

دانش مادران در مراقبت از نوزاد و ارتباط آن با عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی

مهناز سهرابی^۱، محمد ارشدی بستان‌آباد^۲، فاطمه قربانی^۳

تاریخ دریافت ۱۴۰۳/۰۵/۱۰ تاریخ پذیرش ۱۴۰۳/۱۰/۰۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: مادر فرد کلیدی و مراقب اصلی در حفظ سلامت و رفع نیازهای فیزیولوژیک و روانی نوزاد خود است. عوامل مختلفی می‌تواند دانش مادر در مراقبت از نوزاد را متأثر سازد. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین دانش مادران در مراقبت از نوزاد و ارتباط آن با عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی انجام گرفت.

مواد و روش کار: مطالعه توصیفی حاضر بر روی ۲۸۳ مادر نخست‌زا با نمونه‌گیری در دسترس با استفاده از پرسشنامه سنجش دانش مراقبت از نوزاد و پرسشنامه تعیین متغیرهای فردی، اجتماعی و فرهنگی انجام شد. تحلیل داده‌ها با آمار توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ انجام یافت.

یافته‌ها: سطح دانش مراقبتی مادران متوسط (۵۲/۳ درصد) بود. بین منبع دریافت اطلاعات، تصمیم مادر بر استمرار شیردهی، رعایت بهداشت دست، سن مادر، سن باردارشدن، شغل و تحصیلات مادر، درآمد، شغل و تحصیلات همسر، داشتن حامی، دریافت آموزش، زایمان در بیمارستان خصوصی و پذیرش باورهای فرهنگی ایمن با دانش مراقبتی مادر ارتباط مثبت و معنی‌داری یافت شد ($p < 0/05$).

بحث و نتیجه‌گیری: نظر به سطح دانش متوسط مادران و تأثیر عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی بر آن، امید است در سایه اقدامات مناسب با لحاظ نمودن عوامل تسهیل‌کننده و مداخله‌گر مؤثر تعیین‌شده در این حیطه باهدف قرار دادن مادران آسیب‌پذیر، توجه به تفاوت‌های فردی، اجتماعی و فرهنگی مادران، عنایت به نقش مراقبت خانواده محور، تقویت آموزش‌های دوران بارداری و بعد زایمان زمینه مساعدی جهت ارتقاء دانش مادران فراهم شود.

کلیدواژه‌ها: مراقبت از نوزاد و عوامل مؤثر، دانش، مادر

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و دوم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۸۲، آذر ۱۴۰۳، ص ۷۴۶-۷۳۳

آدرس مکاتبه: گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران، تلفن: ۰۴۱-۳۳۸۹۳۳۱۴

Email: Arshadi_m@yahoo.com

مقدمه

چهار هفته اول تولد، دوره نوزادی است (۱) که یکی از حساس‌ترین و آسیب‌پذیرترین مراحل زندگی است که نیازمند شناخت صحیح و ارائه مراقبت‌های دقیق است (۲). در این دوره نوزادان با بیشترین خطر عوارض و مرگومیر در نتیجه عوامل زیستی، محیطی، اجتماعی، اقتصادی و فرهنگی مواجه‌اند (۳)، بنابراین با مراقبت صحیح و به‌موقع از نوزاد می‌توان از این خطرات پیشگیری نمود (۴).

مادر فردی کلیدی و مراقب اولیه و اصلی در حفظ سلامت و رفع نیازهای فیزیولوژیک و روانی نوزاد خود است (۵). بنابراین مراقبت از نوزاد به دانش، مهارت و نگرش مادر وابسته است (۶، ۷). طبق نتایج مطالعات، دانش مادران به‌ویژه مادران نخست‌زا در زمینه

مراقبت‌های ضروری دوره نوزادی و نحوه برخورد صحیح با مشکلات نوزادان در این دوره می‌تواند موجب افزایش اعتمادبه‌نفس و ارتقاء عملکرد مادران و کاهش باورهای عامیانه، غیرعلمی و سنتی در مراقبت از نوزاد و در نتیجه کاهش عوارض و مرگومیر نوزادان شود (۲، ۸، ۹).

ناآگاهی مادران نخست‌زا در مورد نحوه مراقبت از نوزاد، فرآیند رشد، ویژگی‌های نوزاد طبیعی، رفتارها و بیماری‌های نوزاد باعث ایجاد اضطراب در مادر، کاهش لذت مادر شدن و تأثیر منفی بر دل‌بستگی مادر و نوزاد شده (۱۰) و منشأ ناامیدی و خستگی برای آنان است (۱۱). اکثر عوارض و مرگومیر نوزادان نیز در نتیجه فقدان آگاهی، دانش ناکافی و خطاهای مراقبت از نوزاد توسط مادر یا مراقبین نوزاد حادث می‌شود (۱۲).

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت‌های ویژه نوزادان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران^۲ دانشیار گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران (نویسنده مسئول)^۳ گروه پرستاری کودکان، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

مراقبت از نوزاد و ارتباط آن با عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی انجام گرفت.

مواد و روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی-همبستگی بر روی ۲۸۳ مادر نخست‌زا با نمونه‌گیری در دسترس، از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز جامع سلامت سطح شهر تبریز در روزهای ۱۵-۱۰ بعد زایمان بود.

با توجه به مطالعه توصیفی مشابه (۳۲) و لحاظ سطح معنی‌داری (۰/۰۵) و خطای معیار ۵ درصد و وضعیت آگاهی مناسب (۲۳/۳۳٪) و سطح آگاهی ناکافی (۷۶/۶۷٪) (q=)، تعداد نمونه موردنیاز برای مطالعه ۲۷۴ نفر محاسبه گردید که طی مطالعه و تکمیل پرسشنامه از ۲۸۳ نفر نمونه‌گیری به عمل آمد.

$$n = \frac{pqz^2}{d^2}$$

معیارهای ورود به مطالعه: تمایل به شرکت در پژوهش، نخست‌زا بودن، داشتن نوزادترنم تک قلو سالم، ثبات شرایط جسمانی و روانی مادر و مراجعه مادر به مراکز جامع سلامت شهر تبریز در روزهای ۱۵-۱۰ بعد زایمان ب، عدم بستری طولانی‌مدت نوزاد، عدم وقوع حادثه ناگوار برای مادر طی سه ماه قبل از شروع مطالعه و عدم داشتن سابقه سوءمصرف مواد در مادر بود. تکمیل ناقص پرسشنامه به میزان ۲۰ درصد به‌عنوان معیارهای خروج در نظر گرفته شد.

ابزار مطالعه شامل دو پرسشنامه بود: جهت سنجش دانش مراقبتی مادر از نوزاد، از پرسشنامه تهیه‌شده در مطالعه باقری و همکاران (۳۳) استفاده شد. تعداد سؤالات پرسشنامه در مطالعه حاضر بعد انجام روایی محتوی توسط اساتید صاحب‌نظر در این زمینه از ۲۵ سؤال به ۳۲ سؤال افزایش یافت. پرسشنامه حاوی سؤالاتی در زمینه ویژگی‌های یک نوزاد سالم، معیارهای رشد طبیعی نوزاد، تغذیه با شیر مادر، زردی، واکسیناسیون، برنامه‌های غربالگری نوزاد، مراقبت‌های بهداشتی، مشکلات رایج نوزادان، ماساژ، رشد و تکامل، علائم هشداردهنده خطر و پیشگیری از حوادث است. تمامی سؤالات تنها دارای یک پاسخ صحیح بودند که برای پاسخ‌های صحیح نمره (۳)، پاسخ‌های غلط نمره (۱-) و نمی‌دانم نمره (صفر) تعلق گرفت. بدین ترتیب مادران از بعد آگاهی درباره مراقبت از نوزاد، در چهار گروه خیلی ضعیف (نمرات ۳- تا صفر)، ضعیف (نمرات صفر تا ۳۲)، متوسط (نمرات ۳۲ تا ۶۴) و خوب (نمرات ۶۴ تا ۹۶) تقسیم‌بندی شدند.

