manera, como en otros estudios, cuanto mayor sea la sensación de control, seguridad y atención prestada, mayores serán los niveles de satisfacción (Donate-Manzanares et al., 2017).

Las variables que mostraron una relación estadísticamente significativa en la versión española difieren de la escala original en inglés, en la que la mayoría de las características sociodemográficas y clínicas no se asociaron de forma significativa (solo la situación laboral, el tipo de parto y la existencia de complicaciones en el embarazo tuvieron significación estadística) (Sawyer et al., 2014). Quizás, las diferencias culturales entre ambos países pueden explicar en parte esta diferencia entre los resultados.

El hallazgo sobre que un alto nivel de estudios se correlaciona negativamente con la satisfacción es consistente con la literatura existente, relacionándose con un mayor nivel de exigencia en los cuidados (Donate-Manzanares et al., 2017; Smith, 2001). Con relación al número de partos, los resultados reflejan que las mujeres primíparas fueron más propensas a estar satisfechas con la atención maternal, en contraste con investigaciones anteriores, en donde un mayor número de partos fue indicador de una mayor satisfacción (Gungor y Beji, 2012; Marin-Morales et al., 2013; Smith, 2001). Esta variación puede deberse a la diferencia en dar a luz a un bebé prematuro o poco saludable, dado que los partos normales anteriores podrían no ofrecer mucha preparación para un parto prematuro. No obstante, en este estudio, las mujeres que reportaron un parto prematuro previo y/o una muerte fetal o u neonatal estuvieron más satisfechas con el cuidado recibido, apoyando la idea de que un parto prematuro anterior si ofrece cierta preparación para un parto prematuro posterior. Por lo tanto, estas experiencias previas pueden ser un factor importante en la satisfacción de las mujeres con la atención maternal. Desafortunadamente, no hay ninguna mención de estas experiencias como variables significativas en estudios similares, exceptuando la escala original inglesa. Por otro lado, los estudios sobre la satisfacción después de un aborto espontaneo son limitados. Sin embargo, la evidencia sugiere que las mujeres con un aborto espontaneo experimentan más depresión y ansiedad inmediatamente después del incidente y hasta catorce meses

más tarde. En este estudio, el número de abortos espontáneos se mostró como un predictor de la satisfacción, con puntuaciones más bajas para estas mujeres. Tal vez la falta de terapia, asesoramiento y consejo a las mujeres que lo necesiten podría contribuir a este efecto negativo con relación a su futuro embarazo (Kerns et al., 2018).

Por el contrario, otras variables analizadas no fueron significativas en la versión española de la escala P-BESS, como el tipo de parto, la edad de la madre y el acompañamiento. Según la bibliografía, la satisfacción se ha asociado más fuertemente con un parto vaginal no instrumentado (Bertucci et al., 2012; Dencker et al., 2010; Donate-Manzanares et al., 2017; Marin-Morales et al., 2013; Smith, 2001; Walker et al., 2015). Sin embargo, en la escala original inglesa, las mujeres que tuvieron una cesárea de emergencia estuvieron más satisfechas que las mujeres que tuvieron un parto vaginal. Estudios recientes sugieren que los partos quirúrgicos no siempre son perjudiciales para la satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto, donde la comunicación con un médico experimentado y la sensación de que el parto es seguro para ellas y sus bebés son dos de los elementos que las mujeres valoran más (Siassakos et al., 2009). En lo que se refiere a la edad, la literatura respalda los hallazgos encontrados en esta investigación, concluyendo que la edad de la madre no se relaciona con los niveles de satisfacción (Barbosa-Leiker et al., 2015; Hollins-Martin y Martin, 2014; Smith, 2001). Por lo tanto, posponer el parto por encima de los 32 años de edad solo afecta marginalmente a la satisfacción maternal. Además, las mujeres mayores parecen enfrentarse mejor a un parto instrumentado o quirúrgico que las mujeres más jóvenes (Aasheim et al., 2013). En este estudio, el 53.3% de las mujeres no estuvieron acompañadas por su pareja o familiar debido a la política del hospital de no permitir acompañantes durante las cesáreas. Los beneficios positivos de la compañía durante el parto incluyen un trabajo de parto más corto, menor necesidad de alivio del dolor y una mayor satisfacción al nacer (Srivastava et al., 2015). Aun así, las puntuaciones de satisfacción en

la versión española de la escala P-BESS fueron buenas, especialmente en la subescala "Profesionalismo y empatía del personal". Esto significa que las mujeres se sintieron emocionalmente apoyadas por el personal sanitario, recalcando la importancia de que las madres sean tratadas de manera agradable por un personal cálido y amable que las aliente y las tranquilice (Lewis et al., 2016; Sawyer et al., 2013; Srivastava et al., 2015).

4. Fortalezas y limitaciones del estudio

Las revisiones sistemáticas son un diseño de investigación eficiente. Permiten incrementar la consistencia y generalización de los resultados y hacer además una evaluación estricta de la información publicada. En los últimos años se ha producido un gran aumento de revisiones sistemáticas en todos los ámbitos de la práctica clínica. Sin embargo, la evidencia disponible ha demostrado que no todas las revisiones son verdaderamente sistemáticas, la calidad metodológica es variable, presentan evidentes sesgos, etc. En este sentido, nuestro diseño ha sido riguroso, incluyendo los aspectos clave para considerar una revisión sistemática de calidad:

- La revisión aborda una pregunta clínica lógica y focalizada.
- Los criterios de inclusión y exclusión de los estudios fueron claros y apropiados.
- Es poco probable que se pasaran estudios relevantes por alto.
- Se evaluó la validez de los estudios incluidos.
- Las evaluaciones de los estudios fueron reproducibles.

No obstante, el proceso de una revisión sistemática es largo y complicado, no exento de posibles sesgos. Uno de los principales sesgos que afectan a este tipo de revisiones es el conocido como "sesgo de publicación", derivado del hecho de que muchos trabajos científicos, en su mayoría con resultados "negativos" nunca llegan a publicarse, tardan más en hacerlo o son menos citados en otras publicaciones. Todo ello condiciona los resultados de una búsqueda. Junto con el sesgo de

publicación, el "sesgo de selección" es una de las principales críticas de este tipo de estudios, siendo importante definir con claridad los criterios de inclusión y exclusión de los estudios en la revisión, y que estos sean lo más objetivos posible. Otros hechos que contribuyen a este tipo de sesgos son la publicación duplicada de estudios o el ignorar los trabajos publicados en un idioma distinto al inglés y al español.

En relación con la validación de instrumentos, para utilizar con garantía un cuestionario o escala es necesario comprobar que mide apropiadamente y de modo constante en las mismas circunstancias, que es sensible a los cambios de la situación clínica, que en la práctica no presenta dificultades de aplicación, etc. Toda esta comprobación de sus características es lo que se ha llevado a cabo durante la validación. Este proceso ha seguido todos los criterios necesarios para asegurar la calidad de nuestro instrumento: traducción, adaptación, validación de las propiedades psicométricas y redacción de las normas del instrumento en el nuevo idioma. No obstante, a nivel metodológico, ha faltado complementar el paradigma cuantitativo con el cualitativo, lo cual hubiera permitido tener una visión más profunda de las participantes.

A nivel metodológico, una de las limitaciones ha sido el momento en que se entregó el cuestionario a las participantes. No se ha encontrado evidencia suficiente para sacar conclusiones sobre el impacto del tiempo en la satisfacción (Alfaro Blazquez et al., 2017), aunque algunos estudios sugieren que el tiempo necesario para realizar el cuestionario puede afectar los resultados. En la escala P-BESS original, los participantes completaron el cuestionario aproximadamente nueve meses después del nacimiento. Sin embargo, en nuestro estudio, se optó por la recogida entre las 24-72 horas, para evitar un descenso en la tasa de respuestas. No obstante, el test-retest a los 10-15 días confirmó la estabilidad en el tiempo del instrumento. Por otro lado, aunque la escala original incluye a las parejas como sujetos de estudio, dada su limitada validez a este respecto y

la dificultad en la recolección de esta muestra, se ha decidido no validar el cuestionario con las parejas en este primer enfoque, así como no incluir la dimensión opcional relacionada con la participación de la pareja.

