

# تأثیر برنامه مشاوره فردی توسط ماما بر اضطراب دوران بارداری زنان نخست‌زا

نفیسه اندرون<sup>۱</sup>، معصومه کردی<sup>۲\*</sup>، دکتر سید علی کیمیایی<sup>۳</sup>، دکتر حبیب‌الله  
اسماعیلی<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. استادیار گروه مامایی، مرکز تحقیقات مراقبت مبتنی بر شواهد، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران.
۴. استاد گروه آمار زیستی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۰۹/۱۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۰۶

## خلاصه

**مقدمه:** اضطراب دوران بارداری، یک مشکل شایع در زنان باردار است و پیامد نامطلوبی بر روی مادر و نوزاد دارد. ماما به‌عنوان فردی مسئول، نقش مهمی در ارائه مشاوره و مراقبت مادر در طول دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان دارد. مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مشاوره فردی توسط ماما بر اضطراب دوران بارداری زنان نخست‌زا انجام شد.

**روش کار:** این مطالعه کارآزمایی بالینی در سال ۹۵-۱۳۹۴ بر روی ۹۰ زن نخست‌زا با سن حاملگی ۳۰-۲۸ هفته مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. افراد به روش تصادفی به دو گروه ۴۵ نفره مداخله و کنترل تقسیم شدند. در گروه مداخله، برنامه مشاوره فردی توسط ماما، بر اساس محتوی مدل مشاوره در مطالعه گمبل طی ۳ جلسه (هر ۲ هفته یک‌بار) برگزار گردید و در گروه کنترل، مراقبت‌های معمول انجام شد. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه مشخصات فردی- مامایی و پرسشنامه اضطراب بک بود. میزان اضطراب قبل از مداخله و طی هفته‌های ۳۶-۳۴ بارداری در دو گروه اندازه‌گیری شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری کای‌اسکوئر و تی‌تست انجام شد. میزان  $p$  کمتر از  $0/05$  معنی‌دار در نظر گرفته شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره اضطراب در هفته ۳۶-۳۴ بارداری، در گروه مداخله  $6/355 \pm 3/960$  و در گروه کنترل  $9/822 \pm 5/420$  بود که بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ( $p < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** برنامه مشاوره فردی توسط ماما در طول بارداری، منجر به کاهش اضطراب دوران بارداری در زنان نخست‌زا می‌شود.

**کلمات کلیدی:** اضطراب، مشاوره، نخست‌زا

\* نویسنده مسئول مکاتبات: معصومه کردی؛ دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن: ۰۵۱-۳۸۵۹۱۵۱۱؛ پست الکترونیک: kordim@mums.ac.ir

## مقدمه

اضطراب دوران بارداری، یک مشکل شایع در زنان باردار است و پیامد نامطلوبی بر روی مادر و نوزاد دارد (۱، ۲). اختلالات اضطرابی در بارداری از اهمیت خاصی برخوردار است؛ به طوری که بیش از ۵۰٪ از زنان باردار دچار درجاتی از اضطراب می‌شوند (۳). در مطالعه علی‌پور و همکاران (۲۰۱۱)، ۶۳/۳٪ از زنان باردار دارای اضطراب متوسط و ۴۰/۳٪ دارای اضطراب شدید بودند (۴). از جمله عواملی که باعث اضطراب زنان باردار می‌شود، می‌توان به ترس از درد زایمان، شنیدن داستان‌های ترسناک از دیگران درباره زایمان، عوامل شخصیتی، مشکلات روانی - اجتماعی و احساس درماندگی در پیش‌بینی روند زایمان اشاره کرد؛ به طوری که در مطالعه اندرون و همکاران (۲۰۱۷)، ۵۰/۹٪ از زنان باردار ترس شدید از زایمان داشتند و دلایل ترس از زایمان به ترتیب شامل: ترس از درد زایمان، سلامت نوزاد، شنیدن تجارب اطرفیان، عدم اعتماد به کادر درمان و عوارض جسمی بود (۵). از جمله عوارض مادری اضطراب در طی دوران بارداری، تهوع و استفراغ شدید در اوایل بارداری، خستگی و پره‌اکلامپسی است (۶). اثر اضطراب بارداری، تنها منحصر به مادر نیست، بلکه جنین را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (۲). از عوارض نوزادی می‌توان به تولد نوزادان کم‌وزن، مرگ نوزاد و اختلالات رفتاری و عاطفی در زندگی آینده نوزادان اشاره کرد. اضطراب مادر در طی بارداری می‌تواند باعث ۱۵-۱۰٪ از اختلالات رفتاری و عاطفی در زندگی آینده نوزادان شود، که می‌توان به اختلالاتی مانند کمبود توجه، اختلال بیش‌فعالی، مشکلات شناختی، اختلال خلقی، یادگیری و از دست دادن حافظه در سن ۸-۶ سالگی اشاره کرد (۷). نتایج مطالعه آکانر و همکاران (۲۰۰۲) نشان داد اضطراب مادر در هفته ۳۲ بارداری باعث اختلالات رفتاری و عاطفی تا سن ۷ سالگی در کودک می‌شود (۸).