پرسشنامه دوم: تعیین متغیرهای فردی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر دانش مراقبتی مادر از نوزاد که توسط پژوهشگر طراحی شده است، دارای ۴ سؤال در مورد تعیین متغیرهای نوزاد (سن، جنس، وزن نوزاد)، ۱۵ سؤال در زمینه تعیین عوامل فردی مادر (رتبه تولد،

در بیشتر موارد مشکلات نوزادان پس از ترخیص از بیمارستان بروز می‌یابد و مادر اولین فردی است که قادر به تشخیص این مشکلات است، بنابراین برخورداری مادران از دانش کافی برای شناسایی مشکلات شایع دوران نوزادی ضروری است (۱۳).

در زمینه مراقبت از نوزاد نمی‌توان تأثیر باورهای فرهنگی و سنتی را نادیده گرفت (۱۴). به‌طوری‌که یکی از پرکاربردترین دوره‌های اعمال عقاید فرهنگی و سنتی دوران نوزادی است (۱۵-۱۷). برخی از اقدامات سنتی هیچ آسیبی به نوزاد نمی‌رساند، درحالی‌که برخی دیگر ممکن است در کوتاه‌مدت یا درازمدت تهدید جدی برای سلامت نوزادان باشد (۱۸).

طبق آمار موجود ۹۹ درصد از مرگ‌ومیر نوزادان در کشورهای درحال‌توسعه اتفاق می‌افتد (۱۹). در جوامعی که در کنار فقر و محدودیت دسترسی به خدمات بهداشتی، شیوه‌های نادرست مراقبتی و مغایر با توصیه‌های WHO مثل استحمام فوری، استعمال مواد سنتی روی بند ناف، تأخیر در شروع شیردهی، دور ریختن آغوز و دادن تغذیه قبل شیردهی به نوزادان در فرهنگ بسیاری از این کشورها رایج است که می‌تواند سلامت و بقای نوزادان را متأثر سازد (۲۰، ۶).

در زمینه تأثیر باورهای فرهنگی و سنتی در مراقبت از نوزاد نیابستی از نقش مادربرزرها در این میان غافل شد (۲۱). آن‌ها نقش یک مراقب جایگزین برای نوه‌های خود (۲۲، ۲۳) و مبلغ باورهای سنتی و فرهنگی را دارند (۲۴). بنابراین با توجه به تأثیر مادربرزرها و جامعه اجتماعی گسترده بر زندگی والدین و کودکان تأثیر دانش، نگرش و تجربه این قشر از جامعه در مراقبت از نوزاد نباید نادیده گرفته شود (۲۵).

در کنار عوامل مذکور، شرایط فردی و اجتماعی منحصربه‌فرد مادران نیز درخور توجه است. چنانچه سطح اضطراب (۲۰)، اعتمادبه‌نفس مادر (۲۶)، بارداری و فرآیند مادری در سن نوجوانی و پیامدهای منفی حاصل از آن (۲۷)، حمایت اجتماعی از جانب خانواده، دوستان و جامعه (۲۸، ۲۹)، فاصله از مراکز بهداشتی (۳۰)، سن، تحصیلات، اشتغال، محل سکونت، دفعات حاملگی و ... می‌تواند سطح دانش مراقبتی مادر از نوزاد را متأثر سازد (۳۱).

بنابراین با توجه به اهمیت دوره نوزادی و نظر به تبعات دانش کم و نادرست مادر در کیفیت مراقبت از نوزاد از یک‌سو و تأثیرپذیری این رابطه از عوامل فردی، اجتماعی و فرهنگی و نبود مطالعه منحصر در این زمینه از سوی دیگر و با توجه به تفاوت‌های فردی، اجتماعی و به‌ویژه تفاوت‌های فرهنگی در جوامع مختلف و تأثیر متفاوت این عوامل بر دانش مراقبتی مادر از نوزاد انجام این مطالعه ضروری به نظر می‌رسد. لذا مطالعه حاضر باهدف تعیین دانش مادران در

رضایت از زندگی زناشویی و جنسیت نوزاد، منابع دریافت اطلاعات و ...، ۵ سؤال در زمینه تعیین عوامل فرهنگی و ۳۹ سؤال جهت بررسی عوامل اجتماعی (شامل تعیین متغیرهای دموگرافیک مادر و همسر، اطلاعات دوران بارداری و بعد زایمان، داشتن کمک مراقب و ...) است که سؤالات بر اساس مطالعه منابع مختلف مرتبط گردآوری شده است.

برای تعیین روایی صوری و محتوایی ابزار، پرسشنامه‌ها به ۱۰ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری و مامایی تبریز با در نظر گرفتن پیشینه علمی و پژوهشی آن‌ها داده شد. پس از دریافت نظرات و پیشنهادها، اصلاحات لازم بر روی ابزارها بر اساس بازخورد کسب شده اعمال و روایی پرسشنامه‌ها تأیید شد.

پایایی ابزار سنجش دانش مراقبتی مادر از نوزاد در مطالعه باقری (۳۳) به تأیید رسیده و دارای آلفای کرونباخ ۰/۷۶ است. برای تعیین پایایی ابزار دانش مراقبتی مادر از نوزاد در این پژوهش از روش دونیمه کردن^۱ استفاده شد که بعد تحلیل نتایج برابر با ۵۲ درصد محاسبه گردید.

برای اجرای پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم، پژوهشگر با مراجعه به سایت (www.tbzmed.ac.ir) ضمن دسترسی به لیست، آدرس و شماره تلفن کلیه مراکز سلامت مستقر در مناطق ۱۰ گانه شهر تبریز، در ساعات کاری به مراکز جامع سلامت مراجعه و بعد ارائه معرفی‌نامه و کسب اجازه از مسئول مرکز، از مادران مراجعه‌کننده به مراکز سلامت و دارای معیارهای ورود به مطالعه دعوت به همکاری نمود. محقق ضمن معرفی خود، توضیح اهداف و اهمیت مطالعه، تأکید بر مشارکت داوطلبانه و اطمینان دهی از نظر محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات کسب‌شده، از مادران واجد شرایط دعوت به همکاری نمود. در صورت تمایل به شرکت در پژوهش رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از مادران اخذ و پرسشنامه‌های مطالعه

جهت تکمیل تحویل مشارکت‌کنندگان شد یا به شکل مصاحبه توسط محقق با مادران در محیط مراکز تکمیل شد.

با توجه به محدودیت مراجعه مادران به مراکز جامع سلامت در روزهای مذکور و تعدد مراکز در سطح شهر جهت سهولت کار محقق به ۳ مرکز اصلی تعیین‌شده برای غربالگری هیپوتیروئیدی نوزادان مراجعه و ضمن هماهنگی با مسئول مرکز با دسترسی به شماره تماس و مشخصات مادران ضمن تماس با آنان و یادآوری ویزیت روزهای ۱۵-۱۰ بعد زایمان با معرفی خود و مطالعه و دعوت داوطلبانه از آنان برای شرکت در مطالعه به تسریع فرایند پژوهش کمک نمود.

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی (تعداد، درصد، میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون تی مستقل و آنالیز واریانس یک‌طرفه آنوا) استفاده شد. کلیه محاسبات آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ صورت گرفت و سطح معنی‌داری ($p < 0/05$) در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سطح دانش مادران در مراقبت از نوزاد متوسط بود (۵۲/۳ درصد). بیشترین میزان دانش مادران به ترتیب شامل: بهترین اقدام در زردی نوزاد، مصرف قطره مکمل، مراقبت از بند ناف، سن غربالگری هیپوتیروئیدی نوزاد، علائم خطر در نوزادان، واکسیناسیون و شیر آغوز بود. کمترین میزان آگاهی مادران نیز به ترتیب شامل: زمان طبیعی اولین دفع مدفوع و ادرار در نوزادان و زمان رسیدن وزن شیرخوار به دو برابر وزن تولد بود. فراوانی دانش مراقبتی مادران و سطح دانش آنان به ترتیب در جداول شماره ۱ و ۲ ارائه شده است.

