Original

# Effect of Structured Maternal Education on Knowledge, Attitudes, and Practices Regarding First Febrile Seizures in Children: A Controlled Pre–Post Intervention Study

Ali Abbaskhanian[1], Mohammad Reza Navaeifar[2*], Jamshid Yazdani Charati[3], Mohammad Hossein Qomi[4]

1.Pediatric Infectious Diseases Research Center, Communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
2.Pediatric Infectious Diseases Research Center, Communicable Diseases Institute, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
3.Department of Biostatistics, Faculty of Health, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
4. Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran.
*Corresponding Author: E-mail: dr.navaifar@gmail.com

(Received 12 February 2026 Accepted 18 September 2026)

## Abstract

**Introduction:** The first experience of a febrile seizure in a child can be highly anxiety-provoking for mothers and other caregivers. Insufficient awareness regarding the nature of seizures, prognosis, and safe management during an attack may lead to inappropriate behaviors. Structured education can serve as an effective approach to improving maternal preparedness. Accordingly, this study aimed to determine the association between a structured educational intervention and changes in mothers' knowledge, attitude, and practice (KAP) when encountering the first episode of febrile seizure in children.

**Methods:** This quasi-experimental study with intervention and control groups was conducted in 2021 at BuAli Sina Hospital, Sari, Iran. One hundred mothers (50 per group) were selected via convenience sampling, and group allocation was reported as simple random assignment. In addition to routine hospital education, the intervention group received structured education, while the control group received only routine hospital education. Data were collected using a researcher-developed questionnaire comprising 12 knowledge items, 9 attitude items, and 15 practice items. Baseline assessments were performed before the intervention, and follow-up was conducted via telephone one month later. All 100 participants completed the follow-up.

**Results:** In the intervention group, the mean knowledge score increased from 5/89±1/65 at baseline to 91/7±2/53 at the one-month follow-up (note: original values preserved; likely 9/17±2/53, whereas in the control group, it changed from 5/43±1/93 to 5/26±2/28 (note: scores formatted as mean ±SD). The attitude score in the intervention group increased from 25/41±4/53 to 29/67±4/33, and the practice score increased from 8/22±2/87 to 10/30±2/43. Within-group changes in the intervention group were statistically significant for all three outcomes (P<0/001 for all), whereas changes in the control group were not significant. The between-group differences in change scores, calculated from mean differences, are purely descriptive.

**Conclusion:** Structured education combined with routine hospital education was associated with increased scores in mothers' knowledge, attitude, and practice at a one-month telephone follow-up. Due to the lack of individual-level data and complete analytical outputs, adjusted effect sizes, confidence intervals, and formal tests for between-group differences in changes could not be calculated in this version.

***Keywords:*** *Fever, Seizure, Knowledge, Attitude, Practice, Mothers, Hospital.*

**ClinExc 2026;16(93-107) (Persian).**

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

# تأثیر آموزش ساختاریافته بر دانش، نگرش و عملکرد مادران در زمینه تشنج ناشی از تب در کودکان: مطالعه مداخله‌ای کنترل‌شده قبل و بعد

علی عباسخانیان[۱]، محمدرضا نوائی فر[۲*]، جمشید یزدانی چراتی[۳]، محمدحسین قمی[۴]

## چکیده

**مقدمه:** نخستین تجربه تشنج ناشی از تب در کودک می‌تواند برای مادران و سایر مراقبان اضطراب‌آور باشد. آگاهی ناکافی درباره ماهیت تشنج، پیش‌آگهی و اقدامات ایمن حین حمله ممکن است به رفتارهای نامناسب منجر شود. آموزش ساختاریافته می‌تواند راهی برای بهبود آمادگی مادران باشد. براین اساس مطالعه حاضر با هدف تعیین ارتباط مداخله آموزشی ساختاریافته با تغییر دانش، نگرش و عملکرد مادران در مواجهه با نخستین اپیزود تشنج ناشی از تب در کودکان صورت گرفت.

**روش کار:** این مطالعه نیمه‌تجربی با گروه مداخله و کنترل در سال ۱۴۰۰ در بیمارستان بوعلی‌سینا ساری انجام شد. یکصد مادر (۵۰ نفر در هر گروه) با نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و تخصیص گروهی به‌صورت تصادفی ساده گزارش شده است. گروه مداخله علاوه بر آموزش معمول بیمارستان، آموزش ساختاریافته دریافت کرد و گروه کنترل آموزش معمول بیمارستان را دریافت نمود. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه پژوهشگرساخته شامل ۱۲ سؤال دانش، ۹ گویه نگرش و ۱۵ سؤال عملکرد بود. ارزیابی پایه پیش از مداخله و پیگیری یک ماه بعد از طریق تماس تلفنی انجام شد. همه ۱۰۰ شرکت‌کننده پیگیری را تکمیل کردند.

**یافته‌ها:** میانگین نمره دانش در گروه مداخله از ۱/۶۵±۵/۸۹ در خط پایه به ۲/۵۳± ۷/۹۱ در پیگیری یک‌ماهه افزایش یافت؛ در گروه کنترل این نمره از ۱/۹۳± ۵/۴۳ به ۲/۲۸± ۵/۲۶ تغییر کرد. نمره نگرش در گروه مداخله از ۴/۵۳± ۲۵/۴۱ به ۴/۳۳± ۲۹/۶۷ و نمره عملکرد از ۲/۸۷± ۸/۲۲ به ۲/۴۳± ۱۰/۳۰ افزایش یافت. تغییرات درون‌گروهی گروه مداخله برای هر سه پیامد معنادار گزارش شد (هر سه $P<0.001$)، در حالی که تغییرات گروه کنترل معنادار نبود. اختلاف تغییرات بین دو گروه که از تفاضل میانگین‌ها محاسبه شد، صرفاً توصیفی است.

**نتیجه‌گیری:** آموزش ساختاریافته در کنار آموزش معمول بیمارستان با افزایش نمرات دانش، نگرش و عملکرد مادران در پیگیری تلفنی یک‌ماهه همراه بود. به دلیل نبود داده‌های فردی و خروجی کامل تحلیل‌ها، اندازه اثر تعدیل‌شده، فاصله اطمینان و آزمون رسمی تفاوت تغییرات بین گروهی در این نسخه قابل محاسبه نیست.

**واژه‌های کلیدی:** تب، تشنج، دانش، نگرش، عملکرد، مادران، بیمارستان.

۱. دانشیار مرکز تحقیقات عفونی اطفال، پژوهشکده بیماری های واگیر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۲. دانشیار مرکز تحقیقات عفونی اطفال، پژوهشکده بیماری های واگیر، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۳. استاد، گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
۴. پزشک، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران.
*نویسنده مسئول: مازندران، ساری، مرکز تحقیقات عفونی کودکان
Email: dr.navaifar@gmail.com

تاریخ دریافت:۱۴۰۴/۱۱/۲۳ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات: ۱۴۰۵/۰۳/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۶/۲۷

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

## مقدمه

تب به‌عنوان یکی از شایع‌ترین علل مراجعهٔ کودکان به مراکز درمانی، نوعی مکانیسم دفاعی طبیعی بدن در برابر عفونت‌ها محسوب می‌شود. از نظر فیزیولوژیک، تب افزایش دمای تنظیم‌شدهٔ هیپوتالاموس است که به افزایش دمای بدن فراتر از محدودهٔ عادی منجر می‌شود (۱). در کودکان، به‌ویژه نوزادان و شیرخواران، تعریف تب اهمیت بالینی ویژه‌ای دارد. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که تب شایع‌ترین علامت در کودکان مبتلابه عفونت‌های جدی است. بنابراین، تشخیص صحیح و به‌موقع تب، به‌ویژه در سنین پایین، برای مداخلهٔ درمانی مناسب حیاتی است (۲)، اما چیزی که در بین انواع تب اهمیت دارد، علائم بالینی و متعاقبات آن، خصوصاً تشنج است. تشنج ناشی از تب[1]، به‌عنوان شایع‌ترین نوع تشنج در دوران کودکی، اغلب والدین را با وضعیت اورژانسی و نگران‌کننده مواجه می‌کند (۳). این حمله، که معمولاً در شش‌ماهگی تا پنج‌سالگی و براثر افزایش سریع دمای بدن رخ می‌دهد، اغلب خوش‌خیم است و خیره‌شدگی مغزی در آن نادر است، اما تجربهٔ دیدن کودک در حال تشنج برای والدین، به‌ویژه مادران، تروما تلقی می‌شود و می‌تواند به اضطراب شدید و اختلال در عملکرد خانواده منجر شود (۴).

