

Evaluación del conocimiento, la actitud y la práctica de las madres en edad fértil hacia el parto institucional en la ciudad de Adaba, zona ARSI, región de oromiya, Etiopía

Assessment of Knowledge, attitude and Practice of Mothers in Child Bearing age Towards Institutional Delivery in Adaba Town, ARSI zone, oromiya Region, Ethiopia

Ahmed Yasin Mohammed, Tilahun Ermeko Wanamo* and Fikadu Nugusu Dessalegn

Departamento de Salud Pública, Hospital de referencia de Goba, Universidad de Madawalabu, Ethiopia

Fecha de recibido: 29-Jun-2022, Manuscript No. ipadm-21-10366; **Fecha del Editor asignado:** 01-Jul-2022, PreQC No. ipadm-21-10366(PQ); **Fecha de Revisados:** 15-Jul-2022, QC No. ipadm-21-10366; **Fecha de Revisado:** 19-July-2022, Manuscript No. ipadm-21-10366(R); **Fecha de Publicación:** 26-Jul-2022, DOI:10.36648/1698-9465.22.18.1551

***Correspondencia:**
Ahmed Yasin Mohammed

Tel: + 251909648032

 tilahunjimma2008@gmail.com

Resumen

Antecedentes: La atención adecuada del parto con personal capacitado durante el parto es crucial para la salud materna y perinatal. Además de la atención profesional, es importante que las madres den a luz a sus bebés en un entorno adecuado, donde el equipo de salvamento y las condiciones higiénicas también pueden ayudar a reducir el riesgo de complicaciones que pueden causar la muerte o enfermedad de la madre y el niño.

Objetivo: Evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de las madres en edad fértil hacia el parto institucional en la ciudad de Adaba, Oromia, Etiopía.

Métodos: Se realizó un estudio transversal basado en la comunidad del 15 al 20 de marzo. Todas las mujeres del grupo de edad reproductiva (15-49 años) se consideraron como población fuente. Se utilizó el método de muestreo sistemático y los datos se recopilaron mediante cuestionarios estructurados. Se realizó un estudio en 242 mujeres que dieron al menos un parto vivo en cinco años. El análisis de los datos se calculó utilizando una calculadora científica y el software SPSS. Se verificó la integridad y consistencia de los cuestionarios a través de la discusión sobre el cuestionario y antes de aplicar el cuestionario total, se realizó una prueba previa.

Resultado: La práctica general de parto institucional del último hijo en este estudio fue de 141 (58,3 %). El estudio reveló que de 242 madres en edad reproductiva, 212 (87,6%) tienen conocimiento y 218 (90,1%) tienen actitud positiva ante las palabras parto institucional. La edad, el estado civil, la religión, la paridad, los ingresos, el seguimiento prenatal y la ocupación tuvieron una asociación significativa con el parto institucional.

Conclusión: La práctica del parto institucional es baja en el área de estudio. La religión y la práctica cultural es uno de los principales factores que hacen que las madres no den a luz en la institución de salud. De un total de 242 madres, 158 (65,3%) de ellas habían dado a luz en una institución de salud anteriormente, mientras que 84 (34,7%) de ellas nunca habían dado a luz en una institución de salud antes. La mayoría de las madres tienen conocimiento y actitud positiva del parto institucional en la zona de estudio.

Recomendación: El programa de educación sanitaria sobre el parto institucional debe ser muy importante en el seguimiento de atención prenatal porque las madres que tienen seguimiento de atención prenatal tienen más probabilidades

de dar a luz en una institución de salud que las madres que no tienen seguimiento de atención prenatal. El costo del servicio de salud debe reducirse porque los ingresos tienen una influencia significativa en la utilización del servicio de entrega.

Palabras clave: Conocimiento, Actitud, Práctica, Edad fértil, Ciudad de Daba

Abstract

Back Ground: Appropriate delivery care with skills attendant at birth is crucial for both maternal and perinatal health. In addition to professional attention, it is important that mothers deliver their babies in an appropriate setting, where lifesaving equipment and hygienic conditions can also help reduce the risk of Complications that may cause death or illness to the mother and child.

Objective: To assess knowledge, attitude and practice of mothers in child bearing age towards institutional delivery in Adaba town, Oromia, Ethiopia.

Methods: A Community based Cross Sectional Study was conducted from March 15 to March 20. All women of reproductive age group (15-49yrs) were considered as source population. Systematic sampling method was used and data was collected by using structured questionnaires. A study was conducted on 242 women who gave at least one alive birth within five years. The analysis of data was calculated by using scientific calculator and SPSS software. The questionnaires were checked for completeness and consistency through discussion on questionnaire and Prior to applying the total questioner, pretest was done.

Result: The overall practice of institutional delivery of last child in this study was 141(58.3 %). The study revealed that out of 242 mothers in reproductive age group, 212(87.6%) have knowledge and 218(90.1%) have positive attitude to words institutional delivery. Age, marital status, religion, parity, income, ANC follow up and occupation had significant association with institutional delivery.

Conclusion: Practice of institutional delivery is low in the study area. Religion and cultural practice is one of the major factors that make mothers not to deliver at health institution. From a total of 242 mothers 158 (65.3%) of them have delivered at health institution previously while 84(34.7%) of them have never delivered at health institution before. Most mothers have knowledge and positive attitude of institutional delivery in the study area.

Recommendation: Health education program about Institutional delivery should be highly given at ANC follow up because mothers who have ANC follow up were more likely to deliver at health institution than mothers who have no ANC follow up. Cost of health service should be reduced because income has significant influence on delivery service utilization.

Keywords: Knowledge, Attitude, Practice, Child Bearing Age, Daba Town.

Introducción

Fondo

La atención adecuada del parto con personal capacitado durante el parto es crucial para la salud materna y prenatal. Además de la atención profesional, es importante que las madres den a luz a sus bebés en un entorno adecuado, donde se cuente con equipos de salvamento y condiciones higiénicas.

La atención adecuada del parto también puede ayudar a reducir el riesgo de complicaciones que pueden causar la muerte o enfermedad de la madre y el niño [1].

En las últimas décadas ha aumentado el interés por examinar las influencias en el comportamiento de búsqueda de atención. Como se cita en el modelo de las "Tres demoras", existen tres

inhibidores principales para la utilización de los servicios de atención médica; el retraso en la decisión de buscar atención, el retraso en llegar a un centro de atención de la salud adecuado y el retraso en recibir un centro de atención adecuado. Los retrasos en la fase 2 pueden deberse a la distancia del centro del hogar, la falta de transporte y el alto costo del viaje [2].

Uno de los objetivos de la United Nations Millennium Development Goals (MDG5) fue reducir la TMM en un promedio de 5,5% cada año durante el período 1990-2015 mediante la mejora de la calidad de la atención calificada durante el parto y la erradicación de la pobreza extrema. A nivel mundial, la TMM disminuyó menos del 1 % anual entre 1990 y 2005 por debajo del 5,5 % para alcanzar la meta de los MDG [3].

De todos los MDG, países han hecho el menor progreso hacia MDG5 [4].

como etíope EDHS 2011 ha demostrado MMR fue de 676 por 100.000 nacidos vivos durante el período de siete años anterior a la encuesta, que no es significativamente diferente de EDHS 2005 Informe (673 por 100.000 nacidos vivos) [5].

