دوماهنامه طبّ جنوب
پژوهشکده زیست-پزشکی خلیج فارس
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
سال هجدهم، شماره ۴، صفحه ۷۵۰ – ۷۳۸ (مهر و آبان ۱۳۹۴)

ISMJ 2015;18(4): 738-750

بررسی چالش‌های اداره تب کودکان توسط والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی بوشهر

عزیزه انصاری [۱]، مریم روانی‌پور [۲*]، فائزه جهان‌پور [۳]، سمیه حسینی [۴]

[۱] گروه آموزش پرستاری، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۲] گروه پرستاری، مرکز تحقیقات طب گرمسیری و عفونی خلیج‌فارس، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۳] گروه پرستاری، دانشکده پرستاری مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر
[۴] معاونت پژوهشی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر

(دریافت مقاله: ۹۳/۲/۲۹- پذیرش مقاله: ۹۳/۶/۹)

چکیده

زمینه: تب از شایع‌ترین دلایل جستجوی مراقبت‌های پزشکی والدین نوزادان و کودکان خردسال است. لذا مطالعه حاضر به منظور درک عمیق‌تر مشکلات والدین در مراقبت و اداره تب کودکان انجام گرفته و در نهایت راهکارهایی به منظور برطرف کردن این مشکلات ارائه شده است.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی اکتشافی (نوعی میکس متد) با هدف بررسی مشکلات والدین در اداره تب کودکانشان است. جامعه پژوهش را والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی بوشهر تشکیل می دادند. نمونه‌های پژوهش به صورت مبتنی بر هدف انتخاب شدند. بخش اکتشافی آن به شیوه تحلیل محتوای هدایت شده از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته با والدین و سپس اطلاعات کمی با استفاده از پرسشنامه محقق ساخته جمع‌آوری گردید. داده‌های کیفی به صورت تحلیل محتوا و داده‌های بخش کمی با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۱۹ و آمار توصیفی و تحلیلی در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ مورد آنالیز قرار گرفت.

یافته‌ها: در بخش کیفی مطالعه، کدگذاری و خلاصه سازی داده‌های حاصل از مصاحبه‌ها در ۶ محور شامل نیاز به آگاهی، آمادگی مقابله، اقدام مستقلانه، عملکرد مراقبتی مؤثر، حس کنترل و مدیریت موقعیت و حس رضایت مشخص شد. در بخش کمی میانگین و انحراف معیار نمره آگاهی، نگرش و بیان کاربرد در عمل والدین به ترتیب ۱/۵۸±۶/۶۵، ۳/۴۱±۱۱/۸۷ و ۵/۹۷±۵۵/۴۴ بود. به‌علاوه حیطه‌های توانمندی با برخی مشخصات دموگرافیک به‌لحاظ آماری ارتباط معنی‌داری را نشان داد.

نتیجه‌گیری: نیاز به اطلاعات اولیه در خصوص نحوه اداره تب و همچنین نیاز به توانمندسازی به نوعی که آمادگی کافی برای مقابله با تب کودک احساس کنند در گفته‌های اکثر مشارکت کنندگان مطرح بود. توصیه می‌شود که کارکنان بهداشتی و درمانی در زمینه نحوه اداره تب آموزش‌های تکمیل‌تری با کمک مدل‌های توانمندسازی به والدین ارائه دهند تا به توانمندی رضایت‌بخشی جهت اداره تب فرزندانشان دست یابند.

واژگان کلیدی: چالش، کودکان، مدیریت تب، مطالعه کیفی، والدین

* بوشهر، خیابان ریشهر، سایت پردیس دانشگاه علوم پزشکی، دانشکده پرستاری و مامایی، کد پستی ۷۵۱۸۷۵۹۵۷۷
Email :ravanipour@bpums.ac.ir

مقدمه

تب یکی از مهم‌ترین نشانه اختلال در بدن می‌باشد به خصوص برای کودکان که راه‌های محدودی برای ابراز ناراحتی خود دارند (۱). همچنین تب یکی از شایع‌ترین دلایلی است که باعث می‌شود پدر و مادر به دنبال مراقبت‌های پزشکی برای نوزادان و کودکان خردسال خود باشند (۲). چنانچه در برخی منابع، شیوع مراجعات به پزشک به دلیل تب در کودکان را ۱۹ الی ۳۰ درصد تخمین زده‌اند (۳).

بیماری‌های تب‌دار در کودکان خردسال معمولاً نشان دهنده نوعی عفونت است و علت نگرانی برای والدین می‌باشد. مدیریت کودک تب‌دار در منابع مختلف بحث برانگیز باقی مانده است (۴). همچنین مراقبت از کودک تب‌دار یکی از مهم‌ترین مشکلات والدین می‌باشد (۵). چرا که دانش والدین در مورد اثر بخشی و دوز مناسب ضد تب سوال برانگیز ااست آن‌ها دانش کافی در مورد تفاوت دوز و میزان قطره و شربت استامینوفن ندارند (۶).

از سال ۱۹۸۰ بارتون اشمیت (Barton Schmitt) متخصص اطفال در آمریکای شمالی متوجه شد که پدران و مادران تصورات غلط بی‌شماری در مورد تب دارند که اصطلاح هراس تب را برای توصیف نگرانی والدین در مورد تب کودکان ارائه کرد. ترس از تب شامل باورهایی مانند تشنج ناشی از تب، آسیب مغزی، کما، مرگ، کم آبی و افزایش مداوم تب در صورت عدم درمان آن می‌باشد (۵). در مطالعه‌ای ۱۲ درصد از مادران می‌ترسیدند که فرزندانشان دچار مرگ ناشی از تب شود (۷). طبق مطالعه دیمایر (Demir) ۸۵ درصد پزشکان برای کنترل تب و جلوگیری از عوارض ناشی از تب به ویژه تشنج ناشی از تب، ضد تب تجویز می‌کنند بنابراین دیدگاه‌های منفی مانند ترس از تشنج ناشی از تب همچنان باقی مانده و تغییر نکرده است (۸). در صورتی که پایین آوردن درجه حرارت از حملات پیشگیری نمی‌کند (۹). همچنین تب نقش محوری در پاسخ ضد التهابی دارد که داروهای ضد تب، ممکن است با این پاسخ تداخل کند (۱۰). این نگرانی‌ها موجب تکرار مراجعات به مراکز مراقبت سلامت، صرف وقت و هزینه‌های غیرضروری شده است و همچنین دستپاچگی والدین موجب استفاده از درمان نامناسب و بعضاً ایجاد مسمومیت در اثر مصرف غیر استاندارد داروها و در نتیجه مراجعات متعدد به اورژانس‌های کودکان می‌شود (۱۱). با وجود نزدیک به سه دهه آموزش، نگرانی‌های والدین در مورد شیوه‌های مدیریت تب تقریباً بدون تغییر مانده است (۱۲). نتیجه مطالعه‌ای نشان داد که مادران به حمایت‌های مختلف آموزشی، عاطفی و معنوی برای اداره بهتر تب کودکانشان نیاز دارند (۱۳).