تاکنون مطالعاتی در زمینه آموزش دلبستگی مادر به جنین، آرام‌سازی، ذهن آگاهی، درمان شناختی- رفتاری برای کاهش اضطراب در دوران بارداری انجام شده است (۳، ۷، ۹، ۱۰)، همچنین مطالعاتی در زمینه تأثیر مشاوره در دوران بارداری بر اضطراب انجام شده

است که نتایج متناقضی داشته است. در مطالعه شبیری و همکاران (۲۰۱۵)، ۲ جلسه مشاوره و فراگیری تکنیک آرام‌سازی به زنان باردار توانست اضطراب زنان باردار را کاهش دهد (۳). در مطالعه کامبرز (۲۰۰۷)، ۳ جلسه آموزش تن‌آرامی، بر اساس آرام‌سازی و تصویرسازی مرتبط با زایمان به زنان باردار (در هفته ۳۴-۳۶ بارداری) تأثیری بر اضطراب دوران بارداری نداشت (۱۱). در مطالعه گمبل و همکاران (۲۰۰۵) که به بررسی تأثیر مشاوره توسط ماما بر اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک پرداختند، مشاوره باعث کاهش علائم اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک شد، ولی بر میزان اضطراب، تأثیر معنی‌داری نداشت، گرچه زنان باردار اظهار رضایت از مشاوره را داشتند (۱۲). در مطالعه دل‌آرام و همکاران (۲۰۱۲)، ۷ جلسه مشاوره با زنان باردار، سبب کاهش اضطراب زنان باردار شد (۱۳)، اما در مطالعه خداکرمی و همکاران (۲۰۱۷)، ۸ جلسه مشاوره گروهی با زنان باردار در هفته ۳۶-۳۲ بارداری تأثیری بر اضطراب زنان باردار نداشت (۱۴). بیشتر مطالعات انجام شده در زمینه اضطراب، نیازمند مهارت‌های روانشناسی و روانکاو در کنار ماما می‌باشند، اما برنامه مشاوره فردی بلایف (BELIFE)<sup>۱</sup> (که انتظارات جاری زنان و احساس آنها حول ترس و اضطراب زایمان است)، بر اساس چارچوب هدف مراقبت مامایی طراحی شده است و محتوای آن بر اساس مدل مشاوره در مطالعه گمبل است و استراتژی‌های مشاوره آن شامل: ارتباط حسنه درمانی بین ماما و مادر، پذیرش ادراکات، حمایت مادر در بیان احساسات، برطرف ساختن ابهامات مادر، ایجاد ارتباط بین پیشامد و احساسات و رفتارهای مادر، ارتقاء حمایت اجتماعی و تقویت افکار مثبت مادر جهت سازگاری و کشف راه‌حل می‌باشد که نیازمند مهارت پیچیده روانشناسی نیست و ماما به تنهایی می‌تواند آن را اجرا کند (۱۵). مشاوره فردی، محیطی گرم و پذیرا برای فرد ایجاد می‌کند تا مراجع با راحتی و دلگرمی به گفتگو و دادن اطلاعات لازم درباره خود اقدام نماید و

<sup>1</sup> Birth Emotions - Looking to Improve Expectant Fear

هدایت و رهبری بخش مهمی از فعالیت‌های جلسه مشاوره بر عهده مراجع گذاشته شود و مشاور صرفاً بر انعکاس احساسات، افکار و رفتارهای او بپردازد (۱۶). طبق تعریف کنفدراسیون بین‌المللی مامایی<sup>۱</sup> (۲۰۰۵)، ماما به عنوان فردی مسئول، نقشی مهم در ارائه مشاوره، حمایت، مراقبت و توصیه‌های لازم در طول بارداری، زایمان و دوران پس از زایمان دارد و یکی از چهار اصل مدل ارائه مراقبت مامایی، مشاوره و آموزش فردی به مادران در سنین باروری به ویژه دوران بارداری، زایمان و پس از زایمان ذکر شده است (۱۷). با توجه به اهمیت اضطراب دوران بارداری و اثرات آن بر سلامت روان مادران باردار و پیامد آن بر روی نوزاد و مطالعات محدود و ضد و نقیض در مورد تأثیر مشاوره بر اضطراب دوران بارداری، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر برنامه مشاوره فردی توسط ماما بر اضطراب دوران بارداری زنان نخست‌زا در مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد انجام شد.

## روش کار

این مطالعه کارآزمایی بالینی پس از تأیید توسط کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه (با کد ۹۴۱۳۴۵)، از اسفند ماه سال ۱۳۹۴ تا مهر ۱۳۹۵ بر روی ۹۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انجام شد. پس از تأیید پژوهش توسط کمیته اخلاق دانشگاه و کسب معرفی‌نامه از دانشکده پرستاری و مامایی مشهد و ارائه آن به مسئولین مراکز بهداشتی درمانی مورد نظر و پس از بیان اهداف مطالعه و جلب رضایت زنان باردار و گرفتن رضایت‌نامه کتبی از آنها و با در نظر گرفتن کدهای اخلاقی، اقدام به نمونه‌گیری و انجام پژوهش شد. ابتدا از بین مراکز بهداشتی و درمانی شهر مشهد، مرکز بهداشت شماره ۱ به صورت تصادفی و از طریق قرعه‌کشی انتخاب و سپس از این مرکز، چهار مرکز تحت پوشش که از لحاظ بافت اجتماعی شبیه به هم بودند، انتخاب شدند. تخصیص دو گروه به این مراکز نیز به روش تصادفی و با استفاده از قرعه‌کشی صورت گرفت و سپس نمونه‌گیری در هر

