

مدیریت تب در والدین دارای طفل تب‌دار زیر ۵ سال

دکتر سهیلا رشادت*، دکتر داریوش شکیبایی**، دکتر منصور رضایی***، سیدرامین قاسمی****

دریافت: ۹۰/۷/۱۸، پذیرش: ۹۰/۱۲/۱۶

چکیده:

مقدمه و هدف: تب یکی از علل شایع مراجعات اطفال به کلینیک‌ها می‌باشد که اکثراً خوش‌خیم و خودمحدودشونده است. تحقیقات نشان می‌دهد که نحوه برخورد والدین با تب در جوامع مختلف ریشه در عوامل اجتماعی، فرهنگی و مذهبی دارد. همچنین نگرانی و اضطراب والدین منجر به مدیریت ناصحیح تب می‌شود. مطالعه حاضر به بررسی نحوه مدیریت والدین به هنگام تب طفل خود پرداخته است.

روش کار: در این مطالعه مقطعی، ۳۵۰ نفر از والدین دارای طفل زیر ۵ سال مراجعه‌کننده به واحدهای مختلف مراکز بهداشتی درمانی تحت پوشش عرصه جامعه نگر کرمانشاه وارد مطالعه شده و پرسشنامه‌ی پژوهش را تکمیل نمودند. پایایی ابزار به روش دونیمه کردن و روایی آن با روش اعتبار محتوا تعیین گردید. داده‌ها در نرم افزار SPSS و با استفاده از آزمون کای اسکور و آمار توصیفی مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج: نتایج نشان داد که ۵۳/۱٪ والدین از پاشویه به عنوان اولین اقدام مراقبتی تب، ۴۷/۷٪ از آب و نمک و ۴/۶٪ از آب و الکل استفاده کرده بودند. در ۹۰٪ موارد اولین داروی مورد استفاده استامینوفن بود که در ۳۰٪ موارد بالاتر از دوز نرمال استفاده شده بود. رابطه بین حساسیت های بیش از حد در اداره و مراقبت از کودک تب‌دار در والدین با «سابقه بستری شدن کودک» (P=0.02)، «سطح تحصیلات بالا» (P=0.018)، و همچنین «اشتغال مادران» (P=0.005) معنادار بود.

نتیجه نهایی: با توجه به نتایج این مطالعه، والدین مدیریت مناسبی در برخورد با تب کودکان نداشته و مداخلات مؤثر در جهت تغییر رفتار به منظور ارتقا سطح سلامت جامعه به طور جدی احساس می‌گردد.

کلید واژه‌ها: تب / کودکان / مدیریت / والدین

مقدمه:

اطفال می‌کشاند (۱). در برخی از منابع، شیوع مراجعات به پزشک به دلیل تب در اطفال را ۱۹ الی ۳۰ درصد (۲) و در منابع دیگر حدود ۵۰ درصد تخمین زده‌اند (۳). مدیریت کودک تب‌دار حتی در منابع مختلف بحث‌برانگیز باقی مانده است و برای کمک به متخصصین اطفال در برخی از کشورها دستورالعمل‌هایی ارائه می‌شود. کودکان به هنگام تب احساس ناخوشایندی دارند و ممکن است دچار برافروختگی بدن، صورت و حتی لرز نیز بشوند؛ بنابراین این امر نه تنها باعث نگرانی والدین می‌شود بلکه موجب ازدیاد حساسیت

تب عبارت است از افزایش درجه حرارت بدن بیش از حد نرمال (بالاتر از ۳۷°C) که بوسیله سیستم تنظیمی در هیپوتالاموس قدامی کنترل می‌شود. ایجاد تب در بدن به هنگام واکنش به آزادسازی عوامل تب‌زای داخلی در جریان عفونت‌ها، فرآیندهای التهابی، رماتیسمی و بدخیمی و همچنین عوامل تب‌زای خارجی نظیر میکروب‌ها و توکسین‌ها صورت می‌گیرد. تحقیقات نشان داده است که تب در کودکان، یکی از شایعترین عللی است که والدین را جهت جستجوی مراقبت و توجهات پزشکی به کلینیک‌های