ل-نوری (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 کودک می‌شود و بعضی از مادران فکر می‌کردند که ممکن است به فلج، عقب ماندگی یا آسیب‌های مغزی منجر شود (۱۴). در مطالعه‌ای دیگر جونهر آریکا (Gunher Arica) و همکاران در سال ۲۰۱۱ بر روی ۴۵۰ مادر، به این نتیجه رسیدند که ۳۸/۹ درصد از مادران بدون مشورت پزشک از داروهای ضد تب استفاده می‌کردند در حالی که ۱۹ درصد آب سرد و ۷/۷ درصد آب و الکل یا سرکه استفاده می‌کردند که در میان عملکرهای نامناسب می‌باشد (۷). که همگی چالش‌های متعددی در اداره تب کودکان را نشان می‌دهند. با توجه به این حقیقت که رفع مشکلات والدین در اداره تب کودکان حائز اهمیت بالایی است؛

و شناخت اندکی از چالش‌های والدین کودکان تب دار در اداره تب کودک در ایران در دسترس است. لذا، مطالعه حاضر با این پرسش که "والدین در زمینه اداره و مراقبت از تب کودکان با چه مشکلاتی روبرو هستند." با روش توصیفی اکتشافی به منظور درک عمیق‌تر مشکلات این والدین انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی اکتشافی (نوعی میکس متد) با هدف بررسی مشکلات والدین در اداره تب کودکان می‌باشد. روش اکتشافی به منظور شناسایی دیدگاه، بینش‌ها و ادراکات جدید و کشف فاکتورهای مرتبط با عنوان مورد مطالعه است. طرح توصیفی اکتشافی طرحی انعطاف‌پذیر است که فرصتی مناسب به منظور آزمودن جنبه‌های مشکل مورد مطالعه فراهم می‌کند و جهت توسعه دانش و اطلاعات جدید تلاش می‌کند و پیشنهاداتی را برای فرضیات در مطالعات آینده فراهم می‌کند. این طرح به دنبال روابط علت و معلولی نیست، بلکه به دنبال مطالعه متغیرهای منفرد و یا جمعیت‌های منفرد می‌باشد (۱۵ و ۱۶). این نکته حائز اهمیت است که بدانیم یک مطالعه توصیفی اکتشافی نقطه آغاز است و در جستجوی تعمیم‌پذیری به دنیای واقعی نیست (۱۵). از سویی مطالعات توصیفی اکتشافی را به نوعی از زمره مطالعات میکس متد محسوب می‌کنند که از بین انواع روش‌های میکس متد، اهداف و روش مطالعه حاضر با روش میکس متد متوالی نسبی تطابق دارد. بدین معنا که مطالعه دارای دو فاز کیفی و کمی بوده که با وزن برابر و به صورت متوالی پس از اجرای مرحله اول کیفی، مرحله کمی آن اجرا گردید (۱۷ و ۱۸). بر همین اساس این مطالعه در تلاش به پاسخگویی به سوالات "والدین در زمینه مراقبت از کودک تب‌دار خود با چه مشکلاتی روبرو هستند؟ و چه شرایط آموزشی به یادگیری بهتر والدین کودک تب‌دار کمک می‌کند؟" می‌باشد. از آنجائی‌که قصد داشتیم مفاهیم الگوی توانمندسازی خودمدیریتی که شامل خودآگاهی از تغییرات، سازگاری، حس استقلال، عملکرد نقش، حس کنترل، رضایت پنداشت شده و خود مدیریتی می‌باشد (۱۹) را در یک زمینه جدید دیگر "مشکلات والدین در اداره تب کودکانشان" و نهایتاً کمک به توانمندی والدین در ادره تب کودکانشان بررسی و اعتباریابی نمائیم (۲۰ و ۲۱)، بنابراین برای بخش کیفی مطالعه از روش آنالیز محتوای هدایت شده استفاده کردیم.

به‌عبارتی ، در مواردی که یک تئوری یا تحقیق از قبل انجام شده در خصوص پدیده مد نظر وجود داشته باشد ولی در زمینه خاصی ناقص بوده و یا نیاز به توصیفات بیشتر داشته باشد از روش آنالیز محتوای هدایت شده استفاده می‌شود. تئوری یا تحقیق موجود می‌تواند به تمرکز سؤال پژوهش کمک کند. به همین دلیل از فرایندی ساختارمندتر نسبت به سایر انواع تحلیل محتوا برخوردار است. چرا که محققین با مفاهیم و متغیرهای کلیدی مشخص شده به‌عنوان کدهای اولیه محورها شروع می‌کنند (۲۱ و ۲۲). جامعه پژوهش والدین مراجعه کننده به مراکز بهداشتی شهر بوشهر بودند. به این ترتیب ابتدا بر اساس معیارهای ورود به مطالعه که شامل والدین کودکان ۶ ماه تا ۵ سالی که فرزندانشان سابقه تب داشته، مایل و قادر به ارائه و بیان تجربیات خود باشند و معیارهای خروج که شامل عدم تمایل به شرکت در مطالعه و داشتن کودک دارای بیماری مزمن شناخته شده بود، نمونه‌ها به روش در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. سپس ضمن معرفی و توضیح اهداف مطالعه،

