

THỰC TRẠNG KIẾN THỨC VỀ VÀNG DA SINH LÝ TRẺ SƠ SINH CỦA THAI PHỤ KHÁM TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TỈNH NAM ĐỊNH NĂM 2024

Tường Thị Huế, Nguyễn Thị Thu Hương, Võ Thị Hoài Thu

Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 133 thai phụ từ 18-35 tuổi tại bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định năm 2024, nhằm đánh giá kiến thức của họ về vàng da sinh lý ở trẻ sơ sinh. Kết quả cho thấy mức độ hiểu biết về vàng da sinh lý còn hạn chế, chỉ 30,1% đạt yêu cầu và có tới 69,9% chưa đạt. Tổng điểm kiến thức dao động từ 0 đến 23, với điểm trung bình $8,48 \pm 6,143$. Đáng chú ý, tỷ lệ thai phụ nhận biết các triệu chứng cơ bản như vàng da và mắt (45,9%), phương pháp phòng ngừa như tắm nắng (48%), hay nguyên nhân do bilirubin tích tụ (30,8%) đều ở mức thấp. Đặc biệt, chỉ 9,8% thai phụ biết dấu hiệu nguy hiểm như phân bạc màu. Kết quả này phản ánh khoảng trống trong giáo dục sức khỏe cho thai phụ, nhấn mạnh sự cần thiết của các chương trình nâng cao nhận thức, nhằm cải thiện khả năng nhận biết và xử trí vàng da sinh lý, góp phần giảm thiểu nguy cơ biến chứng cho trẻ sơ sinh.

Từ khóa: vàng da sinh lý, kiến thức thai phụ, trẻ sơ sinh.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vàng da sơ sinh là một trong những tình trạng thường gặp ở trẻ sơ sinh trên toàn thế giới, ảnh hưởng tới 60-80% trẻ đủ tháng và gần như toàn bộ trẻ sinh non [1,2]. Vàng da sơ sinh có thể ở mức độ nhẹ (vàng da sinh lý) nhưng cũng có khi tiến triển nặng (vàng da bệnh lý). Vàng da sinh lý (VDSL) chiếm 75% thường lành tính, nhẹ và tự khỏi sau 10 - 14 ngày. Tuy nhiên, nếu không được theo dõi và can thiệp kịp thời, vàng da có thể dẫn đến những biến chứng nguy hiểm như tăng bilirubin máu nặng, vàng da nhân và tổn thương thần kinh không hồi phục; hậu quả trẻ sẽ tử vong hoặc bị di chứng não suốt đời, ảnh hưởng đến sự phát triển thể chất, tâm thần và vận động của trẻ - một gánh nặng cho gia đình và xã hội [3,4].

Một số yếu tố nguy cơ liên quan đến vàng da sơ sinh nặng bao gồm trẻ sinh non, trẻ có dấu hiệu thiếu máu hoặc nhóm máu không tương thích với mẹ (bất đồng nhóm máu hệ Rh), trẻ có tiền sử vàng da trong gia đình [5,6]. Các nghiên

cứu đã ghi nhận rằng, kiến thức hạn chế của cha mẹ, đặc biệt là các bà mẹ, có thể góp phần làm tăng gánh nặng bệnh tật liên quan đến vàng da sơ sinh, do không phát hiện sớm các dấu hiệu nguy hiểm hoặc không biết cách phòng ngừa [7,8]. Vì vậy, cha mẹ có vai trò rất quan trọng trong việc phát hiện sớm và theo dõi tiến triển vàng da cho trẻ.

Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây chỉ ra rằng, mặc dù các bà mẹ đã có nhận thức nhất định về vàng da sơ sinh; tuy nhiên, kiến thức này vẫn chưa đầy đủ và có sự khác biệt lớn giữa các khu vực nông thôn và thành thị [9,10]. Một nghiên cứu tại Hà Nội cho thấy chỉ 35% các bà mẹ biết đến nguy cơ vàng da nhân, trong khi tại các tỉnh nông thôn, tỷ lệ này còn thấp hơn đáng kể [10].