La proporción de mujeres que dieron a luz con la asistencia de una partera capacitada es uno de los indicadores para cumplir con los quince MDGs. En casi todos los países donde los profesionales de la salud atienden más del 80% de los partos, MMR es inferior a 200 por 100.000 nacidos vivos. Sin embargo, el nacimiento con asistencia calificada fue bajo en el sur de Asia (40%) y SSA (47%), las dos regiones con mayor número de muertes maternas [6].

Según EDHS 2011 y 2005 la proporción de mujeres que utilizan el servicio de parto seguro en el país en general y en Oromia en particular es muy baja. Alrededor del 30% de las madres elegibles recibieron ANC servicio y solo el 8% de las madres dan a luz en establecimientos de salud de la región [7].

Planteamiento del problema

La mortalidad materna sigue siendo un gran desafío para los sistemas de salud en todo el mundo. Según la evaluación de las tendencias de la mortalidad materna en 181 países entre 1980 y 2008, se estimó que hubo 342 900 muertes maternas en todo el mundo en 2008, una disminución de 526 300 en 1980. Más del 50 % de todas las muertes maternas ocurrieron solo en seis países en 2008 (India, Nigeria y Pakistán, Afganistán, Etiopía y República Democrática del Congo). A nivel mundial, las principales causas de mortalidad materna son la hemorragia (24 %), la infección (15 %), el aborto inseguro (13 %), el trabajo de parto prolongado (12 %) y la eclampsia (12 %). Mientras que la principal causa de mortalidad materna en África son la hemorragia (34 %), otra causa directa (17 %), la infección (10 %), los trastornos hipertensivos (9 %), el parto obstruido (4 %), el aborto (4 %) y la anemia. (4%) [8].

A pesar de los esfuerzos nacionales y mundiales para reducir la morbilidad materna a través de la maternidad segura, inicialmente no hay una reducción significativa de la morbilidad materna en los países en desarrollo. [9].

The United Nations children fund (UNICEF) estima que unas 515.000 mujeres mueren anualmente por complicaciones en el embarazo y el parto. También se estima que 1600 mujeres en todo el mundo mueren cada día como resultado de problemas relacionados con el embarazo y el parto y la mayor proporción de estas muertes ocurren en países en desarrollo [10].

Las mujeres en el sur de Asia y África corren un mayor riesgo de mortalidad relacionada con el embarazo. África contribuye al 18 % de los nacidos vivos en todo el mundo y al 30 % de la mortalidad materna mundial. Por otro lado, las naciones desarrolladas aportan el 40% de los nacidos vivos del mundo y solo el 1% de la mortalidad materna. En África, las mujeres que tienen un promedio de 6 o 7 hijos tienen una probabilidad de por vida de morir por causas relacionadas con el embarazo en 1 de cada 2 (muy alta) [11].

Según el EDHS de 2011, en Etiopía, la proporción de partos atendidos por parteras capacitadas sigue siendo muy baja. A nivel nacional solo el 10,8% de los nacimientos se dieron en instituciones de salud [12].

Solo del 10 al 14% de los partos son atendidos por parteras tradicionales, estos resultados tienen una mortalidad materna de 500 a 1000 por cada 100 000 nacidos vivos, que es la más alta del mundo. La mayoría de las entregas a domicilio se realizaron sin asistencia [13].

En Etiopía, la mortalidad y la morbilidad materna se encuentran entre las más altas del mundo. MMR actualmente es de 676/100.000 nacidos vivos. Una explicación de este mal resultado de salud es la falta de disponibilidad y el menor uso de los servicios de salud modernos disponibles por parte de una proporción considerable de mujeres [7].

La falta de conocimiento sobre el parto institucional es un problema importante que afecta a las personas en todas partes del mundo. En países en desarrollo como Etiopía, donde no podemos abordar cada problema de la mujer y tomar medidas, al menos podemos prevenir muchos de los problemas que pueden surgir en una categoría. Eso es abordando los problemas que ocurren debido a un lugar de entrega inseguro. Debido a la baja prevalencia del parto institucional, las principales causas de mortalidad materna como la hemorragia posparto, la infección, el parto obstruido, los trastornos hipertensivos del embarazo y el aborto inseguro representan un riesgo para las madres en nuestro país.

Por lo tanto, este estudio se desarrolló para evaluar el KAP de las madres en edad fértil hacia el parto institucional y el factor de riesgo asociado. Más sobre este estudio intentó desarrollar la línea de base inf2.

Revisión de literatura

Factores sociodemográficos

Varias características sociodemográficas del individuo afectan la tendencia subyacente a buscar atención médica; Se ha demostrado que la educación materna se asocia positivamente con la utilización de los servicios de atención de la maternidad. En general, las mujeres de los grupos socioeconómicos más altos tienden a exhibir patrones de mayor frecuencia de servicios de salud materna que las mujeres de los grupos socioeconómicos más bajos, factores como la educación parecen ser mediadores importantes [14].

En muchas partes de África, el poder de decisión de las mujeres es extremadamente limitado, particularmente en materia de reproducción y sexualidad. En este sentido, la decisión sobre el cuidado materno a menudo la toman los maridos y otros miembros de la familia [15].

Accesibilidad de los servicios de salud En la mayoría de las áreas rurales de África, una de cada tres mujeres vive a más de cinco kilómetros del centro de salud actual. La escasez de vehículos, especialmente en las zonas remotas, y la mala construcción de las carreteras pueden hacer que a las mujeres les resulte extremadamente difícil llegar incluso a los centros de salud relativamente cercanos. El trabajo es el medio de transporte básico para las mujeres en trabajo de parto [16].

Un estudio realizado en el suroeste de Etiopía mostró que las madres musulmanas analfabetas, las familias con ingresos

mensuales bajos (menos de 100 birr por mes) y los residentes rurales tienden a utilizar las instituciones de salud en menor proporción [17].

Alrededor del 7% de las mujeres que intentan dar a luz en el hogar se encontraron con un trabajo de parto prolongado, del número total de mujeres, solo el 1,5% dio a luz por cesárea (CS). La educación materna es un fuerte predictor de la preferencia del lugar del parto. Las madres cuyo nivel educativo era de secundaria y superior tenían aproximadamente 11 veces más probabilidades de dar a luz en instituciones de salud que otras [18].

Factores obstétricos relacionados

Cada año, el 98% de las 529.000 muertes maternas estimadas y el 98% de las 5,7 millones de muertes prenatales estimadas ocurren en los países en desarrollo. En algunas áreas, una mujer tiene 140 veces más riesgo de morir por causas relacionadas con el embarazo en comparación con una mujer en países desarrollados [19].

Todos los días en 2010, alrededor de 800 mujeres murieron debido a complicaciones del embarazo y el parto, incluido sangrado severo después del parto, infección, trastorno de hipertensión y aborto inseguro. De las 800.400 muertes ocurridas en África subsahariana y 230 en el sur de Asia en comparación con las cinco en países de altos ingresos, el riesgo de que una mujer en un país en desarrollo muera por una causa relacionada con el embarazo durante su vida es aproximadamente 25 veces mayor en comparación con una mujer viviendo en un país desarrollado [20].