رضایت شفاهی از مشارکت کنندگان جهت مشارکت در پژوهش و ضبط صدا حین مصاحبه گرفته شد و زمان و محل مناسب جهت مصاحبه به پیشنهاد مشارکت کنندگان تعیین گردید. در روز مصاحبه پس از معرفی و توضیح مجدد در خصوص اهداف پژوهش و اخذ رضایت آگاهانه کتبی، مصاحبه مطابق با نمونه سؤالات مطرح شده شروع شد. سؤالات اولیه باز همچون" یک روز را با کودک تب‌دار خود چگونه گذرانده‌اید؟ احساسات خود را در رابطه با آن روز بیان کنید؟ نسبت به تجربه‌های قبلیتان چه تفاوت‌هایی داشته؟" پرسیده شد و سپس سؤالات هدفمندتری بر اساس مفاهیم تئوری توانمندسازی مطرح گردید. به عنوان مثال" چگونه تب کودک خود را تشخیص می‌دهید؟ (خود آگاهی از تغییرات)؛ وقتی کودک شما به تب مبتلا می‌شود چه تأثیری بر زندگی عادی شما می‌گذارد؟ (سازگاری)؛ برای درمان تب کودکتان از چه کسانی مشورت و کمک می‌گیرید؟ و چرا؟ (حس استقلال)؛ هنگام ابتلا کودک به تب چه کارهایی انجام می‌دهید؟ (عملکرد نقش)؛ انجام چه کارهایی توسط شما باعث کنترل بهتر تب کودک می‌شود؟ (حس کنترل)؛ در چه مواقعی از عملکرد خودتان راضی می‌شوید؟ (رضایت پنداشت شده)؛ شما چه برنامه و راهکارهایی برای اداره بهتر تب کودکتان طراحی می‌کردید؟ (خودمدیریتی)". بر اساس پاسخ‌های مشارکت کنندگان سؤالات بیشتری به منظور روشن شدن کامل نظرات از مشارکت کنندگان پرسیده شد. میانگین طول مدت مصاحبه‌ها حدود ۱ ساعت بود. پس از انجام هر مصاحبه در کوتاه‌ترین زمان ممکن، اطلاعات ضبط شده، چند بار به‌طور دقیق گوش داده شد. پس از گوش کردن، مصاحبه‌ها کلمه به کلمه بر روی کاغذ منتقل گردید. سپس اطلاعات ثبت شده تایپ و مجدداً با موارد ضبط شده تطبیق داده شد. این عمل بدین منظور انجام گرفت تا دقت اطلاعات ثبت شده افزایش یابد و پژوهشگر تسلط بیشتری بر روی اطلاعات مذکور پیدا کند. اطلاعات کیفی به دست آمده از مصاحبه با کمک اساتید راهنما به روش تحلیل محتوا کدگذاری و تجزیه و تحلیل گردید. مراحل آنالیز عبارت بودند از: یافتن واحد معنا، متمرکز کردن و خلاصه کردن داده‌ها، کدگذاری، محوربندی و تعیین محورها (۲۳). بدین ترتیب که هر رونوشت از مصاحبه‌ها به منظور غوطه‌وری محقق در داده‌ها، چندین بار خوانده شده؛ پس از اینکه همه داده‌ها کدگذاری و محوربندی شدند هر محور به منظور به اشباع رسیدن مورد بررسی و مقایسه قرار گرفت (۲۴). در نهایت با ۱۵ نفر مصاحبه حضوری به عمل آمد. چرا که به نظر می‌رسید طبقات به اشباع رسیده و داده‌ها تکرار می‌شدند.

جهت بخش کمی در مطالعات توصیفی اکتشافی چون بدنبال شناخت حوزه‌های کمتر شناخته شده هستیم و نه تعمیم نتایج به جامعه، بنابراین حجم نمونه در کل از اهمیت کمتری برخوردار بوده و معمولاً حداقل تعداد ۳۰ نفر برای بخش کمی آن کفایت می‌کند (۲۱ و ۲۴). به‌علاوه با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵، توان آزمون ۸۰ درصد و نمره آگاهی مادران به میزان ۶ در مقایسه با متوسط نمره آگاهی قابل کسب به میزان ۷ و انحراف معیار ۲، حجم نمونه ۳۴ نفر خواهد بود که با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش، ۴۰ نفر وارد مطالعه ما شدند. ابزار گردآوری داده‌های بخش کمی مطالعه، پرسشنامه بسته پاسخ توانمندی خودمدیریتی و اطلاعات دموگرافیک می‌باشد. پرسشنامه محقق ساخته توانمندی خودمدیریتی مشتمل بر سؤالات بسته پاسخ بود که گویه‌های آن بر اساس مطالعه مقالات،

کتب مربوطه و یافته‌های حاصل از مصاحبه‌های کیفی مرحله تشریح شده قبل در حیطه‌های الگوی توانمندسازی خودمدیریتی مبتنی بر مطالعه گراندد تئوری مفهوم قدرت و ارائه الگوی قدرتمندسازی (۱۹) طراحی گردیده است. روایی صوری و محتوا با استفاده از نظرات اساتید متخصص سنجیده شد. شاخص و نسبت روایی محتوا کمی(CVI=۰/۸۷)[1]، (CVR=۰/۶۸)[2] و پایایی آن نیز با احتساب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ برآورد شد. پرسش‌نامه شامل ۳۶ سؤال بود که در حیطه آگاهی ۱۲ سؤال، نگرش ۵ سؤال و بیان کاربرد در عمل ۱۹ سؤال قرار داشت. بر اساس محورهای استحصال شده در بخش کیفی، دسته‌بندی محورهای پرسشنامه در سه بعد آگاهی، نگرش و بیان کاربرد در عمل نیز صورت پذیرفت. به صورتی که محور نیاز به آگاهی با ۱۲ سؤال در بعد آگاهی قرار داشت، محور آمادگی مقابله با ۷ سؤال در بعد نگرش و بیان کاربرد در عمل قرار داشت و محورهای اقدام مستقلانه با ۴ سؤال، عملکرد مراقبتی مؤثر با ۲ سؤال، حس کنترل و مدیریت موقعیت با ۹ سؤال، و حس رضایت با ۲ سؤال در بعد بیان کاربرد در عمل قرار داشتند. برای امتیازگذاری پرسش‌نامه در قسمت آگاهی، به هر پاسخ صحیح امتیاز ۱ و هر پاسخ اشتباه و نمی‌دانم صفر داده شد. حداقل و حداکثر نمره در این بعد صفر تا ۱۲ بود. در بعد نگرش دامنه امتیاز هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر بود، به طوری که به جواب کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم به ترتیب امتیاز ۵ تا ۱ تعلق گرفت، حداقل و حداکثر نمره ۵ تا ۲۵ بود. در قسمت بیان کاربرد در عمل دامنه امتیاز هر سؤال بین ۱ تا ۵ متغیر بود، به طوری که به جواب همیشه تا هرگز به ترتیب امتیاز ۵ تا ۱ تعلق گرفت، حداقل و حداکثر نمره ۱۹ تا ۹۵ بود. مدت زمان تکمیل پرسشنامه بین ۱۵ تا ۲۰ دقیقه بود. تعداد ۴۰ پرسشنامه تکمیل و داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS (SPSS Inc، Chicago، Il، USA) ویرایش ۱۹، شاخص‌های توصیفی، آزمون تی مستقل، آنالیز واریانس و ضریب همبستگی پیرسون و اسپیرمن مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. به منظور رعایت اصول اخلاق در پژوهش، جهت نمونه‌گیری هدف از پژوهش برای شرکت کنندگان توضیح داده شد و از آن‌ها رضایت آگاهانه کتبی اخذ گردید. به‌علاوه برای شرکت کنندگان جنبه اختیاری بودن شرکت در این پژوهش و محرمانه بودن اطلاعات توضیح داده شد.

