Pajouhan Scientific Journal Volume 16, Issue 3, Spring 2018, Pages: 58-66

Original Article

doi: 10.18869/psj.16.3.58

Knowledge, Attitudes and Practices of Parents with Children under 6 Years Old Referring to Health Centers in Hamadan Regarding Fever Control

Monireh Afshari (BSc)[1], Leyli Tapak (PhD)[2], Morteza Shamsiadeh (MSc)[3], Majid Barati (PhD)[4,*]

[1] *Students Research Committee, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
[2] *Department of Biostatistic, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
[3] *School of Nursing and Midwifery, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*
[4] *Social Determinants of Health Research Center and Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran*

**** Corresponding Author:*** *Majid Barati, Social Determinants of Health Research Center and Department of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Email: barati@umsha.ac.ir*

Received: 13/02/2018
Accepted: 07/03/2018

How to Cite this Article:
Afshari M, Tapak L, Shamsiadeh M, Barati M. Knowledge, Attitudes and Practices of Parents with Children under 6 Years Old Referring to Health Centers in Hamadan Regarding Fever Control. *Pajouhan Scientific Journal.* 2018; 16(3): 58-66. DOI: 10.18869/psj.16.3.58

Abstract

Background and Objective: Control of fever in children is one of the most common reasons for parents to seek medical care and medical attention in health centers. Thus, the aim of this study was to investigate the knowledge, attitudes and practices of parents with children under 6 years old referring to health centers in Hamadan regarding fever control.

Materials and Methods: This cross-sectional study was carried out on 504 parents with children under 6 years old in Hamadan who health centers were selected by cluster sampling and parents were selected by convenience sampling method in 2017. Data collection tools consisted of a questionnaire in four sections: demographic data, parents' knowledge, attitude and practice. Data were analyzed using independent t-test, one way ANOVA and Pearson correlation coefficient in SPSS-16 software.

Results: The subjects reported 83.9%, 49.6%, and 86.9% of receivable scores of knowledge, attitudes and practices, respectively. Parents' knowledge in controlling fever was reported as undesirable. However, the parents' attitude and practices were at a satisfactory level. There is also a positive and significant correlation between knowledge, attitude and practice. There is a positive and significant correlation between parent's knowledge, attitude and practices ($P<0.01$).

Conclusion: According to the unfavorable level of parents' knowledge, it is essential to consider plan for teaching parents in the management of childhood fever control methods at home by health care providers.

Keywords: Attitudes; Child; Fever Control; Knowledge; Parents

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]

Copyright © 2018 Pajouhan Scientific Journal. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (*http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/*) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cite.

مقاله پژوهشی

doi: 10.18869/psj.16.3.58

بررسی آگاهی، نگرش و عملکرد والدین دارای کودک زیر ۶ سال مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر همدان در خصوص کنترل تب

منیره افشاری[۱]، لیلی تاپاک[۲]، مرتضی شمسی زاده[۳]، مجید براتی[۴،*]

[۱] کارشناس، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۲] استادیار، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۳] مربی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

[۴] استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران

* **نویسنده مسئول:** مجید براتی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت و گروه بهداشت عمومی، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

ایمیل: barati@umsha.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۶/۱۱/۲۴

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۱۲/۱۶

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

چکیده

سابقه و هدف: کنترل تب در کودکان یکی از شایعترین عللی است که والدین را جهت جست و جوی مراقبت‌ها و توجهات پزشکی به مراکز درمانی می‌کشاند. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد والدین دارای کودک زیر ۶ سال در خصوص کنترل تب اجرا گردید.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مقطعی برروی ۵۰۴ نفر از والدین دارای کودک زیر ۶ سال شهر همدان که مراکز بهداشتی به روش نمونه‌گیری خوشه ای و والدین به روش در دسترس انتخاب شده بودند، در سال ۱۳۹۶ انجام شد. ابزار جمع آوری داده‌ها مشتمل بر پرسشنامه در چهار بخش کلی اطلاعات دموگرافیک، آگاهی، نگرش و عملکرد والدین بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یک طرفه و رابطه همبستگی پیرسون در نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: آزمودنی‌ها به ترتیب ۸۳/۹، ۴۹/۶، ۸۶/۹ درصد نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد والدین را در خصوص کنترل تب کودکان زیر ۶ سال بدست آوردند. طبق یافته‌ها، آگاهی والدین نامطلوب و نگرش و عملکرد والدین در خصوص کنترل تب مطلوب ارزیابی گردید. همچنین بین آگاهی، نگرش و عملکرد همبستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت ($P<۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نامطلوب بودن سطح آگاهی والدین، برنامه‌ریزی در خصوص آموزش روش‌های کنترل تب کودکان در منزل به والدین توسط ارائه‌دهندگان مراقبت‌های بهداشتی درمانی ضروری به نظر می‌رسد.

واژگان کلیدی: آگاهی؛ کنترل تب؛ کودکان؛ نگرش؛ والدین

مقدمه

تب عبارت است از افزایش درجه حرارت بدن بیش از حد نرمال (بالاتر از $37^{\circ}C$) یا ($98/6F^{\circ}$)، که این دمای بدن به وسیله سیستم تنظیمی در هیپوتالاموس قدامی کنترل می‌شود [۱]. تب، پاسخ التهابی بدن به یک پاتوژن مهاجم، آسیب بافتی یا یک تحریک کننده دیگر است و یکی از مهمترین نشانه اختلال در بدن می‌باشد، به خصوص برای کودکان که راه‌های محدودی برای ابراز ناراحتی خود دارند [۳،۲]. اهمیت تب از این جهت است که بروز تب علامتی از یک بیماری است و با توجه به سن کودک علل خاص خود را مطرح می‌سازد. برای بسیاری از والدین تب به عنوان بیماری محسوب و موجب نگرانی آن‌ها می‌شود [۴]. تحقیقات نشان داده است که تب در کودکان یکی از شایعترین عللی که والدین را جهت جست و جوی مراقبت‌ها و توجهات پزشکی به کلینیک‌های اطفال می‌کشاند [۷-۴]. در برخی از منابع شیوع مراجعات به پزشک بدلیل تب در اطفال ۳۰ -۱۹ درصد و در منابع دیگر حدود ۵۰ درصد تخمین زده اند [۸،۵،۲].