مرکز به روش غیر احتمالی و آسان انجام شد. حجم نمونه بر اساس مطالعه راهنما که بر روی ۲۰ نفر از واحدهای پژوهش (۱۰ نفر در هر گروه) انجام شد، با ضریب اطمینان ۹۵٪ و توان ۸۰٪ و استفاده از فرمول مقایسه میانگین‌ها، ۴۲ نفر در هر گروه محاسبه شد که با در نظر گرفتن ۱۵٪ ریزش نمونه، ۴۸ نفر در هر گروه تعیین شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی، فارسی زبان، ساکن شهر مشهد، سن ۱۸-۳۵ سال مادر، سن بارداری ۲۸-۳۰ هفته، بارداری تک قلو، حداقل سواد پنجم ابتدایی، حاملگی کم‌خطر و کسب نمره کمتر از ۲۵ بر اساس پرسشنامه اضطراب بک بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: سابقه و یا ابتلای فعلی به بیماری طبی، وجود ناهنجاری‌های واضح جنینی، سوء مصرف مواد و اعتیاد به مواد مخدر و داروهای روان‌گردان و محرک و نوشیدن مشروبات الکلی، روبرو شدن با حوادث ناگوار و استرس‌زا طی ۶ ماه قبل از شروع مطالعه، سابقه نازایی و اختلالات گفتاری و شنوایی بود. در ابتدای مطالعه هر گروه شامل ۴۸ نفر بودند، اما در طول مطالعه ۳ نفر از گروه کنترل به علت عدم تکمیل پرسشنامه در هفته ۳۶-۳۴ بارداری و ۳ نفر از گروه مداخله به علت عدم شرکت در یکی از جلسات مشاوره از مطالعه حذف شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامه اطلاعات فردی-مامایی و پرسشنامه اضطراب بک بود. پرسشنامه اطلاعات فردی-مامایی حاوی ۲۳ سؤال در زمینه مشخصات فردی، مامایی بود. روایی این پرسشنامه‌ها به روش روایی محتوی انجام شد؛ به این‌صورت که ابتدا زیر نظر اساتید راهنما و مشاور تنظیم گردید و سپس جهت ارزیابی در اختیار ۷ نفر از صاحب‌نظران و اساتید دانشگاه علوم پزشکی مشهد قرار گرفت و پس از لحاظ نمودن پیشنهادات و اصلاحات لازم، ابزار نهایی مورد استفاده قرار گرفت. جهت بررسی اضطراب دوران بارداری از پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد. این پرسشنامه حاوی ۲۱ عبارت است و پاسخ‌ها بین ۰-۳ نمره‌گذاری شده است. حداقل و حداکثر امتیاز منظور شده برای این پرسشنامه ۰-۶۳ است که به صورت اضطراب جزئی (نمره ۰-۷)، اضطراب خفیف (نمره ۷-۱۵)

<sup>1</sup> InternationalConfederationofMidwives



مراحل زایمان طبیعی، روشن کردن و برطرف کردن سوء برداشتها و تقویت افکار مثبت مادر و جلسه سوم (هفته ۳۴-۳۲ بارداری): تقویت رویکردهای مثبت برای زایمان (پیشنهاد دادن راهکارهای مثبت جهت کاهش اضطراب) و ارائه راه حل (از زن در مورد شناسایی و تصمیم‌گیری در مورد راه حل‌های بالقوه مانند انتخاب نوع زایمان پرسش و کمک و حمایت از تصمیم زن) ارائه شد. در طول مطالعه پیگیری تلفنی جهت یادآوری جلسه بعدی مشاوره و همچنین پاسخگویی به سؤالات مراجع حداکثر به مدت ۱۰ دقیقه انجام می‌شد. گروه کنترل مراقبت‌های معمول مرکز بهداشتی - درمانی را دریافت می‌کردند. در هفته ۳۴-۳۶ بارداری (۲ هفته بعد از آخرین جلسه مشاوره)، مجدداً اضطراب در دو گروه مداخله و کنترل سنجیده و مقایسه و نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه مقایسه شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون‌های آماری توصیفی (میانگین، انحراف معیار، میانه، دامنه میان چارکی، توزیع فراوانی) و آزمون‌های تی‌مستقل، تی‌زوجی، کای‌دو، تست دقیق فیشر و من ویتنی انجام شد. جهت بررسی طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی از آزمون کولموگروف- اسمیرنوف استفاده شد. میزان  $p$  کمتر از ۰/۰۵ معنی‌دار در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

میانگین سنی واحدهای پژوهش در گروه مداخله و کنترل به ترتیب  $27/28 \pm 3/95$  و  $27/42 \pm 4/15$  سال بود که بر اساس نتایج آزمون تی‌مستقل، دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند ( $p = -0/876$ ). ۳ نفر ( $6/7\%$ ) در گروه مداخله و ۵ نفر ( $11/1\%$ ) در گروه کنترل سابقه سقط و ۳۵ نفر ( $77/8\%$ ) در گروه مداخله و ۴۰ نفر ( $88/9\%$ ) در گروه کنترل حاملگی خواسته داشتند که بر اساس نتایج آزمون کای‌دو، دو گروه از نظر سقط ( $p = 0/714$ ) و حاملگی خواسته ( $p = 0/258$ ) اختلاف آماری معنی‌داری نداشتند و همگن بودند. دو گروه مورد مطالعه از نظر سطح تحصیلات مادر، شغل مادر، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، شاخص توده