یافته‌ها

بخش کیفی

میانگین سنی والدین شرکت کننده در مصاحبه کیفی ۲۷ سال و بیشتر آن‌ها مادر و میانگین سن کودکان آن‌ها ۲۴ ماه بود. ۶ نفر (۴۰ درصد) والدین تحصیلات دانشگاهی داشتند. از ۱۵ کودک ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) ۲-۱ بار، ۹ نفر (۶۰ درصد) ۵-۳ بار و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) ۱۱-۹ بار سابقه تب داشتند. سابقه تشنج ناشی از تب در هیچکدام از کودکان یافت نشد. ۶ نفر از کودکان (۴۰ درصد) سابقه بستری داشتند. فقط ۳ نفر از والدین (۲۰ درصد) سابقه آموزش نحوه اداره تب داشتند که منابع اطلاعاتی و آموزش اکثریت آن‌ها پزشک بود. در بخش کیفی مطالعه، کدگذاری و خلاصه‌سازی داده‌های حاصل از مصاحبه‌های عمیق نیمه ساختار یافته از مشارکت کنندگان در ۶ محور شامل ۱- نیاز به آگاهی، ۲- آمادگی مقابله، ۳- اقدام مستقلانه، ۴- عملکرد مراقبتی موثر، ۵- حس کنترل و مدیریت موقعیت و ۶- حس رضایت مشخص شد.

[1] Content Validity Index
[2] Content Validity Ratio

نیاز به آگاهی

نیاز به آگاهی عبارت بود از احساس نیاز والدین کودک تب دار به آگاهی از تغییراتی که در بدن کودک در اثر تب بوجود می‌آید و نحوه اداره و برخورد با تب. والدین اطلاعات محدودی در زمینه علت، نحوه تشخیص و روش‌های اندازه‌گیری تب، نحوه صحیح تن شویه، نام، زمان مصرف و مقدار صحیح داروی تب بر، دمای بدن در شرایط طبیعی و تب، علائم تشنج ناشی از تب داشتند. به‌طور مثال خانمی ۳۵ ساله بیان می‌کرد: "در زمان لرز همچنان به پاشویه ادامه می‌دهم." پدری ۲۹ ساله بیان می‌کرد: "خودم اطلاعات ندارم. صرفاً دارو را طبق دستور پزشک به کودکم می‌دهم." مادری ۳۲ ساله اظهار کرد: "خدا را شکر تا به حال تشنج را ندیده‌ام ولی از آن به دلیل صحبت‌هایی که از اطرافیان شنیدم می‌ترسم ولی تا حالا ندیدم که بتوانم حتی توصیفش کنم."

آمادگی مقابله

از دید والدین مشارکت کننده در این مطالعه تطبیق‌پذیری در طول مدت تب کودک، تلاش برای یافتن راه حل مشکلات برای توانمند بودن و اداره بهتر تب کودک ضروری است. والدین در طول مدت تب مجبورند استرس‌های فراوانی را به علت عدم آگاهی کافی در زمینه تشخیص، درمان و عوارض تب متحمل شوند. بسیاری از والدین شرکت کننده در مطالعه اظهاراتی را بیان داشتند که حاکی از ترس و هراس از عوارض تب خصوصا تشنج بود به همین دلیل نهایت تلاش خود را در زمان افزایش درجه حرارت کودکانشان به‌کار می‌بردند که هرچه سریع‌تر دما را پائین بیاورند. والدین در تجربه اولیه نسبت به دیگر دفعات استرس بیشتری داشتند، به‌علاوه اکثر والدین بیان می‌کردند پس از چند بار تجربه با تشخیص تب خودشان در منزل اقدام به خود درمانی می‌کنند. مادری ۳۳ ساله بیان می‌کرد: "وقتی متوجه می‌شوم که درجه حرارتش زیاد است بی‌خیال نیستم و می‌دانم باید سریع کاری کنم. یا باید ببریمش دکتر یا اینکه خودم تا آنجایی که دارو در خانه هست استفاده می‌کنم."

اقدام مستقلانه

بر اساس نظرات مشارکت کنندگان یکی دیگر از چالش‌های اداره تب کودکانشان، ضرورت داشتن شناخت و توانایی برای تصمیم‌گیری و اقدام در مورد مراقبت از کودک تب‌دار و کاهش دما بود که از اهم موارد برای توانمندی می‌باشد. زمانی والدین به اقدام مستقلانه دست می‌یابند که بتوانند بر اساس اظهارات در محور نیاز به آگاهی قادر باشند علائم تب را در کودک خود تشخیص دهند و از روش‌های اندازه‌گیری درجه حرارت به طور صحیح استفاده کنند و همچنین مقدار صحیح داروی تب بر را با توجه به وزن کودک محاسبه کنند. مادری بیان می‌کرد: "بیشتر اوقات خودم به تنهایی تب کودکم را تشخیص می‌دهم و در این جور مواقع تنها هستم و از کسی کمک نمی‌گیرم، استامینوفن بهش می‌دهم و اگر خوب نشد به دکتر می‌برمش."

عملکرد مراقبتی موثر

والدین باید در امر مراقبت از کودک به خصوص در مواقع بیماری مهم‌ترین نقش را ایفا کنند. در مصاحبه‌های انجام شده بسیاری از والدین عنوان می‌کردند که اگر با اقدامات متعدد از جمله استفاده از داروهای ضد تب باعث کاهش دما و مانع از بروز تشنج شوند در واقع عملکرد مناسبی به عنوان مراقبت کننده از فرزند خود در هنگام تب داشتند. به طور مثال مادری ۲۸ ساله بیان می‌کرد: "اگر تب کودک را سریع درمان کنیم، زود پاشویه‌اش کنیم و قطره استامینوفن

بدهیم دچار تشنج نمی‌شود." مادری ۲۶ ساله بیان می‌کرد: "اگر تب کودکم را درمان نکنم تشنج می‌کند." پدری ۲۹ ساله بیان می‌کرد: "در هنگام تب کودکم تمام مواردی را که دکتر دستور داده رعایت می‌کنم."

حس کنترل و مدیریت موقعیت

طبق اظهارات والدین زمانی آن‌ها در مراقبت از کودک تب‌دار حس کنترل و مدیریت بیشتری بر امور خواهند داشت که بتوانند تب کودک خود را با انجام اقدامات لازم کنترل کنند. مادری ۳۰ ساله بیان می‌کند: "برای مقابله با استرسم و کنترل بهتر تب کودکم با خداوند راز و نیاز می‌کنم، دعا و سوره حمد می‌خوانم." مادری ۲۴ ساله بیان می‌کند. "برای کنترل بهتر هر کاری که از دستم می‌رسد انجام می‌دهم اگر روز باشد به دکتر می‌برم ولی اگر شب باشه تا آنجایی که بتوانم خودم تنهایی انجام می‌دهم." پدری ۳۵ ساله می‌گوید:"وضعیت حرارت کودکم را مرتب کنترل می‌کنم اگر استامینوفن بهش بدهم و خوب نشود متوجه می‌شوم که دمای بدنش خوب کنترل نشده و به دکتر می‌بریمش". مادری ۳۲ ساله بیان می‌کرد: "از رژیم متناوب (هر ۴ ساعت استامینوفن و هر ۶ ساعت بروفن) برای کاهش تب کودکم استفاده می‌کنم."