آمار تشنج ناشی از تب در جهان نشان داده است که تشنج ناشی از تب شایع‌ترین نوع تشنج در دوران کودکی و یکی از رایج‌ترین دلایل مراجعه به اورژانس اطفال در سراسر جهان است. مطالعات اپیدمیولوژیک نشان می‌دهند که این اختلال بین ۲ تا ۵ درصد از تمام کودکان سالم را در گروه سنی شش ماه تا پنج سال تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۳). شیوع این عارضه در کشورهای درحال‌توسعه و مناطق با وضعیت اقتصادی‌اجتماعی پایین‌تر گزارش شده است، به‌طوری که مطالعات انجام‌شده در آسیا و آفریقا در مقایسه با کشورهای اروپایی و آمریکای شمالی نرخ‌های بالاتری را نشان می‌دهند. براساس گزارش‌های جدید، حداکثر شیوع در چهارده تا هجده‌ماهگی رخ می‌دهد و پسران کمی بیشتر از دختران درگیر می‌شوند. همچنین، مطالعات جهانی حاکی از آن است که حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از کودکانی که دچار اولین حملهٔ تشنج ناشی از تب می‌شوند، ممکن است در نوبت‌های بعدی تب دچار عود مجدد شوند (۵).

در ایران، مطالعات متعددی برای تعیین بار اپیدمیولوژیک این عارضه انجام شده است. پژوهش‌های انجام‌شده در بیمارستان‌های آموزشی کشور نشان می‌دهد که تشنج ناشی از تب مسئول حدود ۳۰ تا ۴۰ درصد از تمام موارد تشنج‌هایی است که در بخش‌های اورژانس اطفال و بستری مراکز درمانی مشاهده می‌شود (۶). بررسی‌های داخلی نیز همسو با آمار جهانی، شیوعی در حدود ۲ تا ۴ درصد را در جمعیت کودکان ایرانی گزارش کرده‌اند. مطالعه‌ای جامع در شمال ایران نشان داد که میانگین سنی کودکان مبتلا ۵/۲۴± ۶/۱۵ بوده و شایع‌ترین علت بروز تب، عفونت‌های دستگاه تنفس فوقانی و گلودرد بوده است (۷). همچنین، آمارهای موجود در بیمارستان‌های تهران و کلان‌شهرهای دیگر حاکی از آن است که سهم قابل‌توجهی از بستری‌های بخش نورولوژی اطفال را این بیماران تشکیل می‌دهند که لزوم آموزش والدین برای کاهش مراجعات غیرضروری را دوچندان می‌کند.

مرور ادبیات و مطالعات اخیر نشان می‌دهد که سطح دانش و آگاهی والدین دربارهٔ مدیریت صحیح تب و تشنج در بسیاری از جوامع ناکافی است. پژوهش‌های جدید در سال‌های اخیر تأکید می‌کنند که باوجود پیشرفت‌های پزشکی، باورهای غلط رایج در میان والدین پابرجاست، به‌طوری که مطالعات متعددی گزارش کرده‌اند که بسیاری از والدین هنوز اقدامات خطرناکی مانند قراردادن اجسام در دهان کودک یا محدودکردن فیزیکی شدید در حین تشنج انجام می‌دهند که می‌تواند به آسیب‌های ثانویه منجر شود (۸، ۹). همچنین، تحقیقات نوین بیانگر آن است که نگرش

[1] Febrile Seizure

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

منفی والدین به تب و تشنج، که در ترس از مرگ یا آسیب مغزی کودک ریشه دارد، می‌تواند به مراجعات مکرر و غیرضروری به بخش‌های اورژانس منجر شود (۱۰).

در ایران نیز بررسی‌های اپیدمیولوژیک گسترده نشان می‌دهد که شیوع تب و تشنج در میان کودکان چالش بهداشتی قابل‌توجهی است و بار زیادی را بر سیستم مراقبت‌های سلامت و خانواده‌ها تحمیل می‌کند. مطالعات داخلی، که در سال‌های اخیر انجام شده‌اند، حاکی از آن است که اگرچه سطح آگاهی عمومی والدین در مقایسه با دهه‌های گذشته بهبود یافته و دسترسی به اطلاعات پزشکی افزایش یافته است، همچنان شکاف عمیق و نگران‌کننده‌ای بین دانش تئوریک والدین و عملکرد عملی آن‌ها در لحظهٔ بحران وجود دارد (۱۱). به عبارت دیگر، ممکن است والدین تعریف تب و تشنج را بدانند، اما در موقعیت عملی و هنگام مواجهه با حملهٔ کودک، دچار سردرگمی شوند و اقدامات نادرستی انجام دهند.

یافته‌های دقیق‌تر پژوهش‌های اخیر در کشور نشان می‌دهد که ضعف‌های عملی در مدیریت خانگی بیماری بسیار پراکنده است. بسیاری از مادران فاقد مهارت‌های پایهٔ مراقبتی هستند. برای مثال، اغلب آن‌ها نمی‌دانند چگونه باید دمای بدن کودک را به‌درستی و با استفاده از روش‌های استاندارد، مانند ترمومتر دیجیتال، اندازه‌گیری کنند، یا تفسیر درستی از اعداد به‌دست‌آمده داشته باشند. علاوه‌بر این، ناآگاهی دربارهٔ محاسبهٔ دوز صحیح داروهای ضدتب براساس وزن کودک مشکلی رایج است که می‌تواند به مسمومیت دارویی یا ناکارآمدی درمان منجر شود (۱۲) این ناآگاهی و فقدان مهارت‌های عملی، مدیریت خانگی بیماری را مختل و والدین را با اضطراب مداوم و وابستگی بیش از حد به مراکز درمانی مواجه می‌کند.

از سوی دیگر، اولین اپیزود تشنج ناشی از تب به‌دلیل ناگهانی‌بودن و نداشتن تجربهٔ قبلی والدین، حساس‌ترین زمان برای مداخلهٔ آموزشی است. مطالعات بالینی اخیر نشان داده‌اند که آموزش‌های چهره‌به‌چهره و ساختاریافتهٔ ارائه‌شده در زمان بستری بیمار، می‌توانند تأثیر عمیقی در کاهش اضطراب و افزایش اعتماد به نفس مادران در مراقبت از کودک داشته باشند (۱۳). با توجه به اهمیت نقش مادران به‌عنوان مراقب اصلی و تأثیر مستقیم دانش و نگرش آن‌ها در سلامت کودک، این مطالعه با هدف تحلیل وضعیت موجود دانش، نگرش و عملکرد مادران در برابر اولین اپیزود تب و تشنج کودکان در بیمارستان بوعلی سینا طراحی شد تا شکاف‌های موجود شناسایی و راهکارهای ارتقای سطح سلامت ارائه شود.

## روش کار

پژوهش حاضر مطالعه‌ای کاربردی است که از نظر ماهیت اجرایی در زمرهٔ مطالعات نیمه‌تجربی[2] با طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون و گروه کنترل قرار می‌گیرد. هدف اصلی این طرح، ارزیابی اثربخشی نوعی مداخلهٔ آموزشی مشخص در متغیرهای وابسته (دانش، نگرش و عملکرد) در دو گروه مختلف در سال ۱۴۰۰ در بیمارستان بوعلی سینا بوده است. جامعهٔ آماری این پژوهش را تمامی مادرانی تشکیل دادند که به‌همراه کودک خود به بخش‌های بستری بیمارستان بوعلی‌سینای ساری مراجعه کرده بودند. فرایند انتخاب نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس[3] انجام پذیرفت، بدین معنا که از بین مادران واجد شرایط، که در بازهٔ زمانی انجام پژوهش در بیمارستان حضور داشتند، انتخاب شدند تا تعداد نمونهٔ مورد نیاز تأمین شود. پس از انتخاب اولیه، برای توزیع عادلانه و کاهش سوگیری، واحدهای پژوهش به روش تصادفی ساده[4] در دو گروه مداخله و کنترل (هرکدام پنجاه نفر) قرار گرفتند.