Otra situación que ha resultado una limitación a nivel metodológico es la inexistencia de un "gold standard" para medir la satisfacción con el nacimiento, especialmente en partos prematuros, lo cual podría usarse para comparaciones. Además, el tamaño de la muestra fue relativamente pequeño para un análisis de regresión múltiple, lo que limita el número de variables que se pueden incluir.

Finalmente, la constitución de la muestra ha sido otra posible limitación. Por ejemplo, la muestra consistió principalmente en mujeres blancas, con estudios superiores y casadas o en pareja. Igualmente, el hecho de que esta investigación se implementó en un solo hospital universitario con una alta tasa de cesáreas también podría considerarse una limitación del estudio. Sin embargo, es importante destacar que el Hospital Universitario y Politécnico de "La Fe" en Valencia es el hospital de referencia de toda la Comunidad Valencia y de los mejores de España, recibiendo pacientes de todo el país. También hay muchos factores, médicamente justificados, que explican las altas tasas de cesárea. Por ejemplo, un gran aumento en nacimientos múltiples, presentación fetal inadecuada o complicaciones del embarazo. Además, las tasas de cesárea en la población donde se desarrolló la escala P-BESS original fue de un 52%, similar a los resultados del presente estudio (51.1%). A pesar de estas limitaciones, el cuestionario ha sido validado en la población relevante y la muestra ha demostrado ser suficiente para todos los análisis realizados.

5. Futuras líneas de investigación

Como líneas de investigación inmediatas para dar continuidad a la presente investigación, y al mismo tiempo fortalecer los resultados, se destacan las siguientes:

- Continuar la validación del instrumento con distintas poblaciones y sujetos y buscar su réplica en más hospitales y con distinto grado de intervencionismo.
- Validar el instrumento en distintas culturas de otros países de habla hispana, observando el sesgo propio de la transculturalidad de las muestras, que solo tienen en común la lengua.
- Complementar el estudio mediante un paradigma cualitativo, con entrevistas en profundidad, para una mejor aproximación a la realidad.
- Incluir como sujetos de estudio a los padres o parejas acompañantes y validar el cuestionario en esta población.

Los resultados obtenidos en esta investigación, así como la discusión de los mismos, han permitido contrastar las hipótesis de partida y responder a los objetivos inicialmente formulados.

Existe un moderado número de instrumentos sólidos y fiables, sobre todo en lengua inglesa y para población sana, capaces de medir la satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante el trabajo de parto y el nacimiento de un bebé dentro del entorno hospitalario. Sin embargo, en lengua castellana y para poblaciones más vulnerables, como las madres de bebés prematuros, no disponíamos de ningún instrumento hasta el inicio de este proyecto.

Con el presente estudio, se ha logrado desarrollar la versión española de la escala P-BESS, una herramienta actualizada, correctamente traducida y adaptada transculturalmente que cumple los criterios de validez y fiabilidad necesarios para medir la satisfacción maternal con los cuidados de salud recibidos durante el parto prematuro.

El uso de la española P-BESS en la práctica clínica ha permitido valorar el nivel de satisfacción maternal durante el nacimiento de un neonato con prematuridad, evidenciándose que la mayoría de las madres estuvieron muy satisfechas con los cuidados recibidos, fruto de unos cuidados de calidad basados en las recomendaciones más actuales. Las mujeres con estudios universitarios y con un aborto espontáneo anterior generalmente reportaron una menor satisfacción, mientras que las mujeres embarazadas por primera vez y aquellas con un nacimiento prematuro previo o muerte neonatal estuvieron más satisfechas.

El desarrollo de este instrumento ha permitido mejorar el conocimiento dentro de la disciplina enfermera. Su uso impulsará unos cuidados de salud de mayor calidad, analizando las fortalezas y debilidades de la atención sanitaria brindada a estas madres más vulnerables, y permitiendo a su vez el desarrollo de respuestas tempranas y mejoras.

Anexo 1



JBI Critical Appraisal Checklist for Analytical Cross Sectional Studies

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Were confounding factors identified?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Was appropriate statistical analysis used?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Overall appraisal: Include Exclude Seek further info

Comments (Including reason for exclusion)

Anexo 2

EXPERIENCES AND SATISFACTION WITH CARE DURING PRETERM VERY BIRTH QUESTIONNAIRE

This questionnaire asks you about your experiences around the time your premature baby was born. Please read each statement carefully and tick the box to indicate the extent to which you agree or disagree with each item. If you had a caesarean section under general anaesthetic then we understand that some of these questions may be difficult to answer but please complete as best you can.

SCORING INFORMATION

During the birth:		Strongly Agree	Agree	Neutral	Disagree	Strongly Disagree
1	The staff explained everything really well					
2	There was a pleasant atmosphere in the room					
3	The staff made me feel cared for as an individual					
4	The staff took control of the situation					
5	I was given all the information I needed					
6	The staff put me at ease					
7	The staff were encouraging					
8	I understood what was happening					
9	The staff were reassuring					
10	I did not have confidence in the staff					
11	The staff explained to me what would happen during the birth					
12	The staff did not listen to what I had to say					
13	The staff kept me informed of what was happening					
14	The staff did not understand how I was feeling					
15	The staff explained to me what would happen to my baby when he/she was born					
16	There were occasions when no one explained to me what was going on					
17	The staff were warm and friendly					

© Sawyer et al. (2014). Measuring parents' experiences and satisfaction with care during very preterm birth: a questionnaire development study. *BJOG*, 121(10), 1294-301.

Questions are scored on a 5-point Likert scale (1 = strongly disagree, 2 = disagree, 3 = neutral, 4 = agree, 5 = strongly agree). A higher score indicates higher satisfaction with the care during the birth

TOTAL SCORE: Take the sum of scores on items 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10^R, 11, 12^R, 13, 14^R, 15, 16^R, 17

Possible Range: 17 - 85

SUBSCALE 1 - INTERPERSONAL CARE: Take the sum of items 2, 3, 4, 6, 7, 9, 17

Possible Range: 7 - 35

SUBSCALE 2 - INFORMATION AND EXPLANATIONS: Take the sum of items 1, 5, 8, 11, 13, 15, 16^R

Possible Range: 7 - 35

SUBSCALE 3 - LACK OF CONFIDENCE IN STAFF: Take the sum of items 10^R, 12^R, 14^R.

Possible Range: 3 - 15

Note. ^R = these items need to be reverse scored.

PARTNER INVOLVEMENT

2 additional questions to measure staff involvement of the mother's partner can also be included. These items are scored on the same 5-point Likert scale described above.

1. The staff encouraged my partner's/my involvement
2. The staff involved my partner/me in what was going on

EXAMINING CONSTRUCT VALIDITY

To examine the construct validity of the measure it is recommended that the one or both of the following items are also included:

1. I was very satisfied with the care during the birth
2. The care during the birth could have been improved

INCLUSION OF OPEN-ENDED QUESTIONS

Researchers may wish to use open-ended questions in alongside the questionnaire. We recommend the following three items:

1. Please describe anything about the care during the birth of your baby that you were particularly satisfied with

Anexo 3

CUESTIONARIO SOBRE LAS EXPERIENCIAS Y SATISFACCION DURANTE EL PARTO PREMATURO

Este cuestionario trata sobre sus experiencias y satisfacción con el cuidado durante el nacimiento de su bebé prematuro. Por favor, lea cada declaración con cuidado e indique en la medida de lo posible si está de acuerdo o en desacuerdo con cada punto. Entendemos que si se le sometió a una cesárea bajo anestesia general, algunas de estas preguntas puedan resultarle difíciles de contestar pero por favor intente completarlas lo mejor que pueda.