حس رضایت

والدین بدنبال کنترل تب با استفاده از داروهای ضدتب به خصوص در منزل به حس رضایت از خود از داشتن توانایی در مدیریت تب دست می‌یافتند. مادری بیان می‌کرد: "از کنترل تب کودکم رضایت دارم فقط دماسنج را یاد بگیرم بقیه موارد فکر می‌کنم خوب می‌توانم انجام دهم." مادری ۲۷ ساله بیان می‌کرد: "وقتی که تب کودکم را کنترل می‌کنم باید راضی باشم چرا که اگر بگیرم بخوابم تشنج می‌کند." پدری ۳۵ ساله بیان می‌کرد: "وقتی که فرزندمان را به دکتر بردیم و با داروهای تجویز شده آرام شد ما هم آرام می‌شویم."

بخش کمی

نتایج دموگرافیک پرسشنامه محقق ساخته توانمندی خودمدیریتی بر روی ۴۰ نفر از والدین نشان داد میانگین سنی والدین شرکت کننده ۳۰/۶۲ سال بود. از این ۴۰ نفر ۳۴ نفر مادر (۸۵ درصد) بودند. میانگین سن کودکان ۲۷ ماه بود. بیشترین فراوانی تعداد فرزند، یک فرزند بود. ۲۴ نفر (۶۰ درصد) از کودکان اولین فرزند خانواده بودند. فقط ۱۴ نفر (۳۵ درصد) از والدین سابقه آموزش نحوه اداره تب داشتند. ۲۵ نفر (۶۲/۵ درصد) منبع اطلاعاتی آن‌ها پزشک بود (جدول ۱).

یافته‌های حاصل از پرسشنامه در ابعاد آگاهی، نگرش و بیان کاربرد در عمل مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. متوسط و انحراف معیار نمره به دست آمده در بخش آگاهی ۱/۵۸±۶/۶۵ از ۱۲ بود که بدین معناست که آگاهی والدین از نحوه اداره تب در حد متوسطی قرار دارد. در بعد نگرش حداکثر نمره ۲۵ می‌باشد که شرکت کنندگان نمره ۳/۴۱±۱۱/۸۷ را کسب نموده‌اند و این نیز بدین معنی است که نگرش و دیدگاه آن‌ها نسبت به تب و عوارض آن ضعیف است. میانگین و انحراف معیار نمره افراد شرکت کننده در بعد بیان کاربرد در عمل ۵/۹۷±۵۵/۴۴ از ۹۵ بود که نشان دهنده عملکرد متوسط والدین در مدیریت تب بوده است. میانگین و انحراف معیار نمرات به دست آمده از شش حیطه توانمندی نشان داد که والدین در حیطه‌های نیاز به آگاهی، اقدام مستقلانه، عملکرد مراقبتی مؤثر، حس رضایت، حس کنترل و مدیریت موقعیت در سطح متوسط، در حیطه آمادگی مقابله در سطح ضعیف و در حیطه حس رضایت در سطح بالایی قرار داشتند. سؤالات همچنین در شش حیطه نیاز به آگاهی، آمادگی

مقابله، اقدام مستقلانه، عملکرد مراقبتی مؤثر نقش، حس کنترل و مدیریت موقعیت و حس رضایت مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت (جدول ۲) و ارتباط هر کدام از این حیطه‌ها با متغیرهای دموگرافیک سنجیده شد که با برخی از این متغییرها ارتباط معنادار وجود داشت. نیاز به آگاهی با سطح تحصیلات (P=۰/۰۳)، سابقه تب (P=۰/۰۰۶) و نوع خانواده هسته‌ای (P=۰/۰۱)، عملکرد مراقبتی مؤثر با وضعیت اقتصادی (P=۰/۰۴)، حس کنترل و مدیریت موقعیت با سطح تحصیلات (P=۰/۰۳) و حس رضایت با تعداد فرزند (P=۰/۰۴ و r= -۰/۳۲۵) و رتبه تولد (P=۰/۰۴ و r= -۰/۳۲۵) ارتباط معنادار داشتند.

جدول ۱) مشخصات دموگرافیک والدین در مراقبت از تب کودکان ۶ ماهه تا ۵ ساله، بوشهر ۱۳۹۲

شاخص	مشخصات دموگرافیک	فراوانی (درصد فراوانی)
فرد پاسخ دهنده	مادر	۳۴(۸۵٪)
	پدر	۶(۱۵٪)
میانگین سن	والدین	۳۰/۶۲±۵/۳۳ سال
	کودک	۲۷±۱۷/۸۶ ماه
جنسیت فرزند	پسر	۲۱(۵۲/۵٪)
	دختر	۱۹(۴۷/۵٪)
رتبه تولد	اولین	۲۵(۶۲/۵٪)
	دومین	۱۰(۲۵٪)
شغل پدر	کارمند	۲۳(۵۷/۵٪)
	آزاد	۱۷(۴۲/۵٪)
شغل مادر	کارمند	۹(۲۲/۵٪)
	خانه‌دار	۳۱(۷۷/۵٪)
تحصیلات پدر	دیپلم	۱۵(۳۷/۵٪)
	بالاتر از دیپلم	۱۷(۴۲/۵٪)
تحصیلات مادر	زیر دیپلم	۱۱(۲۷/۵٪)
	دیپلم	۱۱(۲۷/۵٪)
	بالاتر از دیپلم	۱۸(۴۵٪)
نوع خانواده	هسته‌ای	۳۸(۹۴/۹٪)
	گسترده	۲(۵/۱٪)
وضعیت اقتصادی	ضعیف	۷(۱۷/۵٪)
	متوسط	۲۱(۵۲/۵٪)
	خوب	۷(۱۷/۵٪)
	عالی	۵(۱۲/۵٪)
تعداد دفعات تب	۰ بار	۵(۱۲/۵٪)
	۱-۲ بار	۱۳(۳۲/۵٪)
	۳-۵ بار	۱۵(۳۷/۵٪)
	بالاتر از ۶ بار	۶(۱۵٪)
سابقه بستری	بلی	۱۵(۳۷/۵٪)
	خیر	۲۵(۶۲/۵٪)
سابقه تشنج	بلی	۱(۲/۵٪)
	خیر	۳۹(۹۷/۵٪)

جدول ۲) نمرات حیطه‌های توانمندی والدین در مراقبت از تب کودکان ۶ ماهه تا ۵ ساله، بوشهر ۱۳۹۲

حیطه‌های توانمندی	حداقل، حداکثر نمرات	انحراف معیار±میانگین
نیاز به آگاهی	۱۰-۴	۶/۶۵±۱/۵۸
آمادگی مقابله	۳۳-۱۲	۱۸/۸۲±۴/۱۴
اقدام مستقلانه	۱۵-۷	۱۲/۲۸±۱/۳۰
عملکرد مراقبتی موثر	۱۰-۵	۷/۳۰±۱/۹۵
حس کنترل و مدیریت موقعیت	۳۴-۲۲	۲۷/۳۰±۳/۰۵
حس رضایت	۱۰-۶	۸/۲۸±۱/۱۱