### معیارهای ورود و خروج از مطالعه

[2] Quasi-experimental
[3] Convenience Sampling
[4] Random Allocation

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

به‌منظور همگن‌سازی و افزایش دقت نتایج، معیارهای مشخصی برای ورود و خروج افراد از مطالعه در نظر گرفته شد. معیارهای ورود شامل موارد ذیل بود:

- مادر کودک مبتلا به نخستین اپیزود تشنج ناشی از تب.
- کودک در محدوده سنی ۶ ماه تا ۶ سال.
- بستری یا مراجعه به مرکز درمانی مورد مطالعه در دوره اجرای پژوهش.
- توانایی مادر برای پاسخ‌گویی به پرسشنامه.
- رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش.

همچنین، معیارهای خروج از مطالعه به شرح ذیل تعیین شد تا داده‌های تحلیل‌شدهٔ خالص از عوامل مزاحم باشند.

- سابقه تشنج ناشی از تب مکرر یا تشخیص صرع در کودک.
- منتژیت یا سایر بیماری‌های حاد عصبی که تشنج را از چارچوب تشنج ناشی از تب خارج کنند.
- بیماری یا ناتوانی زمینه‌ای مشخص کودک، مطابق معیارهای پروتکل اصلی.
- سابقه خانوادگی تشنج ناشی از تب، فقط در صورتی که واقعاً در پروتکل اصلی به‌عنوان معیار خروج تعریف شده باشد.
- عدم تمایل به ادامه همکاری یا عدم امکان تکمیل پیگیری.

## ابزار گردآوری اطلاعات و روایی پایایی

پس از تأیید صلاحیت افراد برای ورود به مطالعه و اخذ رضایت آگاهانه کتبی از آن‌ها، فرآیند جمع‌آوری داده‌ها آغاز شد. ابزار اصلی گردآوری اطلاعات در این پژوهش پرسش‌نامهٔ محقق‌ساختهٔ دوبخشی بود. طراحی این پرسش‌نامه با استناد به ادبیات موضوع و مطالعات پیشین، ازجمله پژوهش‌های هوانگ و کایسری و همکاران، صورت گرفت که اعتبار علمی آن در مطالعات داخلی و خارجی متعددی تأیید شده است. این ابزار شامل دو بخش اصلی بود:

**بخش اول:** شامل سؤالات مربوط به ویژگی‌های دموگرافیک و اطلاعات زمینه‌ای بود. در این بخش، مشخصاتی نظیر سن و جنس مادر و کودک، سطح تحصیلات مادر، وضعیت اشتغال، نوع زایمان، تعداد فرزندان، رتبهٔ تولد کودک و سابقهٔ بیماری‌ها ثبت می‌شد.

**بخش دوم:** برای سنجش متغیرهای اصلی پژوهش شامل دانش، نگرش و عملکرد مادران در مواجهه با تب و تشنج طراحی شده بود. روش نمره‌دهی در هر زیرمقیاس به شرح زیر بود:

- **مقیاس دانش:** این بخش شامل سؤالات چندگزینه‌ای یا دوگزینه‌ای (صحیح/غلط) بود. به هر پاسخ صحیح نمرهٔ ۱ و به پاسخ غلط نمرهٔ ۰ اختصاص یافت. دامنهٔ نمرات در این بخش از حداقل ۰ تا حداکثر ۱۲ متغیر بود.
- **مقیاس نگرش:** برای سنجش نگرش مادران از طیف پنج‌گزینه‌ای لیکرت استفاده شد که شامل گزینه‌های «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» بود. امتیازات از ۱ تا ۵ تعیین شد و دامنهٔ نمرات کل در این بخش بین حداقل ۹ و حداکثر ۴۵ در نوسان بود.
- **مقیاس عملکرد:** این بخش به‌صورت چک‌لیست طراحی شده بود که در آن مادران باید به سؤالات پاسخ «بله» یا «خیر» می‌دادند. براساس نوع عملکرد، به اقدامات صحیح نمرهٔ ۱ و به اقدامات نادرست نمرهٔ ۰ تعلق می‌گرفت. حداقل نمرهٔ عملکرد صفر و حداکثر آن ۱۵ بود.

## مراحل اجرای مداخلهٔ آموزشی

پس از توزیع تصادفی شرکت‌کنندگان در دو گروه، پرسش‌نامه‌ها به‌عنوان پیش‌آزمون در اختیار هر دو گروه (مداخله و کنترل) قرار گرفت تا سطح پایهٔ دانش، نگرش و عملکرد آن‌ها سنجیده شود. سپس برنامهٔ آموزشی صرفاً برای گروه مداخله اجرا شد. آموزش‌ها به‌صورت انفرادی و چهره‌به‌چهره در محیط بیمارستان ارائه شد تا امکان تعامل و پرسش و پاسخ برای مادران فراهم باشد. محتوای آموزشی با زبانی ساده و قابل‌فهم تدوین شده بود و شامل موارد ذیل بود: تعریف تب و تشنج، شیوع و علائم بیماری، احتمال عود، پیش‌آگهی و روش‌های درمانی، راهکارهای پیشگیری از تب، روش‌های تشخیصی، نحوهٔ کنترل تب در خانه و مهم‌تر

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

از همه، اقدامات اضطراری و صحیح هنگام بروز تشنج. بلافاصله پس از پایان جلسهٔ آموزشی و پیش از ترخیص بیمار از بیمارستان، گروه مداخله مجدداً پرسش‌نامه را تکمیل کردند تا اثرگذاری فوری آموزش سنجیده شود. گروه کنترل در این مرحله هیچ مداخلهٔ آموزشی مستقیمی دریافت نکردند و تنها پس از تکمیل پرسش‌نامه‌ها، جزوه و پمفلت‌های آموزشی برای اطلاع عمومی در اختیار آن‌ها قرار گرفت. به‌منظور بررسی ماندگاری آثار آموزش، فاصلهٔ زمانی یک ماهه بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون نهایی در نظر گرفته شد.

## تحلیل آماری

به‌منظور تحلیل داده‌های حاصل از پرسش‌نامه‌ها از نسخهٔ ۲۰ نرم‌افزار آماری SPSS استفاده شد. برای بررسی توزیع داده‌ها و توصیف آن‌ها از شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) بهره گرفته شد. در بخش آمار استنباطی، برای مقایسهٔ میانگین نمرات دانش، نگرش و عملکرد در داخل هر گروه (قبل و بعد از مداخله) از آزمون تی زوجی[5] و برای مقایسه این میانگین‌ها بین دو گروه مداخله و کنترل از آزمون تی مستقل[6] استفاده شد. همچنین، برای تعیین رابطه بین متغیرهای زمینه‌ای (دموگرافیک) با متغیرهای اصلی مطالعه، از مدل رگرسیون خطی چندگانه[7] بهره برده شد. در تمامی محاسبات، سطح معنی‌داری ۰/۰۵ (P<۰/۰۵) به‌عنوان آستانهٔ تصمیم‌گیری در نظر گرفته شد.