* استادیار کودکان مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

** استادیار فیزیولوژی مرکز تحقیقات بیولوژی پزشکی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

*** استادیار گروه آمار و اپیدمیولوژی دانشکده بهداشت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه

**** کارشناس ارشد، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه (qasemi_sr@yahoo.com)

استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و پس از کسب رضایت آگاهانه از آنان، وارد مطالعه شدند. شرط ورود به مطالعه، داشتن فرزند زیر پنج سال غیر فرزندخوانده و عدم ابتلای کودک به بیماری مزمن بود. اطلاعات مورد نظر از طریق پرسشنامه‌ای در خصوص عملکرد والدین به هنگام وقوع تب در طفل و بصورت مصاحبه جمع‌آوری گردید. حجم نمونه، با ضریب اطمینان ۹۵٪، دقت ۵٪ و با فرض رفتار مناسب (۳۳٪) (۱۰) برابر ۳۵۰ نفر تعیین شد. بخشی از پرسشنامه (۱۹ سوال) شامل سؤالات دموگرافیک والدین: (سن، جنس، شغل، قومیت، تحصیلات، سابقه نازایی، سابقه سقط و مرده‌زایی و سابقه بستری فرزندان خانواده) و مشخصات دموگرافیک طفل: (سن، جنس، ترتیب موالید، سابقه بستری و تشنج در طفل) بود. همچنین ۳۸ سؤال نیز مربوط به عملکرد والدین به هنگام وقوع تب در کودک بود.

تعیین روایی با روش اعتبار محتوا و با تأیید پنج نفر از متخصصین اطفال انجام گرفت. برای تعیین پایایی از روش دو نیمه کردن استفاده شد که جزو روشهای همبستگی درونی در پایایی یک پرسشنامه است که نتیجه حاصله نشان دهنده پایایی مطلوب پرسشنامه بود. داده‌ها در نرم افزار SPSS و با کمک آزمون کای اسکوئر تحلیل شد. همچنین برای تعیین عملکرد مادران برحسب ویژگی‌های مادر و فرزند از جداول دو بعدی (تعداد و درصد) استفاده گردید.

نتایج:

۹۶/۳ درصد افراد مورد مطالعه را مادران تشکیل می‌دادند، ۹۲/۳ درصد آنان خانه‌دار بوده و سطح سواد ۶۳/۱ درصد آنان راهنمایی و دبیرستان بود. قومیت اکثریت مصاحبه‌شوندگان «کرد» (۷۶/۳٪) و پس از آن «فارس» (۱۱/۴٪)، «لر» (۵/۱٪) و در بقیه موارد «ترک» و «لک» بودند.

سابقه سقط یا مرده‌زایی در ۲۰ درصد موارد مثبت بود. سابقه تشنج در فرزندان خانواده در ۹۲/۹ درصد موارد و سابقه بیماری منجر به بستری در طفل در ۷۵/۴ درصد موارد منفی بود، و در ۶/۳ درصد موارد سابقه‌ی نارس بودن طفل وجود داشت.

از نظر حساسیت‌های بیش از حد و ترس‌گونه در والدین در مواجهه با تب کودک، ۳۰ درصد افراد در حد کم،

و توجه بیش از حد پزشکان درمانگر نیز می‌گردد (۴). برای اندازه‌گیری تب استفاده از ترمومتر رکتال دقیقتر از روشهای دیگر است (۵). اقدامات صحیحی که باید برای بهبودی کودک تب‌دار انجام شود شامل خنک نگهداشتن وی به روشهایی همچون بدن‌شویه 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 مراقبتی کنترل تب محسوب می‌شود. تب به تنهایی عارضه خطرناکی نیست، اما اندازه تب با شدت عارضه و علت بوجود آورنده آن ارتباط دارد و می‌بایستی علت تب شناسایی و مورد مداخله قرار بگیرد (۴). کودکان در سنین مختلف به هنگام ابتلا به عفونت‌ها علائم متفاوتی را از خود نشان می‌دهند که این امر موجب می‌گردد تا نحوه برخورد با طفل تب‌دار بر حسب سنین مختلف متفاوت باشد (۶).