بحث

در پژوهش حاضر، یافته‌های حاصل از بخش کمی نشان داد که والدین آگاهی و عملکرد متوسط و نگرش ضعیفی در زمینه نحوه اداره تب فرزندانشان داشتند. همچنین والدین با چالش‌ها و مشکلات زیادی در خصوص اداره تب کودکشان در حیطه‌های مختلف مواجه هستند که با یافته‌های حاصل از بخش کیفی نیز هم راستا بودند چرا که در صحبت‌های بسیاری از والدین اطلاعات اشتباه و یا اظهار به نیاز به کسب اطلاعات بیشتر به چشم می‌خورد. به‌علاوه نتایج حاصل از مصاحبه‌ها نشان داد که والدین آمادگی مقابله خوبی نداشتند که در یافته‌های بخش کمی نیز نشان از نگرش و آمادگی مقابله ضعیف آن‌ها بود. همچنین در مصاحبه‌ها والدین بیان می‌کردند که در محورهای اقدام مستقلانه، عملکرد مراقبتی مؤثر، حس کنترل و مدیریت موقعیت و حس رضایت دارای مشکلاتی هستند که یافته‌های حاصل از بخش کمی مطالعه نیز هم راستا با این بیانات نشان داد که عملکرد آن مشارکت کنندگان متوسط بود.

بر این اساس والدین از تب و تغییراتی که در بدن کودک در اثر تب به‌وجود می‌آید آگاهی نسبی داشتند و بیان می‌کردند که به آموزش بیشتری نیازمند هستند. اگر افراد

از این تغییرات آگاه باشند، می‌توانند با به کارگیری راهبردهایی، توان خود را حفظ کرده و از توانایی‌هایشان بهره‌گیری بهینه نمایند (۲۵). در مطالعه والش (Walsh) و همکاران نیز سطح آگاهی والدین در خصوص دمای طبیعی بدن و تعیین تب با دماسنج ضعیف بوده است. تب خفیف را به عنوان تب بالا در نظر گرفته بودند و فعالانه آن را با مقدار ناصحیحی از ضد تب کاهش می‌دادند (۶). در پژوهش حاضر بسیاری از والدین در زمینه آمادگی مقابله با تب مجبور بودند استرس‌های فراوانی را به علت عدم آگاهی کافی در زمینه تشخیص، درمان و عوارض تب متحمل شوند. بسیاری از والدین شرکت کننده در مطالعه اظهاراتی را بیان داشتند که حاکی از ترس و هراس از عوارض تب خصوصا تشنج بود. در همین زمینه گزارشاتی مبنی بر باورهایی از آسیب بالقوه از تب شامل تشنج ناشی از تب، کم آبی، صدمه مغزی و مرگ ارائه شده است (۱۲، ۲۶ و ۲۷). مراقبت از کودک تب‌دار یکی از مهم‌ترین مشکلات پدر و مادر می‌باشد، باورهای هراسی و عملکردهای غیرضروری به طور قابل توجهی باعث افزایش بار مراقبت پدر و مادر در هنگام مراقبت از کودک تب‌دار می‌شود (۵). سازگاری سازنده باعث مدیریت بهتر برنامه‌ها و پیگیری رسیدن به اهداف و نیز عملکرد بهتر در نقش‌های خود می‌گردد (۲۵). از دید مشارکت کننده‌ها زمانی والدین به اقدام مستقلانه دست می‌یابند که بتوانند علائم تب را در کودک خود تشخیص دهند، از روش‌های اندازه‌گیری درجه حرارت به طور صحیح استفاده کنند و همچنین مقدار صحیح داروی تب بر را با توجه به وزن کودک محاسبه کنند. والدین نقش محافظتی در زمان تب کودکشان ایفا می‌کنند. از دید والدین مشارکت کننده تب برای کودکشان مضر بوده و باید با استفاده از داروهای ضد تب برای جلوگیری از عوارض ناشی از آن، تب را کاهش دهند. در مطالعه لاگرلوو (Lagerlov) و همکاران نیز والدین زمانی که داروی ضد تب استفاده می‌کردند احساس کنترل بر روی تب داشتند و کمک به پیشگیری از آسیب دیدن کودکشان کرده‌اند (۲۸). والدین با داشتن آگاهی‌های لازم در مورد اداره تب و اقدام مستقلانه، اعتماد به نفس و تطبیق‌پذیری بیشتری خواهند داشت و در جهت عملکرد مناسب موفق‌تر خواهند بود و در مراقبت از کودک تب‌دار حس خود کنترلی و خودمدیریتی بیشتری خواهند داشت یا حتی برخی مادران مشارکت کننده به خواندن قران و دعا هنگام مواجهه با تب در فرزندشان اشاره می‌کردند. در مطالعه‌ای نیز مادران به نیازهای معنوی هنگام تب‌دار شدن فرزندانشان برای اداره بهتر تب اشاره کرده بودند (۱۳).

مطالعه‌ای دیگری در نیجریه در رابطه با برخورد مادران با کودک تب‌دار نشان داد، ۷ درصد از مادران شهری، طی تشنج کودک دعا می‌خواندند و ۲۲ درصد از زنان شهری و روستایی از درمان‌های سنتی و غیر مؤثر استفاده می‌کردند (۲۹).

در پژوهش حاضر برخی از مادران برای کنترل تب از رژیم متناوب استفاده می‌کردند. در مطالعه والش و همکاران نیز اکثر والدین از ضد تب به صورت متناوب استفاده می‌کردند. این عمل باعث کنترل بهتر، حفظ دما در محدوده‌ای بی‌خطر و کاهش نگرانی‌ها در مورد مقدار زیاد دارو و عوارض جانبی هر کدام از داروها می‌شود (۱۲). در مطالعه حاضر زمانی والدین اظهار به حس رضایت از خود و حس توانایی در مدیریت تب داشتند که تب کودکشان را با استفاده از داروهای ضدتب به خصوص در منزل کنترل کرده و مانع از بروز تشنج در کودکشان شده‌اند. در مطالعه حاضر همچنین یافته‌های حاصل از بخش کمی نشان داد که والدین آگاهی متوسطی داشته‌اند. در مطالعه‌ای

در مالزی نیز دانش والدین در حد متوسط بود (۳۰). در این حیطه ارتباط سنجی با متغیرهای دموگرافیک نشان داد که آگاهی والدین با سطح تحصیلات، سابقه تب و نوع خانواده هسته‌ای رابطه مستقیم دارد. در مطالعه والش نیز مشخص شد که افراد با تحصیلات بالاتر دارای دانش مناسب‌تری می‌باشند (۳۱).