En 2006, casi el 61% de los nacimientos en el mundo en desarrollo fueron asistidos por parteras capacitadas. Sin embargo, la cobertura sigue siendo baja en el sur de Asia (40%) y África Subsahariana (47), las dos regiones con el mayor número de muertes maternas. Para muchas mujeres en los países en desarrollo, los embarazos y el parto se llevan a cabo con poca o ninguna asistencia capacitada del 85% de los nacimientos en el mundo se llevan a cabo en los países en desarrollo, menos del 50% son atendidos por médicos, enfermeras y parteras [21].

De acuerdo a world health organization (WHO) datos 2,7 millones de bebés nacen muertos cada año y otros 3 millones no sobreviven más allá de las dos primeras semanas de vida. Alrededor de un tercio de las muertes prenatales en los países en desarrollo está relacionada con complicaciones intraparto que conducen a la asfixia al nacer. Parto prematuro, malformación e infección relacionada con el embarazo y complicación del parto al remanente de muerte neonatal temprana [19].

Las complicaciones del embarazo y el parto siguen siendo causa pendiente de muerte y discapacidad entre las mujeres en edad reproductiva en los países en desarrollo. Las mujeres desempeñan un papel importante en la crianza de los hijos y la gestión de los asuntos familiares; por lo tanto, su pérdida por complicaciones en el parto es una tragedia social y personal significativa [22].

En un estudio realizado en la provincia oriental de Kenia, solo el 55 % de los partos se realizan con la asistencia de parteras profesionales y menos del 3 % recibieron atención posparto. En Kenia, solo el 42 % de las mujeres dieron una luz en establecimientos de salud, con una mortalidad materna estimada en 670/100 000 nacidos vivos y un estudio reciente solo la mitad

de las madres recibieron atención materna en el este de Kenia [23].

En Etiopía, solo el 6 % de los nacimientos se dan con la asistencia de profesionales de la salud capacitados, el 28 % los atienden parteras tradicionales. La mayoría de los partos son atendidos por familiares o alguna otra persona (61%) y el 5% de todos los partos se dan sin ningún tipo de asistencia. Sin embargo, los partos de madres jóvenes (menores de 35 años) y los primeros partos son atendidos por profesionales de la salud capacitados [22].

Un estudio realizado en el norte de Gondar mostró que de 186 madres que dieron a luz en una institución de salud, solo 14 (1,7%) de las encuestadas rurales dieron a luz a su último hijo en una institución de salud. Alrededor de las tres cuartas partes (76,74) de estos partos domiciliarios son atendidos por parteras tradicionales no capacitadas, familiares y por las propias madres [24].

La utilización del servicio de entrega institucional en la región de Amhara fue de alrededor del 3,5% en EDHS 2005, que a su vez fue mucho más bajo que el nivel nacional [11] Y en EDHS 2011 ha aumentado hasta el 10,8% [5].

Otros factores

El lugar de nacimiento tiene un impacto en el curso del trabajo de parto y el parto? La cuestión ha sido abundantemente investigada en las últimas dos décadas. Cuando el trabajo de parto en muchos países desarrollados pasó de ser un proceso natural a un procedimiento controlado, el lugar de nacimiento cambió del hogar al hospital. Al mismo tiempo, se eliminó gran parte del contacto humano y se alivió el dolor farmacológicamente. Este fue el extremo opuesto del espectro de aquellas partes del mundo donde más del 20% de las mujeres tienen acceso a cualquier centro de maternidad formal. Porque el nacimiento del nombre no es una opción. Es virtualmente inexcitable por razones que van desde económicas hasta culturales e incluso geográficas [15].

En un estudio realizado en Etiopía en febrero de 2009, la cobertura del servicio de salud materna sigue siendo inaceptablemente baja si se toma como ejemplo el porcentaje de partos atendidos por personal de salud capacitado, y se observó un aumento del 42-45 % en el África subsahariana durante cinco años, donde el porcentaje en Etiopía fue muy bajo en 2001/2002 (10 %) con un ligero pero constante aumento durante los últimos años 2007/2008 (20 %). Se necesita información de las principales áreas de intervención [21].

Métodos

Área de estudio y período

El estudio se llevó a cabo en la ciudad de Adaba, zona oeste de Arsi, región de Oromia, sureste de Etiopía. La ciudad está situada a unos 345 km al sureste de Addis Abeba, a lo largo de la carretera Addis Abeba-Robe-Goba ya 100 km de la capital de la zona, Shashemene. La superficie total del pueblo es de 1288,7 hectáreas. Administrativamente el pueblo está estructurado en dos kebeles y dos kebeles de administración campesina,

Furrunna-melka y Ejersa-chumlugo. El número total de población es 26.418, de los cuales 12.367 son hombres y 13.151 mujeres. Entre los diferentes grupos étnicos de Adaba Oromo, Amhara, Gurage, Tigrae y otros, Oromo es el grupo étnico dominante en la ciudad. Entre las diferentes regiones musulmanas, ortodoxas, protestantes, católicas y otras, la mayoría son seguidores musulmanes. El clima de la ciudad es tropical. La temperatura media de la ciudad es 10-25°C. En cuanto a los establecimientos de salud, la ciudad cuenta con un centro de salud gubernamental, tres clínicas privadas, cuatro farmacias privadas y tres laboratorios de diagnóstico privados. El pueblo también cuenta con carreteras, electricidad, teléfono y servicio postal. El estudio se realizó del 15 de marzo al 15 de junio.

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio transversal basado en la comunidad en la ciudad de Adaba.

Población de origen

Mujeres en edad reproductiva (15 a 49 años).

Población de estudio

Mujeres que han tenido al menos un nacido vivo en los últimos cinco años.

Los criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

El estudio incluyó a aquellas mujeres en el grupo de edad reproductiva de 15 a 49 años que tuvieron al menos un hijo en los últimos cinco años.

Criterio de exclusión

El estudio no incluyó mujeres con discapacidad intelectual y sordas.

Determinación del tamaño de la muestra

De acuerdo con un estudio realizado sobre la prevalencia de madres hacia el parto institucional en edad fértil en Woreda de Dodota, región de Oromia, Etiopía.2011. El resultado [práctica] fue de 18,2% (26). Entonces asumiendo que las madres en edad fértil tienen práctica hacia el parto institucional es de 18,2%, utilizando un intervalo de confianza del 95% y se consideró un error tolerable del 5%. También se agregó el 10% del tamaño de la muestra para la tasa de no respondedores.

El tamaño real de la muestra requerida se calculó utilizando la fórmula estándar para una sola proporción de población.