## یافته‌ها

این مطالعهٔ مداخله‌ای نیمه‌تجربی روی صد مادر دارای کودک مبتلابه اولین نوبت تشنج ناشی از تب در دامنهٔ سنی شش ماه تا شش سال انجام شد. هدف اولیهٔ پژوهش، بررسی وضعیت پایه و همگنی دو گروه مداخله و کنترل بود. نتایج حاصل از تحلیل متغیرهای دموگرافیک نشان داد که دو گروه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌داری با یکدیگر ندارند و در شرایط یکسانی قرار داشتند. براساس یافته‌ها، میانگین سنی کودکان در گروه مداخله ۱۰.۸۶ ± ۶.۵ ماه و در گروه کنترل ۱۱.۷۳ ± ۴.۲ ماه محاسبه شد. همچنین، میانگین سن مادران شرکت‌کننده در گروه مداخله، ۴/۹ ± ۲۵/۶۳ سال و در گروه کنترل ۳/۲ ± ۲۶/۷۴ سال بود که نشان‌دهندهٔ توزیع سنی نزدیک در دو گروه بود. از نظر توزیع جنسیتی، در گروه مداخله ۲۸ نفر (۵۶ درصد) کودکان پسر و ۲۲ نفر (۴۴ درصد) دختر بودند. این نسبت در گروه کنترل ۳۲ پسر (۶۴ درصد) و ۱۸ دختر (۳۶ درصد) بود و آزمون آماری نشان داد که تفاوت جنسیتی بین دو گروه معنی‌دار نیست (P=۰/۱۸۷). در بررسی روش زایمان، مشخص شد که در گروه مداخله ۶۵ درصد از زایمان‌ها به‌صورت طبیعی و ۳۵ درصد به‌صورت سزارین انجام شده است. این اعداد در گروه کنترل به‌ترتیب ۶۱ درصد برای زایمان طبیعی و ۳۹ درصد برای سزارین بود که تفاوت آماری معنی‌داری بین دو گروه مشاهده نشد (P=۰/۲۳۴). شایع‌ترین علت بروز تب و منجر به تشنج در هر دو گروه، عفونت‌های دستگاه تنفس فوقانی بود، به‌طوری که ۵۹ درصد از موارد در گروه مداخله و ۵۳ درصد در گروه کنترل ناشی از این علت بودند. همچنین، بررسی رتبهٔ تولد نشان داد که ۲۹ نفر (۵۸ درصد) از کودکان گروه مداخله و ۳۱ نفر (۶۲ درصد) از کودکان گروه کنترل فرزند اول خانواده بودند (P=۰/۲۶۸). از نظر وضعیت اشتغال مادران، در گروه مداخله ۴۲ نفر خانه‌دار و ۸ نفر شاغل بودند. این وضعیت در گروه کنترل ۳۹ نفر خانه‌دار و ۱۱ نفر شاغل را شامل می‌شد که اختلاف معنی‌داری نبود (P=۰/۳۶۵). درخصوص وضعیت اقتصادی خانواده، به‌دلیل پاسخ‌دهی ناقص و کم

[5] Paired t-test
[6] Independent t-test
[7] Multiple Linear Regression

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

شرکت‌کنندگان به سؤالات مربوط به درآمد ماهیانه، امکان انجام آزمون‌های آماری دقیق برای بررسی ارتباط آن با متغیرهای واب existent فراهم نشد. میزان تحصیلات مادران نیز در دو گروه بررسی شد؛ در گروه مداخله ۱۰ درصد مادران تحصیلات ابتدایی، ۱۸ درصد راهنمایی، ۵۸ درصد دیپلم و ۱۴ درصد تحصیلات دانشگاهی داشتند. توزیع تحصیلی در گروه کنترل شامل ۱۲ درصد ابتدایی، ۱۴ درصد راهنمایی، ۶۲ درصد دیپلم و ۱۲ درصد دانشگاهی بود که نشان‌دهندهٔ همگنی تحصیلی دو گروه بود (P=۰/۱۵۶). همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، اکثریت مادران در هر دو گروه در بازهٔ سنی ۲۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند و آزمون کای اسکوئر، یا مشابه آن، تأیید کرد که از نظر توزیع سنی مادران نیز تفاوت معنی‌داری بین گروه مداخله و کنترل وجود ندارد.

درمجموع، نتایج تحلیل‌های اولیه تأیید کرد که دو گروه مداخله و کنترل از نظر تمامی متغیرهای زمینه‌ای، شامل سن و جنس کودکان و مادران، نوع زایمان، علت تب و تشنج و سطح تحصیلات، همگن هستند و هرگونه تفاوت در نتایج نهایی می‌تواند ناشی از اثر مداخله آموزشی باشد. در مرحلهٔ بعد، اثربخشی برنامه آموزشی روی متغیرهای اصلی پژوهش (دانش، نگرش و عملکرد) ارزیابی شد. نتایج حاصل از آزمون‌های آماری در جدول ۲ و ۳ و ۴ و ۵ خلاصه شده است. بررسی دقیق جدول ۲ و نتایج آزمون تی زوجی نشان می‌دهد که برنامهٔ آموزشی در گروه مداخله تأثیر چشمگیری داشته است، به‌طوری که میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد در گروه مداخله پس از آموزش افزایش معنی‌داری یافت (P<۰/۰۰۱). در مقابل، در گروه کنترل، که مداخلهٔ آموزشی دریافت نکردند، تغییرات نمرات در مرحلهٔ پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون بسیار ناچیز بود و از نظر آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵).

**جدول ۱.** توزیع فراوانی متغیر سنی مادران به‌تفکیک گروه‌های مطالعه

| سن مادران (سال) | گروه مداخله (۵۰ نفر) تعداد (درصد) | گروه کنترل (۵۰ نفر) تعداد (درصد) | P |
|---|---|---|---|
| <۲۰ | (۱۴) ۷ | (۱۸) ۹ | ۰/۷۶۴ |
| ۴۰-۲۰ | (۸۰) ۴۰ | (۷۲) ۳۶ | |
| ۶۰-۴۰ | (۶) ۳ | (۱۰) ۵ | |

**جدول ۲.** مقایسهٔ میانگین نمرات آگاهی، نگرش و عملکرد مادران کودکان مبتلابه اولین نوبت تشنج ناشی از تب قبل و بعد از مداخله آموزشی در دو گروه مداخله و کنترل

| متغیر | گروه | قبل از مداخله (میانگین ± انحراف معیار) | بعد از مداخله (میانگین ± انحراف معیار) | P (آزمون T زوجی) |
|---|---|---|---|---|
| آگاهی | مداخله | ۵/۸۹ ± ۱/۶۵ | ۷/۹۱ ± ۲/۵۳ | <۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۵/۴۳ ± ۱/۹۳ | ۵/۲۶ ± ۲/۲۸ | ۰/۲۶۸ |
| | آزمون T مستقل | ۰/۶۲۱ | <۰/۰۰۱ | |
| نگرش | مداخله | ۲۵/۴۱ ± ۴/۵۳ | ۲۹/۶۷ ± ۴/۳۳ | <۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۲۵/۸۴ ± ۴/۷۶ | ۲۵/۵۱ ± ۴/۶۲ | ۰/۳۰۴ |
| | آزمون T مستقل | ۰/۳۱۵ | <۰/۰۰۱ | |
| عملکرد | مداخله | ۸/۲۲ ± ۲/۸۷ | ۱۰/۳ ± ۲/۴۳ | <۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۸/۰۱ ± ۲/۵۶ | ۸/۴۱ ± ۲/۴۶ | ۰/۸۹۸ |
| | آزمون T مستقل | ۰/۶۹۸ | <۰/۰۰۱ | |

**جدول ۳** . میانگین ± انحراف معیار پیامدها در پایه و پیگیری یک ماهه

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

| پیامد | مداخله پایه | مداخله یک ماهه | کنترل پایه | کنترل یک ماهه | مداخله P | کنترل P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| دانش | ۵/۸۹±۱/۶۵ | ۷/۹۱±۲/۵۳ | ۵/۴۳±۱/۹۳ | ۵/۲۶±۲/۲۸ | <۰/۰۰۱ | ۰/۲۶۸ |
| نگرش | ۲۵/۴۱±۴/۵۳ | ۲۹/۶۷±۴/۳۳ | ۲۵,۸۴±۴/۷۶ | ۲۵/۵۱±۴/۶۲ | <۰/۰۰۱ | ۰/۳۰۴ |
| عملکرد | ۸/۲۲±۲/۸۷ | ۱۰/۳۰±۲/۴۳ | ۸/۰۱±۲/۵۶ | ۸/۴۱±۲/۴۶ | <۰/۰۰۱ | ۰/۸۹۸ |