کودکان به هنگام تب احساس ناخوشایندی دارند و ممکن است دچار برافروختگی بدن، صورت و حتی لرز شوند [۵]. همچنین تب باعث تشنج، آسیب مغزی، کما، مرگ، کم آبی و افزایش مداوم تب در صورت عدم درمان آن می‌باشد

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]

[۲]. ایجاد تب به هنگام واکنش به آزادسازی عوامل تب‌زای داخلی، عفونت‌ها، فرایندهای التهابی، روماتیسمی و بدخیمی و همچنین عوامل تب‌زای خارجی نظیر میکروب‌ها، ویروس‌ها (از جمله آنفلوانزا A) و توکسین‌ها صورت می‌گیرد [۹،۵]. در واقع تب زمانی اتفاق می‌افتد که یا نقطه تنظیم دما در هیپوتالاموس بالاتر رود (عفونت‌ها، بیماری کلاژن و ...) یا تولید گرمای بدن یا محیط بر مکانیسم‌های دفع حرارت غلبه یابد (هیپر ترمی بدخیم، افزایش گرمای محیط و ...) یا مکانیسم‌های دفع حرارت دچار نقص شود (دیسپلازی درم). در کودکان مهمترین علت تب همان عفونت می‌باشد در واقع تب یک پاسخ تطابقی بدن است که فقط در شرایط و موقعیت‌های خاصی بایستی درمان شود با افزایش دمای بدن تولید آنتی بادی‌ها افزایش می‌یابد و باعث جذب سلول‌های دفاعی به محل عفونت می‌شود و خاصیت بیگانه خواری آن‌ها افزایش می‌یابد [۴].

تحقیقات نشان داده است که والدین معمولا تب را یک بیماری می‌دانند و نه نشانه بیماری حتی بعضا در هنگام وقوع تب در طفل خود دچار ترس‌های غیر طبیعی، دست‌پاچگی و هراس شده و کنترل خود را از دست می‌دهند که از آن در منابع مختلف از جمله بارتون اشمیت (متخصص اطفال در آمریکای شمالی) به عنوان هراس از تب (fever phobia) یاد شده است و به همین دلیل قادر به انجام هیچ‌گونه اقدامی برای کنترل تب و عوارض آن نیستند [۱۰،۷،۵،۲]. در مطالعه Tanja و Flury مشخص شد که ۹۱ درصد والدین در مواجهه با تب دچار اضطراب شدید می‌شدند [۱۵-۱۱]. درخصوص این ترس‌ها و رفتارهای غیرمنطقی با تب، در برخی مطالعات آمده است که تنها در یک سوم موارد والدین برخورد مناسب را از خود نشان داده‌اند [۱۶]. Al-Nouri و همکاران در سال ۲۰۰۵ در تحقیقی بر روی ۱۰۰ مادر به این نتیجه رسیدند که اکثر مادران فکر می‌کردند که تب منجر به مرگ کودکان می‌شود و بعضی از مادران فکر می‌کردند که ممکن است به فلج، عقب‌ماندگی یا آسیب‌های مغزی منجر شود. در مطالعه ای دیگر که Arica و همکاران در سال ۲۰۱۱ بر روی ۴۵۰ مادر انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که ۳۸/۹ درصد از مادران بدون مشورت پزشک از داروهای ضد تب استفاده کرده در حالی که ۱۹ درصد آب سرد و ۷/۷ درصد آب و الکل یا سرکه استفاده می‌کردند که در میان عملکرد های نامناسب می‌باشد [۱۸،۱۷، ۷،۲].

بنابراین تب نه تنها موجب نگرانی والدین می‌شود بلکه موجب ازدیاد حساسیت و توجه بیش از حد پزشکان درمانگر نیز می‌گردد[۵]. این درک غلط والدین از تب و نگرانی و ترس بیش از حد آنان موجب تکرار مراجعات به مراکز مراقبت سلامت و صرف وقت و هزینه غیر ضروری شده و همچنین دست‌پاچگی والدین موجب استفاده از درمان‌های نامناسب بعضا ایجاد مسمومیت در اثر مصرف غیر استاندارد داروها و در نتیجه مراجعات متعدد به اورژانس‌های کودکان می‌شود [۱۹،۵،۲]. در یکی از مطالعات انجام شده در این رابطه دیده شده که تنها ۳۳ درصد والدین از عملکرد مناسبی به هنگام وقوع تب در کودک خود برخوردار بودند [۵]. بنابراین کنترل تب موجب کاهش فعالیت متابولیکی در نتیجه کاهش نیاز به اکسیژن می‌شود و میزان مرگ ومیر را کاهش می‌دهد. به همین خاطر در زمان بروز تب معمولاً برای پیشگیری از بروز خطرات ناشی از تب شدید باید دمای بدن به سرعت و در زمانی کوتاه و در عین حال بصورت کنترل شده (برای اجتناب از هیپوترمی شدید) کاهش یابد [۲۱،۲۰]. اقدامات صحیحی که باید برای بهبودی کودک تب دار انجام شود شامل اندازه گیری تب با استفاده از ترمومتر رکتال که دقیقتر از روش‌های دیگر است، خنک نگه داشتن وی به روش‌هایی همچون بدن شویه با آب ولرم بدون اضافه کردن هیچ ماده دیگری به آن، کمتر کردن پوشش کودک، خوراندن مایعات به وی به منظور هیدراته کردن او و خنک نگهداشتن محیط و دمای اتاق کودک می‌باشد. البته کنترل دمای بدن کودک و دریافت درمان‌های دارویی ضد تب بطور صحیح و کافی از دیگر اقدامات کنترل تب محسوب می‌شود [۱۳،۵، ۲۲]. با توجه به مطالعات محدود در خصوص کنترل تب در کودکان و عدم اطلاع از وضعیت موجود، مطالعه حاضر با هدف تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد والدین دارای کودک زیر ۶ سال در خصوص کنترل تب در شهر همدان انجام گردید.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع مقطعی بود که در سال ۱۳۹۶ بر روی والدین دارای کودک زیر ۶ سال که جهت معاینه روتین یا به علت بیماری کودک خود به مراکز جامع سلامت شهر همدان مراجعه کرده بودند، انجام گردید. حجم نمونه، با ضریب اطمینان ۹۵ درصد، دقت ۵ درصد و با توان آزمون ۳۳ درصد برابر ۵۰۴ نفر تعیین شد. مراکز جامع سلامت با استفاده از روش نمونه‌گیری خوشه ای و والدین با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از کسب رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند. شرط ورود به مطالعه داشتن کودک زیر ۶ سال و داشتن پرونده فعال در مراکز جامع سلامت بود. مطالعه حاضر مصوب کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه علوم پزشکی همدان با شناسه اخلاق IR.UMSHA.REC.1395.584 می‌باشد.