اضطراب متوسط (نمره ۲۵-۱۶) و اضطراب شدید (نمره ۶۳-۲۶) است (۱۸). روایی و پایایی پرسشنامه اضطراب بک در مطالعه کاپیانی و همکاران (۲۰۰۸) تأیید شد؛ بدین‌صورت که روایی آن از طریق مقایسه ارزیابی کمی متخصص بالینی با نمرات حاصل از عملکرد آزمودنی‌ها در پرسشنامه بک با  $r = 0/72$  و پایایی آن با ضریب آلفای کرونباخ  $0/92$  تأیید شد (۱۹). در مطالعه حاضر پایایی آن با ضریب آلفا کرونباخ  $0/77$  به تأیید رسید. پس از کسب رضایت آگاهانه از زنان باردار نخست‌زا (در هفته ۲۸-۳۰ بارداری) مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی که دارای شرایط مطالعه بودند، ابتدا نمره اضطراب با استفاده از پرسشنامه اضطراب بک بررسی شد، سپس زنانی که نمره کمتر از ۲۵ کسب کردند، وارد مطالعه شدند و در مکان مناسب (اتاقی که به منظور برگزاری جلسات در نظر گرفته شده بود)، اهداف پژوهش برای آنها توضیح داده می‌شد. در گروه مداخله علاوه بر دریافت خدمات معمول مراکز بهداشتی درمانی، مشاوره فردی به‌صورت چهره‌به‌چهره بر اساس محتوای مدل مشاوره در مطالعه گمبل انجام شد. استراتژی‌های مشاوره شامل: ارتباط حسنه درمانی بین ماما و مادر، پذیرش ادراکات مادر، حمایت مادر در بیان احساسات، برطرف ساختن ابهامات مادر، ایجاد ارتباط بین پیشامد (اضطراب) و احساسات و رفتارهای مادر، ارتقاء حمایت اجتماعی، تقویت افکار مثبت مادر جهت سازگاری و کشف راه‌حل بود. مشاوره توسط پژوهشگر طی ۳ جلسه ۶۰-۴۵ دقیقه‌ای هر دو هفته بر اساس روزهای مراجعه مادر به مراکز بهداشتی- درمانی طی هفته‌های ۲۸-۳۰، ۳۲-۳۰ و ۳۴-۳۲ بارداری صورت گرفت. محتوای مشاوره در هر جلسه شامل: جلسه اول (هفته ۲۸-۳۰ بارداری)، پس از برقراری ارتباط اولیه با مادر باردار، تشویق به بیان احساسات و تفکرات در مورد زایمان از طریق سؤالات باز، گوش‌دادن فعال و بازخورد دادن در مورد نگرانی‌های زن؛ جلسه دوم (هفته ۳۲-۳۰ بارداری) پرسش سؤالاتی از زن برای برقراری ارتباط بین احساسات و رفتارهای فعلی با باورها و انتظارات از پیش تعیین شده در مورد جنبه‌های مهم برای بررسی احساسات و تفکرات در مورد زایمان، ارائه اطلاعات درباره

بدنی، اطلاعات زایمان و ترس زایمان همگن بودند (جدول ۱)، همچنین دو گروه از نظر مکان انجام مراقبت بارداری، زمان اولین مراجعه جهت انجام مراقبت، شرکت در کلاس‌های زایمان ایمن و کلاس‌های آموزشی مرکز بهداشت همگن بودند ( $p > 0.05$ ) (جدول ۲).

جدول ۱- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب سطح تحصیلات و شغل زنان باردار، وضعیت اجتماعی- اقتصادی، شاخص توده بدنی، اطلاعات زایمان و ترس زایمان در دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون	گروه			متغیر
	کل تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	مداخله تعداد (درصد)	
سطح تحصیلات زن $p=0.382$	۷ (۷/۸)	۳ (۶/۷)	۴ (۸/۹)	دیپلم
	۱۹ (۲۱/۱)	۷ (۱۵/۶)	۱۲ (۲۶/۷)	فوق دیپلم
	۴۴ (۴۸/۹)	۲۶ (۵۷/۸)	۱۸ (۴۰/۰)	لیسانس
	۲۰ (۲۲/۲)	۹ (۲۰/۰)	۱۱ (۲۴/۴)	کارشناسی ارشد
شغل زن $p=1$	۹۰ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	کل
	۷۷ (۸۵/۶)	۳۹ (۸۶/۷)	۳۸ (۸۴/۴)	خانه‌دار
	۱۰ (۱۱/۱)	۵ (۱۱/۱)	۵ (۱۱/۱)	شاغل اداری
	۳ (۳/۳)	۱ (۲/۲)	۲ (۴/۴)	دانشجو/ محصل
وضعیت اقتصادی- اجتماعی $p=0.542$	۱۱ (۱۲/۲)	۵ (۱۱/۱)	۶ (۱۳/۳)	پایین
	۳۴ (۳۷/۸)	۱۶ (۳۵/۶)	۱۸ (۴۰/۰)	متوسط
	۴۳ (۴۷/۸)	۲۳ (۵۱/۱)	۲۰ (۴۴/۴)	متوسط به بالا
	۲ (۲/۲)	۱ (۲/۲)	۱ (۲/۲)	بالا
شاخص توده بدنی $p=0.799$	۱۳ (۱۴/۴)	۷ (۱۵/۶)	۶ (۱۳/۳)	کمتر از ۱۸/۵
	۷۳ (۸۱/۱)	۳۶ (۸۰/۰)	۳۷ (۸۲/۲)	۱۸/۵-۲۹/۹
	۴ (۴/۴)	۲ (۴/۴)	۲ (۴/۴)	بیشتر یا مساوی ۳۰
	۹۰ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	کل
اطلاعات زایمان $p=0.159$	۷ (۷/۸)	۲ (۴/۴)	۵ (۱۱/۱)	خیلی کم
	۱۸ (۲۰/۰)	۷ (۱۵/۶)	۱۱ (۲۴/۴)	کم
	۵۷ (۶۳/۳)	۳۲ (۷۱/۱)	۲۵ (۵۵/۶)	تا حدودی
	۸ (۸/۹)	۴ (۸/۹)	۴ (۸/۹)	زیاد
ترس زایمان $p=0.686$	۹ (۱۰/۰)	۵ (۱۱/۱)	۴ (۸/۹)	اصلاً
	۱۸ (۲۰/۰)	۸ (۱۷/۸)	۱۰ (۲۲/۲)	کمی
	۴۳ (۴۷/۸)	۲۱ (۴۶/۷)	۲۲ (۴۸/۹)	تا حدودی
	۱۴ (۱۵/۶)	۷ (۱۵/۶)	۷ (۱۵/۶)	زیاد
	۶ (۶/۷)	۴ (۸/۹)	۲ (۴/۴)	خیلی زیاد
	۹۰ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	کل

جدول ۲- توزیع فراوانی واحدهای پژوهش بر حسب مکان انجام مراقبت بارداری، زمان اولین مراجعه جهت انجام مراقبت، شرکت در کلاس‌های زایمان ایمن و کلاس‌های آموزشی مرکز بهداشت دو گروه مداخله و کنترل