Las preguntas puntúan según una escala de Likert de 5 opciones (1= muy en desacuerdo, 2 = en desacuerdo, 3 = neutral, 4 = de acuerdo, 5 = muy de acuerdo). Una puntuación más elevada indica un mayor grado de satisfacción con el cuidado durante el parto.

	Durante el parto:	Muy de acuerdo	De acuerdo	Neutral	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1	El personal me hizo sentir cómoda.					
2	El personal me hizo sentir atendida de manera individualizada.					
3	El ambiente en la sala era agradable.					
4	El personal me hizo sentir tranquila.					
5	El personal controlaba la situación.					
6	El personal era alentador.					
7	El personal era cercano y agradable.					
8	Se me proporcionó toda la información que necesitaba.					
9	El personal me explicó todo lo que le pasaría a mi bebé cuando naciera.					
10	En ocasiones nadie me explicó lo que estaba pasando.					
11	El personal me explicó lo que pasaría durante el parto.					
12	El personal me mantuvo informada de lo que estaba pasando.					
13	Entendía qué estaba pasando.					
14	El personal explicó todo realmente bien					
15	No confiaba en el personal.					
16	El personal no entendía cómo me estaba sintiendo.					
17	El personal no escuchaba lo que tenía que decir.					
18	Quedé muy satisfecha con el cuidado recibido durante el parto.					
19	El cuidado recibido durante el parto podría mejorarse.					

PUNTUACIÓN TOTAL: Sumar las puntuaciones de los ítems: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10ⁿ, 11, 12, 13, 14, 15ⁿ, 16ⁿ, 17ⁿ, 18, 19ⁿ

Rango posible: 19 - 95

SUBESCALA 1 – CUIDADO INTERPERSONAL: Sumar los ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 18

Posible rango: 8 - 40

SUBESCALA 2 – INFORMACIÓN Y EXPLICACIONES: Sumar los ítems 8, 9, 11, 12, 13, 14, 19ⁿ

Posible rango: 7 - 35

SUBESCALA 3 – CONFIANZA EN EL PERSONAL: Sumar los ítems 10ⁿ, 15ⁿ, 16ⁿ, 17ⁿ.

Rango posible: 4 - 20

Nota. ⁿ = Hay que puntuar estos ítems al revés.

Anexo 4



FPNT-CEIB-07 (A)

DICTAMEN DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Don Serafín Rodríguez Capellán, Secretario del Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico La Fe,

CERTIFICA

Que este Comité ha evaluado en su sesión de fecha **11 de octubre de 2016**, el Proyecto de Tesis:

Título: **"SATISFACCIÓN DE LA MUJER Y SU PAREJA CON LA EXPERIENCIA DEL PARTO PREMATURO: ADAPTACIÓN Y VALIDACIÓN DE LA PRETERM BIRTH EXPERIENCE AND SATISFACTION SCALE."**

Nº de registro **2016/0574**

Versión/fecha de la memoria del proyecto: **PROYECTO DE TESIS**

Versión/fecha de la Hoja de Información al Paciente y Consentimiento Informado: **1/ 29 de septiembre de 2016**

Que dicho proyecto se ajusta a las normativas éticas sobre investigación biomédica con sujetos humanos y es viable en cuanto al planteamiento científico, objetivos, material y métodos, etc, descritos en la solicitud, así como la Hoja de Información al Paciente y el Consentimiento Informado.

En consecuencia, este Comité acuerda emitir **INFORME FAVORABLE** de dicho Proyecto de Tesis que será realizado en el Hospital Universitario y Politécnico La Fe, siendo el Director de la Tesis el/la **Dr. / Dra. SILVIA CORCHÓN ARRECHE** de la **UNIVERSIDAD DE VALENCIA**, el Tutor del Hospital el/la Dr./ Dra. **ESPERANZA FERRER FERRÁNDIZ** directora de la **ESCUELA DE ENFERMERÍA**, y el **DOCTORANDO D./ Dña. RUBÉN ALFARO BLAZQUEZ**.

Miembros del CEIB:

Presidente:

Dr. JOAN SALOM SANVALERO (Unidad de Circulación Cerebral Experimental)

Vicepresidente:

Dr. JOSE VICENTE CERVERA ZAMORA (Hematología)

Secretario:

D. SERAFIN RODRIGUEZ CAPELLAN (Licenciado en derecho-Ajeno profesión sanitaria)

Miembros:

Dr. SALVADOR ALIÑO PELLICER (Catedrático Farmacólogo Clínico)

Dr. LUIS ALMENAR BONET (Cardiología)

Dra. ESTHER ZORIO GRIMA (Cardiología)

Dra. BELEN BELTRAN NICLOS (Medicina Digestiva)

Dra. INMACULADA CALVO PENADES (Reumatología Pediátrica)

Dr. JOSE VICENTE CASTELL RIPOLL (Hepatología Experimental)

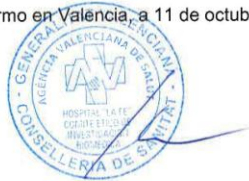
LaFe

Departament
de Salut

FPNT-CEIB-07 (A)

Dra. MARIA JOSE GOMEZ-LECHON MOLINER (Investigadora del Grupo Acreditado en Hepatología Experimental)
 Dr. JOSE LOPEZ ALDEGUER (Enfermedades Infecciosas)
 Dr. JAVIER PEMAN GARCIA (Investigador del Grupo Acreditado multidisciplinar para el estudio de la Infección Grave)
 Dr. ALFREDO PERALES MARIN (Jefe de Servicio - Obstetricia)
 Dra. PILAR SAENZ GONZALEZ (Neonatología)
 Dr. MELCHOR HOYOS GARCIA ()
 Dra. BEGOÑA POLO MIQUEL (Gastroenterología Pediátrica)
 Dr. ISIDRO VITORIA MIÑANA (Pediatria)
 Dra. EUGENIA PAREJA IBARS (Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático)
 Dr. JAIME SANZ CABALLER (Investigador del Grupo Acreditado en Hematología y Hemoterapia)
 Dra. PILAR SEPULVEDA SANCHIS (Cardiocrinología)
 Dra. MARIA LUISA MARTINEZ TRIGUERO (Análisis Clínicos)
 Dra. MARIA TORDERA BAVIERA (Farmacéutica del Hospital)
 Dr. ENRIQUE VIOSCA HERRERO (Jefe de Servicio - Medicina Física y Rehabilitación)
 Dr. EDUARDO GARCIA-GRANERO XIMENEZ (Cirugía General y Digestivo)
 Dr. RAFAEL BOTELLA ESTRADA (Dermatología)
 Dr. OSCAR DIAZ CAMBRONERO (Anestesia y Reanimación)

Lo que firmo en Valencia, a 11 de octubre de 2016



Fdo.: Don Serafín Rodríguez Capellán
 Secretario del Comité Ético de Investigación Biomédica

Anexo 5



HOJA DE INFORMACIÓN AL PACIENTE

Título del proyecto de investigación: Satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el parto prematuro: adaptación y validación al castellano de la Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale.

Centro: Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia.

Investigador Principal: Rubén Alfaro Blázquez. Matrón. Área de la mujer, torre F3. Teléfono: 647156210

1. INTRODUCCIÓN:

Nos dirigimos a usted para informarle sobre un estudio en el que se le invita a participar. El estudio ha sido aprobado por el Comité Ético de Investigación Biomédica del Hospital Universitario y Politécnico la Fe.

Nuestra intención es tan sólo que usted reciba la información correcta y suficiente para que pueda evaluar y juzgar si quiere o no participar en este estudio. Para ello lea esta hoja informativa con atención y nosotros le aclararemos las dudas que le puedan surgir después de la explicación. Además, puede consultar con las personas que considere oportunas.

2. PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:

Debe saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar y retirar el consentimiento en cualquier momento, sin que por ello se altere la relación con su médico ni se produzca perjuicio alguno en su tratamiento.

3. DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO:

El objetivo que pretendemos es evaluar el grado de satisfacción de las parejas que acuden al Hospital Universitario y Politécnico La Fe con relación al cuidado recibido durante el trabajo de parto y el nacimiento de un recién nacido prematuro.

El diseño del estudio es observacional. Su participación en el mismo se concreta en la valoración de su satisfacción mediante un breve cuestionario que se le proporcionará durante su ingreso hospitalario, entre las 24-72 horas tras el nacimiento de su recién nacido prematuro. También será necesario la recogida de una serie de variables sociodemográficas como la edad, nivel de estudios, etc.

4. BENEFICIOS Y RIESGOS DERIVADOS DE SU PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO:

El paciente que participe en el estudio no obtendrá ningún beneficio personal, si bien es cierto que su colaboración nos permitirá identificar, en función del grado de satisfacción evaluado, áreas susceptibles de mejora y plantear posibles estrategias para abordar su solución.



5. N° DE CONTACTO PARA PROBLEMAS DEL ESTUDIO:

En caso de que desee formular preguntas acerca del estudio, contactar con el investigador principal del estudio D. Rubén Alfaro Blázquez en el número de teléfono 647156210

6. CONFIDENCIALIDAD:

El tratamiento, la comunicación y la cesión de los datos de carácter personal de todos los sujetos participantes, se ajustará a lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de protección de datos de carácter personal. De acuerdo a lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al responsable del estudio. Los datos recogidos para el estudio estarán identificados mediante un código y sólo el responsable del estudio o colaboradores podrán relacionar dichos datos con usted y con su historia clínica. Por lo tanto, su identidad no será revelada a persona alguna salvo excepciones, en caso de urgencia médica o requerimiento legal.

Sólo se tramitarán a terceros y a otros países los datos recogidos para el estudio, que en ningún caso contendrán información que le pueda identificar directamente, como nombre y apellidos, iniciales, dirección, nº de la seguridad social, etc... En el caso de que se produzca esta cesión, será para los mismos fines del estudio descrito y garantizando la confidencialidad como mínimo con el nivel de protección de la legislación vigente en nuestro país.

El acceso a su información personal quedará restringido al investigador principal del estudio, colaboradores y al Comité Ético de Investigación Biomédica y personal autorizado por el promotor, cuando lo precisen para comprobar los datos y procedimientos del estudio, pero siempre manteniendo la confidencialidad de los mismos de acuerdo a la legislación vigente. El acceso a su historia clínica ha de ser sólo en lo relativo al estudio.

Anexo 6

**MODELO DE CONSENTIMIENTO POR ESCRITO**

Título del estudio: Satisfacción de la mujer con los cuidados de salud recibidos durante el parto prematuro: adaptación y validación al castellano de la Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale

Yo, *(nombre y apellidos).*

He leído la hoja de información que se me ha entregado.
He podido hacer preguntas sobre el estudio.
He recibido suficiente información sobre el estudio.

He hablado con: *(nombre del Investigador).*

Comprendo que mi participación es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- 1º Cuando quiera
- 2º Sin tener que dar explicaciones.
- 3º Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio.

Firma del Participante

Firma del Investigador

Nombre:

Nombre:

Fecha:

Fecha:

Anexo 7: artículos publicados

Título: Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review.

D.O.I: <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2017.09.014>

Autor: Rubén Alfaro Blázquez

Coautores: Silvia Corchón, Esperanza Ferrer Ferrándiz.

Revista: Midwifery

Editor: Elsevier

Año publicación: 2017

Factor de impacto: 1.8

Área temática/descripción categoría: Enfermería

Cuartil: Q1

Ranking categoría: 21/118

Título: Translation, adaptation and psychometric validation of the preterm birth experience and satisfaction scale (P-BESS) into Spanish.

D.O.I: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.007>

Autor: Rubén Alfaro Blázquez

Coautores: Esperanza Ferrer Ferrándiz, Sonia Pardo Moya, Vicente Gea Caballero, Silvia Corchón

Revista: Midwifery

Editor: Elsevier

Año publicación: 2018

Factor de impacto: 2.048

Área temática/descripción categoría: Enfermería

Cuartil: Q1

Ranking categoría: 17/120

Título: Women's satisfaction with maternity care during preterm birth.

D.O.I: 10.1111/birt.12453

Autor: Rubén Alfaro Blázquez

Coautores: Esperanza Ferrer Ferrándiz, Vicente Gea Caballero, Silvia Corchón, Raúl Juárez-Vela

Revista: Birth Issues in Perinatal Care

Editor: Wiley

Año publicación: 2019

Factor de impacto: 2.129

Área temática/descripción categoría: Enfermería

Cuartil: Q1

Ranking categoría: 16/120

- Aasheim, V., Waldenstrom, U., Rasmussen, S., Schytt, E. (2013). Experience of childbirth in first-time mothers of advanced age - a Norwegian population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13, 13-53.
- Alfaro Blazquez, R., Corchon, S., Ferrer Ferrandiz, E. (2017). Validity of instruments for measuring the satisfaction of a woman and her partner with care received during labour and childbirth: Systematic review. *Midwifery* 55, 103-12.
- Alfaro Blazquez, R., Ferrer Ferrandiz, E., Pardo Moya, S., Gea Caballero, V., Corchon, S. (2018). Translation, adaptation and psychometric validation of The Preterm Birth Experience and Satisfaction Scale (P-BESS) into Spanish. *Midwifery* 66, 148-154.
- Alvarado, L., Guarín, L., Cañón-Montáñez, W. (2015). Adopción del rol maternal de la teorista Ramona Mercer al cuidado de enfermería binomio madre-hijo. *Cuidarte* 6, 1041-1053.
- Argimon, J.M., Jiménez, J. (2012). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica* 4th edn. Madrid: Elsevier.
- Ayers, S., Bond, R., Bertullies, S., Wijma, K. (2016). The etiology of post-traumatic stress following childbirth: a meta-analysis and theoretical framework. *Psychological Medicine* 46, 1121-34
- Auquier, P., Pernoud, N., Bruder, N., Simeoni, M., Auffray, J., Colavolpe, C. (2005). Development and validation of a perioperative satisfaction questionnaire. *Anesthesiology* 102, 1116-1123.
- Baker, S.R., Choy, P.Y.L., Henshaw, C.A., Tree J. (2005). "I felt as though I'd been in jai": women's experiences of maternity during labour, delivery and the immediate postpartum. *Feminism Psychology* 15, 315-342.

- Barbosa-Leiker, C., Fleming, S., Martin, C.J.H., Martin, C.R. (2015). Psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R) for US mothers. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 33, 504-511.
- Batbaatar, E., Dorjdagva, J., Luvsannyam, A., Amenta, P. (2015). Conceptualisation of patient satisfaction: a systematic narrative literature review. *Perspectives in Public Health* 135, 243-50.
- Beck, C.T. (2004). Post-traumatic stress disorder due to childbirth: the aftermath. *Journal of Nursing Research* 53, 216-24.
- Belanger-Levesque, M., Pasquier, M., Roy-Matton, N., Blouin, S., Pasquier, J. (2014). Maternal and paternal satisfaction in the delivery room: a cross-sectional comparative study. *BMJ Open* 4.
- Bell, A.F., Andersson, E. (2016). The birth experience and women's postnatal depression: a systematic review. *Midwifery* 39, 112–123.
- Bertucci, V., Boffo, M., Mannarini, S., Serena, A., Saccardi, C., Cosmi, E., Andrisani, A., Ambrosini, G. (2012). Assessing the perception of the childbirth experience in Italian women: a contribution to the adaptation of the Childbirth Perception Questionnaire. *Midwifery* 28, 265-274.
- Blencowe, H., Cousens, S., Oestergaard, M.Z., Chou, D., Moller, A.B., Narwal, R., Adler, A., Vera Garcia, C., Rohde, S., Say, L., Lawn, J.E. (2012). National, regional, and worldwide estimates of preterm birth rates in the year 2010 with time trends since 1990 for selected countries: a systematic analysis and implications. *Lancet* 379, 2162-2172.