جدول (۱): فراوانی دانش مادران مطالعه در حیطه‌های مختلف مراقبت از نوزاد

سؤالات	گزینه‌ها	تعداد (درصد)
ویژگی‌های یک نوزاد سالم	وزن طبیعی یک نوزاد سالم در هنگام تولد	۱۹۲(٪ ۶۷/۸)
	متوسط ساعت خواب شبانه‌روزی شیرخواران در ماه‌های اول تولد	۱۳۱(٪ ۴۶/۳)
	دمای طبیعی بدن نوزاد (زیر بغل)	۱۲۸(٪ ۴۵/۲)
	تعداد تنفس طبیعی یک نوزاد سالم	۹۴(٪ ۳۳/۲)
	زمان طبیعی اولین ادرار، در نوزاد سالم بعد تولد	۴۴(٪ ۱۵/۵)
	زمان طبیعی اولین مدفوع، در نوزاد سالم بعد تولد	۲۴(٪ ۸/۵)
معیارهای رشد طبیعی نوزاد	زمان برابر شدن وزن نوزاد با وزن موقع تولد	۹۹(٪ ۳۵)
	مدت‌زمان سیاه و خشک شدن بند ناف نوزاد	۷۵(٪ ۲۶/۵)

^۱ Split half

سؤالات	گزینه‌ها	تعداد (درصد)
	زمان استخوانی و بسته شدن ملاج جلویی سر شیرخوار	۵۸٪ (۲۰/۵)
	زمان رسیدن وزن شیرخوار به دو برابر وزن تولد	۱۷٪ (۶)
	شیر آغوز چیست	۲۲۵٪ (۷۹/۵)
	فواید آروغ زدن نوزاد بعد از خوردن شیر	۲۱۳٪ (۷۵/۳)
تغذیه با شیر مادر	مهم‌ترین علامت کفایت شیر مادر	۱۶۷٪ (۵۹)
	بهترین و راحت‌ترین وضعیت شیردهی نوزاد در روزهای اول پس از زایمان، بخصوص برای مادران سزارین شده	۸۷٪ (۳۰/۷)
	علت بروز میلیا یا جوش‌های سفید روی بینی، گونه و پیشانی نوزاد و اقدام مؤثر در این زمینه	۱۴۸٪ (۵۲/۳)
مشکلات رایج نوزادان	اقدام در موارد بروز استفراغ شیر پنی‌ری در نوزاد	۱۴۶٪ (۵۱/۶)
	علت برآمده و متورم بودن پستان نوزاد بعد تولد و اقدام مؤثر در این زمینه	۹۷٪ (۳۴/۳)
	راه‌های مختلف برقراری ارتباط عاطفی با شیرخوار	۱۰۲٪ (۳۶)
رشد و تکامل	زمان خیره شدن شیرخوار به چهره والدین جهت برقراری ارتباط و ایجاد لبخند اجتماعی	۸۱٪ (۲۸/۶)
	علت محتمل دست بردن شیرخوار به طرف گوش	۲۳٪ (۸/۱)
	بهترین اقدام در مورد نوزاد مبتلا به زردی	۲۶۶٪ (۹۴)
زردی	علت بروز زردی در نوزادان	۱۳۹٪ (۴۹/۱)
	خطرناک‌ترین نوع زردی نوزاد	۷۵٪ (۲۶/۵)
واکسیناسیون	زمان و مکان تزریق اولین واکسن نوزاد	۲۲۷٪ (۸۰/۲)
	اولین واکسن دریافتی نوزاد	۱۳۸٪ (۴۸/۸)
مراقبت‌های بهداشتی نوزاد	زمان شروع قطره مکمل ویتامین AD (آ+د) برای نوزاد	۲۴۶٪ (۸۶/۹)
	نحوه مراقبت صحیح از بند ناف	۲۴۰٪ (۸۴/۸)
علائم هشداردهنده	علائم خطر در نوزادان نیاز به مشورت فوری با پزشک	۲۳۶٪ (۸۳/۴)
	چند ساعت خواب مداوم نوزاد بدون بیدار شدن برای شیر خوردن نگران‌کننده است.	۱۰۰٪ (۳۵/۳)
برنامه‌های غربالگری نوزاد	سن غربالگری نوزاد از نظر کم کاری مادرزادی تیروئید	۲۳۹٪ (۸۴/۵)
ماساژ نوزاد	بهترین زمان ماساژ کودک	۹۳٪ (۳۲/۹)
پیشگیری از حوادث	بهترین وضعیت خواباندن شیرخوار در ماه‌های اول تولد	۱۱۸٪ (۴۱/۷)

جدول (۲): سطح دانش مادران مطالعه در مراقبت از نوزاد

وضعیت دانش	دامنه نمرات	تعداد (درصد)
خیلی ضعیف	۰-۳۲	۲٪ (۰/۷)
ضعیف	۳۲-۰	۱۳۲٪ (۴۶/۶)
متوسط	۳۲-۶۴	۱۴۸٪ (۵۲/۳)
خوب	۶۴-۹۶	۱٪ (۰/۴)

مطلوب و دارای منزل شخصی (۴۶ درصد) گزارش شد. همسر رنان دارای تحصیلات دانشگاهی (۴۳/۵ درصد) و شغل آزاد (۵۱/۶ درصد) بودند و غالباً (۵۵/۲ درصد) در مراقبت از نوزاد با مادر همکاری داشتند. اکثر افراد کمکی در مراقبت از نوزاد مادر رنان گزارش شد (۵۵ درصد).

بر اساس نتایج مطالعه سن فعلی بیشتر مادران (۶۱/۱ درصد) و سن بارداری اغلب آنان (۵۸/۷ درصد) ۲۰-۳۰ سال بود. اکثر آنان دارای تحصیلات دانشگاهی (۴۵/۹ درصد) و اغلب خانه‌دار (۸۵/۵ درصد) بودند. وضعیت درآمد اغلب خانواده‌ها (۶۴ درصد) تا حدی

مکان مراجعه اغلب مادران برای ویزیت‌های دوران بارداری مطب پزشک بود (۶۸/۶ درصد). حدود (۱۷/۷ درصد) مادران از آموزش‌های مراقبت نوزادی طی بارداری برخوردار بودند. محل زایمان اکثر مادران (۷۵/۷ درصد) بیمارستان خصوصی بود. اغلب مادران (۹۷/۵ درصد) و حامیان آنان (۵۷/۳ درصد) از آموزش‌های مراقبت نوزادی بعد زایمان بهره‌مند بودند. دریافت آموزش مراقبت از نوزاد توسط همسر (۱۰/۶ درصد) بود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر بین متغیرهای اجتماعی مادر شامل سن، سن باردارشدن، شغل و تحصیلات مادر، وضعیت درآمد، شغل و تحصیلات همسر، داشتن حامی، دریافت آموزش مراقبت از نوزاد بعد زایمان توسط مادر و حامیان وی و زایمان در بیمارستان خصوصی با دانش مراقبتی مادر از نوزاد ارتباط مثبت و معنی‌داری یافت شد ($p < 0/05$). توزیع ویژگی‌های جمعیتی و اجتماعی نمونه‌های مطالعه در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول (۳): توزیع ویژگی‌های جمعیتی - اجتماعی نمونه‌های مطالعه و ارتباط آن‌ها با دانش مراقبتی مادر

متغیر	دامنه	تعداد (درصد)	P-value
سن مادر	<۲۰	۳۹ (۱۳/۸٪)	۰/۰۰۶×
	۲۰-۳۰	۱۷۳ (۶۱/۱٪)	
	۳۰-۴۰	۶۸ (۲۴٪)	
	<۴۰	۳ (۱/۱٪)	
سن باردارشدن مادر	<۲۰	۵۲ (۱۸/۴٪)	۰/۰۰۱×
	۲۰-۳۰	۱۶۶ (۵۸/۷٪)	
	۳۰-۴۰	۶۳ (۲۲/۲٪)	
	<۴۰	۲ (۰/۷٪)	
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۳۷ (۱۳/۱٪)	۰/۰۰۰ ×
	دیپلم	۱۱۶ (۴۱٪)	
	دانشگاهی	۱۳۰ (۴۵/۹٪)	
شغل مادر	خانه‌دار	۲۴۲ (۸۵/۵٪)	×۰/۰۰۴
	شاغل در بخش دولتی	۱۳ (۴/۶٪)	
	شاغل در بخش خصوصی	۲۳ (۸/۱٪)	
	کار در منزل	۵ (۱/۸٪)	
وضعیت درآمد خانواده	مطلوب	۸۲ (۲۹٪)	×۰/۰۰۳
	تاحدی مطلوب	۱۸۱ (۶۴٪)	
	نامطلوب	۲۰ (۷٪)	
تحصیلات همسر	زیر دیپلم	۵۴ (۱۹٪)	×۰/۰۰۴
	دیپلم	۱۰۶ (۳۷/۵٪)	
	دانشگاهی	۱۲۳ (۴۳/۵٪)	
شغل همسر	بیکار	۵ (۱/۷٪)	×۰/۰۰۴۹
	کارگر	۶۳ (۲۲/۳٪)	
	کارمند	۶۹ (۲۴/۴٪)	
	شغل آزاد	۱۴۶ (۵۱/۶٪)	
همکاری همسر در مراقبت از نوزاد	بلی	۱۵۶ (۵۵/۲٪)	۰/۸۵
	تاحدودی	۱۰۲ (۳۶٪)	
	خیر	۲۵ (۸/۸٪)	