مطالعه‌ای نشان داد که کمترین سطح دانش مربوط به مادران جوان با سطح سواد پایین و کسانی که برای اولین بار با کودک زیر ۱۲ ماه در بیمارستان بستری شدند می‌باشد (۳۲). بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر نگرش و آمادگی مقابله اکثریت والدین ضعیف بوده بدین معنا که تقریباً بیش از نیمی از والدین با بروز تب در کودک نگران ایجاد تشنج و مرگ در کودک خود بودند. در پژوهش جلیل و همکاران نیز تقریباً ۶۰ درصد از مادران بر این باور بودند که اگر تب درمان نشود منجر به تشنج ناشی از تب می‌شود (۳۳). در پژوهشی ۹۰ درصد والدین بر این باور بودند که تشنج ناشی از تب تهدید کننده حیات می‌باشد (۳۴). بین نمره آمادگی مقابله و حیطه اقدام مستقلانه با هیچ‌کدام از متغیرهای دموگرافیک رابطه معناداری نداشت. نمره حیطه عملکرد مراقبتی مؤثر با وضعیت اقتصادی از نظر آماری رابطه مستقیم داشت. بدین معنی که والدینی که درآمد بیشتری داشتند نقش خود را بهتر ایفا می‌کردند. پارمر (Parmar) نیز نشان داد که بین سطح درآمد با آگاهی و عملکرد والدین رابطه مستقیم دارد (۳۵). میانگین نمره در حیطه حس کنترل و مدیریت موقعیت متوسط و رضایت خوب بود. در مطالعه‌ای میانگین نمرات والدین در هر یک از ۳ حیطه توانمندی بالاتر از ۸۰ درصد بود. که این ۳ حیطه قدرت شامل توجه به بهداشت و انگیزه برای مراقبت از کودک تب‌دار، شناخت و توانایی برای تصمیم‌گیری در مورد مراقبت از تب و مهارت‌های ارتباطی در طول مدت تب می‌باشد. و در ۲ حیطه از توانمندی شامل دانش و سازگاری میانگین نمره هر کدام کمتر از ۸۰ درصد بوده است (۳۶). حیطه حس رضایت از نظر ارتباط سنجی با متغیرهای دموگرافیک نشان داد که با تعداد فرزند و رتبه تولد رابطه معکوس داشت. بدین معنی است که والدین با بالا رفتن رتبه تولد و تعداد فرزند رضایت کمتری از توانمندیشان در اداره تب کودکشان داشتند. حال مشخص نیست که علی‌رغم افزایش تعداد فرزندان، آیا به‌دلیل بالا رفتن انتظارات والدین از عملکرد بهتر خودشان و احتمالاً عدم تطابق این افزایش تجربیات با توانمندی در کنترل صحیح و به موقع تب حاصل گردید و یا دلایل دیگری دارد که نیاز به بررسی‌های بیشتر را می‌طلبد. یکی از محدودیت‌هایی این پروژه نوع نمونه‌گیری بود. نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس قابلیت تعمیم‌پذیری یافته‌ها را کاهش داده اگر چه این مطالعه توانست اطلاعات پایه و عمیقی را در خصوص چالش‌های والدین در خصوص اداره تب کودکان ارائه دهد. از محدودیت‌های دیگر مطالعه عدم همکاری نمونه‌ها بود، که برای حل این مشکل هدیه‌ای برای مشارکت کنندگان در پژوهش تهیه شد؛ به‌علاوه با صرف وقت بیشتر و توضیح و توجیه اهمیت کار سعی بر جلب نظر والدین واجد شرایط نمونه‌گیری جهت مشارکت در پژوهش شد. تفاوت ویژگی‌های فردی و شرایط روحی و روانی والدین در پاسخگویی به سؤالات که ممکن است بر روی نتایج پژوهش تأثیر گذاشته باشد از دیگر محدویت‌ها می‌باشد که کنترل آن خارج از اختیار پژوهشگر بود.

والدین در اداره تب کودکشان با چالش‌های مختلفی در زمینه‌های نیاز به آگاهی، اقدام مستقلانه، آمادگی مقابله،

رضایت از عملکرد مراقبتی مؤثر و حس کنترل مواجه بودند. نتایج حاصل از این مطالعه نشان می‌دهد که توانایی والدین در اداره تب کودکشان در حد متوسط به پایین قرار دارد. مداخلات پرستاری متعددی در خصوص اصلاح و بهبود آگاهی، نگرش و عملکرد والدین در زمینه داشتن عملکرد نقش مناسب در بحران‌های وقوع تب در کودکانشان به صورت مستقلانه و مدیریت شرایط با تدارک اطلاعات لازم توصیه می‌گردد. از آنجائی‌که نمره آمادگی مقابله و نگرش در بین سایر حیطه‌ها ضعیف‌تر بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌گردد بر اساس مدل الگوی توانمندسازی خودمدیریتی مبتنی بر محورهای به‌دست آمده یک برنامه توانمندسازی آموزشی برای والدین تدوین شود. پرستاران می‌توانند والدین را از طریق توانمندسازی به ویژه به منظور ارتقاء آمادگی مقابله با تب، اطلاعات دقیق در مورد مراقبت از تب کودک به تمام والدین، به ویژه به والدین با سطح تحصیلات پایین و بدون تجربه در مراقبت از کودک تب‌دار به طور مداوم ارائه دهند.

سپاس و قدردانی

یافته‌های این پژوهش حاصل طرح تحقیقاتی دوره کارشناسی ارشد آموزش پرستاری مصوب شورای پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر به شماره ۲۰/۷۱/۲۷۶۵ پ د مورخ ۱۳۹۲/۴/۲۵ می‌باشد که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی بوشهر انجام گرفته است. به‌علاوه از کلیه والدین شرکت کننده در این مطالعه کمال تشکر را به‌عمل می‌آوریم.

References:

1.Leocadio MC, Jabai AC, Rul JA, et al. Pagdikta (The dictation): the meanings in Filipino mothers' experience of using herbal plants in the management of their children's fever. Int J Public Health Res 2011:169-79.
2.Holper DC. Fever: Enemy or Friend? a comparison of the perception and management of childhood fever between parents in Germany, Luxembourg and the Netherlands. [Doctoral dissertation] Bonn: Universitäts-und Landesbibliothek, 2011.
3.Finkelstein JA, Christiansen CL, Platt R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. Pediatrics 2000; 105: 260-6.
4.National Collaborating Centre for Women's and Children's Health (UK). Feverish illness in children: Assessment and initial management in children younger than 5 years. London (UK) 2007: 1-142.
5.Altun İ, Cınar ND, Walsh A. Psychometric properties of the parents' fever management scale in a Turkish population. HealthMED: J Soc Dev New Net Environ B&H 2011; 5: 567-75.
6.Walsh A, Edwards H. Management of childhood fever by parents: literature review. J Adv Nurs 2006; 54: 217-27.
7.Arica SG, Arica V, Onur H, et al. Knowledge, attitude and response of mothers about fever in their children. Emerg Med J 2012; 29: e4.
8.Demir F, Sekreter O. Knowledge, attitudes and misconceptions of primary care physicians regarding fever in children: a cross sectional study. Ital J Pediatr 2012; 38: 40.
9.Karimi A, Armin Sh, Fahim Zadeh A. Febrile convulsions. J Med Coun Islam Repub Iran 2009; 26: 246-64. [Persian]
10.Walsh A, Edwards H, Fraser J. Parents' childhood fever management: community survey and instrument development. J Adv Nurs 2008; 63: 376-88.
11.Krantz C. Childhood fevers: developing an evidence-based anticipatory guidance tool for parents. Pediatr Nurs 2001; 27: 567-71.
12.Walsh A, Edwards H, Fraser J. Influences on parents' fever management: beliefs,