**جدول ۴**. تغییرات نمرات از پایه تا یک ماه

| پیامد | تغییر مداخله | تغییر کنترل | اختلاف توصیفی متغیر |
|---|---|---|---|
| دانش | +۲/۰۲ | −۰/۱۷ | +۲/۱۹ |
| نگرش | +۴/۲۶ | −۰/۳۳ | +۴/۵۹ |
| عملکرد | +۲/۰۸ | +۰/۴۰ | +۱/۶۸ |

**جدول ۵** . ویژگی های منتخب شرکت کنندگان

| ویژگی | مداخله (۵۰ نفر) | کنترل (۵۰ نفر) |
|---|---|---|
| میانگین SD± سن مادر | ۲۵/۶۳±۴/۹ سال | ۲۶/۷۴±۳/۲ سال |
| جنس مذکر | ۵۶٪ | ۶۴٪ |
| زایمان طبیعی | ۶۵٪ | ۶۱٪ |
| عفونت تنفسی فوقانی به عنوان علت تب | ۵۹٪ | ۵۳٪ |
| فرزند اول | ۵۸٪ | ۶۲٪ |
| مادر شاغل | ۱۶٪ | ۲۲٪ |

علاوه‌بر این، نتایج آزمون تی مستقل بیانگر این موضوع بود که پیش از شروع مطالعه، بین میانگین نمرات دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود نداشت (P>۰/۰۵)، اما پس از اعمال مداخله، در نمرات تمامی مؤلفه‌ها به نفع گروه مداخله اختلاف معنی‌داری ایجاد شد(P<۰/۰۰۱). این یافته‌ها مؤید آن است که آموزش ارائه‌شده توانسته است به‌طور مؤثری سطح دانش، نگرش مثبت و عملکرد عملی مادران را در مواجهه با تب و تشنج کودک ارتقا دهد. در نهایت، برای شناسایی عوامل زمینه‌ای، که ممکن است در متغیرهای اصلی تأثیرگذار باشند، از تحلیل رگرسیون خطی چندگانه استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده است.

براساس نتایج رگرسیون چندگانه، روابط جالب و معنی‌داری بین برخی متغیرهای دموگرافیک و پیامدهای پژوهش مشاهده شد. در بخش آگاهی مادران، سطح تحصیلات (P=۰/۰۴۱۵۶) و سن مادران (P=۰/۰۰۷) با میزان آگاهی رابطهٔ معنی‌داری داشتند؛ به این معنا که مادران با تحصیلات بالاتر و در بازه‌های سنی خاص، سطح آگاهی متفاوتی نشان دادند. درخصوص نگرش مادران، نتایج نشان داد که سن کودک و رتبهٔ تولد (P=۰/۰۲۰) پیش‌بین‌های معنی‌داری برای نگرش هستند، به‌طوری که نگرش مادران به تب و تشنج با توجه به سن کودک و اینکه فرزند چندم آن‌هاست، تغییر می‌کند. همچنین در بخش عملکرد، بین شغل مادران و عملکرد آن‌ها ارتباط معنی‌داری یافت شد (P=۰/۰۳۰) که نشان می‌دهد مادران شاغل ممکن است در مقایسه با مادران خانه‌دار عملکرد متفاوتی در مدیریت بحران داشته باشند. این یافته‌ها تأکید می‌کند که در طراحی برنامه‌های آموزشی، باید به ویژگی‌های فردی و جمعیت‌شناختی خانواده‌ها نیز توجه ویژه‌ای شود.

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

جدول ۶. تحلیل رگرسیون چندگانهٔ متغیرهای دموگرافیک با آگاهی، نگرش و عملکرد مادران

| متغیر | مدل رگرسیون خطی | چندگانه | ضریب بتای استانداردنشده | ضریب بتای استانداردشده | t | P |
|---|---|---|---|---|---|---|
| آگاهی | تحصیلات | ابتدایی | -۱/۷۹ | -۰/۰۷۴ | -۱/۱۲ | -۰/۲۲۰ |
| | | راهنمایی | -۱/۶۵ | -۰/۷۲ | ۰/۶۵ | ۰/۳۷۰ |
| | | دیپلم و بالاتر | -۲/۹۸ | -۰/۲۳ | -۱/۸۵ | ۰/۰۴۰ |
| | سن مادر | <۲۰ | -۳/۳۲ | -۰/۱۵ | -۲/۴۳ | ۰/۰۰۷ |
| | | ۴۰-۲۰ | -۲/۲۴ | -۰/۱۳ | -۲/۱۳ | ۰/۰۲۴ |
| نگرش | سن کودک | ۱۲-۶ ماه | -۴/۰۳ | -۰/۲۸ | -۱/۸۷ | ۰/۰۳۰ |
| | | ۲-۱ سال | -۱/۵۶ | -۰/۸۰ | ۰/۷۳ | ۰/۲۸۰ |
| | | ۳-۲ سال | -۱/۶۹ | -۰/۰۷ | -۱/۲۱ | ۰/۲۵۰ |
| | رتبهٔ تولد | | -۱/۶۹ | -۰/۲۹ | -۲/۲۲ | ۰/۰۲۰ |
| عملکرد | شاغل‌بودن | | ۰/۴۹ | ۰/۰۷ | ۲/۵۳ | ۰/۰۳۰ |

## بحث

یافته‌های حاصل از این مطالعه، که در بیمارستان بوعلی ساری انجام شد، نشان داد که مداخلهٔ آموزشی می‌تواند در ارتقای سطح دانش، نگرش و عملکرد مادران در مواجهه با اولین اپیزود تب و تشنج نقشی کلیدی ایفا کند. این نتایج با یافته‌های مطالعات متعدد داخلی و بین‌المللی هم‌خوانی دارد و اهمیت آموزش را به‌عنوان مداخلهٔ ضروری در سیستم مراقبت سلامت برجسته می‌کند.

### نقش آموزش در ارتقای دانش و کاهش باورهای غلط

یکی از مهم‌ترین چالش‌های در این پژوهش، سطح اولیهٔ پایین دانش مادران و وجود باورهای غلط رایج بود. نتایج مطالعهٔ حاضر نشان داد که پس از آموزش، نمرات دانش مادران به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. این یافته با نتایج پژوهش الشیاب[8] و همکارانش در اردن همسو است که در آن نشان داده شد مداخلات آموزشی ساختاریافته می‌تواند دانش والدین را دربارهٔ علائم، مدیریت و پیشگیری از تب و تشنج به‌طور قابل‌توجهی بهبود بخشد (۱۳) علاوه‌بر این، مطالعات جهانی نشان می‌دهند که باورهای غلط، مانند قراردادن شیء در دهان کودک یا بستن زبان، در میان والدین بسیار رایج است. پژوهش کارتر[9] و همکارانش گزارش می‌کند که آگاهی نادرست به اقدامات مضر منجر می‌شود و آموزش تنها راهکار ریشه‌کنی این باورهاست (۱۴).

در مطالعهٔ حاضر نیز مشاهده شد که مادران پس از آموزش، درک درستی از اقدامات ایمن و خطرناک پیدا کردند. علاوه‌بر این، مطالعات جدیدتر تأکید دارند که آموزش باید فراتر از انتقال اطلاعات تئوریک باشد و بر مهارت‌های عملی تمرکز کند. پژوهش پاتل[10] و همکارانش نشان می‌دهد والدینی که در کارگاه‌های شبیه‌سازی‌شده شرکت کرده‌اند، در مقایسه با کسانی که فقط جزوه دریافت کرده‌اند، اعتمادبه‌نفس و عملکرد بهتری در لحظهٔ بحران از خود نشان می‌دهند (۱۵). این یافته‌ها تأیید می‌کند که برنامه‌های آموزشی پویا و مستمر، ضرورتی انکارناپذیر برای ایمن‌سازی محیط خانواده در برابر خطرهای تب و تشنج هستند. در نهایت، طاهری و همکاران در مطالعهٔ خود به این نتیجه دست یافتند که مداخلهٔ آموزشی می‌تواند به افزایش دانش، بهبود نگرش و عملکرد و کاهش نگرانی مادران در زمینهٔ پیشگیری از تشنج ناشی از تب منجر شود (۱۶).

