

بررسی سلامت روانی زنان در دوران بارداری و فاکتورهای سایکولوژیک مرتبط با آن در شهر جهرم

نویسندگان:

لیلی مصلی نژاد*، کارشناس ارشد آموزش بهداشت روان، مربی دانشگاه علوم پزشکی جهرم
دکتر امیر خستی، پزشک عمومی
دکتر احسان غلامی، پزشک عمومی

مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی جهرم، سال پنجم، شماره پنجم

چکیده:

مقدمه: تغییرات فیزیولوژیکی و سایکولوژیک عمده‌ای در ضمن حاملگی و پس از زایمان اتفاق می‌افتد که گاهی با تغییرات پاتولوژیک نیز همراه می‌گردد این مطالعه با هدف بررسی سلامت روان زنان در دوران بارداری و فاکتورهای مرتبط با آن انجام گردیده است.

روش کار: این تحقیق یک مطالعه توصیفی-مقطعی است که با هدف بررسی سلامت روانی زنان و بررسی ۲۱۴ زن باردار مراجعه کننده به درمانگاه های زنان و زایمان سطح شهر جهرم و از طریق روش خوشه گیری تصادفی انجام گردیده است. ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش فرم پرسشنامه بوده است که بخش اول حاوی اطلاعات دموگرافیک و سپس سوالات مربوطه به آزمون sc190 با ۹۰ سوال چند گزینه‌ای هنجار شده جهت بررسی اختلالات روانی در نظر گرفته شده است. پس از جمع آوری داده‌ها، از آمار توصیفی جهت بررسی فراوانی داده‌ها و از آمار تحلیلی نظیر آزمون مربع کای جهت بررسی ارتباط بین یافته‌های دموگرافیک و سایر متغیرهای پژوهش استفاده شده است.

یافته‌ها: میانگین به دست آمده از اختلالات روانی مشاهده شده نشان داد که بالاترین میانگین مربوط به افسردگی (۹۴ درصد) و اضطراب (۹۰ درصد) و کمترین میزان در اختلالات روان پریشی (۵۴ درصد) بوده است. در بررسی ضریب کلی علایم مرضی نیز مشخص گردید که ۴۳ درصد افراد به اختلال روانی مشکوک بودند. ارتباط بین ضریب کلی علایم مرضی و یافته‌های دموگرافیک مشخص کرد که بین موارد مذکور ارتباط معنی داری وجود دارد. ($P < .05$)

نتیجه گیری: با توجه به شیوع بالای بعضی از انواع اختلالات روانی چون افسردگی و اضطراب در دوران بارداری و تأثیر عوامل مختلف آن، لزوم اهمیت و تأکید بر مراقبت‌های روانی دوران بارداری در کنار مراقبت‌های جسمی مشخص گردیده و می‌بایست با شناسایی مادران مستعد و مراقبت‌های روحی و روانی از آنان از بروز این اختلالات پیشگیری نمود.

واژه‌گان کلیدی: سلامت روانی، زنان باردار، فاکتورهای روانی اجتماعی

مقدمه:

انسان یک واحد فیزیکی-روانی است که در آن ارث، تجارب کودکی، خصوصیات شخصیتی، دوران بلوغ، روابط با محیط، وقایع منتظره یا غیر منتظره زندگی، کیفیت سلسله اعصاب و غدد داخلی در نحوه واکنش وی بر استرس ها و فشارها تأثیر دارد [۱].