La fórmula estándar es

$$n_i = \frac{(Z \epsilon / 2) 2P(1-P)}{d_2}$$

Dónde P = 0.182 (prevalencia del parto institucional)

n_i = tamaño de la muestra inicial

$Z \epsilon / 2$ = 1.96 (95% intervalo de confianza)

d = 0.05 (5% Margen de error de muestra a tolerar)

ϵ = error tipo I

$$n_i = \frac{(1.96)^2 * 0.182 (1-0.182)}{(0.05)^2}$$

$$n_i = 228.768816$$

$$= 229$$

$n_f = n_i$, where: $N < 10,000$ n_f = tamaño final de la muestra

$$1 + n_i / N \quad N = \text{tamaño de la población objetivo}$$

$$= 229$$

$$1 + 229 / 5846$$

$$= 220$$

muestra total = $n_f + 10\%$ of n_f (No hay encuestados)

$$\text{Por lo tanto, } 220 + (10/100 * 220) = 242$$

Se seleccionó un total de 242 mujeres en edad fértil, que dieron al menos un parto vivo en los últimos cinco años.

Técnica de muestreo

Durante el estudio se utilizó un método de selección por muestreo sistemático. Inicialmente se numeraron todos los hogares de la ciudad, y luego se seleccionaron cada 15 (el intervalo) que se calculó por Número total de hogares 3774 dividido por el tamaño de la muestra 242. La primera casa fue seleccionada mediante el método de lotería. Cuando la decimoquinta madre estaba ausente, usamos la siguiente casa (15.^o +1), y luego la siguiente muestra fue de la última casa más el intervalo [(15.^o +1)+15.^o] y si hay dos madres factibles, elegimos por método de lotería.

Herramienta y técnicas de recopilación de datos

El cuestionario se desarrolló utilizando métodos de desarrollo de cuestionarios y cuestionarios desarrollados previamente sobre KAP como herramienta de referencia y guía. Los datos se recopilaron mediante preguntas estructuradas y previamente probadas por cinco estudiantes de oficiales de salud pública mediante cuestionarios administrados por entrevistas y los datos se recopilaron durante cinco días.

Variables de estudio

Variables independientes

Variables sociodemográficas

- Age
- Marital status
- Religion
- Ethnicity
- Income
- Educational level
- Occupation
- Distance from health institution
- Obstetric History
- ANC
- Parity
- Abortion

- Place of last birth
- Cultural practice
- Custom
- Dependent Variables
- Institutional delivery
- Knowledge
- Attitude
- Practice

Definición operacional

Partos institucionales: Los partos institucionales son partos que tienen lugar en una institución de salud (hospital, centro de salud, clínica privada y puestos de salud) y fueron asistidos por profesionales médicamente capacitados (como médicos, funcionarios de salud, enfermeras, parteras) y trabajadores de extensión de la salud.

Cuidado prenatal: La atención prenatal es una atención y educación en salud que se brinda a las mujeres embarazadas en la institución de salud desde la concepción hasta el inicio del trabajo de parto por parte de un profesional de la salud al menos una visita.

Entrega segura: El Parto Seguro es un parto que se lleva a cabo en una institución de salud con un procedimiento limpio y asistido por profesionales de la salud capacitados y que resulta en una morbilidad y mortalidad mínimas para la madre y el niño.

Conocimiento: El conocimiento es información disponible declarada en la memoria sobre el parto institucional.

Señales de peligro: Signos anormales como sangrado vaginal, hinchazón, dolor de cabeza severo, visión borrosa que indican que el embarazo es riesgoso.

Buen conocimiento: Una madre que escogió correctamente más de siete (7) de las preguntas de evaluación de conocimientos.

Conocimiento razonable: Una madre que elige correctamente de cuatro a siete preguntas de conocimiento.

Pobre conocimiento: Una madre que responde correctamente menos o igual a tres de las preguntas de conocimiento.

Actitud: Posición de los oficios para responder de manera favorable o desfavorable. Acerca del parto institucional.

Actitud positiva: Alguien que elige correctamente cuatro preguntas de actitud o más.

Actitud negativa: Aquel que responde correctamente menos de cuatro preguntas de actitud.

Práctica: Una madre que da a luz en una institución de salud.

Control de calidad de datos

Se verificó la integridad y consistencia de los cuestionarios a través de la discusión sobre el cuestionario por nosotros y se realizó una entrevista entre nosotros antes de que comenzara la recopilación activa de datos. Discutimos sobre las técnicas

de entrevista y nos aseguramos de que todos los miembros de los recolectores de datos dominen las técnicas de entrevista. Previo a la aplicación del cuestionario total, se realizó una prueba previa que no se incluyó en el tamaño de la muestra tomando el 5% del tamaño de la muestra. Codificamos el cuestionario con un total de cinco tipos de códigos separados. Recopilamos, ingresamos y analizamos cuidadosa y meticulosamente los datos. Los entrevistadores verificaron si los cuestionarios estaban completos o no antes de terminar cada entrevista. Se revisaron los datos durante la etapa de análisis de datos para verificar si los datos eran completos y consistentes. Después de una evaluación cuidadosa, se excluyeron los datos inconsistentes y faltantes.

Procedimiento de análisis de datos

Los datos recopilados se verificaron en cuanto a su integridad, consistencia y precisión. El análisis de los datos se calculó utilizando la calculadora científica y el software SPSS, luego los datos analizados se presentaron con tablas, frecuencia y proporciones en las respectivas variables y objetivos. Usamos chi-cuadrado para evaluar la asociación entre variables dependientes e independientes.

Consideración ética

La primera autorización ética se obtuvo del departamento de salud pública de la Universidad de Madawalabu, luego se llevó la carta de permiso de la oficina de salud de la wearda a los organismos administrativos de kebeles seleccionados, finalmente, cada encuestado recibió un consentimiento verbal informado, después de que se le informara el propósito y el procedimiento del estudio mientras el se mantuvo la voluntad y confidencialidad. Informamos a los encuestados que el resultado del estudio es muy importante para la comunidad (incluidos ellos), el gobierno, los encargados de formular políticas y NGO's.

Difusión de resultados

Después de la finalización con el cumplimiento parcial de los requisitos, este estudio será recomendado y adoptado por asesores y miembros del departamento de salud pública. Luego de su adopción, se administrará a CBE oficina de la Universidad de Mada Walabu y el departamento de salud pública, además, el resultado se difundirá a la comunidad en la que se realizará el estudio, la oficina de la zona de estudio, la oficina de salud, NGOs.

Resultado

Características sociodemográficas

Un total de 242 madres en edad reproductiva que tienen al menos un hijo vivo en los últimos cinco años respondieron voluntariamente, lo que hace que la tasa de encuestados sea del 100%. La mayoría de los 68 (28%) encuestados estaban en el grupo de edad de 25 a 29 años. sesenta y cuatro coma cinco por ciento 156 (64.5%) de los encuestados tienen menos de cinco tamaños de familia.

En cuanto al estado civil 182(75,2%) eran casados. En cuanto a la etnia, el 66,1 % eran oromo seguidas por amhara 23,6 %, otros 7,4 % (wolayta (3,6 %), gurage (2,6 %) y silte (1,2 %) y tigray 2,1 %. La

mayoría (63,2 %) de las madres eran amas de casa por Ocupación y el 36,4% de las madres han cursado estudios primarios.

Del total de encuestados, 93 (38,4%) tienen ingresos mensuales inferiores a 700 birr (Tabla 1).

La mayoría (51,7%) de las madres eran musulmanas por religión (Figura 1).