متغیر	دامنه	تعداد (درصد)	P-value
نسبت افراد حامی با مادر در مراقبت از نوزاد	همسر	۷۱٪ (۲۹/۶)	×۰/۰۰۶
	مادر	۱۳۲٪ (۵۵)	
	مادر شوهر	۲۳٪ (۹/۶)	
	خواهر	۷٪ (۲/۹)	
	سایر	۷٪ (۲/۹)	
مکان مراجعه مادر برای ویزیت‌های دوران بارداری	مرکز بهداشتی درمانی	۱۷٪ (۶)	۰/۲
	مطب پزشک	۱۹۴٪ (۶۸/۶)	
	هر دو	۷۲٪ (۲۵/۴)	
دریافت آموزش مراقبت از نوزاد طی دوران بارداری توسط مادر	بلی	۵۰٪ (۱۷/۷)	۰/۲۳
	خیر	۲۳۳٪ (۸۲/۳)	
محل زایمان مادر	بیمارستان خصوصی	۲۱۴٪ (۷۵/۷)	×۰/۰۰۴
	بیمارستان دولتی	۵۷٪ (۲۰)	
	بیمارستان سازمانی	۱۲٪ (۴/۲)	
دریافت آموزش مراقبت از نوزاد بعد زایمان توسط مادر	بلی	۲۷۶٪ (۹۷/۵)	۰/۰۳××
	خیر	۷٪ (۲/۵)	
دریافت آموزش مراقبت از نوزاد بعد زایمان توسط حامی مادر	بلی	۱۶۲٪ (۵۷/۳)	×۰/۰۲
	خیر	۱۱۱٪ (۳۹/۲)	
	نمی‌دانم	۱۰٪ (۳/۵)	
دریافت آموزش مراقبت از نوزاد بعد زایمان توسط همسر	بلی	۳۰٪ (۱۰/۶)	۰/۹۲
	خیر	۲۳۵٪ (۸۳)	
	نمی‌دانم	۱۸٪ (۶/۴)	
نوع زایمان	طبیعی	۵۶٪ (۱۹/۹)	۰/۰۸
	سزارین	۲۲۶٪ (۸۰/۱)	

آزمون تی مستقل

× آنالیز واریانس یک‌طرفه آنوا

منبع دریافت اطلاعات مادران اعضای خانواده (۵۲/۷ درصد) گزارش شد.

در مطالعه حاضر ارتباط مثبت و معنی‌داری بین متغیرهای فردی مادر شامل: منبع دریافت اطلاعات، تصمیم مادر برای استمرار مدت شیردهی نوزاد، زمان اتخاذ این تصمیم، فرد مشوق در این امر و اعتقاد به رعایت بهداشت دست با سطح دانش مراقبتی مادر از نوزاد به دست آمد ($p < ۰/۰۵$). اطلاعات مرتبط با ویژگی‌های فردی مادر در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

مطابق نتایج مطالعه تغذیه بیشتر نوزادان با شیر مادر بود (۶۹/۳ درصد) و اغلب مادران (۸۰/۴ درصد) تصمیم داشتند تغذیه نوزاد با شیر مادر را بیش از ۶ ماه ادامه دهند. زمان اتخاذ این تصمیم در اغلب مادران (۶۸ درصد) دوران بارداری مادر و مشوق اصلی این امر خود آنان بودند (۵۸/۷ درصد). بهترین روش کنترل عفونت در نوزاد شستن دست (۸۰/۹ درصد) عنوان شد. در اغلب موارد میزان استقبال مادران از دوره‌های آموزشی تا حدودی (۳۸/۵ درصد) و

جدول (۴): توزیع متغیرهای فردی مادران و ارتباط آن‌ها با دانش مراقبتی مادر از نوزاد			
متغیر	دامنه	تعداد (درصد)	P-value
تصمیم مادر برای استمرار شیردهی	کمتر از ۶ ماه	۴ (۱/۴)	×۰/۰۱۵
	تا ۶ ماه	۱۷ (۶/۱)	
	بیش از ۶ ماه	۲۲۵ (۸۰/۴)	
	نمی‌دانم	۳۴ (۱۲/۱)	
زمان تصمیم‌گیری مادر برای تغذیه نوزاد با شیر مادر	دوران بارداری	۱۹۱ (۶۸)	×۰/۰۱
	بعد زایمان	۶۹ (۲۴/۶)	
	نمی‌دانم	۲۱ (۷/۴)	
	خودم	۱۶۶ (۵۸/۷)	
مشوق اصلی مادر برای تغذیه نوزاد با شیر مادر	همسر	۶۴ (۲۲/۶)	×۰/۰۲
	خانواده و بستگان	۳۵ (۱۲/۴)	
	پزشک و کارکنان بهداشت	۱۸ (۶/۳)	
	بلی	۲۲۹ (۸۰/۹)	
اعتقاد مادر به رعایت بهداشت دست	خیر	۹ (۳/۲)	×۰/۰۴۷
	نظری ندارم	۴۵ (۱۵/۹)	
	بلی	۹۴ (۳۳/۲)	
استقبال مادر از کلاس‌های آموزشی مراقبت از نوزاد	تاحدودی	۱۰۹ (۳۸/۵)	۰/۳۳
	خیر	۸۰ (۲۸/۳)	
	اعضای خانواده	۱۴۹ (۵۲/۷)	
منابع دریافت اطلاعات مادر	بستگان و دوستان	۵ (۱/۸)	×۰/۰۰۴
	پزشک	۵۳ (۱۸/۷)	
	کارکنان مرکز بهداشت	۳۴ (۱۲)	
	رسانه‌های ارتباط جمعی	۴۲ (۱۴/۸)	
	بستگان و دوستان	۵ (۱/۸)	

× آنالیز واریانس یک‌طرفه آنوا

طبق نتایج مطالعه اغلب مادران (۳۷/۱ درصد) و همسر آنان (۳۸/۵ درصد) (طبق اظهار مادر) در صورتی تمایل به پذیرش باورهای فرهنگی - سنتی نزدیکان در مراقبت از نوزاد بودند که برای نوزاد آسیب‌زا نبود. غالباً توصیه سنتی نزدیکان در مورد درمان زردی نوزاد بوده است (۲۵/۸ درصد).

طبق نتایج مطالعه بین پذیرش باورهای فرهنگی ایمن توسط والدین با دانش مراقبتی مادر از نوزاد ارتباط مثبت و معنی‌داری گزارش شد ($p < ۰/۰۵$). وضعیت پذیرش باورهای فرهنگی در جدول شماره ۵ ارائه شده است.