نتایج آزمون کای دو	کل		مداخله		گروه	متغیر
	تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)	تعداد (درصد)	کنترل تعداد (درصد)		
p=۰/۷۸۸	۱۷ (۱۸/۹)	۸ (۱۷/۸)	۹ (۲۰/۰)	۸ (۱۷/۸)	مرکز بهداشت	مکان انجام مراقبت دوران بارداری
	۷۳ (۸۱/۱)	۳۷ (۸۲/۲)	۳۶ (۸۰/۰)	۳۷ (۸۲/۲)	مطب پزشک - مرکز بهداشت	
	۹۰ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	کل	
p=۰/۴۹۰	۲۷ (۲۹/۷)	۱۲ (۲۶/۷)	۱۵ (۳۳/۳)	۱۲ (۲۶/۷)	کمتر یا مساوی ۱۲ هفته	زمان اولین مراجعه جهت انجام مراقبت دوران بارداری
	۶۳ (۷۰/۳)	۳۳ (۷۳/۲)	۳۰ (۶۶/۷)	۳۳ (۷۳/۲)	بیشتر یا مساوی ۱۲ هفته	
	۹۰ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	کل	
p=۰/۸۳۲	۳۸ (۴۲/۲)	۲۲ (۴۸/۹)	۱۶ (۳۵/۶)	۲۲ (۴۸/۹)	بلی	شرکت در کلاس زایمان ایمن
	۵۲ (۵۷/۸)	۲۳ (۵۱/۱)	۲۹ (۶۴/۴)	۲۳ (۵۱/۱)	خیر	
	۹۰ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	کل	
p=۰/۲۰۰	۳۹ (۴۳/۳)	۱۹ (۴۲/۲)	۲۰ (۴۴/۴)	۱۹ (۴۲/۲)	بلی	شرکت در کلاس آموزشی مرکز بهداشت
	۵۱ (۵۶/۷)	۲۶ (۵۷/۸)	۲۵ (۵۵/۶)	۲۶ (۵۷/۸)	خیر	
	۹۰ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	۴۵ (۱۰۰/۰)	کل	

با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس با حذف اثر میانگین نمرات اضطراب در قبل مداخله، بین میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری وجود داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ).

بر اساس نتایج آزمون تی مستقل در مقایسه میانگین نمرات اضطراب دوران بارداری در دو گروه، قبل از مداخله بین دو گروه از نظر میانگین "نمرات اضطراب" اختلاف آماری معنی‌داری وجود داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ) و دو گروه از نظر این متغیر همگن نبودند (جدول ۳) که

جدول ۳- مقایسه میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب زنان نخست‌زا در گروه مداخله و کنترل

نتیجه آزمون تی مستقل	مشاوره فردی		گروه	متغیر
	کنترل	انحراف معیار $\pm$ میانگین		
p<۰/۰۰۱	۶/۴۴۴ $\pm$ ۴/۳۰۴	۱۰/۰۶۶۷ $\pm$ ۵/۱۳۱	قبل از مشاوره فردی	اضطراب
p<۰/۰۰۱	۹/۸۲۲ $\pm$ ۵/۴۲۰	۶/۳۵۵ $\pm$ ۳/۹۶۰	هفته ۳۴-۳۶ بارداری	
p<۰/۰۰۱	۳/۳۷۷ $\pm$ ۳/۶۳۲	-۳/۷۱۱ $\pm$ ۳/۸۴۱	تغییرات میانگین قبل از مشاوره فردی و هفته ۳۴-۳۶ بارداری	
	p<۰/۰۰۱	p<۰/۰۰۱	نتیجه آزمون تی زوجی	

بارداری در دو گروه اختلاف آماری معنی‌داری داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ) (جدول ۳).

جهت حذف اثر متغیرهای مخدوش‌کننده با استفاده از آزمون آنالیز کوواریانس، تمام متغیرهای مداخله‌گر در مدل خطی عمومی وارد شدند تا پس از حذف اثر آنها، اثر گروه مشخص شود. به روش پسرو<sup>۱</sup>، متغیرهای غیر معنی‌دار به ترتیب از بیشترین میزان p از مدل کنار گذاشته شدند. متغیر میانگین نمره اضطراب قبل از

بر اساس نتایج آزمون تی زوجی در مقایسه میانگین نمرات اضطراب در گروه مداخله (مقایسه درون گروهی)، در مراحل قبل از مداخله و هفته ۳۴-۳۶ بارداری، اختلاف آماری معنی‌داری در کاهش نمره اضطراب وجود داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ). همچنین بر اساس نتایج آزمون تی زوجی در گروه کنترل، بین دو مرحله اختلاف آماری معنی‌داری در افزایش نمره اضطراب وجود داشت ( $p < ۰/۰۰۱$ ). بر اساس آزمون تی مستقل، تغییرات میانگین نمرات اضطراب قبل از مداخله و هفته ۳۴-۳۶

<sup>۱</sup> Backward

مشاوره، به‌عنوان متغیر مداخله‌گر شناخته شد که با حذف اثر آن، میانگین نمرات اضطراب بعد از مشاوره، در گروه مداخله اختلاف آماری معنی‌داری با گروه کنترل داشت ( $p < 0.01$ )؛ به‌طوری‌که در گروه مداخله ۵/۹۶۹ نمره کاهش نمره اضطراب نسبت به گروه کنترل مشاهده شد.