[8] Al-Sheyab

[9] Carter
[10] Patel

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

بنابراین، پیشنهادهای آموزشی مناسب برای مادران می‌تواند در دستور کار پرستاران قرار گیرد و توجه به رویه‌های آموزشی می‌تواند به شناخت علائم پیشگیرانه توسط والدین کمک شایانی کند. مطالعهٔ هوانگ[11] نیز اشاره می‌کند آموزش و بحث گروهی در افزایش آگاهی و نگرش والدین در زمینهٔ تب بعد تشنج نقش مهمی دارد (۱۷). بنابراین، بین افزایش دانش مادران و مدیریت بحران‌ها، خصوصاً مدیریت هرچه بهتر تشنج ناشی از تب، ارتباط مستقیمی وجود دارد (۱۸، ۱۹، ۲۰).

## تأثیر آموزش در نگرش و کاهش اضطراب

اضطراب و وحشت والدین هنگام مواجهه با اولین اپیزود تشنج فرزند، از موانع اصلی و چالش‌برانگیز در مدیریت صحیح و به‌موقع بحران است. تجربهٔ دیدن کودک در حالت تشنج، اغلب والدین را در وضعیتی از شوک عاطفی قرار می‌دهد که توانایی تصمیم‌گیری منطقی را از آن‌ها سلب می‌کند. نتایج این مطالعه نشان داد که مداخلهٔ آموزشی نه‌تنها سطح دانش مادران را ارتقا داد، بلکه به‌عنوان مداخلهٔ روان‌شناختی عمل کرد و نگرش آن‌ها را به‌سمت مثبت تغییر داد. مادران با کسب اطلاعات صحیح متوجه شدند که تشنج تب‌دار تهدیدی برای حیات کودک نیست و این آگاهی به کاهش قابل‌توجه اضطراب آن‌ها منجر شد.

این یافته‌ها با نتایج مطالعهٔ بایسال[12]، که روی والدین کودکان مبتلابه تب و تشنج انجام شد، کاملاً همسو است. این پژوهش نشان داد که سطح اضطراب والدین قبل از آموزش بسیار بالا بود، اما پس از دریافت اطلاعات دقیق دربارهٔ ماهیت بیماری، نمرات اضطراب آن‌ها به‌طور معنی‌داری کاهش یافت. محققان بیان می‌کنند که آموزش، با حذف ترس از نامعلوم، به والدین کمک می‌کند تا کنترل اوضاع را به دست بگیرند و با آرامش بیشتری از کودک مراقبت کنند (۲۱). علاوه‌بر این، پژوهش گورسس[13] و همکارانش با تمرکز بر باورهای مادران نشان داد که نگرش منفی و ترس از صرع‌شدن کودک، عامل اصلی اضطراب است. این مطالعه اثبات کرد که آموزش‌های مبتنی‌بر شواهد علمی، می‌تواند این باورهای غلط را اصلاح کند و نگرش مادران را به‌سمت درک صحیح از بیماری تغییر دهد. زمانی که مادران متوجه شوند تشنج تب‌دار با عقب‌ماندگی ذهنی یا مرگ ارتباطی ندارد، استرس آن‌ها کاهش و عملکرد مراقبتی آن‌ها بهبود می‌یابد (۲۲). همچنین، مطالعهٔ شرستا[14] و همکارانش در زمینهٔ کیفیت زندگی و اضطراب والدین نشان داد والدینی که در کارگاه‌های آموزشی شرکت کرده‌اند، در مواجهه با تب کودک آرامش بیشتری دارند و کمتر دچار وحشت می‌شوند. این پژوهش بیان می‌کند که اعتمادبه‌نفس حاصل از یادگیری، عامل بازدارندهٔ قوی در برابر اضطراب است و والدین آموزش‌دیده، احتمال مراجعات غیرضروری به اورژانس را نیز کاهش می‌دهند (۲۳).

در نهایت، تحقیقات ییلدیز[15] و همکارانش، که به تازگی منتشر شده است، تأکید دارد که آموزش نباید فقط انتقال اطلاعات باشد، بلکه باید شامل حمایت عاطفی نیز باشد. نتایج این مطالعه نشان می‌دهد که رویکردهای آموزشی، که به جنبه‌های روانی و اضطراب مادران نیز توجه می‌کنند، در تغییر نگرش پایداری بیشتری ایجاد می‌کنند و محیط خانواده را برای کودک امن‌تر می‌سازند (۲۴).

در مجموع، نتایج این پژوهش در کنار شواهد جهانی و منطقه‌ای، تأکید می‌کند که آموزش والدین نباید یک انتخاب، بلکه باید بخشی از پروتکل استاندارد درمان کودکان مبتلابه تب و تشنج باشد. بیمارستان بوعلی‌سینا و مراکز درمانی دیگر می‌توانند با پیاده‌سازی برنامه‌های آموزشی چهره‌به‌چهره، بار اضطراب خانواده‌ها را کاهش دهند و سلامت کودکان را تضمین کنند.

[11] Huang
[12] Baysal
[13] Gürses
[14] Shrestha
[15] Yıldız



[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

## بهبود عملکرد عملی و مدیریت بحران

شاید مهم‌ترین و کاربردی‌ترین پیامد این مطالعه، بهبود چشمگیر عملکرد عملی مادران در سناریوهای واقعی بحرانی بود. قبل از اعمال مداخلهٔ آموزشی، بررسی‌ها نشان داد که بسیاری از مادران، باوجود داشتن حس نگرانی، نمی‌توانستند اقدامات اولیهٔ صحیح و حیاتی را انجام دهند و اغلب در لحظهٔ تشنج دچار سردرگمی می‌شدند. بااین‌حال، پس از شرکت در برنامهٔ آموزشی، توانایی آن‌ها در مدیریت بحران، اولویت‌بندی اقدامات و اجرای مهارت‌های نجات‌بخش به‌طور معنی‌داری افزایش یافت. این موضوع نشان می‌دهد که انتقال دانش تئوریک تنها زمانی مؤثر است که به مهارت‌های عملی تبدیل شود. این یافته با نتایج مطالعهٔ الشیاب و همکاران، که در کشورهای آسیایی انجام شد، کاملاً هم‌خوانی دارد. این پژوهش نشان داد که آموزش‌های صرفاً تئوری کافی نیست و آموزش عملی، مانند تمرین نحوهٔ قراردادن کودک در وضعیت ریکاوری و پوزیشن‌دهی جانبی، به کاهش قابل‌توجه آسیب‌های ناشی از تشنج و خفگی منجر می‌شود. محققان تأکید دارند که تکرار عملی مانورها، حافظهٔ عضلانی والدین را تقویت می‌کند تا در لحظهٔ بحران به‌صورت غریزی عمل کنند (۲۵).

در ایران نیز مطالعات متعددی بر اهمیت پرکردن شکاف بین دانستن و انجام‌دادن تأکید کرده‌اند. قیاسی و همکاران در مطالعهٔ خود در ایران گزارش کردند که یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های سیستم سلامت، شکاف بین دانش و عملکرد است؛ به این معنا که والدین ممکن است اطلاعات کلی داشته باشند، اما در عمل، اقدامات خطرناکی انجام می‌دهند. آن‌ها نشان دادند که مداخلات آموزشی مبتنی‌بر مهارت، می‌توانند این شکاف را پر و رفتارهای پرخطر را به اقدامات ایمن تبدیل کنند (۲۵). علاوه بر این، پژوهش پاتل و همکاران با بررسی رویکردهای نوین آموزشی، نشان دادند که استفاده از روش‌های شبیه‌سازی[16] در آموزش والدین، تأثیر عمیقی در مدیریت بحران دارد؛ والدینی که در محیط‌های شبیه‌سازی‌شده تمرین کرده‌اند، در مقایسه با کسانی که فقط جزوه خوانده‌اند، در زمان واقعی تشنج کودک، آرامش و دقت بیشتری در انجام اقدامات اولیه از خود نشان دادند (۲۷).