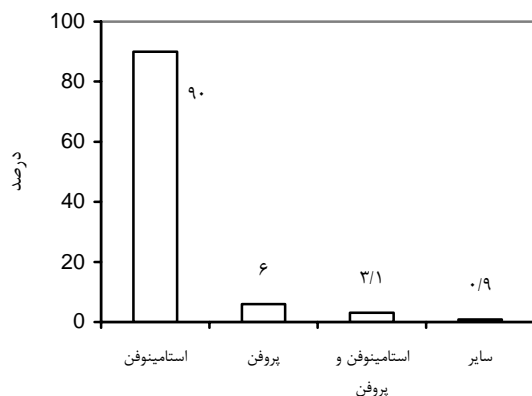
تحقیقات نشان داده است که والدین معمولاً تب را یک بیماری می‌دانند و نه نشانه‌ی بیماری (۷) و حتی بعضاً در هنگام وقوع تب در طفل خود دچار ترس‌های غیر طبیعی می‌شوند که از آن در منابع مختلف به عنوان هراس از تب (Fever Phobia) یاد شده است. این درک غلط والدین از تب و نگرانی بیش از حد آنان، موجب تکرار مراجعات به مراکز مراقبت سلامت، صرف وقت و هزینه‌های غیرضروری شده (۸) و همچنین دست‌پاچگی والدین موجب استفاده از درمان‌های نامناسب و بعضاً ایجاد مسمومیت در اثر مصرف غیراستاندارد داروها و در نتیجه مراجعات متعدد به اورژانسهای کودکان می‌شود (۹). در یکی از مطالعات انجام شده در این رابطه دیده شد که تنها ۳۳٪ والدین از عملکرد مناسبی به هنگام وقوع تب در طفل خود برخوردار بودند (۱۰). بر این اساس مطالعه حاضر به بررسی عملکرد و نحوه مدیریت والدین دارای طفل زیر ۵ سال به هنگام وقوع تب در کودک خود پرداخته است.

روش کار:

در این مطالعه مقطعی، از بین والدین مراجعه‌کننده به واحدهای مختلف پنج مرکز بهداشتی - درمانی تحت پوشش عرصه‌ی پزشکی جامعه‌نگر شهر کرمانشاه، که دارای پرونده بهداشتی خانوار بودند، نمونه‌های موردنظر با

شستن اعضای بدن با هدف کاهش تب در ۱۰ درصد موارد در ناحیه‌ی سر و صورت، ۱۱/۴ درصد پاها، ۳۶/۳ درصد کل بدن و در ۴۰ درصد موارد در ناحیه‌ی دست‌ها و پاها بود. ۶۴٪ مادران قبل از شروع تب در منزل تمهیدات لازم را شامل تهیه استامینوفن به منظور استفاده‌ی به موقع در هنگام تب طفل بکار می‌بردند و در ۳۴٪ موارد حتی به کودک خود آنتی‌بیوتیک را خودسرانه تجویز می‌کردند.

در ۸۵/۴ درصد موارد، والدین از داروی ضد تب استفاده می‌کردند. استامینوفن در ۹۰ درصد موارد اولین داروی ضد تب به کار رفته نزد مادران بود (نمودار ۱).



نمودار ۱: اولین داروی مورد استفاده توسط والدین به هنگام بروز تب در کودک

۳۰ درصد والدین داروی ضد تب را بیش از میزان تجویز شده به کودک خود می‌دادند و ۳۸ درصد آنان حتی در فاصله زمانی کوتاه‌تری آن‌را به کودک خود می‌خوراندند که این میزان حتی تا هر نیم‌ساعت نیز در میان پاسخ‌های داده شده مشاهده شد. ۷۱/۴ درصد والدین در صورتی که تب با اقدامات و تمهیدات خود درمانی کنترل می‌شد، دیگر به پزشک مراجعه نمی‌کردند.

۵۶/۶ درصد والدین کودک خود را برای اندازه‌گیری شدت تب بیدار می‌کردند و در ۸۴/۶ درصد موارد به منظور پاشویه و دادن دارو او را بیدار می‌نمودند.

۱۲ درصد والدین اعتقاد به استفاده از طب گیاهی و سنتی جهت پایین آوردن تب داشتند که بیشترین موارد استفاده شده، موادی نظیر خاک‌شیر، گل‌گاوزبان، ترنجبین، رازیانه، عرق کاسنی و حتی میوه‌ها از جمله هندوانه، گلابی، خیار و انبه بود. در ۹۴/۴ درصد موارد به

۶۷/۱٪ در حد متوسط و ۲/۹٪ در حد زیادی دچار نگرانی می‌شدند. دیگر نتایج پژوهش نشان داد که بر اساس آزمون آماری، رابطه بین این حساسیت‌های بیش از حد در اداره و مراقبت از کودک تب‌دار در والدین، با «سابقه بستری شدن کودک» ($P=0.02$)، «سطح تحصیلات بالای والدین» ($P=0.018$)، و همچنین «اشتغال مادران» ($P=0.005$) معنادار بود، اما با «سن کودک» ($P=0.259$)، «جنس کودک» ($P=0.591$) و «ترتیب مولید» ($P=0.252$) معنادار نبود. ابزار تشخیص وجود تب توسط والدین در ۵۰٪ موارد لمس اعضای بدن کودک و در ۴۱/۱ درصد موارد استفاده از ترمومتر بود.