- Bohren, M.A., Vogel, J.P., Hunter, E.C., Lutsiv, O., Makh, S.K., Souza, J.P. (2015). The Mistreatment of Women during Childbirth in Health Facilities Globally: A Mixed-Methods Systematic Review. *PLoS Med* 12, 1-32.
- Bowling, A. (2014). *Research Methods in Health: Investigating Health and Health Services* 4th edn. Maidenhead, UK: Open University Press.
- Bradley, R., Slade, P., Leviston, A. (2008). Low rates of PTSD in men attending childbirth: a preliminary study. *British Journal of Clinical Psychology* 47, 295–302.
- Britton, J.R. (2006). Global satisfaction with perinatal hospital care: stability and relationship to anxiety, depression, and stressful medical events. *American Journal of Medical Quality* 21, 200-205.
- Britton, J.R. (2012). The assessment of satisfaction with care in the early perinatal period. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 33, 37–44.
- Bohren, M.A., Mehrtash, H., Fawole, B., Maung, T., Dioulde, M., Maya, E., et al. (2019). How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. *The Lancet* 8, 1-14.
- Brown, T.A. (2006). *Confirmatory factor analysis for applied research*. New York, NY: Guilford Press.
- Byrne, B.M. (2010). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*, 2nd edn. New York: Routledge/Taylor and Francis Group.
- Caballero, P., Delgado-Garcia, B.E., Orts-Cortes, I., Moncho, J., Pereyra-Zamora, P., Nolasco, A. (2016). Validation of the Spanish version of

- mackey childbirth satisfaction rating scale. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 78-88.
- Cabrera-Nguyen, P. (2010). Author guidelines for reporting scale development and validation results in the Journal of the Society for Social Work and Research. *Journal of the Society for Social Work and Research* 1, 99-113.
- Caminal, J. (2001). La medida de la satisfacción: un instrumento de participación de la población en la mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Revista Calidad Asistencial* 16, 276-9.
- Carter, J., Tribe, R.M., Shennan, A.H., Sandall, J. (2018). Threatened preterm labour: Women's experiences of risk and care management: A qualitative study. *Midwifery* 64, 85-92.
- Chalmers, B., Mangiaterra, V., Porter, R. (2001). WHO principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal, and postpartum care course. *Birth* 28, 202-207.
- Chang, H.H., Larson, J., Blencowe, H., Spong, C.Y., Howson, C.P., Cairns-Smith, S. et al., Born Too Soon preterm prevention analysis group, (2013). Preventing preterm births: analysis of trends and potential reductions with interventions in 39 countries with very high human development index. *Lancet* 381, 223-234.
- Chawanpaiboon, S., Vogel, J. P., Moller, A. B., Lumbiganon, P., Petzold, M., Hogan, D. et al. (2019). Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis. *The Lancet. Global health* 7, 37-46.
- Christiaens, W., Gouwy, A., Bracke, P. (2007). Does a referral from home to hospital affect satisfaction with childbirth? A cross-national comparison. *BMC Health Services Research* 7, 109-118.

- Christiaens, W., Bracke, P. (2009). Place of birth and satisfaction with childbirth in Belgium and the Netherlands. *Midwifery* 25, 11–19.
- Dencker, A., Taft, C., Bergqvist, L., Lilja, H., Berg, M. (2010). Childbirth experience questionnaire (CEQ): development and evaluation of a multidimensional instrument. *BMC Pregnancy and Childbirth* 10, 81-92.
- Department of Reproductive Health and Research World Health Organization (2015). WHO Statement on Caesarean Section Rates. *World Health Organization* [Consultado 2 Junio 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/cs-statement/es/
- De la Cuesta, B.C. (2007). El cuidado del otro: desafíos y posibilidades. *Investigación y Educación en Enfermería* 25, 106-112.
- De Vet, H.C., Ader, H.J., Terwee, C.B., Pouwer, F. (2005). Are factor analytical techniques used appropriately in the validation of health status questionnaires? A systematic review on the quality of factor analysis of the SF-36. *Quality of Life Research: An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care and Rehabilitation* 14, 1203-18.
- Donabedian, A. (1966). Evaluating the quality of medical care. *Millbank Memorial Fund Quarterly* 44, 166-206.
- Donabedian, A. (1988). The quality of care: How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association* 260, 1743- 1748.
- Donate-Manzanares, M., Rodriguez-Almagro, J., Rodriguez-Cano, T., Hernandez-Martinez, A., Barrilero-Fernandez, E., Santos-Hernandez, G., Beato-Fernandez, L. (2017). Cross-cultural adaptation and

- validation of the psychometric properties of the Quality from the Patient's Perspective I Questionnaire translated into Spanish. *Midwifery* 55, 75-82.
- Escartí, A., Boronat, N., Llopis R., Torres, R., Vento, M. (2016). Pilot study on stress and resilience in families with premature newborns. *Anales de Pediatría* 84, 3-9.
- Escuriet, R., Pueyo, M., Biescas, H., Espiga, I., Colls, C., Sanders, M., et al. (2014). La atención al parto en diferentes países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE). *Matronas Profesión* 15, 62-70.
- Eutrope, J., Thierry, A., Lempp, F., Aupetit, L., Saad, S., Dodane, C., Bednarek, N., De Mare, L., Sibertin-Blanc, D., Nezelof, S., Rolland, A. (2014). Emotional Reactions of Mothers Facing Premature Births: Study of 100 Mother-Infant Dyads 32 Gestational Weeks. *Plos One* 9, 70-77.
- Fair, C.D., Morrison, T.E. (2012). The relationship between prenatal control, expectations, experienced control, and birth satisfaction among primiparous women. *Midwifery* 28, 39-44.
- Fayers, P., Machin, D. (2007). *Quality of life. The assessment, analysis and interpretation of patient-reported outcomes*. Chichester: Wiley.
- Federación de Asociaciones de Matronas de España (2014). *Informe de situación de las matronas en España*. Madrid: FAME. [Consultado 23 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/informe-situacion-matronas-espana2014-mod3.pdf>

- Fenwick, J., Gamble, J., Mawson, J. (2003). Women's experiences of caesarean section and vaginal birth after caesarian: a birthrites initiative. *International Journal of Nursing Practice* 9, 10–17.
- Fernández, A., Manrique, J., Echevarría, P. (2013). Competencias de la matrona. *Ágora de Enfermería* 17, 34-35.
- Ferreiro-Losada, M.T. (2012). *Modelización y medida de la calidad percibida de la atención al parto en la comunidad gallega*. Santiago de Compostela: Universidad de Santiago de Compostela [Consultado 10 de Enero de 2020]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10347/3707>
- Ferreiro-Losada, M.T., Díaz-Sanisidro, E., Martínez-Romero, M.D., Rial-Boubeta, A., Varela-Mallou, J., Clavería-Fontán, A. (2013). Evaluación mediante grupos focales de las expectativas y percepciones de las mujeres durante el proceso del parto. *Revista de Calidad Asistencial* 28, 291-9.
- Forcada-Guex, M., Borghini, A., Pierrehumbert, B., Ansermet, F., Muller-Nix, C. (2011). Prematurity, maternal posttraumatic stress and consequences on the mother-infant relationship. *Early Human Development* 87, 21-26.
- Ford JB, Hindmarsh DM, Browne KM, Todd A. (2015). Are women birthing in New South Wales hospitals satisfied with their care? *BMC Research Notes* 8, 106-115.
- Fowler, G., Patterson, D. (2013). Use of maternity surveys in improving the care experience – a review of the evidence. *British Journal of Midwifery* 21, 410-414.
- Frey, H.A., Klebanoff, M.A. (2016). The epidemiology, etiology, and costs of preterm birth. *Seminars in fetal & neonatal medicine* 21, 68-73.