Nam Định là một tỉnh có tỷ lệ người dân sống ở nông thôn cao và điều kiện kinh tế xã hội trung bình. Phụ nữ mang thai thường xuyên đối mặt với các vấn đề về tiếp cận dịch vụ y tế, việc nâng cao kiến thức về VDSL là một yêu cầu cấp thiết. Giáo dục sức khỏe có vai trò quan trọng trong việc cải thiện nhận thức và thay đổi hành

vi của các bà mẹ về chăm sóc trẻ sơ sinh. Tuy nhiên, trên địa bàn tỉnh Nam Định chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá thực trạng kiến thức của thai phụ; mặc dù điều này là nền tảng xây dựng các chương trình giáo dục sức khỏe và cải thiện chăm sóc trẻ sơ sinh. Do đó, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: “*Mô tả thực trạng kiến thức về vàng da sinh lý ở trẻ sơ sinh của thai phụ đến khám tại Bệnh viện Phụ sản tỉnh Nam Định năm 2024*”. Kết quả nghiên cứu sẽ đóng góp cơ sở khoa học để định hướng các chương trình can thiệp, nâng cao nhận thức của thai phụ về chăm sóc trẻ sơ sinh, góp phần giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong ở trẻ do vàng da.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Thai phụ đến khám tại Khoa Khám bệnh - Bệnh viện Phụ Sản tỉnh Nam Định từ tháng 12/2023 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Thai phụ từ đủ 18 tuổi tự nguyện đồng ý tham gia nghiên cứu. Thai phụ có khả năng giao tiếp bình thường để trả lời các câu hỏi.

Tiêu chuẩn loại trừ: Thai phụ có rối loạn về khả năng nhận thức. Thai phụ không có khả năng giao tiếp. Thai phụ gặp vấn đề cần cấp cứu gấp.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức

$$n = \frac{Z^2 \cdot 1 - \alpha / 2 \cdot pq}{d^2}$$

Trong đó:

n: số thai phụ tham gia nghiên cứu.

p: Tỷ lệ thai phụ có kiến thức đạt về theo dõi và xử trí vàng da sơ sinh, theo nghiên cứu của Hà Thị Duyên (2021) có 14,7% thai phụ có kiến thức đạt [11]. Do đó lấy p = 0,147.

d: Sai số cho phép, chọn d = 0,06.

Thay vào công thức trên có n = 133.

Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện. Trong thời gian tiến hành thu thập số liệu có 133 thai phụ đủ tiêu chuẩn lựa chọn tham gia vào nghiên cứu.

Công cụ và phương pháp thu thập số liệu

* Bộ công cụ gồm 2 phần

Phần A: Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu từ câu A1 đến câu A8.

Phần B: Kiến thức về vàng da sơ sinh từ câu B1 đến câu B13.

-Tiêu chuẩn đánh giá

+ Đánh giá điều kiện kinh tế: Dựa theo Thông tư 17/2021/TT-BLĐTBXH của Bộ Lao động, Thương binh và Xã hội, trong đó quy định mức thu nhập chuẩn nghèo đối với khu vực nông thôn là 1.500.000 đồng/tháng và khu vực thành thị là 2.000.000 đồng/tháng [12].

✓ Những đối tượng được đánh giá có điều kiện kinh tế < trung bình khi họ sống ở khu vực nông thôn và có mức thu nhập bình quân đầu người của hộ gia đình dưới 1.500.000 đồng/tháng hoặc sống ở khu vực thành thị với mức thu nhập bình quân đầu người của hộ gia đình dưới 2.000.000 đồng/tháng.

✓ Những đối tượng được đánh giá có điều kiện kinh tế ≥ trung bình khi họ sống ở khu vực nông thôn và có mức thu nhập bình quân đầu người của hộ gia đình ≥ 1.500.000 đồng/tháng hoặc sống ở khu vực thành thị với mức thu nhập bình quân đầu người của hộ gia đình ≥ 2.000.000 đồng/tháng.