اطلاعات مورد نظر از طریق پرسشنامه‌ای که شامل اطلاعات دموگرافیک والدین و کودک، آگاهی، نگرش و عملکرد والدین به هنگام وقوع تب در کودک بود، جمع‌آوری گردید. این پرسشنامه ۸۸ سوال دارد و اولین بار توسط

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]

رشادت و همکاران طراحی و مورد استفاده قرار گرفت [۵]. اطلاعات دموگرافیک والدین و کودک در قالب ۱۹سوال و شامل متغیرهایی همچون سن، جنس، شغل، تحصیلات والدین، سن کودک، جنس کودک، رتبه فرزند و غیره بود. پرسشنامه آگاهی شامل ۲۴ سوال در زمینه تعریف تب، عوارض تب، روش‌های کاهش دمای بدن کودک در هنگام تب بود. نحوه نمره‌دهی سوالات ۱ تا ۱۳ پرسشنامه آگاهی به صورت نمره ۰ و ۱ بود (گزینه صحیح یک و گزینه های غلط صفر)، سوالات ۱۴ تا ۲۴ نیز بصورت منفرد برای هر شرکت کننده بررسی و بصورت ۰، ۱ و ۲ نمره گذاری شد. در این سوالات پاسخ کامل نمره دو، پاسخ ناقص نمره یک و پاسخ غلط نمره صفر دریافت می کرد. پرسشنامه نگرش شامل ۷ سوال در زمینه تب بود که دامنه امتیاز هر سوال بین صفر تا دو متغیر بود، به گونه‌ای که به جواب مخالفم امتیاز صفر، نظری ندارم امتیاز یک و موافقم امتیاز دو تعلق می گرفت. پرسشنامه عملکرد والدین به هنگام وقوع تب در کودک نیز شامل ۳۸ سوال به صورت بلی و خیر بود که به پاسخ صحیح نمره ۲ و پاسخ غلط نمره یک تعلق می‌گرفت. در هر سه مورد آگاهی، نگرش و عملکرد پاسخ صحیح بیش از ۷۵ درصد مطلوب، کمتر از ۵۰ درصد نامطلوب و ۷۵-۵۰ درصد متوسط تلقی گردید. سنجش روایی و پایایی پرسشنامه مذکور با شیوه‌ی روایی محتوا و با تایید پنج نفراز متخصصین اطفال و پایایی آن با استفاده از روش دو نیمه کردن که جزء روش-های همبستگی درونی در پایایی یک پرسشنامه است، صورت گرفت [۵].

داده‌های بدست آمده پس از وارد کردن در نسخه ۱۶ نرم افزار SPSS، با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، آنالیز واریانس یکطرفه و رابطه همبستگی پیرسون تجزیه و تحلیل شدند. سطح معنی‌داری برای آزمون‌های بکار رفته کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین سنی والدین مورد مطالعه ۶/۱ ± ۳۲/۶۰ سال و میانگین سنی کودکانشان ۱۹/۱± ۲۳/۹۷ ماه بود. ۷۲/۶ درصد از والدین شرکت کننده در پژوهش را مادران تشکیل می‌دادند که ۷۵ درصد آن‌ها نیز خانه‌دار بودند. ۵۱/۸ درصد از کودکان اولین فرزند خانواده بوده و از نظر وضعیت زایمان نیز ۸۸/۹ درصد آن‌ها نوزاد رسیده بودند. ۷/۳ درصد از کودکان مورد مطالعه دارای سابقه تشنج و ۱۰/۹ درصد نیز دارای سابقه بیماری منجر به بستری در بیمارستان بودند. از نظر سطح تحصیلات،۴۶/۲ درصد از مادران و ۴۵ درصد از پدران دارای مدرک تحصیلی راهنمایی یا دیپلم بودند. ۴۶/۶ درصد از والدین برای دریافت مراقبت‌های روتین به مراکز جامع سلامت مراجعه کرده بودند.

وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد والدین شرکت کننده در پژوهش در خصوص کنترل تب در جدول ۱ ارائه شده است. طبق یافته‌ها، نگرش و عملکرد والدین برای کنترل تب کودکان در سطح مطلوب ولیکن آگاهی آن‌ها در سطح نامطلوبی ارزیابی گردید.

وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد مثبت نسبت به کنترل تب بر حسب متغیرهای دموگرافیک والدین و کودک در جدول ۲ و ۳ ارائه شده است. طبق یافته‌ها، بین آگاهی والدین و متغیرهای همچون سن والدین، شغل مادر، تحصیلات والدین، منبع کسب اطلاعات و رتبه فرزند رابطه آماری معنی‌داری وجود داشت (P<۰/۰۵). تنها ۱۲/۷ درصد والدین تب را صحیح و ۳۴/۲ درصد نسبتاً صحیح تعریف کرده بودند. همچنین رابطه بین نگرش و متغیرهایی همچون تحصیلات والدین، علت مراجعه به مراکز بهداشتی و جنس کودک از نظر آماری معنادار بود (P<۰/۰۵). عملکرد والدین در خصوص کنترل تب نیز با متغیرهای سن والدین، تحصیلات والدین، منبع کسب اطلاعات و رتبه فرزند رابطه معنی‌داری داشت (P<۰/۰۵).

دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که ۱۱/۵درصد والدین داروی ضد تب را بیش از میزان تجویز شده به کودک خود می‌دادند که این میزان از یک قطره تا شش قطره بیشتر از میزان تجویز شده متغیر بود. ۸۰/۴ درصد از والدین شرکت کننده در پژوهش به صورت صحیح و هر ۴ تا ۶ ساعت استامینوفن را به کودک خود می‌خوراندند. ابزار تشخیص وجود تب توسط والدین در ۳۹/۳ درصد موارد لمس اعضای بدن، ۴۸/۴ درصد استفاده از ترمومتر و ۵/۶ درصد موارد استفاده از هر دو روش بود. ۳۸/۱ درصد والدین اعتقاد به استفاده از درمان‌های خانگی، طب گیاهی و سنتی داشتند که در این رابطه بیشترین گیاهان مورد استفاده به ترتیب خاکشیر (۱۱/۵درصد)، ترنجبین (۳/۴درصد)، خاکشیر و کاسنی (۳/۲ درصد)، عرق نعناع (۲/۸ درصد)، خاکشیر و گل ختمی (۲/۴درصد) بودند. دیگر اقدامات خانگی کنترل

جدول۱: وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد در خصوص کنترل تب در بین شرکت کنندگان در پژوهش

متغیرهای مطالعه	مطلوب تعداد (درصد)	متوسط تعداد (درصد)	نامطلوب تعداد (درصد)	میانگین±انحراف معیار
آگاهی	۲(۰/۴)	۷۹(۱۵/۷)	۴۲۳(۸۳/۹)	۱۱/۶۰±۴/۵
نگرش	۲۵۰(۴۹/۶)	۲۳۸(۴۷/۲)	۱۶(۳/۲)	۱۰/۳۲±۲/۰۱
عملکرد	۴۳۸(۸۶/۹)	۶۶(۱۳/۱)	--	۵۰/۱۹±۳/۲۴

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]

جدول ۲: تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد مثبت نسبت به کنترل تب بر حسب متغیرهای دموگرافیک والدین