- Furr, M., Bacharach, V. (2013). *Psychometrics: An Introduction* (second edition). SAGE publications.
- Gartner, F.R., de Miranda, E., Rijnders, M.E., Freeman, L.M., Middeldorp, J.M., Bloemenkamp, K.W., Stiggelbout, A.M., van den Akker-van Marle, M.E. (2015). Good reliability and validity for a new utility instrument measuring the birth experience, the Labor and Delivery Index. *Journal of Clinical Epidemiology* 68, 1184-1194.
- Generalitat Valenciana, Consejería de Sanidad Universal y Salud Pública (2016). *IV Plan de Salud de la Comunidad Valenciana* [Consultado 15 Octubre 2019]. Disponible en: http://www.san.gva.es/documents/157385/6431837/IV_PLAN+DE+SALUD_CV_2016_Castellano_web.pdf
- Goodman, P., Mackey, M.C., Tavakoli, A.S. (2004). Factors related to childbirth satisfaction. *Journal of Advanced Nursing* 46, 212-219.
- Grekin, R., O'Hara, M.W. (2014). Prevalence and risk factors of postpartum posttraumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 34, 389-401.
- Guevara, B., Evies, A., Rengifo, J., Salas, B., Manrique, D., Palacio, C. (2014). El cuidado de enfermería: una visión integradora en tiempos de crisis. *Enfermería Global* 33, 318-327.
- Gungor, I., Beji, N.K. (2012). Development and psychometric testing of the scales for measuring maternal satisfaction in normal and caesarean birth. *Midwifery* 28, 348-357.
- Gyamfi-Bannerman, C., Ananth, C.V. (2014). Trends in spontaneous and indicated preterm delivery among singleton gestations in the United States, 2005-2012. *Obstetrics and Gynecology* 124, 1069-1074.

- Haines, H., Hildingsson, I., Pallant, J., Rubertsson, C. (2013). The role of women's attitudinal profiles in satisfaction with the quality of their antenatal and intrapartum care. *Journal of Obstetric Gynecology and Neonatal Nursing* 42, 428-41.
- Hanefeld, J., Powell-Jackson, T., Balabanova, D. (2017). Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity. *Bull World Health Organ* 95, 368–374.
- Harvey, S., Rach, D., Stainton, M.C., Jarrell, J., Brant, R. (2002). Evaluation of satisfaction with midwifery care. *Midwifery* 18, 260-267.
- Hauck, Y., Fenwick, J., Downie, J., Butt, J. (2007). The influence of childbirth expectations on Western Australian women's perceptions of their birth experience. *Midwifery* 23, 235-47.
- Heatley ML, Watson B, Gallois C, Miller YD. (2015). Women's Perceptions of Communication in Pregnancy and Childbirth: Influences on Participation and Satisfaction With Care. *Journal of Health Communication* 20, 827-834.
- Hernández, M.L.G., Becerril, L.C., Gómez, B.A., Rojas, A.M., Ortega, Y.H., Martínez, C.S. (2011). Construcción emergente del concepto: cuidado profesional de enfermería. *Texto Contexto Enfermería* 20, 74-80.
- Hollins Martin, C.J. (2008). A tool to measure fathers' attitudes and needs in relation to birth. *British Journal of Midwifery* 16, 432-437.
- Hollins Martin, C.J., Fleming, V. (2011). The birth satisfaction scale. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24, 124-135.

- Hollins Martin, C.J., Snowden, A., Martin, C.R. (2012). Concurrent analysis: validation of the domains within the Birth Satisfaction Scale. *Journal of Reproductive & Infant Psychology* 30, 247-260.
- Hollins Martin, C.J., Martin, C.R. (2014). Development and psychometric properties of the Birth Satisfaction Scale-Revised (BSS-R). *Midwifery* 30, 610-619.
- Hooper, D., Coughlan, J., Mullen, M.R. (2008). Structural equation modelling: guide- lines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods* 6, 53–60.
- Hulton, L.A., Matthews, Z., Stones, R.W. (2007). Applying a framework for assessing the quality of maternal health services in urban India. *Social Science & Medicine Journal* 64, 2083–2095.
- Institute of Medicine (US) Committee on *Leading Health Indicators for Healthy People 2020: Letter Report*, (2011). Washington, DC: The National Academies Press.
- Jackson, J.L., Chamberlin, J., Kroenke, K. (2001). Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine Journal* 52, 609-20.
- Jaráiz, E., Lagares, N., Pereira, M. (2013). Los componentes de la satisfacción de los pacientes y su utilidad para la gestión hospitalaria. *Revista Española de Ciencia Política* 32, 161-181.
- Jenkins, M.G., Ford, J.B., Morris, J.M., Roberts, C.L. (2014). Women's expectations and experiences of maternity care in NSW--what women highlight as most important. *Women and birth: Journal of the Australian College of Midwives* 27, 214-9.
- Karatzias, A., Chouliara, Z., Maxton, F. (2007). Post-traumatic Symptomatology in parents with premature infants: a systematic

- review of the literature. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology Health* 3, 249-260.
- Kendall-Tackett, K. (2015). Birth trauma: the causes and consequences of childbirth-related trauma and PTSD. *Women's Reproductive Mental Health Across the Lifespan*. Basel, Switzerland: Springer Publishing.
- Kerns, J.L., Mengesha, B., McNamara, B.C., Cassidy, A., Pearlson, G., Kuppermann, M. (2018). Effect of counseling quality on anxiety, grief, and coping after second-trimester abortion for pregnancy complications. *Contraception* 97, 520-523.
- Konerding, U. (2016). Which kind of psychometrics is adequate for patient satisfaction questionnaires? *Patient Preference and Adherence* 10, 2083–2090.
- Kristienne, A., Jones, J., Luchsinger, J., Kissler, K., Smith, D.C. (2020). The experiences of midwives in integrated maternity care: A qualitative metasynthesis. *Midwifery* 80, 35-47.
- Kuerten, P., Lenise, M., De Gasperi, P., Fabiane, L., Waterkemper, R., Bettina, M. (2009). El cuidado y la enfermería. *Avances en Enfermería* 1, 102-109.
- Larkin, P., Begley, C.M., Devane, D. (2009). Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 25, 49-59.
- Larkin, P., Begley, C.M., Devane, D. (2012). 'Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery* 28, 98-105.
- Larrabee, J.H., Bolden, L. (2001). Defining patient perceived quality of nursing care. *Journal of Nursing Care Quality* 16, 24-60.

- Latva, R., Korja, R., Salmelin, LL., Tamminen, T. (2008). How is maternal recollection of the birth experience related to the behavioral and emotional outcome of preterm infants? *Early Human Development* 84, 587-594.
- Lewis, L., Hauck, Y.L., Ronchi, F., Crichton, C., Waller, L. (2016). Gaining insight into how women conceptualize satisfaction: Western Australian women's perception of their maternity care experiences. *BMC Pregnancy and Childbirth* 16, 29.
- Liu, L., Oza, S., Hogan, D., Chu, Y., Perin, J., Zhu, J. (2016). Global, regional, and national causes of under-5 mortality in 2000-15: an updated systematic analysis with implications for the Sustainable Development Goals. *Lancet* 388, 3027-35.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología* 30, 1151–1169.
- March of Dimes, PMNCH, Save the children, Who. (2012). *Born Too Soon: The Global action report on preterm Birth*. [Consultado 26 Septiembre 2019]. Disponible en:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/born_too_soon/es/
- Marin-Morales, D., Javier Carmona-Monge, F., Penacoba-Puente, C., Olmos Albacete, R., Toro Molina, S. (2013). Factor structure, validity, and reliability of the Spanish version of the Women's Views of Birth Labour Satisfaction Questionnaire. *Midwifery* 29, 1339-1345.
- Marriner, T., Ann, M. (2011). *Adopción del rol materno-convertirse en madre de Ramona T. Mercer*. Modelos y teorías en enfermería. España: Elsevier.