جدول (۵): وضعیت باورهای سنتی - فرهنگی مادران مطالعه در زمینه مراقبت از نوزاد			
متغیر	نوع	تعداد (درصد)	P-value
پذیرش باورهای سنتی مادر در زمینه مراقبت از نوزاد	بلی	۵۰ (۱۷/۷)	×۰/۰۰۱
	خیر	۳۵ (۱۲/۳)	
	تا حدودی	۹۳ (۳۲/۹)	
	به شرطی که آسیب‌زا نباشد	۱۰۵ (۳۷/۱)	
	بلی	۴۵ (۱۵/۹)	×۰/۰۰۲

متغیر	نوع	تعداد (درصد)	P-value
پذیرش باورهای سنتی همسر در زمینه مراقبت از نوزاد	خیر	۵۱٪ (۱۸)	۰/۰۹۶
	تا حدودی	۷۱٪ (۲۵/۱)	
	به شرطی که آسیب‌زا نباشد	۱۰۹٪ (۳۸/۵)	
	نمی‌دانم	۷٪ (۲/۵)	
داشتن موقعیت پذیرش باورهای سنتی در مادر علی‌رغم میل باطنی	بلی	۴۵٪ (۱۵/۹)	×۰/۰۰۵
	تا حدودی	۸۲٪ (۲۹)	
	خیر	۱۵۶٪ (۵۵/۱)	
پیروی از باورهای سنتی منجر شونده به تأخیر در ارجاع و درمان نوزاد	بلی	۲۱٪ (۷/۴)	×۰/۰۰۵
	خیر	۲۱۴٪ (۷۵/۶)	
	نمی‌دانم	۴۸٪ (۱۷)	

× آنالیز واریانس یک‌طرفه آنوا

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، سطح دانش مادران در زمینه مراقبت از نوزاد متوسط (۵۲/۳ درصد) بود. با توجه به حساسیت بالا موضوع و ماهیت آسیب‌پذیر بودن نوزادان، این سطح از دانش مادران در مورد مراقبت از نوزاد مطلوب به نظر نمی‌رسد. در بررسی مشابه توسط حاج باقری میزان دانش مادران ۶۳ درصد (۳۴) و در پژوهش شریستا^۱ و همکاران نیز سطح دانش مادران ۵۶ درصد بود (۲۰) که نتایج مطالعات فوق در توافق با بررسی حاضر بوده و بیانگر نیاز به بررسی و شناخت علل و عوامل مؤثر بر آن و همچنین آموزش و مداخلات لازم در این زمینه است.

همچنین با توجه به نتایج ارائه شده در جدول یک که نشانگر کفایت دانش مادران در بعضی زمینه‌ها و نقص دانش آنان در حیطه‌های دیگر مراقبت از نوزاد بوده و بیانگر تمرکز بر بعضی آموزش‌ها و نادیده گرفتن سایر مطالب آموزشی است نیاز به بازنگری در محتوا و مطالب آموزشی موردنیاز مادران و تعیین نیازسنجی آموزشی آنان احساس می‌شود.

طبق نتایج پژوهش حاضر، سن بالای ۲۰ سال مادر، تجربه بارداری در بیشتر از ۲۰ سالگی، اشتغال و تحصیلات دیپلم و دانشگاهی مادر، وضعیت مطلوب درآمدی، داشتن همسر با تحصیلات دانشگاهی و کارمند، برخورداری از کمک مادر یا خواهر خود در مراقبت از نوزاد، زایمان در بیمارستان خصوصی و دریافت اطلاعات آموزشی توسط مادر و حامیان وی از جمله متغیرهای اجتماعی مؤثر بر کفایت دانش مراقبتی مادر از نوزاد بود.

مطالعات دیگر نیز بین سن، تحصیلات، اشتغال (۶)، شرایط اجتماعی - اقتصادی مطلوب مادر (۲۰) و تجربه اولین بارداری در

سنین بالای ۲۰ سالگی (۳۰) با دانش مراقبتی مطلوب مادر نتایج مشابه و هم‌راستا با مطالعه حاضر گزارش کرد. بنابراین می‌توان گفت با ایجاد زمینه برای تحصیل بهتر و رفع موانع در امر ادامه تحصیل، سطح اجتماعی - اقتصادی افراد و به تبع آن سطح و شیوه زندگی ارتقا می‌یابد که با مطالعه سایر محققین همسویی دارد (۳۵).

در خصوص دانش مراقبتی بالای مادران دارای همسر کارمند با تحصیلات دانشگاهی در قیاس با مادران دارای همسر کارگر با تحصیلات راهنمایی می‌توان گفت شغل همسر و میزان تحصیلات او باعث کفایت دانش مراقبتی مادران از نوزاد می‌گردد. گر چه در مطالعه حاج باقری (۱۳۹۵) شغل همسر تأثیر معنی‌داری بر دانش مراقبتی مادر از نوزاد نشان نداد که علت آن می‌تواند در نتیجه مورد ارزیابی قرار ندادن تحصیلات همسران در مطالعه مذکور باشد (۳۴). در توضیح ارتباط آماری معنی‌دار مبنی بر داشتن حامی و دریافت آموزش توسط مادر و حامیان وی بعد زایمان با دانش مراقبتی مطلوب مادر، در پژوهش ایوول^۲ و همکاران مادرانی که در طول مراقبت از کودک تحت نظارت زنان مسن‌تر بودند، نسبت به سایرین کمتر احتمال داشت که عملکرد ضعیف در مراقبت از کودک داشته باشند (۲۷)، همچنین مطابق مطالعه مداخله‌ای عبدالسلام (۲۰۱۹) (۷) و پژوهش عبدالمونیم سیان^۳ (۲۰۲۱) (۳۶) مادران پس از اجرای برنامه آموزشی از آگاهی بسیار خوبی در زمینه مراقبت از نوزاد برخوردار شدند.

مطالعه آیدام^۴ و همکاران (۲۰۲۰) نیز نشانگر تأثیر مثبت آموزش برای تغییر شیوه‌های تغذیه ناهینه نوزادان و کودکان خردسال در میان مادر بزرگ‌ها و ایجاد دانش و نگرش مثبت در آنان بود (۳۷). همچنین مطالعه قرایی و همکاران (۱۳۹۸) نیز نشان داد

³ Abd Elmoniem Syan

⁴ Aidam

¹ Shrestha

² Oyewole

که آموزش شیردهی با حضور مادر بزرگ‌ها در بهبود خودکارآمدی و موفقیت مادران در شیردهی در مقایسه با اجرای جلسات آموزش شیردهی بدون حضور مادر بزرگ‌ها مؤثر است که با نتایج مطالعه حاضر همسو است (۳۸) بنابراین بیانات فوق اهمیت حمایت اجتماعی و توجه به نقش مراقبت خانواده محور را مطرح می‌سازد. در بیان ارتباط آماری معنی‌دار بین دانش مراقبتی بالا مادران با زایمان آنان در بیمارستان‌های خصوصی می‌توان گفت وضعیت مطلوب اجتماعی - اقتصادی و سطح تحصیلات بالا باعث مراجعه بیشتر این قشر از مادران به بیمارستان خصوصی می‌شود، چنانچه در مطالعه حاضر اغلب مراجعین به مراکز خصوصی دارای تحصیلات دانشگاهی و وضعیت مطلوب و تاحدی مطلوب درآمدی بودند. طبق نتایج مطالعات مشابه (۶، ۲۰) و ازجمله مطالعه حاضر وضعیت مطلوب اقتصادی و سطح تحصیلات عالی، دانش مراقبتی کافی مادر را نیز به همراه دارد. بطوریکه نتایج مطالعه بهبودی نیز از جمله دلایل انتخاب بیمارستان خصوصی توسط اکثر مراجعین را وضعیت مطلوب اقتصادی و تحصیلات عالی آنان عنوان نمود (۳۹).

در خصوص متغیرهای فردی مؤثر بر کفایت دانش مراقبتی مادر از نوزاد طبق نتایج این مطالعه، مادران با گرایش به دریافت اطلاعات از رسانه ارتباط جمعی، مصمم بر رعایت شیردهی نوزاد بیش از ۶ ماه و معتقد به رعایت بهداشت دست در کنترل عفونت نوزاد دانش مراقبتی بالاتری داشتند. مطالعه مندل و قوش^۱ (۲۰۱۶) نیز نشان داد مادرانی که دانش خود را از رسانه‌های ارتباط جمعی دریافت می‌کردند در مقایسه با مادرانی که دانش خود را از بستگان، دوستان و متخصصان بهداشتی به دست می‌آوردند به‌طور معنی‌داری آگاهی کافی داشتند (۴۰) که هم‌راستا با مطالعه حاضر است. این یافته می‌تواند هم بیانگر تأثیر رسانه ارتباط جمعی بر ارتقاء دانش مراقبتی صحیح مادران و هم نشانگر شکاف ارتباطی و اطلاعاتی احتمالی موجود بین مادران و کادر درمان باشد.