متغیرها		آگاهی		نگرش		عملکرد	
		میانگین (± انحراف معیار)	P-value	میانگین (± انحراف معیار)	P-value	میانگین (± انحراف معیار)	P-value
جنس	مرد	۱۱/۳۹ (±۴/۸)	۰/۹۶۳	۱۰/۲۶ (±۲/۰)	۰/۸۵۹	۴۹/۳۳ (±۳/۳)	۰/۵۰۹
	زن	۱۱/۶۸ (±۴/۸)		۱۰/۳۴ (±۲/۰)		۵۰/۵۲ (±۳/۱)	
شغل مادر	شاغل	۱۴/۴۸ (±۵/۲)	۰/۰۰۲	۱۰/۸۸ (±۲/۰)	۰/۸۷۴	۵۱/۲۴ (±۳/۲)	۰/۵۹۵
	خانه دار	۱۰/۶۴ (±۴/۳)		۱۰/۱۳ (±۱/۹)		۴۹/۸۵ (±۳/۱)	
سابقه نازایی	بلی	۱۲/۷۷ (±۵/۴)	۰/۴۴۰	۱۰/۶۸ (±۱/۸)	۰/۲۲۳	۵۰/۴۰ (±۳/۲)	۰/۷۴۷
	خیر	۱۱/۴۰ (±۴/۷)		۱۰/۲۶ (±۲/۰)		۵۰/۱۶ (±۳/۳)	
سن	زیر ۲۰ سال	۸/۴۶ (±۳/۱)	۰/۰۰۲	۹/۶۹ (±۱/۸)	۰/۰۵۴	۵۰/۵۴ (±۲/۵)	۰/۰۱۹
	۳۰-۲۱ سال	۱۱/۶۳ (±۴/۸)		۱۰/۳۸ (±۲/۰)		۵۰/۵۱ (±۳/۲)	
	۴۰-۳۱ سال	۱۲/۰۱ (±۴/۷)		۱۰/۴۱ (±۲/۰)		۵۰/۱۶ (±۳/۱)	
	۵۰-۴۱ سال	۹/۳۸ (±۵/۰)		۹/۵۰ (±۱/۹)		۴۸/۶۲ (±۳/۵)	
تحصیلات مادر	بیسواد	۷/۸۵ (±۴/۶)	<۰/۰۰۱	۹/۳۸ (±۱/۶)	<۰/۰۰۱	۴۶/۵۴ (±۲/۶)	<۰/۰۰۱
	ابتدایی	۸/۹۹ (±۴/۴)		۹/۵۹ (±۲/۰)		۴۸/۸۷ (±۲/۸)	
	زیر دیپلم	۱۰/۸۹ (±۳/۹)		۱۰/۲۵ (±۱/۹)		۵۰/۱۰ (±۳/۱)	
	بالاتر از دیپلم	۱۴/۲۷ (±۵/۰)		۱۰/۸۸ (±۱/۹)		۵۱/۳۲ (±۳/۱)	
تحصیلات پدر	بیسواد	۴/۹۲ (±۲/۱)	<۰/۰۰۱	۸/۴۲ (±۱/۸)	<۰/۰۰۱	۴۵/۵۸ (±۲/۶)	<۰/۰۰۱
	ابتدایی	۹/۷۵ (±۴/۳)		۹/۵۱ (±۲/۰)		۴۹/۳۱ (±۲/۷)	
	زیر دیپلم	۱۱/۰۸ (±۴/۲)		۱۰/۲۲ (±۱/۸)		۵۰/۰۵ (±۳/۱)	
	بالاتر از دیپلم	۱۳/۴۸ (±۵/۱)		۱۰/۹۲ (±۱/۹)		۵۱/۰۶ (±۳/۲)	
منبع اطلاعات والدین درمورد تب	کارکنان بهداشتی	۱۲/۱۹ (±۴/۸)	۰/۰۰۳	۱۰/۴۲ (±۱/۹)	۰/۰۸۳	۵۰/۶۸ (±۳/۲)	<۰/۰۰۱
	اطرافیان و دوستان	۱۰/۰۸ (±۴/۸)		۹/۵۳ (±۲/۴)		۴۹/۴۴ (±۲/۹)	
	رسانه ها	۱۰/۶۷ (±۴/۷)		۱۰/۸۷ (±۱/۵)		۵۰/۰۷ (±۴/۲)	
	موارد ۱ و۲	۱۱/۹۳ (±۴/۸)		۱۰/۴۰ (±۱/۹)		۵۰/۳۹ (±۳/۰)	
	مواردد۲ و۳	۹/۹۴ (±۴/۴)		۱۰/۱۰ (±۲/۰)		۴۸/۶۸ (±۳/۲)	
علت مراجعه	بیماری حاد تب دار	۱۱/۱۱ (±۴/۲)	۰/۶۵۰	۹/۹۵ (±۲/۰)	۰/۰۰۳	۴۹/۹۶ (±۳/۳)	۰/۰۱۷
	بیماری حاد بدون تب	۱۱/۲۸ (±۴/۸)		۱۱/۱۳ (±۱/۷)		۴۹/۱۳ (±۳/۲)	
	پیگیری درمان	۱۱/۷۱ (±۵/۱)		۱۰/۱۸ (±۲/۱)		۵۰/۶۲ (±۳/۱)	
	ویزیت پزشک	۱۱/۸۶ (±۴/۷)		۱۰/۵۵ (±۱/۷)		۴۹/۹۷ (±۳/۲)	

جدول۳: تعیین آگاهی، نگرش و عملکرد مثبت نسبت به کنترل تب بر حسب متغیرهای دموگرافیک کودک

متغیرها		آگاهی		نگرش		عملکرد	
		میانگین (± انحراف معیار)	P-value	میانگین (± انحراف معیار)	P-value	میانگین (± انحراف معیار)	P-value
جنس	پسر	۱۱/۸۶ (±۵/۱)	۰/۱۹۱	۱۰/۳۵ (±۲/۱)	۰/۰۳۱	۵۰/۳۸ (±۳/۳)	۰/۱۵۳
	دختر	۱۱/۳۲ (±۴/۷)		۱۰/۲۹ (±۱/۸)		۵۰ (±۳/۱)	
سابقه تشنج به هر علت	بلی	۱۱/۴۳ (±۴/۷)	۰/۷۲۹	۱۰/۸۹ (±۲/۱)	۰/۶۹۶	۴۸/۱۱ (±۳/۲)	۰/۱۴۱
	خیر	۱۱/۶۱ (±۴/۸)		۱۰/۲۷ (±۲/۰)		۵۰/۳۶ (±۲/۷)	
سابقه بیماری منجر به بستری در کودک	بلی	۱۱/۸۵ (±۵/۴)	۰/۱۳۶	۱۰/۴۷ (±۱/۸)	۰/۲۶۵	۴۹/۷۶ (±۳/۶)	۰/۰۷۰
	خیر	۱۱/۷۵ (±۴/۷)		۱۰/۳۰ (±۲/۰)		۵۰/۲۵ (±۳/۱)	
سابقه بیماری منجر به بستری در فرزند دیگر خانواده	بلی	۱۲/۱۷ (±۶/۲)	۰/۱۰۵	۱۰/۹۴ (±۲/۲)	۰/۸۸۹	۴۹/۶۱ (±۳/۴)	۰/۳۸۰
	خیر	۱۱/۵۸ (±۴/۸)		۱۰/۳۰ (±۲/۰)		۵۰/۲۲ (±۳/۲)	
وضعیت تولد	زایمان به موقع	۱۱/۷۵ (±۴/۴)	۰/۳۴۴	۱۰/۳۴ (±۱/۹)	۰/۲۴۴	۵۰/۳۷ (±۳/۰)	۰/۵۷۶
	نارس	۱۰/۳۶ (±۴/۸)		۱۰/۱۶ (±۲/۱)		۴۸/۷۹ (±۳/۲)	

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]

ادامه جدول ۳.