۴۲/۶ درصد والدین در صورت وقوع تب در طفل به پزشک مراجعه می‌کردند، این در حالی بود که ۵۴ درصد آنان منتظر بروز سایر علائم بالینی علاوه بر تب در کودک خود شده آنگاه به پزشک مراجعه می‌نمودند. یافته‌ها نشان داد که در ۷۴/۳٪ موارد، والدینی که به دلیل تب کودکشان به پزشک مراجعه می‌نمودند و در این رابطه درمان طبی دریافت می‌کردند، در صورتیکه تب پس از ۲۴ ساعت از شروع درمان قطع نمی‌شد از ادامه درمان دارویی خودداری می‌کردند و در ۶۲/۶ درصد موارد جهت بررسی مجدد علت تب به همان پزشک مراجعه نموده و در بقیه موارد به پزشک دیگری مراجعه می‌کردند.

در ۵۴/۶ درصد موارد، پیشنهادهای بررسی پاراکلینیک جهت یافتن علت تب ابتدا از طرف والدین به پزشک داده شده است و در صورتی که پزشک نیز بررسی پاراکلینیک را جهت بررسی علت تب لازم می‌دانست، در ۹۶/۶ درصد موارد، والدین به این اقدام پاسخ مثبت می‌دادند.

در ۵۳/۱ درصد موارد برخورد اولیه آنها با تب به صورت مراقبت‌های پرستاری از جمله پاشویه بود. ۴۹/۴ درصد والدین از آب و نمک و ۴/۶ درصد از آب و الکل برای کاهش تب استفاده می‌کردند (جدول ۱).

جدول ۱: فراوانی مواد استفاده شده برای پاشویه توسط والدین به منظور کاهش تب کودک

مجموع	خیر		بلی	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد
استفاده از آب و الکل	۱۶	۴/۶	۳۳۴	۹۵/۴
استفاده از آب و نمک	۱۷۳	۴۹/۴	۱۷۷	۵۰/۶
استفاده از آب سرد	۷۱	۲۰/۳	۲۷۹	۷۹/۷
استفاده از آب ولرم	۱۴۳	۴۰/۹	۲۰۷	۵۹/۱

تب و عوارض آن آنچنان آنها را مضطرب می‌کند که حتی راه‌حل‌های عملی و ساده برای مقابله با تب از جمله استفاده از مایعات و پاشویه را فراموش می‌کنند (۴). این مطالب در حالی است که در برخی از مطالعات تب را یک واکنش ایمنولوژیک و طبیعی در بدن قلمداد می‌کنند و حتی درمان سریع آنرا غیر ضروری می‌دانند و معتقدند که افزایش تولید و افزایش آزاد شدن T Helper Cell ها به همراه افزایش تولید آنترفرون، خود یک واکنش مثبت در بدن است (۸) و حتی تب را عاملی برای مرگ ویروس‌هایی از جمله ویروس پولیو و رینوویروسها و کشته شدن پنوموکوک و گنوکوک می‌دانند (۱۱، ۱۲).