## بحث

در مطالعه حاضر برنامه مشاوره فردی توسط ماما مبتنی بر مشاوره بلایف (که انتظارات جاری زنان و احساس آن‌ها حول اضطراب و ترس از زایمان است)، در کاهش اضطراب دوران بارداری مؤثر بود؛ به‌طوری‌که میزان اضطراب در زنان نخست‌زا در هفته ۳۶-۳۴ بارداری در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل کاهش معنی‌داری داشت. در مطالعه کارآزمایی بالینی پارسا و همکاران (۲۰۱۶) که با هدف تعیین تأثیر مشاوره بر کاهش اضطراب بر روی ۱۱۰ زن نولی‌پار انجام شد، ۴ جلسه مشاوره بر اساس اصول مشاوره گذر<sup>۱</sup> و آموزش تکنیک‌های دلبستگی مادر به جنین، باعث کاهش معنی‌داری در نمره اضطراب شد (۷) که نتایج آن با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. مشاوره، اطلاعات مناسبی را فراهم می‌آورد و به مادران کمک می‌کند انتخاب‌های آگاهانه‌ای را صورت دهند که برای آنها بهترین گزینه است. مشاوره در مورد مسائل مادرانه، مستلزم مهارت‌های خوب گوش کردن و احساس همراهی برای افزایش اطمینان زنان باردار می‌باشد. با مشاوره و دادن فرصت به مادر باردار جهت صحبت در مورد احساسات خود و با حمایت و دلگرمی دادن می‌توان علت اضطراب را شناسایی و مادر باردار را تشویق نمود که بر توانایی‌هایش تمرکز کرده و با ارائه اطلاعات مناسب با افکار تخریب‌کننده مادر مقابله نمود و از بروز عوارض نامطلوب پیشگیری و به ارتقاء سطح بهداشت روانی مادر و همچنین بهبود کیفیت روند بارداری و زایمان کمک کرد (۱۵). در مطالعه حاضر بر اساس تشخیص مشکل مادر که سبب ترس و اضطراب او شده بود، مشاوره بر اساس اصول مشاوره گمبل صورت گرفت. در مطالعه

کارآزمایی بالینی خانزاده و همکاران (۲۰۱۷) که با هدف تعیین تأثیر آموزش شناختی - رفتاری بر اضطراب بارداری بر روی ۲۴ زن نخست‌زا انجام شد، ۱۲ جلسه آموزش باعث کاهش اضطراب شد (۱۰) که نتایج آن با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. از تفاوت‌های مطالعه خانزاده با مطالعه حاضر می‌توان به محتوای مشاوره اشاره کرد؛ به‌طوری‌که در مطالعه خانزاده، مشاوره توسط روانشناس و نیازمند مهارت‌های روانشناختی انجام شده بود، در حالی که در مطالعه حاضر مشاوره توسط ماما و بدون نیاز به مهارت روانشناختی بود و ماما به تنهایی می‌توانست مشاوره را انجام دهد. مشاوره فردی مبتنی بر بلایف، نیازمند وجود قابلیت‌های روان درمانی پیشرفته نیست و محتوای آن به بررسی منشأ ترس و اضطراب می‌پردازد و توسط ماما قابل اجرا است. در مطالعه کارآزمایی بالینی کامبرز (۲۰۰۷) که با هدف تعیین تأثیر آموزش آرام‌سازی بر روی ۶۴ زن باردار انجام شد، ۳ جلسه آموزش آرام‌سازی به زنان باردار، تأثیری در نمره اضطراب گروه مداخله نسبت به گروه کنترل نداشت (۱۱)، که نتایج آن با مطالعه حاضر هم‌خوانی نداشت. در مطالعه حاضر مشاوره باعث کاهش نمره اضطراب در گروه مداخله شد، در حالی که در گروه کنترل افزایش معنی‌داری مشاهده شد. تفاوت مطالعه کامبرز با مطالعه حاضر، محتوای مشاوره بود که در مطالعه حاضر ۳ جلسه مشاوره فردی بلایف در سه ماهه سوم بارداری بر اساس اصول مشاوره گمبل انجام شد و ماما به تنهایی و بدون نیاز به مهارت‌های روانشناسی می‌توانست مشاوره را انجام دهد، در حالی که در مطالعه کامبرز ۳ جلسه آموزش آرام‌سازی توسط روانشناس انجام شد. مطالعه نیمه‌تجربی دل‌آرام و همکاران (۲۰۱۲) که با هدف تعیین تأثیر مشاوره با زنان در سه ماهه سوم بارداری بر میزان اضطراب زنان بر روی ۶۸ زن نخست‌زا انجام شد، نشان داد مشاوره باعث کاهش میزان اضطراب می‌شود (۱۳) که نتایج آن با مطالعه حاضر هم‌خوانی داشت. در مطالعه دل‌آرام، ۷ جلسه مشاوره که به‌طور متوسط در ماه هفتم بارداری ماهیانه یک‌بار، در ماه هشتم ماهیانه ۲ بار و در ماه نهم ماهیانه ۴ بار بود و شامل آموزش در مورد مراحل مختلف زایمان طبیعی، بهداشت بعد از زایمان،