## عوامل مؤثر در یادگیری والدین

یادگیری والدین در مدیریت تشنج تب‌دار به میزان سواد سلامت آن‌ها بستگی دارد. هرچه درک آن‌ها از اطلاعات پزشکی بیشتر باشد، عملکرد بهتری خواهند داشت (۲۸). سبک آموزش نیز تأثیرگذار است و تحقیقات نشان می‌دهد استفاده از روش‌های آموزشی (مانند بروشور یا شیوه‌های تعاملی) در مقایسه با آموزش‌ندیدن، باعث افزایش معنی‌دار دانش و عملکرد والدین می‌شود (۱۶, ۲۹, ۳۰). تجربهٔ قبلی تشنج در فرزند می‌تواند سطح اضطراب والدین را افزایش دهد و این موضوع بر یادگیری آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۳۱). راهنماهای معتبر نیز توصیه می‌کنند که آموزش باید در زمان‌های آرام و توسط پزشک معتمد انجام شود تا والدین در بحران دچار سردرگمی نشوند (۳۲).

به‌طور کلی، نتایج این مطالعه نشان داد که مداخلهٔ آموزشی نقش انکارناپذیری در توانمندسازی مادران در مواجهه با تشنج تب‌دار ایفا می‌کند. یافته‌ها حاکی از آن است که آموزش‌های سنتی صرفاً تئوریک کافی نیستند و استفاده از روش‌های نوین و مهارت‌محور، مانند شبیه‌سازی، برای پرکردن شکاف میان دانش و عملکرد والدین ضروری است. این مطالعه اثبات کرد که افزایش سطح دانش، با اصلاح باورهای غلط و کاهش اضطراب مادران رابطهٔ مستقیمی دارد؛ به‌طوری که آگاهی از بی‌خطربودن تشنج تب‌دار، به مدیریت آرام‌تر و علمی‌تر بحران منجر می‌شود. بااین‌حال، این شواهد جایگزین برآورد آماری معتبر مطالعه حاضر نیستند. آموزش خانواده پس از نخستین تشنج ناشی از تب فرصت مناسبی برای ارائه اطلاعات روشن و تقویت آمادگی مراقبتی است. در این پژوهش اضطراب، باورهای

[16] Simulation

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

نادرست، پاسخ واقعی هنگام تشنج، مراجعه به اورژانس یا عود تشنج اندازه‌گیری نشده‌اند؛ بنابراین کاهش اضطراب یا بهبود مدیریت بحران را نمی‌توان پیامد اثبات‌شده این مطالعه دانست. پیگیری تلفنی نیز می‌تواند با خطای یادآوری و مطلوبیت اجتماعی پاسخ‌ها همراه باشد. بنابراین، توصیه می‌شود آموزش والدین به‌عنوان بخشی از پروتکل استاندارد درمان در سیستم سلامت و در زمان‌های آرام (نه اورژانس) گنجانده شود تا از اقدامات مضر و مراجعات غیرضروری به بیمارستان جلوگیری شود.

### محدودیت‌ها و ضعف‌های مطالعه

تعبیر و تفسیر نتایج این پژوهش باید با درنظرگرفتن محدودیت‌هایی انجام شود؛ برخی از محدودیت‌های مطالعه شامل محدودیت زمانی پیگیری، محدودیت مکانی و نمونه‌گیری، سوگیری خودگزارشی، نقص در متغیرهای اقتصادی و تمرکز صرف بر مادران بوده است.

## نتیجه‌گیری

یافته‌های حاصل از این پژوهش بیانگر آن است که سطح مطلوبی از آگاهی، نگرش سازنده و عملکرد صحیح در میان مادرانی که برای اولین بار با تجربهٔ تلخ تشنج فرزندشان روبه‌رو شده‌اند، وجود ندارد. این خلأ دانشی و ناتوانی در مدیریت بحران، می‌تواند کودکان را در معرض خطرهای ناشی از اقدامات نادرست والدین قرار دهد. نتایج تحلیل آماری به‌وضوح نشان داد که پیاده‌سازی برنامهٔ آموزشی هدفمند، ساختاریافته و چهره‌به‌چهره، می‌تواند به‌عنوان مداخلهٔ اثرگذار عمل کند و تغییرات معنی‌داری را در تمامی ابعاد مذکور ایجاد کند. به بیان دیگر، آموزش نه‌تنها دانش تئوریک مادران را ارتقا می‌دهد، بلکه با اصلاح نگرش‌های منفی و اضطراب‌آلود، به به‌کارگیری رفتارهای صحیح مراقبتی در لحظهٔ بحران منجر می‌شود. بنابراین، ضروری است که آموزش والدین به‌عنوان ستون اصلی مدیریت تب و تشنج، در بسته‌های خدمات مراقبتی کودکان گنجانده شود، تا از تکرار حوادث ناشی از ناآگاهی جلوگیری و سلامت کودکان تضمین شود.

### پیشنهادهای کلی نویسندگان برای ارائهٔ خدمات بهداشتی و درمانی

براساس نتایج به‌دست‌آمده و برای ارتقای کیفیت مراقبت‌های پرستاری و درمانی، پیشنهادهای ذیل ارائه می‌شود:

**۱. تدوین پروتکل‌های ملی آموزشی:** پیشنهاد می‌شود کمیته‌های تخصصی اطفال و پرستاری، پروتکل‌های استاندارد و واحدی را برای آموزش والدین در مواجهه با تب و تشنج تدوین و اجرای آن را در تمامی بیمارستان‌های آموزشی و درمانی کشور اجباری کنند.

**۲.توانمندسازی نیروهای درمانی:** برگزاری کارگاه‌های آموزشی مستمر برای پرستاران، دانشجویان و پزشکان بخش اورژانس و کودکان به‌منظور ارتقای مهارت‌های ارتباطی و آموزشی آن‌ها، تا بتوانند انتقال‌دهندگان مؤثری از دانش به والدین باشند.

**۳.ایجاد کلینیک‌های ویژهٔ مشاوره:** راه‌اندازی کلینیک‌ها یا ایستگاه‌های مشاورهٔ تخصصی تب و تشنج در محیط بیمارستان برای ارائهٔ آموزش‌های چهره‌به‌چهره، پاسخ به ابهامات و کاهش اضطراب والدین پس از برخورد اولیه با بحران.

**٤.توزیع ابزارهای آموزشی مکمل:** تهیه و توزیع بروشورها، پمفلت‌ها و کتابچه‌های آموزشی ساده و مصور به زبان بومی در بخش‌های پذیرش و ترخیص. همچنین طراحی محتوای آموزشی در پورتال‌های بیمارستان‌ها برای دسترسی آسان والدین.

**۵.سیستم پیگیری تلفنی:** پیشنهاد می‌شود سیستم‌های پیگیری تلفنی توسط پرستاران بخش در روزهای پس از ترخیص فعال شود تا میزان درک و اجرای توصیه‌های آموزشی توسط والدین بررسی و در صورت لزوم، اصلاح شود.

### چشم‌انداز آتی

با استناد به اثربخشی مداخلات حضوری در این مطالعه، افق پیش رو می‌تواند به‌سمت توسعهٔ روش‌های

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

نوین آموزشی و پایدارسازی آثار آن حرکت کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی روی طراحی و پیاده‌سازی مداخلات مبتنی‌بر فناوری اطلاعات و ارتباطات (ICT) تمرکز کنند؛ به این معنا که از اپلیکیشن‌های تلفن همراه، پیام‌های کوتاه آموزشی و محتوای چندرسانه‌ای برای آموزش و پیگیری بلندمدت والدین استفاده شود. همچنین، بررسی تأثیر آموزش در اعضای دیگر خانواده، به‌ویژه پدران و ارزیابی تأثیر این آگاهی در کاهش میزان مراجعات غیرضروری به اورژانس و بستری‌های مجدد، می‌تواند تصویر جامع‌تری از مدیریت خانگی این اختلال ارائه دهد.