علی‌رغم مطالعات مختلف در رابطه با بررسی عملکرد والدین در مدیریت کودک تب‌دار، همچنان باورهای غلط در مورد تب و استفاده غیر معمول و بیش از معمول از داروهای ضد تب برای تب‌های خفیف و خود محدود شونده وجود دارد؛ تب‌هایی که در اثر بیماری‌های ویروسی است و اکثراً نیاز به اقدام جدی نداشته و خود بخود برطرف می‌شود (۱۳) اما به دلیل حساسیت‌های بیش از حد والدین، در این مطالعه، ۴۲/۶ درصد والدین با اولین نشانه تب در طفل به پزشک مراجعه نموده‌اند. دیگر مطالعات نیز حاکی از مراجعات غیر ضروری و تکراری به کلینیکها و اورژانسهای کودکان به دلیل درک غلط از تب می‌باشد (۸). در این مطالعه مشاهده شد که تجویز استامینوفن به عنوان یک داروی ضد تب، بطور گسترده و بصورت هر نیم ساعت یکبار الی هر ۱۲ ساعت یکبار توسط والدین صورت گرفته است. بطور مشابه در مطالعه بر روی اطفال ۶۰-۰ 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 کرده‌اند و حتی یک سوم افراد استامینوفن را بیش از دوز تجویز شده به کودک داده‌اند (۱۴). هر چند در منابع معتبر طب کودکان نحوه برخورد و درمان کودک تب‌دار بر حسب سن متفاوت است (۶) اما مصرف غیرمعمول داروهای ضد تب می‌تواند موجب خواب آلودگی طفل و مسمویت دارویی او شود و حتی به همین علت، فرصت نوشیدن مایعات و تغذیه مناسب به منظور کاهش دما را از دست بدهد (۱۵).

برخوردهای غیرمنطقی والدین در اداره تب کودکان

هنگام تب به کلینیکها و مطبها مراجعه کرده و تنها در ۵/۶ درصد موارد به بیمارستانها مراجعه می‌کردند.

۷۳/۷ درصد والدین کودک تب‌دار خود را نزد پزشک همیشگی خود برده، در ۵۸ درصد موارد به پزشک متخصص و در ۳۸/۹ درصد به پزشکان عمومی مراجعه می‌کردند. عملکرد مادران به تب طفل خود در ۵۶/۹ درصد موارد بر حسب سن و در ۱۱ درصد موارد بر حسب جنس متفاوت بود.

از جمله عوامل بازدارنده والدین از مراجعه به پزشک در هنگام تب کودک، نداشتن علائم همراه (۳۰/۲٪)، مشکلات اقتصادی (۲۷/۲٪)، نداشتن وقت کافی (۲۲/۱٪) و خوددرمانی (۲۰/۵٪) ذکر شده است.

بحث:

تب در کودکان عاملی است که همواره والدین را به جستجو جهت یافتن درمانی فوری برای آن مجبور می‌کند. در برخی از مطالعات آمده است که والدین، اطلاعات اندکی در مورد حداقل تب برای تجویز داروی ضد تب، پاشویه و حمام دادن بچه‌ها با حرارت مناسب آب دارند (۱۰). در مطالعه‌ی ما نیز ۴/۶ درصد والدین از آب و الکل و ۲۰/۳ درصد از آب سرد جهت پایین آوردن دمای بدن کودک استفاده کرده بودند که رفتار نامناسبی است و پژوهش‌ها نشان داده‌اند که استفاده از آب سرد و الکل برای پاشویه کودک خطرناک بوده و احتمال لرز و افت سریع دمای بدن و لذا آسیب مغزی و احتمال مسمویت با الکل وجود دارد. در این رابطه سازمان جهانی بهداشت این رفتار ناصحیح را که موجب مرگ کودکان در نقاط مختلف دنیا گردیده منع کرده است (۴).

در این پژوهش، عملکرد اولیه‌ی والدین در برخورد با تب در ۵۳/۱ درصد موارد به صورت مراقبت‌های پرستاری از جمله پاشویه بود. همچنین در این مطالعه در ۷۴/۳ درصد موارد نگرانی در حدی بود که والدین در صورت عدم قطع تب پس از ۲۴ ساعت از ادامه درمان دارویی خودداری کرده و در ۶۲/۶ درصد موارد مجدداً به همان پزشک جهت یافتن راهی برای کاهش علت تب مراجعه می‌نمودند. این نگرانی تا آنجایی است که در برخی از مطالعات تنها در ۳۳٪ موارد عملکرد صحیح از سوی والدین ذکر شده است (۱۰). در تحقیق دیگری در لندن، والدین کودکان ۶-۱ ساله اظهار داشتند که ترس از وجود

چراکه مصرف غیرمنطقی داروها در برخی موارد نه تنها موجب بهبود بیماری نمی‌شود بلکه با ایجاد عوارض جدید و یا تشدید بیماری موجب تحمیل هزینه اضافی به بیمار و سیستم درمانی کشور می‌شود. مضافاً بر اینکه خوددرمانی می‌تواند به مواردی همانند گمراه نمودن پزشک به دلیل تغییر علائم بیماری و تشخیص نادرست و یا پدید آمدن مقاومت‌های میکروبی بیانجامد.