El nivel educativo de las madres disminuye en la educación secundaria en comparación con sus maridos. (Figura 2).

Conocimiento de Entrega Institucional

Se evaluó a los encuestados si tenían un conocimiento adecuado sobre el parto institucional o no. De un total de 242 encuestados, 212 (87,6%) tienen buenos conocimientos sobre parto institucional. De los 242 encuestados, 233 (96,3%) saben que hay servicio de parto en la institución de salud y 9 (3,7%) no saben que hay servicio de parto en la institución de salud. De esas 233 madres que saben que hay servicio de parto en la institución de salud 97 (41,6%) obtienen la información durante el seguimiento de la APN, 54 (23,2%) de Vecinos, 60 (25,7%) dieron a luz en la institución de salud antes, 74 (31,7%)) de educación en salud en la institución de salud y 17 (7,3%) informaron otras razones como la escuela 3 (1,2%), la televisión 5 (2,3%), los trabajadores de extensión de salud 9 (3,8%).

De 242 madres, 212 (87,2%) piensan que la institución de salud es el lugar apropiado para el parto, 22 (9,1%) piensan que el hogar

es el lugar apropiado para el parto y 8 (3,3%) respondieron que no saben cuál. es el lugar apropiado de entrega. De esas 212 madres que piensan que la institución de salud es adecuada, 128 (60,3%) acuden a la institución de salud poco después del inicio del trabajo de parto, 64 (30,2%) antes del inicio del trabajo de parto, 18 (8,5%) horas después del inicio del trabajo de parto, 2 (0,9%) después del parto si hay complicación y 6(2,8%) de ellas respondieron otras razones como si trabajo de parto prolongado 4(1,6%), fracaso del parto por partera obstétrica 2(1,2%).

Del total de 242 encuestados, 211 (87,2%) de las madres desean dar a luz en una institución de salud y 31 (12,8%) de las madres no quieren dar a luz en una institución de salud y sus razones informadas fueron, me gusta dar a luz en casa 23 (74,1 %), sin dinero para pagar 4 (12,9 %), TBA es mejor 1 (3,2 %), miedo a la episiotomía 2 (6,4 %) y otras razones 4 (12,9 %) como no quiero dar nacimiento más 3(9.6%) y no tengo esposo 1(3.3%).

De 211 madres que desean parto institucional de salud, 169 (80,0%) de ellas fueron reportadas para evitar posibles complicaciones que pueden ocurrir durante el parto domiciliario, 99 (46,9%) de ellas para tener un bebé sano, 70 (33,1%) de ellas para evitar prácticas tradicionales nocivas y 4 (1,9 %) de ellos informaron otras razones, como un ambiente limpio 1 (0,5 %) y parteras bien educadas 3 (1,4 %).

Tabla 1: Características sociodemográficas de los encuestados en la ciudad de Adaba en 2005E.C.

S. No	Variables	Frecuencia	%	
1	Edad en año	15-19	14	5.9
		20-24	63	26
		25-29	68	28
		30-34	39	16.1
		35-39	45	18.6
		40-44	4	1.7
		45-49	9	1.2
2	Tamaño de la familia	1-4	156	64.5
		≥5	86	35.5
		Total	242	100
3	Estado civil	Casado	182	75.2
		Divorciado	34	14
		Viudo	7	2.9
		Apartado	19	7.9
4	Etnicidad	Oromo	160	66.1
		Amhara	57	23.6
		Tigrae	7	2.9
		Otros	18	7.4
5	Ocupación	Ama de casa	153	63.2
		Comerciante	44	18.2
		Empleado del gobierno	26	10.7
		Empleado privado	12	5
		Trabajo diario	7	2.9
6	Ingreso mensual (en birr)	<700	93	38.4
		700-1499	86	35.6
		1500-2299	50	20.6
		≥2300	13	5.4

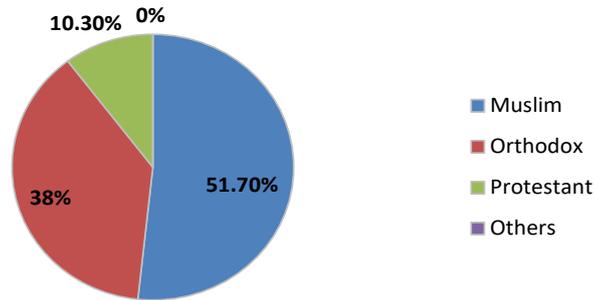


Figura 1 La distribución religiosa en la ciudad de Adaba, 2005 E.C.

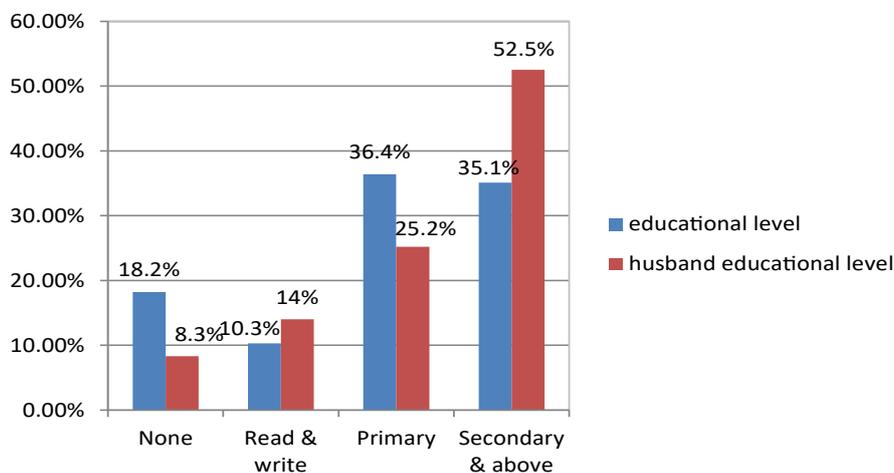


Figura 2 Comparación del nivel educativo de las madres y sus maridos en la ciudad de Adaba, 2005 E.C.

En cuanto al conocimiento de las encuestadas sobre las señales de peligro del embarazo, 98 (40,5%) de las madres conocen las señales de peligro mientras que 143 (59,1%) no las conocen (**Figura 3**).

De 98 madres que conocen signos de peligro del embarazo 97 (98,9%) de ellas acuden a institución de salud cuando estos ven signos de peligro, 1(1,01%) se queda en casa y 0(0%) de ellas acude a partera tradicional.

Actitud hacia el parto institucional

De 242 madres en el grupo de edad reproductiva, 218 (90,1%) de las madres tienen una actitud positiva **Tabla 2**.

De un total de 242 madres, 158 (65,3%) de ellas habían dado a luz en una institución de salud anteriormente, mientras que 84 (34,7%) de ellas nunca habían dado a luz en una institución de salud antes. De 158 madres que dieron a luz en una institución de salud antes, 141 (89,2%) estaban satisfechas con la atención brindada y 17 (10,7%) no estaban satisfechas. Las razones informadas para la insatisfacción fueron dejarlas solas mientras estaban en trabajo de parto 5 (29,4%), hay gritos de perturbación 7 (41,3%), parteras examinadas aproximadamente 2 (11,7%) y lesiones físicas y psicológicas 3 (17,6%) (**Figura 4**).