حاملگی به عنوان یک تحول زیستی-اجتماعی بر مادران باردار تأثیر دارد به گونه ای که بسیاری از پزشکان و متخصصین حاملگی را به عنوان زمان تحول و انقلاب در احساسات همراه با تغییر در هیجانات و افکار مانند اختلالات افسردگی و اضطراب می دانند [۲]. روان زن در دوران حاملگی تحت تأثیر عواملی از قبیل احساس وی در مورد هویت زنانگی، مردان، زندگی زناشویی، خانواده شوهر، همچنین احساس وی در مورد توافق ها و تضادها، ارتباط جنسی، خواستن و نخواستن کودک است. بحران های زندگی زن یعنی بلوغ، قاعدگی، چگونگی روابط جنسی، آبستنی و بالاخره زایمان چون حلقه های زنجیر به هم پیوسته اند و روان و جسم زن را بطور انکار ناپذیری تحت تأثیر قرار می دهند. درحالی که تغییر و تحولات هورمونی و بیوشیمیایی در هر یک از این مراحل بحرانی در چگونگی فعالیت روانی و نحوه سلوک و رفتار زن تأثیر قاطعی دارند [۳]. سویت^۱ در ارتباط با خصوصیات زن در این دوران معتقد است که در این زمان زن شروع به صحبت با جنین خود کرده و نگران رشد و تکامل جنین خود است. برخی احساس می کنند که کنترل شخصیتی جهت حل مشکلات در آنها کاهش پیدا کرده است و هرچه به زمان پایان این دوران نزدیک می شوند ترس و اضطراب چندین و چند برابر می شود و نهایتاً سه ماهه سوم که بحران هویتی زن نامیده می شود، احساس انزوا و تنهایی به علت اقامت طولانی تر در منزل، کاهش فعالیت های اجتماعی و کاهش تماس های روزانه فرد با افراد، پتانسیل زن را کاهش داده و زمینه مشکلات روانی زن در دوران حاملگی و پس از زایمان را فراهم می نماید [۴].

براساس طبقه بندی های انجام شده در اختلالات روانی، اختلالات مذکور به عنوان یک گروه و لیست جدا از بیماری های

دیگر روانی دسته بندی نمی گردد، به گونه ای که بیماری های روانی دوران بارداری از مواردی که در مواقع دیگر حادث می گردد جدا نمی باشد خصوصاً که بیماری های اعصاب و روان قبلی در دوران بارداری تشدید می گردند [۵].

در ارتباط با تغییرات روحی-روانی دوران بارداری بایستی عنوان نمود که این تغییرات به طور طبیعی وجود دارد اما گاهی در حالت بیمار گونه گرفته و جدی تلقی می شود بگونه ای که حدود نیمی از بیماری های روحی-روانی همراه با حاملگی یا پس از زایمان، افسردگی می باشد. ۲۵ درصد موارد حالت مانیک و ۲۰ درصد به صورت سایکونورتیک می باشد [۶]. حدود ۲ تا ۶ درصد از زنان باردار دچار علامت حاد و شدید اعصاب و روان می گردند بگونه ای که یک زن در طول بارداری و پس از زایمان نسبت به دو سال قبل از بارداری حدود دویست برابر بیشتر از سایر اوقات نیاز به بستری شدن بدلیل اختلالات روانی را دارد [۷].

سویت معتقد است که در دوران حاملگی، زن حامله با واکنش های روانی کاملاً متفاوت در معرض واکنش های نوروتیک قرار می گیرد [۳]. ملجیز^۲ خطر بروز بیماری های روانی به خصوص سایکوز را بیشتر دانسته و معتقد است که این اختلال در دوران سه ماه اول پس از زایمان بیشتر دیده می شود. او همچنین بیان می دارد درضمن حاملگی واکنش های سایکوز نادر بوده اما افسردگی های نوروتیک در ضمن سه ماه اول و اضطراب در سه ماه سوم افزایش می یابد حال آنکه خودکشی در ضمن حاملگی از شیوع چندانی برخوردار نیست [۴]. با توجه به آسیب پذیری جسمی و روانی زنان در دوران بارداری و نظر به اینکه تأمین سلامت مادران نقش بسزایی در سلامت فرزندان خواهد داشت. با نگرشی عمیق در وضعیت بهداشت روانی زنان باردار ایرانی به این نکته تأکید می شود که در امر مراقبت های بهداشتی توجه عمده بر روی سلامت جسمی مادر بوده و مسائل روانی مادر باردار کمتر مورد

توجه قرار می‌گیرد. لذا آگاهی از وضعیت سلامت روانی مادران در این دوران و بررسی اختلالات شایع و عوامل مرتبط با آن نقش چشمگیری در کاهش اختلالات داشته و مسئولین امر را نسبت به اقدامات ضروری و به موقع در خصوص آموزش و اطلاعات روانی در سطح جامعه متنبه خواهد نمود.