بیش از دو دهه است که علی‌رغم بررسی‌های مختلف و مداخلات موفق در زمینه توجه والدین به تب بدلیل مضرات تب، همچنان اطلاعات آنان در زمینه نحوه برخورد صحیح با تب تغییر اندکی کرده است؛ بعضاً این نگرانی در حدی است که والدین بچه‌ها را از خواب بیدار می‌کنند (۱۸) در مطالعه‌ی ما ۵۶/۶ درصد والدین کودک خود را برای اندازه‌گیری شدت تب بیدار می‌کردند و در ۸۴/۶ درصد موارد به منظور پاشویه و دادن دارو بوده است.

در یک مطالعه بر روی والدین استرالیایی دیده شد که ۳/۷ درصد آنان از درمان‌های خانگی به منظور پایین آوردن تب طفل خود کمک می‌گرفتند (۱۹) در مطالعه‌ی ما نیز ۱۲ درصد مادران اعتقاد به استفاده از درمان‌های خانگی و طب گیاهی و سنتی داشتند که در این رابطه بیشترین گیاه مورد استفاده خاکشیر (۶/۹ درصد) بود و همانگونه که پیش از این بیان شد تمامی منابع موجود استفاده از مایعات را با هدف هیدراته کردن طفل به عنوان راهی صحیح برای کاستن از شدت تب بیان کرده اند (۴،۶).

نتیجه نهایی:

تب اگرچه در اطفال بسیار شایع و در بسیاری از موارد خوش‌خیم و خود محدود شونده است اما والدین ترس‌های غیر واقعی دارند بطوری‌که در بسیاری از موارد مدیریت نامناسب تب خود یکی از عوامل فزاینده‌ی این ترس بوده و درک اشتباه آنان از تب موجب حساسیت بیش از حد، تکرار مراجعات، درمان‌های غیر استاندارد حتی خوددرمانی و عدم اجرای دستورات پزشک به دلیل ترس از عوارض دارو سبب تداخل در درمان شده است. تمام عوامل فوق لزوم مداخلات جهت برنامه‌ریزی جامع با کمک ابزارهای هدایتی توسط مراقبین سلامت کودک با هدف ارتقا سطح آگاهی و عملکرد والدین به هنگام بروز تب و همچنین ارتقا فرهنگ مصرف دارو به منظور تغییر و اصلاح رفتارهای ناآگاهانه را می‌طلبد.

در ممالک پیشرفته نیز موجبات نگرانی مراقبین سلامت شده است؛ بطوری‌که آلوز و همکاران در مطالعه خود دریافتند که نزدیک به ۹۰ درصد والدین استامینوفن را با دوز نامناسب به طفل خود داده بودند و حتی گروهی به کودک خود دیپیرون با دوز بسیار بالا در حد دوز مسمومیت داده بودند (۱۵). در این مطالعه نیز ۳۰ درصد والدین داروی ضد تب را بیش از میزان تجویز شده و در ۳۸ درصد موارد آن را در فاصله زمانی کوتاه‌تری به کودک خود داده‌اند.

در مطالعه حاضر در ۹۰ درصد موارد، استامینوفن اولین داروی ضد تب بکار رفته نزد مادران بود که این یافته مشابه مطالعه گه‌ری و همکاران بود (۱۶). اما در مطالعه چارکالوک و همکاران در بیش از نیمی از موارد، پروفن بعنوان انتخاب اول والدین در مقابله با تب گزارش شده است (۱۷). بر اساس منابع موجود در طب اطفال، استامینوفن تقریباً اولین داروی تجویز شده به هنگام تب می‌باشد؛ چراکه عوارض استفاده از پروفن، انتخاب این دارو را به عنوان اولین قدم در درمان تب کنار گذاشته است (۶).

نگرانی و اضطراب والدین بعضاً موجب تداخل در طبابت بیمار می‌گردد تا آنجا که پزشک را وادار به انجام آزمایشاتی برای کودک خود می‌کنند. در مطالعه‌ی ما، ۵۶/۶ درصد والدین جهت یافتن علت تب پیشنهاد بررسی پاراکلینیک را به پزشک داده‌اند. همچنین در اکثریت قریب به اتفاق موارد، در صورت اقدام پزشک جهت بررسی پاراکلینیک، والدین به این اقدام پاسخ مثبت می‌دادند. مطالعات نشان داده است که وجود تب نه تنها موجب نگرانی در والدین می‌شود بلکه موجب افزایش توجهات از سوی پزشکان در مقابله با بیماران تب دار نیز می‌گردد (۴).