- Martin, J.A., Hamilton, B.E., Osterman, M.J., Curtin, S.C., Matthews, T.J. (2015). Births: final data for 2013. National vital statistics reports: from the Centers for Disease Control and Prevention. *National Center for Health Statistics, National Vital Statistics System* 64, 1-65.
- Mas-Pons, R., Barona-Vilar, C., Carreguí-Vilar, S., Ibáñez-Gil, N., Margaix-Fontestad, L., Escribà-Agüir, V. (2012). Satisfacción de las mujeres con la experiencia del parto: validación de la Mackey Satisfaction Childbirth Rating Scale. *Gaceta Sanitaria* 26, 236-242.
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2009). *Maternidad Hospitalaria: Estándares y recomendaciones*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [Consultado 15 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/AHP.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Política Social (2010). *Guía de Práctica Clínica sobre la Atención al Parto Normal*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [Consultado 23 Diciembre 2019]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wpcontent/uploads/2018/12/GPC_472_Part0_Normal_Osteba_compl.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Estrategia de atención al parto normal en el Sistema Nacional de Salud*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Consultado 1 Febrero 2020]. Disponible en: https://www.msrebs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/InformeFinalEAPN_revision8marzo2015.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2016). *Seguridad del paciente y prevención de Eventos Adversos relacionados con la asistencia sanitaria. Calidad asistencial y seguridad del paciente: conceptos esenciales*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios

- Sociales e Igualdad [Consultado 3 Febrero 2020]. Disponible en: <https://cursos.seguridaddelpaciente.es/courses/cur002/01/01-contenidos.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (2019). *Actividad y Calidad de los Servicios Sanitarios. Informe Anual Sistema Nacional de Salud 2017*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social [Consultado 10 Enero 2020]. Disponible en: <https://www.msrebs.gov.es/estadEstudios/estadisticas/sisInfSanSNS/tablasEstadisticas/InfAnSNS.htm>
- Mira, J.J. (2006). La satisfacción del paciente: teorías, medidas y resultados. *Todo Hospital* 224, 90-97.
- Mira, J.J., Aranaz, J. (2000). La satisfacción del paciente como una medida del resultado de la atención sanitaria. *Medicina Clínica* 114, 26-33.
- Monitor Empresarial de Reputación corporativa MERCO (2017). *Monitor de Reputación Sanitaria*. [Consultado 4 Marzo 2017]. Disponible en: <http://www.merco.info/es/monitor-reputacion-sanitaria-hospitales>).
- Moret, L., Nguyen, J.M., Pillet, N., Falissard, B., Lombrail, P., Gasquet, I. (2007). Improvement of psychometric properties of a scale measuring inpatient satisfaction with care: a better response rate and a reduction of the ceiling effect. *BMC Health Services Research* 7, 197.
- Moudi, Z., Tavousi, M. (2016). Evaluation of Mackey Childbirth Satisfaction Rating Scale in Iran: What Are the Psychometric Properties? *Nursing and Midwifery Studies* 5, 125-135.

- Muniz, J., Elosua, P., Hambleton, R.K., International Test Commission (2013). International Test Commission Guidelines for test translation and adaptation: second edition. *Psicothema* 25, 151-7.
- Organización Mundial de la Salud (2014). *Prevención y erradicación de la falta de respeto y el maltrato durante la atención del parto en centros de salud*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado 3 Septiembre 2019] Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/maternal_perinatal/statement-childbirth/es/
- Organización Mundial de la Salud (2015). *Enfermería*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. [Consultado 1 Febrero 2020] Disponible en: <http://www.who.int/topics/nursing/es/>
- Organización Panamericana de la Salud (2013). *Salud reproductiva y maternidad saludable. Legislación nacional de conformidad con el derecho internacional de los derechos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Consultado 7 Diciembre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/healthy_motherhood/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2018). *Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Consultado 3 Septiembre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/es/
- Organización Panamericana de la Salud (2018b). Comunicaciones breves relacionadas con la sexualidad. Recomendaciones para un enfoque de salud pública. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Consultado 1 Octubre 2019]. Disponible en:

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49504/9789275320174_spa.pdf?ua=1

- Organización Panamericana de la Salud (2019). *Recomendaciones de la OMS: cuidados durante el parto para una experiencia de parto positiva*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud. [Consultado 20 Agosto 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/intrapartum-care-guidelines/es/>
- Ortiz-Félix, R.E., Cárdenas, V.M., Flores-Peña, Y. (2016). Modelo de rol materno en la alimentación del lactante: teoría de rango medio. *Índex de Enfermeria* 3, 166-170.
- Pacheco-Romero, J. (2018). What is known on the future of mother and child in premature birth?. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* 64, 423-432.
- Padawer, J.A., Fagan, C., Janoff-Bulman, R., Strickland, B.R. (1988). Women's psychological adjustment following emergency cesarean versus vaginal delivery. *Psychology of Women Quarterly* 12, 25–34.
- Pedrosa, I., Suárez-Álvarez, García-Cueto, E. (2013). Evidencias sobre la Validez de Contenido: Avances Teóricos y Métodos para su Estimación. *Acción Psicológica* 10, 115-126.
- Peterson, W.E., Charles, C., DiCenso, A., Sword, W. (2005). The Newcastle Satisfaction with Nursing Scale: a valid measure of maternal satisfaction with inpatient postpartum nursing care. *Methodological Issues in Nursing Research* 52, 672-681.
- Platt, M.J. (2014). Outcomes in preterm infants. *Public Health* 128, 399-403.

- Pohlmann, F.C., Kerber, N.P., Viana, J.S., Carvalho, V. F. C., Coutinho, C.S. (2016). Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional. *Enfermería Global* 15, 386-397.
- Polit, D., Beck, C. (2012) Designing and conducting mixed methods studies to generate evidence for nursing. Generating and assessing evidence for nursing practice. Sydney: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Prosen, M., Krajnc, M.T. (2019). Perspectives and experiences of healthcare professionals regarding the medicalisation of pregnancy and childbirth. *Women Birth* 32, 173-181.
- Puig, S., Obregón, N., Calle del Fresno, S., Escalé, M., Cantó, L., Goberna, J. (2018). Ansiedad y depresión en las madres de recién nacidos prematuros. Estrategias de intervención y revisión de la bibliografía. *Matronas Profesión* 19, 21-27.
- Ramada-Rodilla, J.M., Serra-Pujadas, C., Delclós-Clanchet, G.L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública de México* 55, 57-66.
- Ramírez, P., Müggenburg, C. (2015). Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enfermería Universitaria* 3, 134-143.
- Real Academia Española (2018). *Diccionario de la lengua española* (23.2 ed.). Madrid, España. [Consultado 20 febrero 2020]. Disponible en: <https://dle.rae.es/>
- Redshaw, M. (2008). Women as consumers of maternity care: measuring "satisfaction" or "dissatisfaction"? *Birth* 35, 73-6.

- Redshaw, M., Martin C.R. (2009). Validation of a perceptions of care adjective checklist. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 15, 281-288.
- Redshaw, M., Heikkila, K. (2010). *National survey of women's experience of maternity care*. The National Perinatal Epidemiology Unit, University of Oxford.
- Rotman, K., Greenland, S., Lash, T. (2008). *Modern Epidemiology*. Amazon.
- Rudman, A., El-Khoury, B., Waldenström, U. (2007). Women's satisfaction with intrapartum care - a pattern approach. *Journal of Advanced Nursing* 59, 474-87.
- Salamanca, A.B. (2013). El aeiou de la investigación en enfermería. FUDEN: Fundación para el desarrollo de la enfermería.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Astedt-Kurki P., Jarvenpaa, A.L., Tarkka, M.T. (2008). Development of an internet-based intervention for parents of infants. *Journal of Advance Nursing* 64, 60-72.
- Sánchez Fortis, A., Sánchez Fortis, C., Pozo Cano, M.D. (2018). Satisfacción de las mujeres con la atención al parto. *Revista de la Asociación Española de Matronas* 6, 31-37.
- Sancho, D., Prieto, L. (2013). Teorías y modelos en la práctica enfermera: ¿Un binomio imposible?. *Enfermería global* 11, 292-298.
- Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S., Very Preterm Birth Qualitative Collaborative Group, (2013a). Parents' experiences and satisfaction with care during the birth of their very preterm baby: a qualitative study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 120, 637-43.