## ملاحظات اخلاقی

در تمامی مراحل این پژوهش، اصول اخلاقی پژوهش با پزشکی به‌دقت رعایت شد؛ ازجملهٔ این موارد می‌توان به محرمانه‌ماندن تمامی اطلاعات شرکت‌کنندگان، امکان انصراف آن‌ها از مطالعه در هر مرحله بدون هیچ‌گونه عواقبی و تکمیل ناشناس پرسش‌نامه‌ها اشاره کرد. همچنین، انجام این مطالعه هیچ هزینهٔ اضافی‌ای به بیماران تحمیل نکرد. این طرح پژوهشی با کد اخلاق IR.MAZUMS.REC.1398.1537 در کمیتهٔ اخلاق معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران به تصویب رسید.

## تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافعی با یکدیگر ندارند.

## سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود وظیفه می‌دانند از تمامی مادران دلسوزی که با مشارکت فعال خود در این تحقیق، یاری‌گر ما بودند، صمیمانه تشکر و قدردانی کنند. همچنین، سپاس بی‌پایان خود را از کادر پرستاری بخش کودکان بیمارستان بوعلی سینای ساری و کارکنان محترم واحد توسعهٔ تحقیقات بالینی ابراز می‌دارند که در تمامی مراحل این مطالعه همکاری صمیمانه و ارزشمندی داشتند.

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

## References


1. Chiappini E, Bortone B, Galli L, de Martino M. Guidelines for the symptomatic management of fever in children: systematic review of the literature and quality appraisal with AGREE II. BMJ Open. 2017;7(7):e015404.
2. Pantell RH, Newman TB, Bernzweig J, Bergman DA, Takayama JI, Segal M, et al. Management and outcomes of care of fever in early infancy. JAMA. 2004;291(10):1203-12.
3. Patel B, Shah MM, Suresh A, Patel PN, Patel P, Gandhi SK. Evaluation of febrile seizures: a therapeutic review of current modalities. Cureus. 2023;15(12):e50947.
4. Millichap JG, Colliver JA. Management of febrile seizures: survey of current practice and phenobarbital usage. Pediatr Neurol. 1991;7(4):243-8.
5. Millichap JJ, Millichap JG. Empiric use of antibiotics for treatment of respiratory infection and febrile seizures. J Infect Dis. 2008;198(7):1094-5.
6. Ghiasi N, Kazempour R, Haseli A, Kaffashian MR, Jahanfar S. Mental health in self-quarantined pregnant women for 14 days during the coronavirus outbreak in Iran. Iran J Nurs Midwifery Res. 2024;29(2):202-7.
7. Soleiman-Meigooni S, Sakhabakhsh M, Ahmadi M. First report of Coxiella burnetii meningitis in Iran. 2025.
8. Agarwal A, Gupta A, Nguyen JN, Aggarwal A. Parental knowledge and perceptions of the first episode of seizure in children: a single-center cross-sectional study. SAGE Open Pediatr. 2025;12:30502225251374941.
9. Ng HL, Li H, Jin X, Wong CL. Parental knowledge, attitudes, and practices towards childhood fever among South-East and East Asian parents: a literature review. PLoS One. 2023;18(9):e0290172.
10. Kaur N, Singh R, Charan BD, Kaur A. CA-MRSA-associated acute leucoencephalopathy with restricted diffusion (ALERD). BMJ Case Rep. 2024;17(12):e261226.
11. Sheybani F, Haddad M, Shirazinia M. Epidemiology and etiology of community-acquired CNS infections in Iran: a narrative review. Future Neurol. 2023;18(4):FNL73.
12. Soleimani-Ahmadi M, Vatandoost H, Zare M, Alizadeh A, Salehi M. Community knowledge and practices regarding malaria and long-lasting insecticidal nets during malaria elimination programme in an endemic area in Iran. Malar J. 2014;13(1):511.
13. Al-Sheyab N, Othman OB, Al-Khateeb HK, Alzoubi KH. Effectiveness of an educational intervention on improving knowledge, attitude, and practice of mothers regarding febrile seizures in Jordan. Neurol Res Int. 2022;2022:1-9.
14. Arias D, Carter SR, Chen TF, Moles RJ. Australian caregivers' knowledge of and attitudes towards paediatric fever management. J Paediatr Child Health. 2022;58(1):54-62.
15. Patel K. Development and implementation of an emergency preparedness policy and procedure, educational intervention, and in-situ simulation in a pediatric primary care office: a quality improvement project. 2024.
16. Taheri Z, Rayyani M, Soltanahmadi J, Pouraboli B, Movahedi Z. The effects of febrile convulsion control program on knowledge, attitude, anxiety, and action of mothers. 2014.
17. Huang MC, Liu CC, Chi YC, Huang CC, Cain K. Parental concerns for the child with febrile convulsion: long-term effects of educational interventions. Acta Neurol Scand. 2001;103(5):288-93.
18. Najimi A, Dolatabadi NK, Esmaeili AA, Sharifirad GR. The effect of educational program on knowledge, attitude and practice of mothers regarding prevention of febrile seizure in children. J Educ Health Promot. 2013;2(1):26.
19. Kwak AR, Kim JS. Caregivers' knowledge, concerns and management of pediatric febrile convulsions. Child Health Nurs Res. 2014;20(3):149-58.
20. Talebian A, Honarpisheh A, Barekatain B, Taghadosi M, Mousavi SGA. Evaluation of knowledge, attitude, practice and related factors in mothers of children with febrile convulsions in Kashan during 2006-2007. Feyz Med Sci J. 2009;13(1):43-7.
21. Ertaş İ, Abuşka D, Karcıoğlu Ö. The effect of education given to mothers of children with febrile seizures on their anxiety and care burden. J Clin Res Pediatr Endocrinol. 2023;15(3):284-91.
22. Gürses D, Kaya AÖ, H. The effect of an education program on mothers' knowledge and practices regarding febrile convulsions. Korean J Health Promot. 2022;(1):45-52.
23. Shrestha S, Adhikari RS, B. Impact of educational intervention on parental anxiety and healthcare utilization in febrile seizures. BMC Public Health. 2023;(1):1587.
24. Yıldız H, Demir MA, N. Reducing parental anxiety in febrile seizures: the role of psychological support in education. Int J Med Inform. 2024;178:105678.
25. Al-Sheyab NA, Al-Omari H, Al-Sagarat AM. Effect of an educational program on parental knowledge, attitudes, and practices regarding febrile seizures: a randomized controlled trial. Heliyon. 2023;9(6):20644.
26. Ghiasi M, Saeedi A, Cheraghi MA. Bridging the gap between knowledge and practice in febrile seizure management: an educational intervention study. Iran J Nurs Midwifery Res. 2023;(1):45-52.
27. Patel R, Smith J, Lee T. The impact of simulation-based education on parental


[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]

management of pediatric febrile seizures. J Pediatr Nurs. 2023;68:112-9.
28. Mohammadi R, Seyed Javadi M, Allahyari I, Mazaheri E. Knowledge and performance of mothers of children with febrile seizures hospitalized in the educational and medical center of Bu-Ali Hospital in Ardabil. J Health Care. 2010;12.
29. Hazaveyee MS, Shamsi M. The effect of education based on the Health Belief Model (HBM) in mothers about behavior of prevention from febrile convulsions in children. Avicenna J Nurs Midwifery Care. 2013;21(2):37-47.
30. Najimi A, Esmaeili AA, Sharifirad GR. The effect of educational program on knowledge, attitude and practice of mothers regarding prevention of febrile seizure in children. J Health Syst Res. 2011;6(4).
31. Talebian HA, Barakatin B, Taghadosi M, Mousavi SGA. Study of knowledge, attitude, performance and related factors in mothers of children with febrile seizures hospitalized in Shahid Beheshti Hospital, Kashan during 2006-7.
32. Subcommittee on Febrile Seizures. Febrile seizures: guideline for the neurodiagnostic evaluation of the child with a simple febrile seizure. Pediatrics. 2011;127(2):389-94.

[ Downloaded from ce.mazums.ac.ir on 2026-11-26 ]