سن	۱۰-۱ ماه	۱۱/۵۲ (±۵/۲)	۰/۹۱۹	۱۰/۳۳ (±۱/۹)	۰/۱۱۶	۵۰/۰۸ (±۳/۰)	۰/۲۳۱
	۲۰-۱۰ ماه	۱۱/۳۴ (±۴/۲)		۱۰/۶۷ (±۲/۰)		۴۹/۸۲ (±۳/۷)	
	۳۰-۲۰ ماه	۱۱/۲۷ (±۴/۵)		۱۰/۲۲ (±۲/۱)		۴۹/۸۱ (±۳/۲)	
	۴۰-۳۰ ماه	۱۱/۸۰ (±۴/۸)		۱۰/۴۳ (±۲/۱)		۵۰/۷۷ (±۳/۴)	
	۵۰-۴۰ ماه	۱۲/۲۳ (±۴/۷)		۱۰/۵۲ (±۱/۷)		۵۱/۰۹ (±۲/۷)	
	۶۰-۵۰ ماه	۱۲/۱۲ (±۵/۲)		۹/۷۹ (±۲/۰)		۵۰/۵۰ (±۳/۲)	
	۷۲-۶۰ ماه	۱۱/۷۸ (±۵/۳)		۹/۳۹ (±۱/۵)		۵۰/۲۸ (±۲/۹)	
رتبه فرزند	فرزند اول	۱۱/۷۷ (±۴/۷)	۰/۰۱۱	۱۰/۴۸ (±۱/۹)	۰/۱۵۰	۵۰/۴۸ (±۳/۲)	<۰/۰۰۱
	فرزند دوم	۱۱/۹۶ (±۴/۹)		۱۰/۲۷ (±۲/۱)		۵۰/۳۵ (±۳/۰)	
	فرزند سوم	۹/۷۴ (±۴/۵)		۹/۶۶ (±۱/۸)		۴۸/۷۲ (±۳/۴)	
	فرزند چهارم	۱۰/۱۴ (±۳/۸)		۱۰/۲۹ (±۱/۸)		۴۷ (±۲/۳)	
	فرزند پنجم	۴/۵۰ (±۳/۵)		۱۰ (±۱/۴)		۴۵ (±۴/۲)	

تب شامل پاشویه، کم کردن لباس کودک و خنک نگه داشتن اتاق به ترتیب در ۸/۷ درصد، ۳/۸ درصد، ۱/۸ درصد والدین انجام می شد.

طبق نتایج جدول ۴، نتایج آزمون همبستگی پیرسون بین آگاهی، نگرش و عملکرد شرکت کنندگان در پژوهش رابطه مثبت و معنی‌داری مشاهده شد (P<۰/۰۱).

جدول ۴: ماتریس ضریب همبستگی پیرسون بین آگاهی، نگرش و عملکرد افراد تحت مطالعه

متغیرهای مطالعه	آگاهی	نگرش	عملکرد
آگاهی	۱		
نگرش	۰/۳۶۰**	۱	
عملکرد	۰/۴۰۱**	۰/۱۱۰*	۱

* ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار می باشند.

** ضرایب در سطح کمتر از ۰/۰۱ معنی‌دار می باشند.

بحث

یافته‌های پژوهش حاضر حاصل نشان داد که والدین عملکرد و نگرش مطلوب و آگاهی نامطلوب و ضعیفی در زمینه نحوه کنترل تب فرزندانشان داشتند، که لزوم افزایش سطح آگاهی والدین از طرق مختلف مانند آموزش مستقیم و چهره به چهره در مراکز جامع سلامت را توجیه می‌کند. با توجه به اینکه والدین آگاهی نامطلوبی و ضعیفی داشتند، همسو با نتایج پژوهش حاضر، در مطالعه انصاری و همکاران والدین از تب و تغییراتی که در بدن کودک در اثر تب بوجود می‌آمد آگاهی نسبی داشتند [۲]. در مطالعه نجیمی و همکاران پیش از مداخله آموزشی در خصوص پیشگیری از تشنج ناشی از تب در کودکان، مادران از میانگین نمره اگاهی متوسطی برخوردار بودند و پس از مداخله آموزشی میانگین نمره آگاهی آنان به صورت معنی‌داری افزایش یافته است [۱۳]. در مطالعه Walsh نیز سطح آگاهی والدین در خصوص دمای طبیعی بدن و تعیین تب با دماسنج ضعیف بوده است [۲۳]. در مطالعه Parbi نیز آگاهی مادران از تشنج ناشی از تب متوسط گزارش شده است [۲۴]. در مطالعه Huang فقط ۴۰ درصد والدین دانش درستی در زمینه تشنج ناشی از تب کودکانشان داشتند [۲۵]. همچنین Parmer در هندوستان نشان داد که از ۱۴۰ والد کودک مبتلا به تب و تشنج ۵۹/۳ درصد با بیماری آشنایی نداشتند [۲۶]. تمام مطالعات یاد شده حاکی از اطلاعات کم والدین در این زمینه بوده که لزوم آموزش به آن‌ها را توجیه می‌کند.