<sup>1</sup>GATHER

نمی‌گیرد (۱۶). مطالعه کارآزمایی بالینی گمبل و همکاران (۲۰۰۵) که با هدف تعیین تأثیر یک مداخله مشاوره‌ای پس از یک زایمان تروماتیک بر اضطراب زنان بر روی ۴۱۲ زن نخست‌زا در استرالیا انجام شد، نتایج حاکی از تأثیر مشاوره در کاهش علائم اختلال استرس پس از زایمان تروماتیک بود، ولی در مورد میزان اضطراب، تأثیر معنی‌داری مشاهده نشد، اگرچه زنان گروه مداخله سطوح اضطراب پایین‌تری نسبت به گروه کنترل داشتند، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی‌دار نبود (۱۲)، که نتایج آن با مطالعه حاضر همخوانی نداشت. در مطالعه گمبل برنامه مشاوره در مامایی طی ۲ جلسه که یک جلسه آن مشاوره فردی طی ۷۲ ساعت بعد از زایمان و یک جلسه مشاوره تلفنی ۶-۴ هفته پس از زایمان توسط مامای محقق بود، صورت گرفت. عدم همخوانی نتایج مطالعه مذکور با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل تفاوت در زمان سنجش اضطراب، ابزار متفاوت و همچنین تعداد جلسات مشاوره باشد، اما محتوای مشاوره در هر دو مطالعه مشابه بود. استراتژی‌های مشاوره شامل: ارتباط درمانی بین ماما و مادر، پذیرش ادراکات مادر، حمایت مادر در بیان احساسات، برطرف ساختن ابهامات مادر، ایجاد ارتباط بین پیشامد و احساسات و رفتارهای مادر، ارائه اطلاعات، ارتقاء حمایت اجتماعی، تقویت افکار مثبت مادر جهت سازگاری و کشف راه‌حل است. در مطالعه گمبل از ابزار DASS21 برای سنجش اضطراب استفاده شد، در حالی که در مطالعه حاضر از ابزار بک و مشاوره فردی طی ۳ جلسه در دوران بارداری استفاده شد. پرسشنامه اضطراب بک علائم روانی- فیزیولوژی مربوط به اضطراب را می‌سنجد (۲۰). علائم اضطراب به صورت واکنش‌های جسمی (تعریق، سرخ شدن چهره، افزایش ضربان قلب)، رفتار (اجتناب از موقعیت‌هایی که احتمال دچار شدن به اضطراب در آنها وجود دارد)، افکار (پیش‌بینی عدم توانایی برای مقابله و دلهره) و حالت‌های خلقی (عصبی و تحریک‌پذیر) می‌باشد (۲۱). این پرسشنامه با ۴۵٪ از معیارهای علائم اختلال اضطراب و ۷۸٪ از علائم حملات پانیک در DSM4 همپوشانی دارد. با توجه به اینکه ارزیابی علائم بالینی اضطراب از اهمیت بالایی برخوردار است، لذا پرسشنامه اضطراب بک

مراقبت از نوزاد، ترویج تغذیه با شیر مادر و تنظیم خانواده، فواید زایمان طبیعی، مضرات سزارین، علائم شروع زایمان، زمان مراجعه به بیمارستان جهت زایمان و مشکلات ناشی از بستری شدن زودرس برای مادر و نوزاد بود، توسط دو کارشناس مامایی به صورت چهره‌به‌چهره ارائه شد، در حالی که در مطالعه حاضر ۳ جلسه مشاوره فردی بلائیف به مادران بر اساس منشأ ترس و اضطراب بود؛ به طوری که ابتدا از مادر در مورد مشکل سؤال می‌شد و حمایت از بیان احساسات مادر صورت می‌گرفت، سپس بر اساس تشخیص مشکل مادر، سوء برداشت‌ها برای مادر روشن و از او خواسته می‌شد موضوع را از جانب دیگر مورد بررسی قرار دهد و سپس ارائه اطلاعات با توجه به مشکل اصلی ارائه می‌شد؛ به طوری که برای هر مادر بر اساس سطح سواد و از کلمات قابل درک استفاده می‌شد و به مادر کمک می‌شد خود و توانایی‌هایش را بشناسد و باور کند و فکر مادر را درگیر جستجوی راه حل کرده، سپس مزایا و معایب هر راه‌حل بررسی و در نهایت بهترین راه‌حل با توجه به شرایط مادر و با نظر خودش انتخاب می‌شد. در مطالعه خداکرمی و همکاران (۲۰۱۷)، ۸ جلسه مشاوره گروهی با زنان باردار در دوران بارداری تأثیری بر اضطراب نداشت (۱۴) که نتایج آن با مطالعه حاضر همخوانی نداشت که عدم همخوانی نتایج مطالعه آنها با مطالعه حاضر می‌تواند به دلیل تفاوت در محتوا و روش مشاوره باشد. در مطالعه خداکرمی، مشاوره به صورت گروهی بود، اما در مطالعه حاضر مشاوره به صورت فردی و توسط ماما انجام می‌شد. با وجود آنکه مزایای زیادی برای استفاده از مشاوره گروهی ذکر شده است، اما مشاوره گروهی مناسب هرکسی نیست؛ زیرا افرادی که مایل به عضویت در گروه نیستند و یا آمادگی لازم برای شرکت در گروه را ندارند، می‌توانند باعث آسیب و یا بر هم زدن کار گروهی شوند، به این خاطر که مشاور گروه ممکن است قبل از آنکه اعضاء آمادگی لازم را پیدا کنند، آنها را به انجام کارهایی وا دارد یا آنکه خواستار «خود افشایی» آنها شود. همچنین در برخی مواقع، به دلیل محدودیت‌های زمانی در کار مشاوره گروهی، مشکلات افراد آن‌طور که باید و شاید مورد بحث و بررسی قرار



## نتیجه گیری

برنامه مشاوره فردی توسط ماما در طول بارداری، منجر به کاهش اضطراب دوران بارداری در زنان نخست‌زا می‌شود. لذا پیشنهاد می‌شود، این برنامه توسط ماما در کنار برنامه‌های مراقبتی مراکز بهداشتی-درمانی اجرا شود.