Práctica de parto institucional

La práctica global de parto institucional del último hijo en este estudio es de 141 (58,3%).

El número de embarazos en total en nuestra población de estudio fue, un embarazo es 84 (34,7%), dos a cinco embarazos son 131 (54,1%), seis a diez 24 (9,9%), por encima de diez son 3 (1,2%). Sin embargo, en la población de estudio todas tienen al menos un parto en los últimos cinco años, 175 (72,3%) tienen un embarazo y 67 (27,7%) tienen de dos a cinco embarazos en los últimos cinco años.

En cuanto al número de hijos vivos, 101(41,7%) de las madres tienen un hijo vivo, 47(19,5%) tienen dos, 24(9,9%) tienen tres, 36(14,9%) tienen cuatro y 34(14%) de las madres tienen por encima de cuatro hijos vivos.

En cuanto a la paridad, de un total de 242 encuestados 94(38,8%) tienen un parto vivo, 50(20,7%) dos, 27(11,2%) tres, 32(13,2%) cuatro y 39(16,1%) tienen más de cuatro partos vivos.

La mayoría 230 (95%) de las madres tienen partos vivos en todos los embarazos. Entre los partos vivos, 28 (12,2%) fallecieron en el domicilio y 6 (2,6%) fallecieron en la institución de salud. De esas muertes, 9 (26,5%) murieron inmediatamente después del parto,

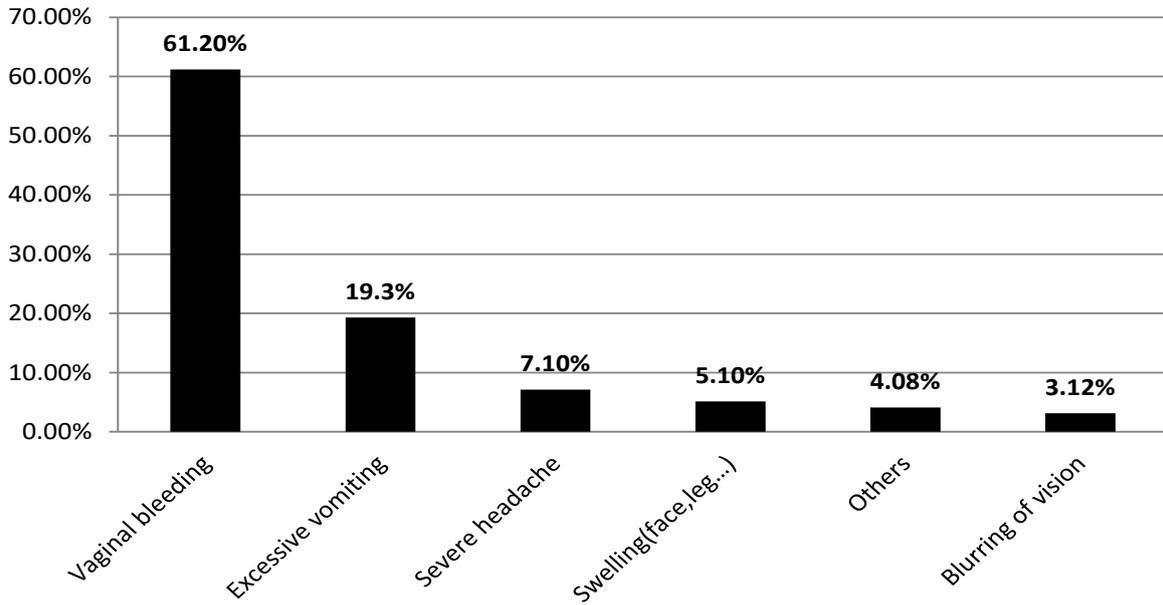


Figura 3 Conocimiento de las madres sobre los signos de peligro del embarazo en la localidad de Adaba, 2005 E.C.

Tabla 2: Actitud de las madres hacia el parto institucional en la ciudad de Adaba en 2005 E.C.

S. No	Variables	Frecuencia	%
1	El parto institucional es mejor lugar de parto (n=242) Yes No Total	218	90.1
		24	9.9
		242	100
		153	70.2
		7	3.3
		16	7.3
		42	19.2
2	Razón para decir institucional la entrega no es mejor lugar de entrega (n=24) La religión y la práctica cultural no permiten por confirmar es mejor Miedo al asistente masculine Miedo a la episiotomía Miedo a la operación Total	9	37.5
		7	29.2
		0	0
		3	12.5
		5	20.8
		24	100
		24	100

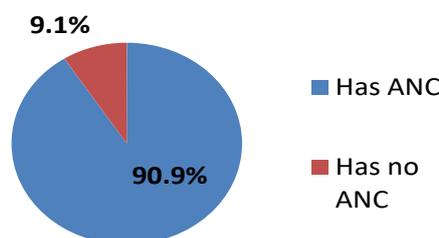


Figura 4 Seguimiento de atención prenatal en la ciudad de Adaba, 2005 E.C.

3 (8,8%) dentro de los 30 minutos y 22 (64,7%) murieron después de los 30 minutos del parto.

Proporción de madres que tienen seguimiento prenatal y que no tienen en su último hijo.

De 242 madres, 22 (9,1 %) de ellas no tienen seguimiento de atención prenatal en su último hijo y la razón informada fue que no tenían idea de la importancia de la atención prenatal 9 (40,9 %), falta de tiempo (demasiado ocupado) 5 (22,7 %), sin dinero para el transporte a la institución de salud 5 (22,7%) y disgusto por la forma en que los trabajadores de la salud amenazan a las mujeres embarazadas 3 (13,7%) **Tabla 3.**

De un total de 242 encuestadas, 110 (45,5%) de las madres dan a luz a su primer hijo en una institución de salud, pero de 151

madres que tuvieron más de un embarazo, 54 (35,7%) dan a luz a su segundo hijo en una institución de salud, es decir, el parto institucional disminuye en los posteriores Entregas **Tabla 4.**

De 242 madres, 141 (58,2 %) dieron a luz a su último hijo en el establecimiento de salud, entre ellas la mayoría fue el 90 % (63,8 %), lo dieron por parto vaginal espontáneo. **(Figura 5)**

El acceso al servicio de salud de la población de estudio es del 100%. El tiempo que tarda la madre en llegar a la institución de salud es <15 minutos para 117 (48,3%), 15-30 minutos para 73 (31%) y >30 minutos para 52 (21,5%). Y los medios de transporte informados son a pie 182 (75,2%), carro de ruedas 48 (19,8%), transporte privado 8 (3,3%), transporte público 4 (1,7%) **Tabla 5.**

Factores que afectan la preferencia del lugar de entrega **Tabla 6**

Tabla 3: Estado de atención prenatal, número de visitas y razón por la que no se realizó un seguimiento de atención prenatal de los encuestados por último niño en la ciudad de Adaba, 2005 E.C.