قابل ذکر است که از بین متغیرهای زمینه‌ای پژوهش؛ آگاهی با شغل مادر، سن والدین، تحصیلات والدین، منبع کسب اطلاعات و رتبه فرزند رابطه معنی‌داری داشته است. در مطالعه انصاری و همکاران، طالبیان و همکاران، نجیمی و همکاران، Sheringham،Walsh و laski بین میزان تحصیلات والدین و آگاهی والدین در مورد تب وتشنج رابطه معنی‌داری مشاهده شده است [۲،۱۱، ۱۳، ۲۳،۲۸،۲۷]. به طور مثال Walsh در سال ۲۰۰۵ نشان داد که ۶۵ درصد افراد تحصیل کرده دارای آگاهی خوبی بودند [۲۳]. در مطالعه نجیمی و همکاران بین وضعیت شغلی مادران و آگاهی مادران در خصوص تشنج ناشی از تب رابطه معنی-داری مشاهده شده است [۱۳]. وضعیت شغلی به علت مدت زمان مراقبت انجام شده توسط مادران از اهمیت خاصی برخوردار است. در مطالعه انصاری و همکاران بین تعداد فرزندان و رتبه تولد با آگاهی مادران رابطه معنی‌داری مشاهده شده است [۴]. در مطالعه سجادی هزاوه و مطالعه کاوه منش بین منبع اطلاعات والدین و آگاهی والدین رابطه معنی‌داری مشاهده شده است به طوری که وقتی والدین اطلاعات خود را از پزشکان، پرستاران، مراقبین سلامت دریافت کرده بودند آگاهی آنها در جهت پیشگیری از تشنج ناشی از تب افزایش یافته است [۴، ۱۰]. آگاهی والدین در مورد تعریف تب در این پژوهش ۳۸/۳ درصد غلط تعریف

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]

شده است. در مطالعه کاوه منش و همکاران ۳۸/۹ درصد هم دمای طبیعی بدن را به عنوان تب تعریف کردند [۴]. اما برخلاف میزان آگاهی، نگرش والدین در سطح مطلوبی و بهتری قرار داشت. در مطالعه طالبیان و همکاران ۸۵/۷ درصد از مادران آموزش دیده نگرش بهتری در زمینه تب و تشنج فرزندان خود داشتند. که به نظر می‌رسد اضطراب شدید مادران از تشنج ناشی از تب که در بسیاری از مطالعات ذکر شده است باعث ایجاد نگرش مثبت در مادران در خصوص روش‌های کنترل تب و پیشگیری از تشنج شده است [۱۱]. اما در مطالعه انصاری و همکاران حداکثر نمره بعد نگرش ۲۵ درصد بود که در مطالعه آن‌ها ۳/۴۱ ± ۱۱/۸۷ گزارش شده است و این بدین معنی است که نگرش و دیدگاه آن‌ها نسبت به تب و عوارض آن ضعیف بوده است [۲]. همچنین از بین متغیرهای زمینه ای پژوهش؛ نگرش با تحصیلات والدین، علت مراجعه و جنس طفل رابطه معنی‌داری داشته است. در مطالعه طالبیان و همکاران با افزایش میزان تحصیلات مادران میزان نگرش آن‌ها وضعیت بهتری داشت [۱۱].

در مطالعه حاضر والدین مورد مطالعه از لحاظ عملکرد در وضعیت مطلوب و بهتری قرار داشتند. در مطالعه طالبیان و همکاران مادران آموزش دیده عملکرد بهتری در زمینه تب و تشنج فرزندان خود داشتند [۱۱]. در مطالعه نجیمی و همکاران پس از مداخله آموزشی انجام شده با هدف کنترل تب میانگین نمره عملکرد مادران در گروه مداخله به صورت معنی‌داری افزایش یافته است و علاوه بر آن مداخله آموزشی، اعتماد به نفس و آرامش درونی ناشی از اقدام به موقع را در مادران افزایش داده است [۱۳].Murpy و همکاران با استفاده از یک روش آموزشی موثر توانسته بودند اضطراب والدین و عملکرد آنان را در خصوص کنترل تب ارتقا دهند [۲۹].

از بین متغیرهای زمینه‌ای پژوهش؛ عملکرد با سن والدین، تحصیلات والدین، منبع کسب اطلاعات و رتبه فرزند رابطه معنی‌داری داشته است. در مطالعه رشادت و مطالعه سجادی هزاوه بین عملکرد صحیح والدین و سطح تحصیلات بالای والدین رابطه معنی داری وجود داشت [۱۰، ۵]. اما در مطالعه طالبیان و همکاران بین عملکرد والدین با سطح تحصیلات آن‌ها ارتباط مستقیمی گزارش نشده است [۱۱].

در این پژوهش ۱۱/۵ درصد والدین داروی ضد تب را بیش از میزان تجویز شده به کودک خود می‌دادند که این میزان از یک قطره تا شش قطره بیشتر از میزان تجویز شده در میان پاسخ‌های داده شده مشاهده شد و همچنین ۱۳/۱درصد آنان در فاصله زمانی کوتاهتری آن را به کودک خود می‌خوراندند. تجویز استامینوفن به کودک در این پژوهش بصورت هر یک ساعت الی هر ۱۲ ساعت یکبار توسط والدین صورت می‌گرفت. برخوردهای غیر منطقی والدین در اداره تب کودکان در ممالک پیشرفته نیز موجبات نگرانی مراقبین سلامت شده بطوری که Alves و همکاران در مطالعه خود گزارش کردند که نزدیک به ۹۰ درصد والدین استامینوفن را با دوز نامناسب به کودک خود داده بودند و حتی گروهی به کودک خود دیپیرون با دوز بسیار بالا در حد دوز مسمومیت داده بودند [۳۰، ۵]. در مطالعه رشادت و همکاران گزارش شده است که ۳۰ درصد والدین داروی ضد تب را بیش از میزان تجویز به کودک خود می‌دادند و ۳۸ درصد آنان در فاصله زمانی کوتاهتری دارو را به کودک می‌دادند در همین مطالعه تجویز استامینوفن به کودک به صورت هر نیم ساعت یکبار الی هر ۱۲ ساعت یکبار گزارش شده است [۵]. در مطالعه کاوه منش و همکاران گرچه مادران داروهای تب بر را می‌شناختند ولی بسیاری از آن‌ها مقدار و فواصل صحیح دارو را بکار نمی‌گرفتند و ۵۰ درصد مادران مقدار دارو را بیشتر یا کمتر از مقدار لازم به کودکان خود می‌دادند و ۲۱/۱ درصد کمتر از ۴ ساعت و یا بیشتر از ۶ ساعت تب بر مصرف می‌کردند [۴]. در مطالعه Crocetti و همکاران گزارش شده است که ۴۴ درصد والدین ایبوپروفن را در فواصل زمانی کوتاهتری و دوز بیشتری به کودکان می دادند [۷]. بطور مشابه در مطالعه‌ای بر روی اطفال۶۰-۰ ماهه دیده شده که ۶۵/۲ درصد والدین در زمانی که کودکشان، تب نداشته و یا حداقل تب را داشته‌اند از داروهای ضد تب بویژه استامینوفن، استفاده کرده اند و حتی یک سوم افراد استامینوفن را بیش از دوز تجویز شده به کودک داده اند [۳۱]. استامینوفن و ایپوپروفن در کاهش تب، ایمنی و توانایی مشابهی دارند و میزان صحیح استامینوفن mg/kg ۱۵-۱۰ هر ۶-۴ ساعت می‌باشد و در طول دو ساعت می‌تواند دما را ۲- ۱درجه سانتی گراد کاهش دهد و دوز ایپوپروفن هم mg/kg ۱۰-۵ هر ۸-۶ ساعت می‌باشد [۴، ۲۶،۳۳،۳۲]. ابزار تشخیص وجود تب توسط والدین در این پژوهش در ۳۹/۳ درصد موارد لمس اعضای بدن و در ۴۸/۴ درصد استفاده از ترمومتر و ۵/۶ درصد موارد هر دو روش را استفاده می‌کردند. در مطالعه رشادت و همکاران ابزار تشخیص وجود تب توسط والدین در ۵۰ درصد موارد لمس اعضای بدن و در ۴۱/۱ درصد استفاده از ترمومتر گزارش شده است [۵]. در مطالعه حاضر ۷۸/۲ درصد والدین در صورتی که پزشک بیان می‌کرد نیازی به انجام آزمایش نیست با نظر پزشک موافقت می‌کردند. ۳/۸ درصد والدین با نظر پزشک مخالفت می‌کردند و جهت یافتن علت تب پیشنهاد بررسی پاراکلینیک را به پزشک می‌دادند. نگرانی و اضطراب والدین بعضاً موجب تداخل در طبابت می‌گردد تا آنجا که پزشک را وادار به انجام آزمایشاتی برای کودک خود می‌کنند [۳۳]. در مطالعه رشادت و همکاران ۵۶/۶ درصد والدین مخالف نظر پزشک بودند و از او می‌خواستند که