+ Đánh giá kiến thức: Đối tượng nghiên cứu tham gia trả lời phiếu điều tra với mỗi câu trả lời đúng được 1 điểm, trả lời sai hoặc không biết được 0 điểm. Phiếu điều tra gồm 13 câu hỏi liên quan đến kiến thức về VDSL của trẻ sơ sinh. Trong đó có 7 câu hỏi nhiều đáp án. Tổng điểm kiến thức tối đa là 24 điểm. Mức độ kiến thức đạt khi trả lời đúng từ 50% câu hỏi trở lên (tương đương với thai phụ trả lời được ≥ 12

điểm). Mức độ kiến thức chưa đạt trả lời đúng dưới 50% câu hỏi (tương đương với thai phụ trả lời được từ 11 điểm trở xuống).

* Phương pháp thu thập số liệu: Phỏng vấn trực tiếp bằng phiếu điều tra được thiết kế sẵn. Đối tượng nghiên cứu trả lời câu hỏi và điều tra viên ghi lại vào phiếu thu thập số liệu.

Đánh giá tính giá trị của bộ công cụ: Thử nghiệm bộ công cụ nghiên cứu sẽ được thực hiện trước khi bắt đầu thu thập số liệu. Tiến hành điều tra thử 15 thai phụ theo tiêu chuẩn lựa chọn (15 thai phụ này sẽ không tham gia vào đối tượng nghiên cứu được điều tra sau đó) để xác định tính sát thực, khả năng áp dụng của bộ công cụ thu thập số liệu, phân tích kết quả thu được, hiệu chỉnh bộ công cụ bám sát và đúng với đối tượng nghiên cứu. Xác định độ tin cậy của bộ công cụ bằng cách xác định hệ số

Cronbach's alpha, kết quả thu được phân khảo sát kiến thức có hệ số Cronbach's alpha = 0,71.

Phương pháp phân tích số liệu: Số liệu được làm sạch sau đó được nhập và phân tích trên phần mềm thống kê y học SPSS 20.0 và test thống kê y học.

3. Đạo đức nghiên cứu

Việc thực hiện nghiên cứu được Hội đồng khoa học Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định đồng ý thông qua và được sự chấp thuận cho phép tiến hành nghiên cứu, thu thập số liệu của Bệnh viện Phụ Sản tỉnh Nam Định. Nghiên cứu chỉ thực hiện với đối tượng đồng ý tham gia nghiên cứu. Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được đảm bảo giữ bí mật. Tất cả thai phụ tham gia nghiên cứu được giải thích cụ thể, rõ ràng về mục đích, nội dung nghiên cứu và ký vào bản đồng thuận.

III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Thông tin chung (n=133)

Đặc điểm	Phân loại	n	%
Tuổi	Từ 18 – 35 tuổi	117	88
	≥ 36 tuổi	16	12
Trình độ học vấn	< THPT	13	9,8
	≥ THPT	120	90,2
Nơi ở	Thành thị	56	42,1
	Nông thôn	77	57,9
Điều kiện kinh tế	< Trung bình	0	0
	≥ Trung bình	133	100
Mang thai lần thứ mấy	Lần đầu	56	42,1
	≥ 2	77	57,9

Phần lớn đối tượng thuộc nhóm tuổi từ 18 - 35 tuổi, chiếm 88%. Đa số các đối tượng có trình độ học vấn ≥ THPT (90,2%); sống ở nông thôn (57,9%) và đều có điều kiện kinh tế ổn định ≥ trung bình với tỷ lệ mang thai lần thứ 2 trở lên chiếm 57,9%.

Bảng 2: Kiến thức đúng về vàng da sơ sinh (n = 133)

Nội dung		Kiến thức đúng	
		n	%
Cách nhận biết VDSL	Nhìn da, củng mạc (lòng trắng) mắt của trẻ	61	45,9
	Ấn vào da của trẻ	34	25,6
	Quan sát trẻ dưới ánh sáng tự nhiên	99	74,4
	Quan sát trẻ dưới ánh sáng trắng	84	63,2
Nguy cơ gây VDSL	Trẻ bú kém hoặc không bú được sữa mẹ	45	33,8
	Trẻ đẻ non	68	51,1
Xử trí khi phát hiện trẻ vàng da	Đưa con đến cơ sở y tế	109	82
Biểu hiện vàng da nặng	Trẻ bú kém, lơ đờ, quấy khóc	48	36,1
	Trẻ đi phân bạc màu	13	9,8
	Vàng nhanh đến bụng, đùi, tay, chân	45	33,8
Phòng ngừa VDSL	Tắm nắng	48	36,1
	Bú mẹ tăng cường	34	25,6