## تشکر و قدردانی

این مقاله با کد کارآزمایی بالینی IRCT 2016042827653N1 حاصل بخشی از پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی با کد ۹۴۱۳۴۵ دانشگاه علوم پزشکی مشهد می‌باشد. بدین‌وسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه که حمایت مالی این طرح را بر عهده گرفتند و همچنین از اساتید محترم دانشکده پرستاری-مامایی و همکارانی صمیمانه کارکنان مراکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد و مادران عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

نسبت به سایر پرسشنامه‌های مشابهی که سطح اضطراب را می‌سنجند، مزیت دارد (۲۰، ۲۲). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد که این پرسشنامه دارای همبستگی بالایی با پرسشنامه همیلتون، DASS21 و اضطراب اشیپیل برگر می‌باشد (۲۳-۲۵). از نقاط قوت این پژوهش، مشاوره توسط ماما بود. با توجه به اینکه بیشتر زنان باردار تمایل به ملاقات با روان‌شناس یا روان‌پزشک جهت بیان نگرانی و اضطراب خود در ارتباط با زایمان ندارند و علاوه بر این روان‌شناسان به اندازه ماما بر کل حیطة‌ها و جنبه‌های زایمان آگاه نیستند، لذا پیشنهاد می‌شود از نیروی سازنده مامایی جهت مشاوره زنان در دوران بارداری استفاده شود. از جمله محدودیت‌های مطالعه حاضر، تفاوت‌های فردی و وضعیت روحی - روانی واحدهای پژوهش در تکمیل پرسشنامه‌ها بود، به دلیل اجرای جلسات توسط پژوهشگر، امکان کورسازی مطالعه وجود نداشت و همچنین، انتخاب چهار مرکز تحت پوشش مرکز بهداشت شماره ۱، با توجه به بافت اجتماعی مشابه به صورت در دسترس انجام شد و به طور تصادفی صورت نگرفت که این مسأله تعمیم نتایج به کل جامعه را محدود می‌سازد.

## منابع

- Rahimi F, Ahmadi M, Rosta F, Majd HA, Valiani M. Effect of relaxation training on pregnancy anxiety in high risk women. *Safety Prom Injury Prev* 2015; 2(3):180-8.
- Azizi S, Molayinejad M. Anxiety status in pregnant mothers at third trimester of pregnancy and its related factors in referrals to Bandar Abbas Hospitals in 2012. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(122):8-15. (Persian).
- Shobeiri F, Taravati-Javad M, Soltani F, Karami M. Effects of progressive muscle relaxation counseling on anxiety among primigravida women referred to health care centers in Hamadan. *J Educ Community Health* 2015; 2(2):1-9. (Persian).
- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res* 2011; 16(2):169.
- Andaroon N, Kordi M, Kimiaei SA, Esmaeili H. Relationship between Intensity of fear of Childbirth with choosing mode of delivery in Primiparous Women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2017; 20(5):68-75. (Persian).
- Ertekin Pinar S, Duran Aksoy O, Daglar G, Yurtsal ZB, Cesur B. Effect of stress management training on depression, stress and coping strategies in pregnant women: a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynecol* 2017; 4:1-8.
- Parsa P, Saeedzadeh N, Masoumi SZ, Roshanaei G. The effectiveness of counseling in reducing anxiety among nulliparous pregnant women. *J Fam Reprod Health* 2016; 10(4):198.
- O'Connor TG, Heron J, Glover V, Team AS. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems independently of postnatal depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41(12):1470-7.
- Marc I, Toureche N, Ernst E, Hodnett ED, Blanchet C, Dodin S, et al. Mind-body interventions during pregnancy for preventing or treating women's anxiety. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 7:CD007559.
- Hossein Khanzadeh A, Rostampour A, Khosrojauid M, Nedae N. Effectiveness of cognitive-behavioral education on anxiety during pregnancy and delivery method in primiparous women. *J Nurs Educ* 2017; 5(6):24-32. (Persian).
- Chambers AS. Relaxation during pregnancy to reduce stress and anxiety and their associated complications. Arizona: The University of Arizona; 2007.

12. Gamble J, Creedy D, Moyle W, Webster J, McAllister M, Dickson P. Effectiveness of a counseling intervention after a traumatic childbirth: a randomized controlled trial. *Birth* 2005; 32(1):11-9.
13. Delaram M, Soltanpour F. The effect of counseling in third trimester on anxiety of nulliparous women at the time of admission for labor. *Zahedan J Res Med Sci* 2012; 14(2):61-5. (Persian).
14. Khodakarami B, Golalizadeh Bibalan F, Soltani F, Soltanian A, Mohagheghi H. Impact of a counseling program on depression, anxiety, stress, and spiritual intelligence in pregnant women. *J Midwifery Reprod Health* 2017; 5(2):858-66.
15. Gamble J, Creedy DK. A counselling model for postpartum women after distressing birth experiences. *Midwifery* 2009; 25(2):e21-30.
16. Shafiabadi A. Theories of counseling and psychotherapy. 21<sup>th</sup> ed. Tehran: Samt; 2012. P. 148.
17. Hemminki E, Long Q, Zhang WH, Wu Z, Raven J, Tao F, et al. Impact of financial and educational interventions on maternity care: results of cluster randomized trials in rural China, CHIMACA. *Matern Child Health J* 2013; 17(2):208-21.
18. Osman A, Kopper BA, Barrios FX, Osman JR, Wade T. The Beck Anxiety Inventory: reexamination of factor structure and psychometric properties. *J Clin Psychol* 1997; 53(1):7-14.
19. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). *Tehran Univ Med J* 2008; 66(2):136-40.
20. Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, Penninx BW, van Balkom AJ. Is the beck anxiety inventory a good tool to assess the severity of anxiety? A primary care study in The Netherlands study of depression and anxiety (NESDA). *BMC Fam Pract* 2011; 12(1):66.
21. Greenberger D, Padesky CA. Mind over mood: change how you feel by changing the way you think. New York: Guilford Publications; 1996. P. 282.
22. Leyfer OT, Ruberg JL, Woodruff-Borden J. Examination of the utility of the Beck Anxiety Inventory and its factors as a screener for anxiety disorders. *J Anxiety Disord* 2006; 20(4):444-58.
23. Beck AT, Steer RA. Relationship between the Beck anxiety inventory and the Hamilton anxiety rating scale with anxious outpatients. *J Anxiety Disord* 1991; 5(3):213-23.
24. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states :comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33(3):335-43.
25. Quintão S, Delgado AR, Prieto G. Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicologia* 2013; 26(2):305-10.