experiences and information sources. J Clin Nurs 2007; 16: 2331-40.
13-Ravanipour M, Akaberian S, Hatami G. Mothers' perceptions of fever in children. J Edu Health Promot 2014; 3: 97.
14.Al-Nouri L, Basheer K. Mother's perceptions of fever in children. J Trop Pediatr 2005; 52: 113-6.
15.Mockford A. An exploratory descriptive study of the needs of parents after their young child is discharged from hospital following an admission with an acute illness. [Master of Arts dissertation] Wellington: Victoria University 2008, p:119.
16Wood MJ, Ross-Kerr JC. Basic steps in planning nursing research : from question to proposal. 6th ed. Canada: Jones & Bartlett, 2005.
17.Leech NL, Onwuegbuzie AJ. A typology of mixed methods research designs. Qual Quant 2009; 43: 265-75.
18.Mohammadpour A, Sadeghi R, Rezaie M. Mixed Methods Research as Third Methodological Movement. J Appl Sociol 2010; 21: 77-100. [persian]
19.Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, et al. Sense of power among older people in iran. Educ Gerontol 2008; 34: 923-38.
20.Elo S, Kyngäs H. The qualitative content analysis process. J Adv Nurs 2008; 62: 107-15.
21.Hsieh HF, Shanon SE. Three approaches to qualitative content analysis. Qual Health Res 2005; 15: 1277-88.
22.Graneheim UH, Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research:Concepts, proce¬dures and measures to achieve trustworthiness. Nurse Educ Today 2004; 24: 105-12.
23.Holloway I, Wheeler S. Qualitative research for nurses. Oxford: Blackwell Science, 2002.
24.Bickman L, Rog DJ. Handbook of applied social research methods. London: Sage publication, 1998.
25.Ravanipour M, Salehi S, Taleghani F, et al. Power in Old Age: A Qualitative Study. Iran J Psychiatr Clin Psychol 2009; 14: 447-53.
26.Karwowska A, Nijssen-Jordan C, Johnson D, et al. Parental and health care provider understanding of childhood fever: a Canadian perspective. CJEM 2002; 4: 394-400.
27.Sarrell M, Cohen HA, Kahan E. Physician, nurses, and parents attitudes to and knowledge about fever in early childhood. Patient Educ Couns 2002; 46: 61-5.
28.Lagerlov P., Helseth S, Holager T. Childhood illnesses and the use of paracetamol (acetaminophen): a qualitative study of parents' management of common childhood illnesses. Fam Pract 2003; 20: 717-23.
29.Ofovwe GE, Ibadin O, Ofovwe EC, et al. Home management of febrile convulsion in an African population: a comparison of urban and rural mothers' knowledge attitude and practice. J Neurol Sci 2002; 200: 49-52.
30.Dawood OT, Ibrahim MI, Palaian S. Parent's knowledge and management of their children's ailments in Malaysia. Pharm Pract 2010; 8: 96-102.
31.Walsh AM, Edward HE, Courtney MD, et al. knowledge attitudes Fever management pediatric nurse and influencing factors. J Adv Nurs 2005; 49: 453-64.
32.Matziou V, Brokalaki H, Kyritsi H, et al. What Greek mothers know about evaluation and treatment of fever in children: An interview study. Int J Nurs Stud 2008; 45: 829-36.
33.Jalil H, Jumah NA, Al-Baghli AA. Mothers' knowledge, fears and self-management of fever: a cross sectional study from the capital governorate in Kuwait. Kuwait Med J 2007; 39: 349.
34. Kayseili E, Ünalp A, Apa H, et al. Parental Knowledge and Practices Regarding Febrile Convulsions in Turkish Children. Turk J Med Sci 2008; 38: 343-50.
35.Parmar RC, Sahu DR, Bavdekar SB. Knowledge, attitude and practices of parents of children with febril convulsion. J Postgrad Med 2001 ;47: 19-23.
36.Gajaseni N. Relationships Among Selected Basic Conditioning Factors, Maternal Child-Care Agency, and Maternal Caregiving Behaviors Upon Febrile Children Aged 3 Months to 6 Years. [Doctorial dissertation] Mahidol University 2003, p:14-24.

ISMJ 2015; 18(4): 738-750

Original Article

The challenges of managing childhood fever by parents referred to health centers in Bushehr

A. Ansari [1], M. Ravanipour [2*], F. Jahanpour [3], S. Hosseini [4].

[1] Department of Nursing Education, Student Research Committee, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[2] Department of Nursing, The Persian Gulf Tropical Medicine Research Center, The Persian Gulf Biomedical Research Institute, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[3] Department of Nursing, School of Nursing and Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran
[4] Deputy of Research, Bushehr University of Medical Sciences, Bushehr, Iran.

(Received 19 May, 2014 Accepted 31 Aug, 2014)

Abstract

Background: Fever is one of the most common reasons for which parents of infants and young children seek medical care. This study aimed to understand the problems of parents in the care and management of febrile children in depth and ultimately provide ways to resolve this issue.

Materials & Methods: The present study is a descriptive exploratory research (a kind of mix method design) with the aim of examining the problems of managing fever in children by their parents. The study population was parents of children referred to health centers in Bushehr. The study sample was purposively selected. Data collection included semi-structured interviews, demographic information and empowering questionnaire. The qualitative data were analyzed based on directed content analysis. The quantitative data was analyzed using the SPSS software (version 19) and descriptive and analytical statistics at a significance level of 0.05.

Results: In the qualitative study, coding and condensing data from interviews determined in six categories, including: the need for awareness, preparedness for coping, acting independently performance of effective care, sense of control and management positions and satisfaction. The mean and standard deviation of the scores of knowledge, attitude and practice of parents were, 6.65±1.58, 11.87±3.41 and 55.44±5.97, respectively. In addition, scores of empowering in terms of some demographic characteristics showed significant correlation.

Conclusion: The need for basic information about how to manage fever and also need to empowering mothers in such a way to be prepared enough to cope with fever were presents in most of participants' interviews. It is recommended that health workers provide the parents more complete education by empowerment models to reach satisfactory abilities in managing their children's fever.

Key words: Challenge, children, fever management, qualitative study, parents

[*] *Address for correspondence*: Faculty of Nursing & Midwifery, Bushehr University of Medical Sciences, Rishehr Street, Bushehr, Iran. P.O.Box: 7518759577, Email: ravanipour@bpums.ac.ir