Trong số các cách nhận biết VDSL, có 74,4% đối tượng biết quan sát trẻ dưới ánh sáng tự nhiên, 63,2% biết quan sát dưới ánh sáng trắng, 45,9% biết nhìn vào da, củng mạc mắt, và 25,6% biết ấn vào da trẻ để kiểm tra.

Về yếu tố nguy cơ, 51,1% nhận biết trẻ đẻ non và 33,8% xác định trẻ bú kém hoặc không bú mẹ. Khi phát hiện trẻ vàng da, 82% cho biết sẽ đưa trẻ đến cơ sở y tế.

Với biểu hiện vàng da nặng, 36,1% biết dấu hiệu trẻ bú kém, lơ đờ, quấy khóc; 33,8% nhận biết vàng lan nhanh; chỉ 9,8% biết dấu hiệu trẻ đi phân bạc màu.

Về phòng ngừa, 36,1% cho rằng tắm nắng và 25,6% biết bú mẹ tăng cường là biện pháp phòng VDSL.

Bảng 3: Kiến thức về VDSL (n=133)

Nội dung		Kiến thức đúng		Kiến thức sai		Không biết	
		n	%	n	%	n	%
Thời điểm mắc VDSL	Trong vòng 24-72h sau sinh	50	37,6	27	20,3	56	42,1
Thời gian kết thúc VDSL	10 – 14 ngày	40	30,1	33	24,8	60	45,1
Nguyên nhân gây VDSL	Do sự tích tụ bilirubin	41	30,8	36	27,1	56	42,1

Khi được hỏi về thời điểm xuất hiện VDSL ở trẻ, có 37,6% đối tượng trả lời đúng là từ 48 - 72h sau sinh; tuy nhiên, vẫn có 42,1% đối tượng không biết về thời điểm trẻ mắc vàng da sinh lý. Có 30,1% đối tượng trả lời đúng thời điểm kết thúc VDSL ở trẻ là từ 10 - 14 ngày và có 45,1% đối tượng không biết về thời điểm kết thúc VDSL ở trẻ.

Đối với câu hỏi về nguyên nhân gây VDSL ở trẻ, có 30,8% đối tượng trả lời đúng rằng do sự tích tụ bilirubin gây ra và 42,1% đối tượng không biết nguyên nhân.

Bảng 4: Mức độ kiến thức về VDSL (n=133)

Nội dung	n	%
Kiến thức đạt	40	30,1
Kiến thức không đạt	93	69,9

Trong 133 đối tượng tham gia vào nghiên cứu, đa số đối tượng có kiến thức không đạt chiếm tỷ lệ 69,9%; số đối tượng có kiến thức đạt chỉ chiếm tỷ lệ 30,1%.

Bảng 5: Điểm trung bình chung kiến thức của đối tượng nghiên cứu (n=133)

Nội dung	Min	Max	M $\pm$ SD
Tổng điểm kiến thức của đối tượng	0	23	8,48 $\pm$ 6,143

Tổng điểm kiến thức của đối tượng nghiên cứu thấp nhất là 0 điểm, cao nhất là 23 điểm, trung bình là 8,48; độ lệch chuẩn SD là 6,143.

IV. BÀN LUẬN

Phần lớn đối tượng nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 18 - 35 tuổi chiếm 88%. Đa số các đối tượng có trình độ học vấn $\geq$ THPT (90,2%) và sống ở nông thôn (57,9%). Tất cả đối tượng tham gia nghiên cứu đều có điều kiện kinh tế ổn định $\geq$ trung bình, tỷ lệ mang thai lần thứ 2 trở lên chiếm 57,9%.