در توضیح ارتباط دانش بالای مادر با تصمیم وی بر شیردهی نوزاد بیش از ۶ ماه شایان ذکر است درصد تغذیه انحصاری با شیر مادر در این پژوهش در مقایسه با مطالعه بابا احمدی و همکاران (۱۴۰۰) که شیوع شیردهی انحصاری ۴۹ درصد است بیشتر است (۴۱) و در قیاس باهدف جهانی ۲۰۳۰ (که نرخ تغذیه انحصاری ۷۰ درصد است) جای امیدواری است (۴۲). نتایج مطالعات نیز مؤید تأثیر آگاهی مادر بر قصد شیردهی انحصاری در وی است (۴۳). در ارتباط با اهمیت بهداشت دست با کفایت دانش مراقبتی مادر، نتایج مطالعه‌ای در اتیوپی نشانگر آگاهی اغلب مادران در مورد

شستن دست‌ها با آب تمیز و صابون قبل دست زدن به نوزاد است و اعتقاد و اقدام به شستن دست با مراقبت مؤثر از نوزاد مرتبط بود (۴۴) که هم‌سو با نتایج مطالعه حاضر است. شستن دست با آب و صابون توسط مادر و مراقبین نوزاد یکی از مؤثرترین و ارزان‌ترین روش‌ها برای پیشگیری از عفونت و انتقال بیماری‌های اسهالی و تنفسی در کودکان زیر ۵ سال و کاهش درصد مرگ‌ومیر در این گروه سنی است (۴۵، ۴۶).

در بیان متغیرهای فرهنگی مؤثر بر کفایت دانش مراقبتی مادر از نوزاد، مطابق نتایج این مطالعه والدینی که باورها و توصیه‌های سنتی ایمن نزدیکان را می‌پذیرفتند در مقایسه با همتایان خود که تابع کامل نزدیکان برای پذیرش باورهای سنتی در زمینه مراقبت از نوزاد بودند دانش مراقبتی بالاتری داشتند.

مطالعه قول^۲ و همکاران (۲۰۱۴) بیانگر استعمال مواد سنتی رو بند ناف، استفاده از سرمه روی چشم نوزاد، استحمام زودهنگام، شروع شیردهی با تأخیر، دور ریختن آغوز، استفاده از غذای پری لاکتال قبل شیردهی و درصد پایین تغذیه انحصاری نوزاد با شیر مادر است. درآمد نامطلوب خانواده و سطح تحصیلات پایین مادر با اتخاذ شیوه‌های نامطلوب مراقبت از نوزاد همراه بود. پوشش مطلوب مراقبت‌های دوران بارداری و انجام زایمان در سازمان‌های تعیین‌شده مراقبت ایمن از نوزاد را تضمین نمی‌کرد و سنت و فرهنگ نقش بسزایی در اتخاذ شیوه‌های نادرست و خطرناک مراقبتی از نوزاد داشت (۴۷).

در مطالعه درخشانی (۱۳۹۹) نیز امتناع از خروج از منزل تا روز چهارم بعد زایمان مادر، خودداری از شیردهی در ملاعام، خوراندن کره حیوانی به نوزاد جهت تسهیل دفع مکنونیم، دادن خاک‌رس و شیر ترنجبین جهت درمان زردی نوزاد، قنداق کردن، استفاده از غذای مقوی جهت افزایش شیر مادر، تأکید بر تغذیه نوزاد با شیر مادر و حمایت مادر توسط اطرافیان از باورها و عملکردهای سنتی بود (۴۸).

پژوهش آچیک‌گوز^۳ و همکاران (۲۰۱۴) نیز نشان داد شیوه‌های سنتی به‌طور گسترده توسط مادران ترک استفاده می‌شود که گاهی اوقات ممکن است مفید یا خطرناک باشد. طبق نتایج این پژوهش اکثر مادران اهمیت شیوه‌های سنتی برای نوزاد خود را مهم یا بسیار مهم دانسته و از آن در مراقبت از نوزاد استفاده کردند. دلایل این امر اعتقاد به مؤثر و ایمن بودن این روش‌ها، فشار خانواده، عدم اعتماد به کارکنان بهداشتی و یا محدودیت دسترسی به خدمات بهداشتی گزارش شد. افزایش سن و سطح تحصیلات مادر، اشتغال و درآمد کافی او میزان اهمیت به شیوه‌های سنتی، میزان استفاده

³ Acikgoz

¹ Mandal & Ghosh

² Gul

از روش‌های سنتی در صورت تجربه یک مشکل بهداشتی و تأثیر بزرگان خانواده بر تصمیم‌گیری در مورد کودک را به‌طور معنی‌داری کاهش داد. همچنین اهمیت و میزان استفاده از شیوه‌های سنتی در مادرانی که دارای ساختار خانواده هسته‌ای و بیمه سلامت بودند، در سنین بالا ازدواج کرده و بچه‌های کمی داشتند و در بیمارستان زایمان کرده بودند، به‌طور معنی‌داری کمتر بود (۴۹).

نتایج مطالعه آواشتی^۱ و همکارانش نیز درمان سنتی را عامل بزرگی در به تأخیر انداختن مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی عنوان کرد (۵۰).

نتایج مطالعات فوق در بعضی زمینه‌ها هم‌سو و در برخی موارد در تضاد با نتایج مطالعه حاضر است. گرچه باورهای فرهنگی اقوام به دلیل مدرنیته شدن زایمان، زایمان در بیمارستان و حضور پرستاران و ماماها تحصیل کرده کم‌رنگ شده یا به فراموشی سپرده شده است ولی هنوز هم باورهای مفید و حمایتی، باورهای منفی و باورهای خنثی در بین اقوام و مخصوصاً افراد ساکن در روستاها دیده می‌شود. بنابراین باید با شناسایی این سنت‌ها، رفتارهای نادرست و غیربهداشتی اصلاح و سنت‌هایی که ریشه در فرهنگ صحیح داشته، شناسایی و در جهت اعتلای سلامت مادران و نوزادان از آن‌ها استفاده شود.

لذا پرستاران و مراقبین سلامت باید با باورها و سنت‌های قدیمی آشنایی کامل داشته باشند تا بتوانند به بهترین و مؤثرترین نحو آموزش‌های لازم را به مادران به‌خصوص مادران جدید همراه با خانواده‌هایشان قبل ترخیص زائو از بیمارستان ارائه دهند و با ارتقاء آگاهی درست و عنوان نمودن بایدها و نبایدها در مراقبت از نوزاد زمینه لازم را برای تغییر رفتار و نگرش مثبت در این زمینه فراهم کنند (۵۱).

بر اساس نتایج مطالعه سطح دانش مادران در حد متوسط است لذا با توجه به تأثیر میزان آگاهی مادران در پیشگیری از بیماری و مرگ‌ومیر نوزادان طرح‌ریزی برنامه جامع آموزشی و سیاست‌گذاری‌های لازم توسط مسئولین ذی‌ربط جهت ارتقا دانش مراقبتی مادران از نوزاد، باهدف قرار دادن مادران آسیب‌پذیر از نظر متغیرهای فردی، اجتماعی و فرهنگی قبل و بعد زایمان، برگزاری کارگاه‌های آموزشی در این زمینه، اطلاع‌رسانی درست و تشویق مادران به شرکت در این برنامه‌ها ضرورت دارد. همچنین با توجه به کفایت دانش مراقبتی مادران در بعضی زمینه‌ها و نقص دانش آنان در حیطه‌های دیگر مراقبتی که نشانگر تمرکز بر بعضی آموزش‌ها و

نادیده گرفتن سایر مطالب آموزشی است نیاز به بازنگری در محتوا و مطالب آموزشی موردنیاز مادران، به روز کردن آموزش‌ها، تعیین نیازسنجی آموزشی مادران و آموزش کادر درمان بر اساس خلأهای موجود احساس می‌شود. ضمناً با توجه به تأثیری که پدران در رشد و تکامل نوزادان دارند (نظر به نادیده گرفتن نقش آنان در این مطالعه) باید به جایگاه پدران و نقش مراقبت خانواده محور توجه شود. با عنایت به شکاف ارتباطی و اطلاعاتی موجود بین مادران و مراقبین سلامت، کاهش مقبولیت و مراجعه محدود مادران به مراکز جامع سلامت طی بارداری و بعد زایمان و گرایش و ترجیح اکثر مادران به دریافت اطلاعات از اعضا خانواده در زمینه مراقبت از نوزاد (به‌جای کادر درمان) مطابق نتایج مطالعه حاضر این امر نیاز به علت‌یابی و مداخله مناسب دارد.