- Sawyer, A., Ayers, S., Abbott, J., Gyte, G., Rabe, H., Duley, L. (2013b). Measures of satisfaction with care during labour and birth: a comparative review. *BMC Pregnancy and Childbirth* 13, 108-23.
- Sawyer, A., Rabe, H., Abbott, J., Gyte, G., Duley, L., Ayers, S., Very Preterm Birth Collaborative Group, (2014). Measuring parents' experiences and satisfaction with care during very preterm birth: a questionnaire development study. *BJOG : An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 121, 1294-1301.
- Schumacher, M. (2008). Bringing birth-related paternal depression to the fore. *Women Birth* 21, 65–70.
- Schumacker, R.E., Lomax, R.G. (2010). *A beginner's guide to structural equation modelling*, 3rd edn. New York: Routledge/Taylor and Francis Group.
- Shaban, I., Mohammad, K., Homer, C. (2016). Development and Validation of Women's Satisfaction With Hospital-Based Intrapartum Care Scale in Jordan. *Journal of Transcultural Nursing* 27, 256-261.
- Siassakos, D., Clark, J., Sibanda, T., Attilakos, G., Jefferys, A., Cullen, L., Bisson, D., Draycott, T. (2009). A simple tool to measure patient perceptions of operative birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 116, 1755-1761.
- Smith, L.F.P. (2001). Development of a multidimensional labour satisfaction questionnaire: dimensions, validity, and internal reliability. *Quality in Health Care* 10, 17-22.
- Sorenson, D.S., Tschetter, L. (2010). Prevalence of negative birth perception, disaffirmation, perinatal trauma symptoms, and depression among postpartum women. *Perspectives in Psychiatric Care* 46, 14–25.

- Srivastava, A., Avan, B.I., Rajbangshi, P., Bhattacharyya, S. (2015). Determinants of women's satisfaction with maternal health care: a review of literature from developing countries. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15, 15-25.
- Stefana, A. (2016). El padre del bebé prematuro, un recurso importante para su pareja y su propio hijo. *PsiqueMag* 1, 135-146.
- Stevens M, Reininga IH, Boss NA, van Hom JR. (2006). Patient satisfaction at and after discharge: effect of time lag. *Patient Education and Counseling* 60, 241-245.
- Stevens, N.R., Wallston, K.A., Hamilton, N.A. (2012). Perceived control and maternal satisfaction with childbirth: a measure development study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology* 33, 15-24.
- Streiner, D., Norman, G., Cairney, J. (2015). *Health Measurement Scales: A Practical Development and Use* 5th edn. Oxford: Oxford University Press.
- Tabachnick, B.G., Fidell, L.S. (2013). *Using Multivariate Statistics* 6th edn. Harlow, Essex, United States of America: Pearson Education Limited.
- Terwee, C.B., Bot, S.D., de Boer, M.R., van der Windt, D.A., Knol DL, Dekker, J., Bouter, L.M., de Vet, H.C. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology* 60, 34–42.
- The Joanna Briggs Institute, 2014. *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2014 edition*. Australia: The Joanna Briggs Institute.
- Tooten, A., Hoffenkamp, H.N., Hall, R.A.S., Braeken, J., Vingerhoets, A.J.J.M., Bakel, H.J.A. (2013). Parental Perceptions and Experiences

- after Childbirth: A Comparison between Mothers and Fathers of Term and Preterm Infants. *Birth: Issues in Perinatal Care* 40, 164-171.
- Tucker, J., McGuire, W. (2004). Epidemiology of preterm birth. *British Medical Journal* 329, 675-8.
- Ulin, P.R., Robinson, E.T., Tolley, E.E. (2006). *Investigación aplicada a salud pública. Métodos cualitativos*. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (2017). *Levels and trends in child mortality*. New York: United Nations Children's.
- Uribe, T.C., Contreras, M.A., Villarroel, D.L., Rivera, M.S., Bravo, V.P., Cornejo, A.M. (2008). Bienestar materno durante el proceso de parto: desarrollo y aplicación de una escala de bienestar materno. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 73, 4-10.
- Uribe, T.C., Conteras, M.A., Villarroel, D.L. (2014). Adaptación y validación de la escala de bienestar materno en situación de parto: segunda versión para escenarios de asistencia integral. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología* 79, 154-60.
- Urra, E. (2009). Avances de la ciencia de enfermería y su relación con la disciplina. *Ciencia y Enfermería* 15, 9-18.
- Van Teijlingen, E.R., Hundley, V., Rennie, A.M., Graham, W., Fitzmaurice, A. (2003). Maternity satisfaction studies and their limitations: "What is, must still be best". *Birth* 30, 75-82.
- Valls M.C., Abad, E. (2018). Satisfacción del paciente en el Sistema Nacional de Salud español. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* 41, 309-320.

- Waldenstrom, U. (2004). Why do some women change their opinion about childbirth over time? *Birth* 31, 102-107.
- Waldenstrom, U., Hildingsson, I., Rubertsson, C., Radestad, I. (2004). A negative birth experience: prevalence and risk factors in a national sample. *Birth* 31, 17-26.
- Walker, K.F., Wilson, P., Bugg, G.J., Dencker, A., Thornton, J.G. (2015). Childbirth experience questionnaire: validating its use in the United Kingdom. *BMC Pregnancy and Childbirth* 15, 86-94.
- White Ribbon Alliance, (2016). *Respectful Maternity Care: The Universal Rights of Childbearing Women*. [Consultado 13 Septiembre 2019]. Disponible en:
https://www.whiteribbonalliance.org/wpcontent/uploads/2018/01/2016-Annual-Report_Final.pdf
- Wilde, B., Larsson, G., Larsson, M., Starrin, B. (1994). Quality of care: development of a patient-centred questionnaire based on a grounded theory model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8, 39–48.
- Wilde, B., Larsson, G., Kvist, L.J., Sandin-Bojo, A.K. (2010). Womens' opinions on intrapartal care: development of a theory-based questionnaire. *Journal of Clinical Nursing* 19, 1748-1760.
- World Health Organization (2004). *Making Pregnancy Safer: The Critical Role of the Skilled Attendant*. A Joint Statement by WHO, ICM, FIGO. Geneve: World Health Organization. [Consultado 15 Agosto 2019]. Disponible en:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42955/9241591692.pdf?sequence=1>

- World Health Organization (2016). *Standards for improving quality of maternal and newborn care in health facilities*. Geneve: World Health Organization [Consultado 15 Agosto 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/improving-maternal-newborn-care-quality/en/
- World Health Organization (2017a). *Managing complications in pregnancy and childbirth: a guide for midwives and doctors*. Geneve: World Health Organization [Consultado 1 Septiembre 2019]. Disponible en: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/managing-complications-pregnancy-childbirth/en/
- World Health Organization (2017b). *Fact sheets: Preterm birth*. Geneve: World Health Organization [Consultado 10 Septiembre 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs363/en/>
- Zeitlin, J., Szamotulska, K., Drewniak, N., Mohangoo, A.D., Chalmers, J., Sakkeus, L., Irgens, L., Gatt, M., Gissler, M., Blondel, B., Euro-Peristat Preterm Study Group, (2013). Preterm birth time trends in Europe: a study of 19 countries. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 120, 1356-1365.