Kết quả nghiên cứu cho thấy tỷ lệ lớn các thai phụ tham gia có kiến thức chưa đạt về VDSL (69,9%), với điểm trung bình thấp (8,48/23 điểm). Điều này phản ánh mức độ nhận thức hạn chế về vấn đề sức khỏe quan trọng này trong cộng đồng. Tương tự, các nghiên cứu tại Ghana và Ấn Độ cũng cho thấy tỷ lệ thấp về kiến thức của các bà mẹ về vàng da sơ sinh, đặc biệt ở các khu vực có điều kiện kinh tế và trình độ học vấn không cao [1],[7]. Cụ thể, nghiên cứu của Sarici SU et al. chỉ ra rằng, tỷ lệ vàng da sơ sinh có thể cao hơn ở những khu vực thiếu sự giáo dục về sức khỏe, và kiến thức của các bà mẹ đóng vai trò quan trọng trong việc nhận diện và quản lý bệnh vàng da sơ sinh [1]. Nghiên cứu của Owa JA và Olusanya BO cũng chỉ ra rằng, những khu vực có tỷ lệ vàng da cao thường thiếu kiến thức về các dấu hiệu vàng da và các phương pháp điều trị hiệu quả [7].

Về cách nhận biết VDSL, 45,9% các thai phụ dựa vào quan sát da và cũng mạc mắt trẻ, trong khi 74,4% biết quan sát trẻ dưới ánh sáng tự nhiên. Mặc dù tỷ lệ này khá cao, song vẫn cần cải thiện sự hiểu biết để đảm bảo nhận diện chính xác. Việc không nhận biết được các điều kiện ánh sáng phù hợp có thể dẫn đến phát hiện muộn hoặc bỏ sót triệu chứng vàng da [3], [9].

Kiến thức về yếu tố nguy cơ của VDSL cũng còn hạn chế. Chỉ 33,8% nhận thức được bú kém hoặc không bú mẹ là một yếu tố nguy cơ, và 51,1% biết trẻ sinh non có nguy cơ cao. Điều này nhấn mạnh nhu cầu cần thiết về giáo dục sức khỏe tập trung vào các yếu tố nguy cơ phổ biến, giúp cha mẹ có khả năng phòng ngừa và xử lý kịp thời [2], [5].

Về các triệu chứng nghiêm trọng cần can thiệp y tế, chỉ 9,8% biết dấu hiệu phân bạc màu và 33,8% biết vàng da lan nhanh đến bụng, đùi. Đây là dấu hiệu quan trọng để phát hiện và điều trị kịp thời, tránh các biến chứng nghiêm trọng như kernicterus. Tình trạng tương tự cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu ở châu Phi và các nước đang phát triển, nơi nhận thức về vàng da bệnh lý còn thấp [4], [7], [10].

Trong phòng ngừa VDSL, chỉ 48% biết tắm nắng và 25,6% biết bú mẹ tăng cường là các biện pháp hiệu quả. Điều này cho thấy các

chương trình giáo dục cần nhấn mạnh hơn về biện pháp phòng ngừa đơn giản nhưng hiệu quả, như được khuyến nghị bởi NICE và các tổ chức y tế quốc tế [6], [9].

Tóm lại, nghiên cứu này cho thấy kiến thức về vàng da sơ sinh của thai phụ tại Nam Định còn hạn chế. Kết quả nghiên cứu này là cơ sở cho việc xây dựng các chương trình can thiệp giáo dục tập trung vào việc nhận diện đầy đủ các dấu hiệu vàng da bệnh lý, đặc biệt là các dấu hiệu nguy hiểm như trẻ bú kém, lừ đừ, đi phân bạc màu. Đồng thời, cần mở rộng truyền thông về các biện pháp xử trí ban đầu và khuyến khích thai phụ chủ động đưa trẻ đến khám tại cơ sở y tế khi có biểu hiện bất thường. Việc triển khai các chương trình giáo dục sức khỏe, hội thảo tại bệnh viện và trong cộng đồng là cần thiết để nâng cao nhận thức, cải thiện sức khỏe trẻ sơ sinh và giảm nguy cơ các biến chứng do vàng da không được xử lý kịp thời [3], [8].