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]

آزمایشات پاراکلینیک را انجام دهد [۵].

در یک مطالعه بر روی والدین استرالیایی دیده شده که ۳/۷ درصد آنان از درمان‌های خانگی به منظور پایین آوردن تب طفل خود کمک می‌گرفتند [۳۴]. در مطالعه حاضر نیز ۳۸/۱ درصد والدین اعتقاد به استفاده از درمان‌های خانگی، طب گیاهی و سنتی داشتند که در این رابطه بیشترین گیاه مورد استفاده خاکشیر (۱۱/۵) درصد بود. در مطالعه رشادت و همکاران نیز ۱۲ درصد مادران از داروی گیاهی استفاده می‌کردند که ۶/۹ درصد آن‌ها از خاکشیر استفاده می‌کردند [۵]. در مطالعه سعیدنیا و همکاران مهمترین گیاهان موثر در کاهش تب، گل ختمی، بابونه و بومادران گزارش شده است [۳۶]. در مطالعه حاضر از جمله اقدامات محلی دیگری که والدین برای کاهش تب انجام می‌دادند پاشویه، کم کردن لباس، خنک نگه داشتن اتاق بود که از بین اینها پاشویه با ۸/۷ درصد بیشترین درصد را داشت. در مطالعه Gozzoli و همکاران اثر بخشی روش پاشویه به تنهایی را مشابه اثر بخشی روش استامینوفن به تنهایی اعلام داشتند [۳۷]. تمامی منابع موجود استفاده از مایعات را با هدف هیدراته کردن طفل به عنوان راهی مناسب برای کاستن از شدت تب بیان کرده اند [۵]. نتایج این پژوهش در خصوص فاصله زمانی اندازه گیری تب نشان می‌دهد که ۲۸ درصد والدین هر یک ساعت و کمتر دمای بدن کودک تب دار خود را اندازه می‌گیرند. در مطالعه کاوه منش و همکاران ۶۷/۸ درصد مادران هر یک ساعت و کمتر دمای بدن کودک خود را اندازه می‌گرفتند [۴]. در مطالعه Crocetti و همکاران والدین دمای بدن کودک تب دار را هر یک ساعت و بیشتر اندازه می‌گرفتند [۷]. در حالی که توصیه می‌شود دمای بدن قبل از هر دوز داروی تب بر اندازه گیری شود تا بر اساس آن کودک در صورت لزوم تب بر دریافت نماید و نیازی به اندازه گیری مکرر نباشد [۲، ۷]. اگر چه این مطالعه توانست اطلاعات ارزشمندی در خصوص وضعیت آگاهی، نگرش و عملکرد والدین در کنترل تب کودکان را بیان نماید. ولیکن از جمله محدودیت مطالعه حاضر احتمال خطای یادآوری در والدین به دلیل استفاده از روش خودگزارش‌دهی در سنجش آگاهی، نگرش و عملکرد والدین در خصوص کنترل تب بود. از دیگر محدودیت‌های این مطالعه، عدم همکاری برخی از والدین بود که برای حل این مشکل با صرف وقت بیشتر و توضیح و توجیه اهمیت مطالعه سعی بر جلب نظر والدین واجد شرایط نمونه گیری جهت مشارکت در پژوهش شد. تفاوت ویژگی های فردی و شرایط روحی و روانی والدین در پاسخگویی به سوالات که ممکن است بر روی نتایج پژوهش تاثیر گذاشته باشد از دیگر محدودیت‌ها است که کنترل آن خارج از اختیار پژوهشگران بود.

نتیجه‌گیری

با توجه به برآورد کلی یافته‌های مطالعه به نظر می‌رسد آگاهی والدین با هر سطح تحصیلاتی راجع به کنترل تب به عنوان یکی از معیارهای سلامت و بیماری کافی نبوده است و وضعیت مناسبی ندارد، لذا لازم است در برنامه های آموزشی، به آموزش کافی درباره مسائل شایع مثل کنترل تب در کودکان تاکید گردد. بنابراین با افزایش میزان آگاهی، عملکرد و نگرش والدین کنترل تب می‌تواند بهبود یابد. توصیه می‌شود که کارکنان بهداشتی و درمانی با هدف ارتقا سطح آگاهی والدین به هنگام بروز تب و نحوه اداره تب آموزش‌های تکمیل‌تری به والدین ارائه دهند تا به توانمندی رضایت بخش‌تری جهت اداره تب فرزندانشان دست یابند. همچنین علاوه بر افزایش آگاهی های والدین از طریق رسانه‌های گروهی و مراقبین بهداشتی، بایستی اقدام به ارتقا سطح آگاهی مادران به طور اختصاصی کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند، از پشتیبانی مالی دانشگاه علوم پزشکی همدان از این مطالعه (در قالب طرح تحقیقاتی مصوب مرکز پژوهش دانشجویی با شماره طرح ۹۵۱۲۱۰۷۷۰۰) و همچنین از کلیه والدین شرکت‌کننده در مطالعه که در کلیه مراحل پژوهش محققین را یاری رساندند، تشکر و قدردانی بعمل آورند.

تضاد منافع

این مطالعه برای نویسنده هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشته است.