محدودیت‌های مطالعه: این مطالعه بر روی مادران نخست‌زا دارای نوزادترم تک‌قلو سالم در مراکز جامع سلامت انجام شد. بنابراین امکان پژوهش بر روی مادران چندزا و مادران دارای نوزاد نارس در بیمارستان و سایر محیط‌های اجتماعی از جمله روستاها میسر نشد، محدودیت فوق امکان تعمیم نتایج را با محدودیت مواجه می‌سازد.

تشکر و قدردانی:

بدین‌وسیله پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از مادران شرکت‌کننده در مطالعه و کارکنان مراکز بهداشتی درمانی تبریز به دلیل همکاری صمیمانه اعلام می‌دارند.

تضاد منافع:

نویسندگان اعلام می‌دارند در این مطالعه هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

منابع مالی:

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی مقطع کارشناسی ارشد مصوب در دانشکده پرستاری و مامایی تبریز است.

ملاحظات اخلاقی:

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد پرستاری مراقبت ویژه نوزادان با کد اخلاق IR.TBZMED.REC.1402.272 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی تبریز است.

¹ Awasthi

References

1. Verklan MT, Walden M. Core Curriculum for neonatal intensive care nursing-e-book. Elsevier Health Sciences; 2014.
2. Bowman KG. Postpartum learning needs. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 2005;34(4):438-43. <https://doi.org/10.1177/0884217505276054>
3. de Sá NER, Verde RMCL, do Nascimento MH, Soares LF, de Oliveira EH. Perfil hematológico de recém-nascidos de uma Unidade de Terapia Intensiva neonatal de Teresina-PI. *Rev Eletron Acervo Saude* 2019;11(1):e112-e. <https://doi.org/10.25248/reas.e112.2019>
4. Organization WH. WHO recommendations on newborn health: guidelines approved by the WHO Guidelines Review Committee. World Health Organization; 2017.
5. Hackman NM, Schaefer EW, Beiler JS, Rose CM, Paul IM. Breastfeeding outcome comparison by parity. *Breastfeed Med* 2015;10(3):156-62. doi: 10.1089/bfm.2014.0119. <https://doi.org/10.1089/bfm.2014.0119>
6. Memon J, Holakouie-Naieni K, Majdzadeh R, Yekaninejad MS, Garmaroudi G, Raza O, et al. Knowledge, attitude, and practice among mothers about newborn care in Sindh, Pakistan. *BMC Pregnancy Childbirth* 2019;19:1-9. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2479-0>
7. Abd El-Salam AA, Eldeeb AME-M, Saleh ASEM. Effect of instructional program on primipara mothers' knowledge regarding neonatal care. *Am J Nurs* 2019;7(3):256-61. <https://doi.org/10.12691/ajnr-7-3-4>
8. Alam AY, Qureshi AA, Adil MM, Ali H. Comparative study of knowledge, attitude and practices among antenatal care facilities utilizing and non-utilizing women. *J Pak Med Assoc* 2005;55(2):53-6.
9. Geta Hardido T, Atinafu Ataro B, Elfios E, Abuye TA, Kebede C. Knowledge and practice of healthcare providers and associated factors of essential newborn care in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Front Pediatr* 2024;12:1432582. doi: 10.3389/fped.2024.1432582.
10. Moran CF, Holt VL, Martin DP. What do women want to know after childbirth? *Birth* 1997;24(1):27-34. doi: 10.1111/j.1523-536x.1997.tb00333.x.
11. Kanotra S, D'Angelo D, Phares TM, Morrow B, Barfield WD, Lansky A. Challenges faced by new mothers in the early postpartum period: an analysis of comment data from the 2000 Pregnancy Risk Assessment Monitoring System (PRAMS) survey. *Matern Child Health J* 2007;11:549-58. <https://doi.org/10.1007/s10995-007-0206-3>
12. Weiner E, Billamay S, Partridge J, Martinez A. Antenatal education for expectant mothers results in sustained improvement in knowledge of newborn care. *J Perinatol* 2011;31(2):92-7. <https://doi.org/10.1038/jp.2010.108>
13. Egube B, Ofili A, Isara A, Onakewhor J. Neonatal jaundice and its management: knowledge, attitude, and practice among expectant mothers attending antenatal clinic at University of Benin Teaching Hospital, Benin City, Nigeria. *Niger J Clin Pract* 2013;16(2):188-94. <https://doi.org/10.4103/1119-3077.110147>
14. Abuidhail J. Beliefs and practices of postpartum infant care: Review of different cultures. *Br J Midwifery* 2007;15. doi: 10.12968/bjom.2007.15.7.23791.
15. Sharma IK, Byrne A. Early initiation of breastfeeding: a systematic literature review of factors and barriers in South Asia. *Int Breastfeed J* 2016;11(1):1-12. <https://doi.org/10.1186/s13006-016-0076-7>
16. Kanbur E, Şentürk B, Cinar S, Kanbay Y. Traditional baby care practices in Artvin, Turkey. *Int J Tradit Complement Med Res* 2020;1(3):112-7.
17. Acikgoz A, Orsal O, Orsal O, Balci-Alparslan G. Traditional practices used by Turkish mothers in the care of their babies. *Holist Nurs Pract* 2014;28(3):198-207. doi: 10.1097/hnp.0000000000000025.
18. Kucuk ER, Tanriverdi G. Traditional baby care practices of mothers and their practices reasons: a sample from Turkey. *Int J Caring Sci* 2021;14(3).

19. Rajaratnam JK, Marcus JR, Flaxman AD, Wang H, Levin-Rector A, Dwyer L, et al. Neonatal, postneonatal, childhood, and under-5 mortality for 187 countries, 1970-2010: a systematic analysis of progress towards Millennium Development Goal 4. *Lancet* 2010;375(9730):1988-2008. doi: 10.1016/s0140-6736(10)60703-9.
20. Shrestha S, Adachi K, Petrini MA, Shuda A, Shrestha S. Nepalese primiparous mothers' knowledge of newborn care. *Nurs Health Sci* 2015;17(3):347-53. <https://doi.org/10.1111/nhs.12193>
21. Aubel J. Grandmothers-a neglected family resource for saving newborn lives. *BMJ Glob Health* 2021;6(2):e003808. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003808>
22. Wang CD, Hayslip Jr B, Sun Q, Zhu W. Grandparents as the primary care providers for their grandchildren: a cross-cultural comparison of Chinese and US samples. *Int J Aging Hum Dev* 2019;89(4):331-55. <https://doi.org/10.1177/0091415018824722>
23. Hayslip Jr B, Kaminski PL. Grandparents raising their grandchildren: A review of the literature and suggestions for practice. *Gerontologist* 2005;45(2):262-9. <https://doi.org/10.1093/geront/45.2.262>
24. Kesterton AJ, Cleland J. Neonatal care in rural Karnataka: healthy and harmful practices, the potential for change. *BMC Pregnancy Childbirth* 2009;9(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2393-9-20>
25. Bektas G, Boelsma F, Gündüz M, Klaassen EN, Seidell JC, Wesdorp CL, et al. A qualitative study on the perspectives of Turkish mothers and grandmothers in the Netherlands regarding the influence of grandmothers on health-related practices in the first 1000 days of a child's life. *BMC Public Health* 2022;22(1):1-14. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-13768-8>
26. Tarverdy M, Basiri P, Alave H. An investigation on the effects of home care education on mortality and morbidity for preterm infant's mothers Tajrish Hospital, 2003-2004. *Nurs Midwifery J* 2006;4(1):2-14. (Persian)
27. Oyewole O, Todowede C, Dipeolu I. Knowledge, perception and child care practices among adolescent mothers in Ibadan Metropolis, Nigeria. *Eur J Clin Exp Med* 2020;18:176-84. doi: 10.15584/ejcem.2020.3.4. <https://doi.org/10.15584/ejcem.2020.3.4>
28. Vaghar Seyyedini A. Check the level of stress, coping with stress, and lifestyle behaviors in patients with essential hypertension. Mashhad: Mashhad University of Medical Sciences; 2000;10.
29. Hosseinzadeh M, Naderifar M. Adolescent mothers' experiences of pregnancy and early motherhood: a qualitative content analysis. *J Urmia Nurs Midwifery Fac* 2014;12(10):890-8.
30. Singh DR, Harvey CM, Bohara P, Nath D, Singh S, Szabo S, et al. Factors associated with newborn care knowledge and practices in the upper Himalayas. *PLoS One* 2019;14(9):e0222582. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222582>
31. Sharafi R. Knowledge assessment of the mothers of admitted neonates in the hospitals of Rasht, about neonatal cares. *Urmia Med J* 2009;20(1).
32. Jisa K, Joseph CM, Lipsy P, Minu M, Ulahannan S, Sini PS, et al. Assess the knowledge regarding newborn care among primi gravid mothers in selected hospitals. *Int J Recent Sci Res* 2017;8(6):17535-6.
33. Bagheri M, Tafazoli M, Sohrabi Z. Effect of education on the awareness of primigravida couples toward infant care. *Iran J Neonatol* 2016;7(4).
34. Adib-Hajbaghery M, Khosrojerdi Z. Knowledge of mothers about post-discharge newborn care. *J Nurs Midwifery Sci* 2017;4(2):33-41. <https://doi.org/10.4103/2345-5756.231743>
35. Rodrigo B, Cooray G. The knowledge, attitude, and behaviour on neonatal jaundice of postnatal mothers in Provincial General Hospital, Badulla. *Sri Lanka J Child Health* 2011;40(4). <https://doi.org/10.4038/sljch.v40i4.3842>
36. Abd Elmoniem Syan S, Magdi Samuel V, Llagunox BB, Sayed Abdalla S. Effect of instructional guidelines on mothers' knowledge and practice regarding neonatal