S.No	Variables	No	%	
1	estado de atención prenatal	tener	220	90.9
		No tienen	22	9.1
2	Número de visita	una vez	0	0
		Dos veces	10	4.5
		Tres veces	52	23.4
		>Three times	160	72.07
3	Razón para no tener seguimiento ANC	Demasiado ocupado	3	15
		ni idea sobre importancia de la atención prenatal	9	45
		Sin dinero para transporte	5	25
		No me gusta la forma en que los trabajadores de la salud tratan a las madres embarazadas.	1	5
		Otro	2	10

Tabla 4: Operador y lugar de entrega en la ciudad de Adaba 2005 E.C.

Entregas posteriores	Lugar de entrega y asistentes											Total		
	Hogar										HI			
	Familia		TBA		TTBA		Vecino		HP		No	%	No	%
1 st entrega	66	27.3	27	11.2	20	8.3	16	6.6	3	1.2	110	45.5	242	100
2 nd entrega	46	30.4	12	7.9	13	8.7	24	8.6	2	1.4	54	35.7	151	100
3 rd entrega	29	27.8	10	9.6	14	13.3	11	10.5	5	4.6	36	43.4	104	100
4 th entrega	23	29.9	5	6.6	7	9.89	9	11.8	1	1.2	32	41.5	77	100
última entrega	54	22.3	9	3.7	19	7.9	17	7	2	8	141	58.3	242	100
Total	218	26.8	63	7.6	73	8.9	77	9.4	13	1.6	373	45.8	817	100

Tabla 5: Tomador de decisiones sobre el lugar del parto y la fuente de información sobre salud materna en la ciudad de Adaba 2005 E.C.

S. No	Variables	No	%	
1	Tomador de decisiones sobre el lugar de entrega	Uno mismo	44	18.2
		Esposo	2	0.8
		Todo miembro de la familia	194	80.2
		Otro	2	0.8
2	Fuente de informacion sobre salud materna	Radio	81	33.5
		TV	155	64
		Educación para la salud en la institución de salud.	88	36.4
		Durante ANC	87	36
		Otro	25	10.3

Tabla 6: Factores sociodemográficos y obstétricos que afectan/influyen en la preferencia del lugar del parto después de la prueba de chi-cuadrado en la ciudad de Adaba, 2005 E.C.

S.No	Variables	Hogar		Institución		Chi cuadrado (x ²)95% CI	Df	p-value	
		No	%	No	%				
1	Años	15-19	4	28.6	10	71.4	22.876	6	<0.005 (0.001)
		20-24	30	47.6	39	61.9			
		25-29	18	26.5	50	73.5			
		30-34	27	69.2	12	30.9			
		35-39	22	48.8	23	51.2			
		40-44	1	25.0	3	75.0			
		45-49	2	22.2	7	77.8			
2	Estado del material	único	0	0	0	0	17.05	3	<0.005 (0.001)
		Casado	63	34.6	119	65.4			
		Divorciado	24	70.6	10	29.4			
		Viudo	4	57.1	3	42.9			
		Apartado	10	52.6	9	47.4			
3	Religión	Ortodoxo	47	51.1	45	48.9	10.273	2	<0.005 (0.006)
		Musulmán	40	32.0	85	68.0			
		protestante	14	56.0	11	44.0			
		Otro	0	0	0	0			
4	Ocupación	Ama de casa	71	46.4	82	54.6	11.442	4	<0.005 (0.022)
		Comerciante	14	31.8	30	68.2			
		Gobierno empleado	5	19.2	21	80.8			
		Empleado privado	6	50.0	6	50.0			
		Trabajador diario	5	71.4	2	28.6			
		Otro	0	0	0	0			
5	Nivel educacional	Ninguno	35	79.5	9	20.5	39.094	3	<0.005 (0.000)
		Lee y escribe	13	52.0	12	48.0			
		Primario	32	37.6	53	62.4			
		Secundario y superior	21	23.9	67	76.1			
6	Ingreso mensual	<700	50	53.2	44	46.8	18.416	3	<0.005 (0.000)
		700-1499	39	44.8	48	55.2			
		1500-2299	11	22.4	38	77.6			
		>2300	1	8.3	11	91.7			
7	Número de partos vivos	Uno	28	29.8	66	70.2	11.203	4	<0.005 (0.024)
		Dos	26	52.0	24	48.0			
		Tres	16	59.2	11	40.7			
		cuatro	14	43.8	18	56.2			
		Por encima de cuatro	17	43.6	22	56.4			
8	ANC	Sí	83	37.7	137	62.3	15.989	1	<0.005 (0.000)
		No	18	81.8	4	18.2			

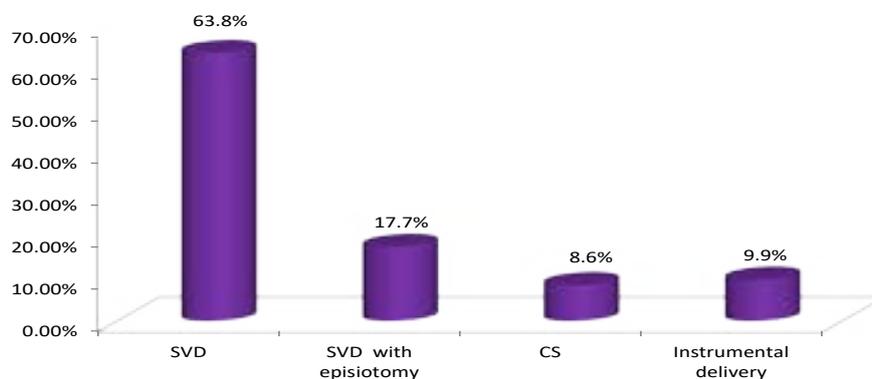


Figura 5 Modo de parto del último hijo en un centro de salud de la ciudad de Adaba, 2005 E.C.

Discusión

Este estudio transversal basado en la comunidad intenta evaluar el conocimiento, la actitud y la práctica de las madres en edad fértil hacia el parto institucional en la ciudad de Adaba, zona de Arsi, región de Oromia, Etiopía.

La práctica general de parto institucional del último hijo en nuestro estudio es del 58,3 %, que es mayor en comparación con el estudio realizado en Kenia (42 %), SSA (47 %) y Asia (40 %) [23, 6] También es muy superior en comparación con la entrega institucional a nivel nacional (10,8 %) según EDHS 2011 [12]. Esta diferencia podría deberse al aumento de las instalaciones de los servicios de salud a medida que pasa el tiempo y debido a nuestra investigación realizada dentro de la ciudad.

Este estudio reveló que de 242 madres en edad reproductiva, 212 (87,6%) tienen conocimientos y 218 (90,1%) tienen actitud positiva hacia el parto institucional.

Según este estudio, la renta mensual tiene una fuerte asociación con el parto institucional. A medida que el ingreso mensual aumenta por encima de la línea de pobreza (700birr), más madres tienen más probabilidades de dar a luz en una institución de salud ($\chi^2=18,416$, $p=0,000$) [14]. Esto se debe a que las madres pueden pagar el costo del servicio de salud y el transporte a medida que aumenta su nivel de ingresos. Un estudio realizado en el suroeste de Etiopía muestra que las familias con ingresos mensuales bajos (menos de 100 birr por mes) tienden a utilizar el parto institucional de salud en menor proporción [17].