REFERENCES

1. Behrman, Kilegman, Jenson: Nelson textbook of pediatric 17th Ed. WB Saunders, Philadelphia, 2004; 839-849.
2. Ansari A, Ravanipour M, Jahanpour F, Hosseini S. The challenges of managing childhood fever by parents referred to health centers in Bushehr. Iran South Med J. 2015; 18(4):738-750. (Persian)
3. Grzadzinsk R, Lord C, Sanders J, Werling D, Vanessa H. Children with Autism Spectrum Disorder Who Improve with Fever:Insights from the Simons Simplex Collection. Autism Res2018; 11(1): 175–184.
4. Kavehmanesh Z, Amirsalari S, Khalili Matinzadeh Z, Baqheri K. Assessment of mothers' knowledge and attitudes of military families toward management of fever in their child. J Mil Med. 2008; 10(1):57-62. (Persian)
5. Reshadat S, SHakybaei D, Rezaei M, GHasemi R. Managing fever in parents of children under age 5 with fever. Sci J Hamadan Univ Med Sci. 2012; 19 (2): 28-33. (Persian)
6. Goldman RD, Scolnik D. Under dosing of acetaminophen by parents and emergency de-ferment utilization. J Pediatr Emerg Car. 2004; 20(2): 89-93.
7. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited;

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]

have parental misconceptions about fever changed in 20 years. Pediatrics. 2001; 107(6): 1241-6
8. Finkelstein JA, Christiansen CL, Platt R. Fever in pediatric primary care: occurrence, manage- ment, and outcomes. Pediatrics 2000; 105(1pt3): 260-266.
9. Karimi A, Armin SH, Fahmzade A. Febriel convulsion. Journal of Medical Council of Iran.2008; 26(2): 246-264. (Persian)
10. Sajadi Hazaveh M, Shamsi M. Assesment of mothers' behavior about prevention of febrile seizure in children in Arak city. Application of the Health Belief Model. J Jahrom Univ Med Sci. 2011; 9(2):34-40. (Persian)
11. Talebian A, Honarpisheh A, Barekatain B, Taghadosi M, Mousavi SGA. Evaluating of knowledge, attitude, practice and related factors in mothers of children with febrile convulsion at Kashan during 2006-2007. Feyz. 2009; 13(1):43-47. (Persian)
12. Nasehi MM, Moosazadeh M, Saket S, Bakhshandeh MK. Factor causes on the first febrile seizure in children: A systematic review. J Isfahan Med School. 2014; 32(289): 1-18. (Persian)
13. Najimi A, Dolatabadi N, Esmaeili AA, Sharifirad GH R. The effect of educational program on knowledge, attitude and practice of mothers regarding prevention of febrile seizure in children. Health sys Res. 2010; 6(4):744-751. (Persian)
14. Flury T, Aebi C, Donati F. Febrile seizures and parental anxiety: does information help? Swiss Med Wkly. 2001; 131(37-38): 556-60.
15. Tanja F, Christine A, Filippo D. Febrile seizures and parental anxiety. Does information help. Swiss Medd Wkly 2002;131(2):555-60.
16. Eissa YA, Zamil FA, Sanie AM, Salloum AA, Tuwaijri HM, et al. Home management of fever in children; rational or ritual ? Int J Clin Pract. 2000; 54 (3) : 138- 42.
17. Al- Nouri L, Basheer K. Mother's perceptions of fever in children. J Trop Pediatr. 2005; 52: 113-6.
18. Aricav SG, Arica V, Onu H. Knowledge, attitude and response of mothers about fever in their children. Emerg Med J .2012; 29: e4
19. Krantz C. Childhood fevers: developing evidence based anticipatory guidance tool for parents. Pediatr Nurs2001; 27: 567-71.
20. Zeighami R, Haghi M, Bijani B, Alipour M, Kaboudi B, Haghi M. A comparison between cold water sponging and fanning in reducing fever in intensive care unit inpatients: a factorial design. Iran J Nurs Res. 2015; 10 (3):100-107. (Persian)
21. Hammond NE, Boyle M. Pharmacological versus non-pharmacological antipyretic treatments in febrile critically ill adult patients: a systematic review and meta-analysis. Australian Critical Care. 2011; 24(1):4-17
22. Gasemi F, Valizadeh F, Mohsenzadeh A. Educational n eeds of mothers of children with febrile convulsion, planetarium. J Khorramabad 2005; 1(1): 1-4. (Persian)
23. Walsh A, Edwards H. Management of childhood feverby parents: literaturereview. J Adv Nurs2006; 54: 217-27.
24. Parbi H, Neamatolahi A. Evaluation knowledge of parents of children with febrile convulsion, Medical University of khoramabad, shahid madani hospital. Iran Pediatric J. 2002; 26: 8-10. (Persian)
25. Huang MC, Liu CC, Huang CC. Effects of an educational program on parents with febrile convulsive children. Pediatr Ne ural 1998; 18(2): 150-5.
26. Parmar RC, Sahu DR, Bavdekar SB. Knowledge, attitude and practices of parents of children with febrile convulsion. Medneurology J 2001; 1(47): 19-23.
27. Sheringham A, Teodor M, Salci T. Febrile convulsions: development and validation of a questionnaire to measure parental knowledge, attitudes, concerns and practices. J Forms Med Assoc 2006;105(1):38-42.
28. Laski A, Chi YC, Thomas K, Huang MC, Liu CC, Huang CC. Parental concerns for the child with febrile convulsion: long–term effects of educational interventions. Acta Neurol Scand. 2001;103(5):288-93.
29. Murphy KA, Liebman M. Fever care: does nursing instruction make a difference? J Emerg Nurs. 1995; 21(5): 461-3.
30. Alves JG, Cardosoneto FJ, Alemedia CD, Almedia ND. Dipyrone and Acetaminophen: correct dosing by parents. Sao Paulo Med J 2007; 41-25(1):57-9.
31. Bilenko N, Tessler H, Okbe R, Press J, Goro discher R. Determinants of antipyrentic misuse in children up to 5 years of age: a cross- sectional study. Clin Thr 2006; 28(5): 783-93.
32. Behrman, Kilegman, Jenson: Nelson textbook of pediatric 17th Ed. WB Saunders, Philadelphia, 2004; 839-849.
33. Anthony J, Trevor Bertram G. Ktzung & Trevores Pharmacology examination & board review: 6thed. E Mc Growhill, Missour: 2002; 320-26.
34. Pursell E. Parental fever phobia and its evolu-tionary correlates. J Clin Nurs2009;18(2):210-18.
35. Walsh A, Edwards H, Fraser J. Over the counter medication use for child hood fever: a cross-sectional study of Australian parents. J Paediatr Child Health 2007; 43(19): 601-6.
36. Saeidnia S, Dasian Z, Hadjiakhoondi A. Herbal Medicines and Pediatric Diseases. JMP. 2010; 1 (33):16-25. (Persian)
37. Gozzoli V, Treggiari MM, Kleger GR, Roux-Lombard P, Fathi M, Pichard C, et al. Randomized trial of the effect of antipyresis by metamizol, propacetamol or external cooling on metabolism, hemodynamics and inflammatory response. Intensive Care Medicine. 2004;30(3):401-7.

[Downloaded from psj.umsha.ac.ir on 2026-11-30]

[DOI: 10.21859/psj.16.3.58]