در مطالعه‌ی ما ۶۴ درصد مادران قبل از شروع تب در منزل تمهیدات لازم شامل تهیه استامینوفن به منظور کاهش تب طفل خود تدارک دیدند، در ۳۴ درصد موارد حتی خودسرانه به کودک خود آنتی‌بیوتیک تجویز می‌کردند و در ۷۱ درصد موارد در صورتی که تب با تمهیدات و اقدامات خودشان کنترل می‌شد دیگر به پزشک مراجعه نمی‌کردند. مصرف صحیح و منطقی دارو علاوه بر پیشگیری از عوارض و خطرات ناشی از درمان ناقص بیماری‌ها می‌تواند به اقتصاد جامعه نیز کمک کند

1. Goldman RD, Scolnik D. Under dosing of acetaminophen by parents and emergency department utilization. *J Pediatr Emerg Care* 2004; 20(2): 89-93.
2. Finkelstein JA, Christiansen CL, Platt R. Fever in pediatric primary care: occurrence, management, and outcomes. *Pediatrics* 2000; 105(1pt3): 260-266.
3. Schmitt BD. Fever in childhood. *Pediatrics* 1984; 74: 929-936.
4. Pursell E. Parental fever phobia and its evolutionary correlates. *J Clin Nurs* 2009; 18(2):210-18.
5. Ishimine P. The evolving approach to the young child who has fever and no obvious source. *Emerg Med Clin N Am* 2007, 25: 1087-1115.
6. Kliegman RM. [Nelson essentials of pediatrics]. Rahmati M, Khorgami MR, Gheiratian MM, Abasnejad M. 1st ed. Tehran: Andisheye Rafie Publication, 2009: 471-474. (Persian)
7. Crocetti M, Moghbeli N, Serwint J. Fever phobia revisited; have parental misconception about fever changed in 20 years. *Pediatrics* 2001; 107(6): 1241-6.
8. Krantz C. Childhood fevers: developing an evidence-based anticipatory guidance tool for parents. *Pediatr Nurs* 2001; 27(6): 567-71.
9. Linder N, Sirota I, Snapir A, Eisen I, Davidovitch N, Kaplan G, et al. Parental Knowledge of the treatment of fever in children. *Isr Med Assoc J* 1999; 1(3):158-60.
10. Al- Eissa YA, Al-zamil FA, Al- sanie AM, al-salloum AA, al-Tuwajri H, al-Abdali NM, et al. Home management of fever in children; rational or ritual?. *J Clin Pract* 2000; 54 (3):138-42.
11. Pearce CH, Curtis N. Fever in children; Australian Fam Phys 2005; 34(9):796-771.
12. Adam HM. Fever and host responses. *Pediatr Rev* 1996;17: 330-331.
13. Walsh A, Edward H, Fraser J. Influence on parents, fever management: beliefs experiences and information sources. *J Clin Nurs* 2007; 16(12): 2331-40.
14. Bilenko N, Tessler H, Okbe R, Press J, Goro discher R. Determinants of antipyretic misuse in children up to 5 years of age: a cross-sectional study. *Clin Thr* 2006; 28(5): 783-93.
15. Alves JG, Cardoso FJ, Alemedia CD, Alemedia ND. Dipyron and Acetaminophen: correct dosing by parents. *Sao Paulo Med J* 2007; 41-25(1):57-9.
16. Gehri M, Guinard E, Djahnine SR, Cotting JQ, Yersin C, Di Paolo ER, et al. When fever paracetamol ? Theory and Practice in a pediatric outpatient clinic. *Pharm World Sci* 2005, 27(3): 254-7.
17. Charkaluk ML, Kalach N, Elkohen R, Kremp O. Familial use of Ibuprofen in Febrile children: a prospective study in the emergency room of an hospital in lille. *Arch Pediatr* 2005; 12(8): 1209-14.
18. Walsh A, Edwards H. Management of childhood fever by parents: Literature review. *J Adv Nurs* 2006;54(2)217-27.
19. 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.

منابع :