De acuerdo con el resultado de este estudio, el uso de la institución de salud como lugar de parto está asociado con la edad materna. Como muestra este estudio; aquellas madres en el rango de edad entre 15-19, 25-29, 45-49 tenían más probabilidades de dar a luz en la institución de salud que aquellas madres en otro rango. La razón detrás de esto es que esas madres (25-29) son intelectualmente maduras y están más cerca de la información de salud ya que interactúan en muchos asuntos sociales, esas madres (15-19) son primi-gravidas y temen complicaciones. Esas madres (45-49) pueden desarrollar complicaciones a medida que aumenta su edad.

La educación de las mujeres también está asociada con el lugar del parto. Aquellas mujeres sin educación tenían menos probabilidades de dar a luz en la institución de salud que aquellas con educación primaria y secundaria ($\chi^2=39,094$, $p=0,000$). [18] La razón detrás es que se espera que las mujeres educadas tengan conocimiento sobre el riesgo del parto en el hogar que es más probable que den a luz en una institución de salud que aquellas con poco conocimiento.

El otro factor que se asoció con el lugar del parto es el seguimiento del control prenatal, que tiene una asociación significativa con el parto institucional ($\chi^2=15,989$, $p=0,000$). Esto se debe a los consejos que se dan sobre la importancia del parto institucional durante las visitas de atención prenatal. De acuerdo con los hallazgos de este estudio, de 220 madres que tuvieron seguimiento de APN en su último hijo, 137 (62,3%) habían dado a luz en una institución de salud. Esto es más alto en comparación con el estudio realizado en el país en general y en Oromia en particular, en el que el 30% de las madres elegibles recibieron servicios de atención prenatal y solo el 8% de las madres dieron a luz en un centro de salud de la región [7].

En este estudio, la distancia de la institución de salud ($\chi^2=2,456$, $p=0,299$) y el medio de transporte ($\chi^2=7,467$, $p=0,058$) no tienen asociación con el parto institucional.

Conclusion

- La práctica del parto institucional aún es baja en el área de estudio.
- La edad, la religión, los ingresos, el nivel educativo, la ocupación, el seguimiento prenatal y la paridad afectan la utilización del parto institucional.
- Las distancias y medios de transporte no tienen asociación con el parto institucional.
- La práctica cultural es uno de los principales factores que hacen que las madres no den a luz en la institución de salud.
- La mayoría de las madres tienen Conocimiento y actitud positiva del parto institucional en la zona de estudio.

Disponibilidad de datos

Los datos utilizados para respaldar los hallazgos de este estudio están disponibles del autor correspondiente a pedido.

Consentimiento para publicación

No aplica.

Aprobación ética y consentimiento para participar

La autorización ética se obtuvo de la Junta de Revisión Ética de la Universidad de Madda Walabu, Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Instituto de Salud Pública antes de la recopilación de datos. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de cada participante del estudio después de explicar el propósito del estudio. Los manipuladores de alimentos que no se ofrecieron como voluntarios para continuar desde el principio o en cualquier parte de la entrevista fueron respetados para hacerlo. Se mantuvo privacidad y estricta confidencialidad durante el proceso de entrevista. No se incluyeron los nombres ni los identificadores personales de los participantes para mantener el anonimato.

Fondos

La investigación fue autofinanciada. Los autores diseñaron el estudio de forma independiente, analizaron e interpretaron los datos y prepararon el manuscrito.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Expresiones de gratitud

Los autores de este artículo desean agradecer al Departamento de Ciencias de Laboratorio Médico de la Universidad de Madda Walabu, Departamento de Salud Zonal de Bale. Además, todos los participantes del estudio, los recolectores de datos y el departamento de salud zonal de Bale y la oficina de salud de la ciudad de Robe son altamente reconocidos. Este estudio fue subvencionado en su totalidad por la Universidad de Madda Walabu.

Referencias

1. Campbell OM, Graham WJ. Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works. *Lancet* 2006; 368(9543):1284-1299.
2. Thaddeus S, Maine D. Too far to walk: Maternal mortality in context. *Soc Sci Med* 1994; 38(8):1091- 1110.
3. Shimaka A, Mazenga F, Meseret S. Institutional delivery service utilization and associated factors among mother's who gave birth in the last 12 months in sekela district, North West of Ethiopia: A community based cross sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2012; 12:74.
4. Us Global Health policy: The US – Government and Global maternal, newborn and child health 2010.
5. Central statistical agency: ICF International: Ethiopian Demographic and health survey; Addis Ababa, Ethiopia, Calverton, Mary Land, USA 2012.
6. WHO: Maternal mortality in 2000: Estimates of Developed by WHO, UNICEF AND UNFPA.WHO. Geneva: 2003.
7. Ethiopian Demographic and health survey, preliminary report. Central Statistical Agency 2011.
8. Mogan MC, Kyle J, Molsen N, Stephanie Y, Mengrow, Susanna M, et al. Maternal Mortality for 181 countries, 1980-2008: A systematic analysis of progress towards MDG5. IHME; 2010.
9. Weil O, Fernandez H. Is safe motherhood an orphan initiative? *Lancet* 1999; 354(9182):940-943.
10. Sah O, Shraff S. Sheath S. Reproductive and sexual health and safe motherhood in the developing world. *Europ Jour Contr Reprod Health Car* 1999; 4:217-228.
11. Marshal MA, Buffin ST. lifesaving manual for midwives USA. 1990.
12. ORC Macro. Ethiopia Demographic and Health Survey 2005. 2005.
13. Ethiopian Medical Journal, Ethiopian Public Health Association, 1992; 6(12):17-18.
14. Abusaleh SA, Geeta SG. Determinants of Maternal Health Care Utilization in India: Evidence from a Recent Household Survey. *NCAER* 2002; 85.
15. World health organization Improved Access to maternal health services. WHO 1998.
16. William CD, Baumslag N, Jelliffe DB. Mother and child health: Delivering the service. Oxford University Press 1985.
17. Ethiopian third national health account; 2004-2005.
18. Fantahun M, Shmebo GOD. Determination of ANC attendance and preference of place of delivery in A. 1992;6(29):17-21.
19. Making a difference in countries: Strategic approach to improving maternal and newborn survival and health: ensuring skilled care for every birth. WHO 2006.
20. Hogan Mc, Foreman KJ, Naghavi M, Ahn SY, Wang M, Makela SM, et al. Maternal Mortality for 181 countries, 1990-2008: a Systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 5. *Lancet* 2010; 375(9726):1609-1623.
21. Maternal Mortality in 2000: Estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA.WHO 2003.
22. Niggussie M, Mariam DH, Mitikie G. Assesment of safe delivery service utiilqation among women of child bearing age in northern Gondar Zone, north west Ethiopia. *Ethi Jour Heal Deve* 2004;18(13):142- 145.
23. Family planning saves lives, 3rd edition 1997;16-17.
24. Ethiopia Demographic and health survey, preliminary report. Central Statistical Agency 2005.
25. Federal Democratic Republic of Ethiopia Military health policy and practice information for action Feb 2009; 2(2):9-10.
26. Fikre AA, Demise M. Prevalence of institutional delivery and associated factors in Dodota woreda (District), Oromia regional state, Ethiopia. *Reprod Health* 2012;9:33.