- care. Egypt J Health Care 2021;12(3):64-73.
<https://doi.org/10.21608/ejhc.2021.191646>
37. Aidam BA, MacDonald CA, Wee R, Simba J, Aubel J, Reinsma KR, et al. An innovative grandmother-inclusive approach for addressing suboptimal infant and young child feeding practices in Sierra Leone. Curr Dev Nutr 2020;4(12):nzaa174.
<https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa174>
38. Gharaei T, Amiri-Farahani L, Haghani S, Hasanpoor-Azghady SB. The effect of breastfeeding education with grandmothers' attendance on breastfeeding self-efficacy and infant feeding pattern in Iranian primiparous women: A quasi-experimental pilot study. Int Breastfeed J 2020;15:1-10.
<https://doi.org/10.1186/s13006-020-00325-5>
39. Behbudi F. Factors influencing the choice of public or private hospital by patients requiring surgery. Gilan Med Univ J 2000;35(36):34-9.
40. Mandal M, Ghosh A. Evaluation of awareness of neonatal care practices among postnatal mothers in a tertiary care hospital. Clin Obstet Gynecol Reprod Med 2016;2(5):1-5.
<https://doi.org/10.15761/COGRM.1000159>
41. Baba Ahmadi A, Pajouhideh ZS, Mohammadi S. Prevalence of exclusive breastfeeding and its related factors in Iran: A systematic review and meta-analysis. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2021;24(5):103-15.
42. UNICEF. The extension of the 2025 maternal, infant and young child nutrition targets to 2030: WHO; 2021.
43. Fathi B, Ghorbanzadeh S, Alinejad V, Firouzian S, Khanzadeh Z, Yasamani K, et al. Predictors of exclusive breastfeeding intention in Iranian pregnant women: An application of theory of planned behavior. Nurs Midwifery J 2024;22(1):16-26.
<https://doi.org/10.61186/unmf.22.1.16>
44. Sakelo AN, Assefa N, Oljira L, Assefa ZM. Newborn care practice and associated factors among mothers of one-month-old infants in Southwest Ethiopia. Int J Pediatr 2020;2020(1):3897427.
<https://doi.org/10.1155/2020/3897427>
45. Healthier Scotland. Introduction of hand washing health/services preventing healthcare infection. Available from: www.who.int/gpsc/event/2008.
46. Divya V, Jyothi J, Josepheena J, Dickey K, Litha J, Dolma L, et al. Knowledge and reported practices regarding hand washing among mothers of under-five children. RGHS J Nurs Sci 2018;8(1).
https://doi.org/10.26463/rjns.8_1_11
47. Gul S, Khalil R, Yousafzai MT, Shoukat F. Newborn care knowledge and practices among mothers attending pediatric outpatient clinic of a hospital in Karachi, Pakistan. Int J Health Sci 2014;8(2):167.
<https://doi.org/10.12816/0006083>
48. Derakhshani M, Asgarian A, Tousi H, Zainolabedini-Naeiny Z, Miraj S, Gharlipour Z. Cultural beliefs and practices in postpartum women in Iran: A qualitative study. J West Afr Coll Surg 2023;13(3):28-35.
https://doi.org/10.4103/jwas.jwas_290_22
49. Acikgoz A, Örsal O, Balç-Alparslan G. Traditional practices used by Turkish mothers in the care of their babies. Holist Nurs Pract 2014;28(3):198-207.
<https://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000025>
50. Awasthi S, Verma T, Agarwal M. Danger signs of neonatal illnesses: perceptions of caregivers and health workers in northern India. Bull World Health Organ 2006;84:819-26.
<https://doi.org/10.2471/BLT.05.029207>
51. Abbasi-Shavazi M, Ebadi A, Alavi F, ES. Ethnic cultures and reproductive behaviour in North Khorasan. J North Khorasan Univ Med Sci 2017;9:109-19. doi: 10.18869/acadpub.jnkums.9.1.109. (Persian)

MOTHERS KNOWLEDGE OF NEWBORN CARE AND IT'S RELATIONSHIP WITH INDIVIDUAL, SOCIAL, AND CULTURAL FACTORS

Mahnaz Sohrabi¹, Mohammad Arshadi Bostanabad^{2*}, Fatemeh Ghorbani³

Received: 31 July, 2024; Accepted: 23 December, 2024

Abstract

Background & Aims: Mother is the key person and the main caregiver in maintaining the health and meeting the physiological and psychological needs of her baby. Various factors can affect the mother's knowledge of newborn care. Therefore, the present study was conducted with the aim of investigating mother's knowledge of newborn care and its relationship with individual, social and cultural factors.

Materials & Methods: The present descriptive correlational study was conducted on 283 primiparous mothers with convenient sampling using a questionnaire to measure the knowledge of newborn care and a questionnaire to determine individual, social and cultural variables. Data analysis was done with descriptive and inferential statistics using SPSS software version 25.

Results: The level knowledge of mothers in newborn care was average (%52/3). A positive and significant relationship was found between the source of information, the mother's decision to continue breastfeeding, hand hygiene practices, the mother's age, the age at which she became pregnant, the mother's occupation and education, the income level, the occupation and education of the spouse, having support, receiving training, giving birth in a private hospital, and accepting culturally safe beliefs with the mother's caregiving knowledge ($P<0/05$).

Conclusion: Considering the average level of knowledge among mothers and the impact of individual, social, and cultural factors on it, it is hoped that through appropriate actions that take into account the identified facilitating and intervening factors in this area, targeting vulnerable mothers, addressing individual, social, and cultural differences among mothers, emphasizing the role of family-centered care, and strengthening education during pregnancy and postpartum, a favorable environment will be created to enhance mothers' knowledge..

Keywords: Infant Care and Effective Factors, Knowledge, Mother

Address: Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

Tel: +984133893314

Email: Arshadi_m@yahoo.com

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

¹ MSc in nursing student, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran

² Associate professor of Nursing, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran (Corresponding Author)

³ Pediatric Nursing Departments, School of Nursing and Midwifery, Tabriz University of Medical Sciences, Tabriz, Iran