IV. KẾT LUẬN

Kiến thức về VDSL của thai phụ tại Nam Định ở mức thấp, với tỷ lệ lớn đối tượng có kiến thức chưa đạt (69,9%) và điểm trung bình thấp (8,48/23 điểm). Điều này phản ánh sự thiếu hụt trong giáo dục sức khỏe cho các thai phụ và bà mẹ. Cần thiết lập các chương trình giáo dục nâng cao nhận thức về chăm sóc sức khỏe trẻ sơ sinh để giảm nguy cơ biến chứng do vàng da gây ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sarici SU**, et al. *Incidence, course, and prediction of hyperbilirubinemia.* Pediatrics. 2004;113(4):775–80.
2. **Olusanya BO, Kaplan M, Hansen TWR.** *Neonatal hyperbilirubinemia: A global perspective.* Lancet Child Adolesc Health. 2018;2(8):610–20.
3. **Trần Văn Bình, Lê Minh Đức.** *Tình hình nhận thức và thực hành của các bà mẹ về vàng da sơ sinh.* Tạp chí Y học Dự phòng. 2021;31(6):67–74.
4. **Slusher TM**, et al. *Burden of severe neonatal jaundice.* BMJ Paediatr Open. 2017;1(1):e000105.
5. **Bhutani VK**, et al. *PredischARGE screening for severe neonatal hyperbilirubinemia.* J Pediatr. 2013;162(3):477–82.
6. **Kliegman RM**, et al. *Nelson Textbook of Pediatrics.* 20th ed. Philadelphia: Elsevier; 2016.
7. **Owa JA, Olusanya BO.** *Neonatal jaundice: Management practices.* Ann Trop Paediatr. 2010;30(1):25–32.
8. **Nguyễn Thị Lan, Đặng Văn Hải.** *Nghiên cứu kiến thức và thực hành của phụ nữ mang thai về vàng da sơ sinh.* Tạp chí Y học Thực hành. 2023;37(9):45–52.
9. **Rennie JM**, et al. *Neonatal jaundice: NICE guidance.* BMJ. 2010;340:c2409.
10. **Kaplan M**, et al. *Hyperbilirubinemia and kernicterus: Lessons learned.* Clin Perinatol. 2015;42(3):599–613.
11. **Hà Thị Duyên.** (2021). *Thay đổi kiến thức và thái độ về vàng da sơ sinh của các thai phụ sau giáo dục sức khỏe tại khoa Phụ Sản - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Quảng Ninh năm 2021.* Tạp chí Y học Việt Nam, 4, 380. <https://doi.org/10.54436/jns.2021.4.380>.
12. **Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội** (2021). *Thông tư số 17/2021/TT-BLĐTBXH hướng dẫn xác định chuẩn nghèo, cận nghèo và các tiêu chí đánh giá hộ nghèo, hộ cận nghèo.* Cổng Thông tin điện tử Bộ Lao động - Thương binh và Xã hội. Truy cập từ: <https://www.molisa.gov.vn>

SUMMARY

**CURRENT STATUS OF KNOWLEDGE ABOUT PHYSIOLOGICAL JAUNDICE
IN NEWBORN INFANTS OF PREGNANT WOMEN EXAMINED
AT NAM DINH PROVINCIAL OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL IN 2024**

A cross-sectional descriptive study was conducted on 133 pregnant women aged 18–35 at Nam Dinh Maternity Hospital in 2024 to assess their knowledge of neonatal physiological jaundice (VDSL). The results indicated that their understanding of VDSL was limited, with only 30.1% achieving a satisfactory level of knowledge, while 69.9% remained unsatisfactory. The total knowledge score ranged from 0 to 23, with a mean of 8.48 ± 6.143 . Notably, the proportion of pregnant women who recognized basic symptoms such as yellowing of the skin and eyes (45.9%), preventive measures such as sunlight exposure (48%), and the main cause being bilirubin accumulation (30.8%) remained low. Particularly concerning, only 9.8% were aware of severe warning signs such as pale stools. These findings highlight a gap in maternal health education, emphasizing the need for awareness-raising programs to improve the recognition and management of physiological jaundice, ultimately reducing the risk of complications in newborns.

Keywords: neonatal jaundice, maternal knowledge, infant care.