مواد و روش تحقیق:

این مطالعه یک تحقیق توصیفی از نوع مقطعی است که با هدف بررسی سلامت روانی زنان باردار و بر روی ۲۱۴ نفر از زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه های زنان و زایمان سطح شهر جهرم و از طریق روش خوشه گیری تصادفی انجام گردیده است. ابزار گردآوری داده ها در این پژوهش فرم پرسشنامه دو قسمتی حاوی اطلاعات دموگرافیک (سن، وضعیت تحصیلی، سابقه مشکلات روانی در گذشته) و سپس پرسشنامه مربوط به سوالات آزمون sc190 بوده است، که یک تست غربالگری هنجار شده با ۹۰ سوال بوده و به بررسی اختلالات نه گانه روانی شامل خود بیمار انگاری، وسواس، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری، فوبیا، پارانوئیا و روانپرسی می پردازد و هر سوال بسته به شدت آن از ۱-۵ درجه بندی می شود. معیارهای ورود شامل تمایل افراد برای شرکت در تحقیق و معیار خروج را عدم تکمیل کامل تحقیق و برخورداری از بیماری های جسمی زمینه ای و یا همراه حاملگی تشکیل داده اند. آزمون sc190 در مطالعات درمانی مختلف بکار برده شده است که عموماً افسردگی و اسکیزوفرن بوده و اعتبار آن به خوبی در سنجش سلامت روان اثبات شده است [۷].

پس از جمع آوری داده ها با استفاده از نرم افزار spss از آمار توصیفی جهت بررسی توزیع فراوانی داده ها و فراوانی اختلالات روانی دوره بارداری و از آمار تحلیلی مانند آزمون مربع کای جهت بررسی ارتباط بین یافته های دموگرافیک و سایر متغیرهای مورد پژوهش استفاده گردیده است.

یافته ها:

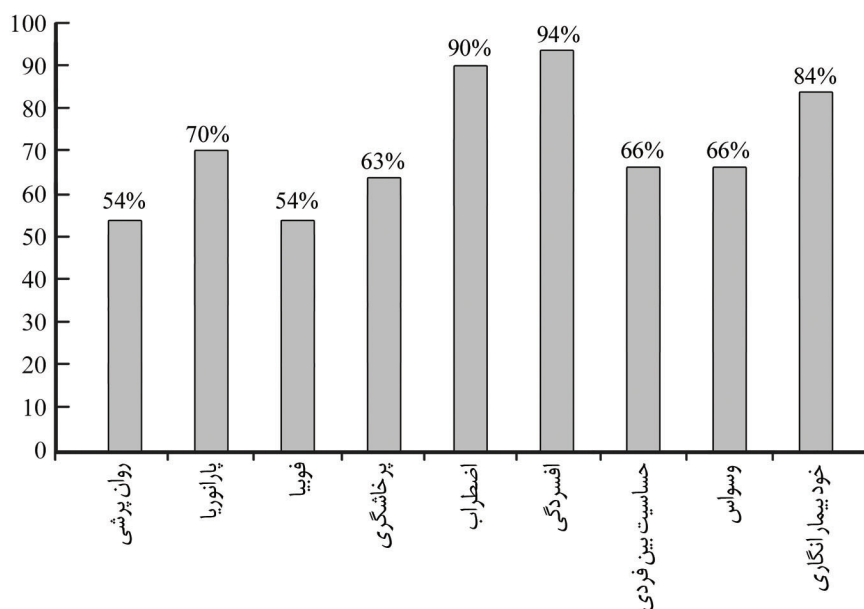
نتایج تحقیق نشان داد که ۹۱/۹ درصد از زنان مورد پژوهش دارای حاملگی خواسته و ۸/۱ درصد حاملگی ناخواسته داشته اند. ۹۷/۲ درصد از زندگی زنشویی خود رضایت داشته و تنها ۳/۸ درصد افراد سابقه بیماریهای روانی را در تاریخچه خود ذکر کرده و بقیه فاقد هرگونه اختلال روانی بوده اند. در بین افرادی که سابقه بیماری روانی داشته اند اختلالاتی چون افسردگی و اضطراب را ذکر کرده اند. ۷۴/۴ درصد از افراد از تحصیلاتی در حد متوسط برخوردار بوده اند. دیگر یافته های مورد پژوهش نشان داد که در اختلال خود بیمار انگاری، شایع ترین علامت وجود کم درد؛ در وسواس، دقت و آهسته انجام دادن امور؛ در حساسیت بین فردی، حساس بودن و زودرنجی؛ در افسردگی، کاهش میل جنسی؛ در اختلال اضطراب، بد خوابی؛ در پرخاشگری حالت عصبی شدن؛ در فوبیا، عدم قرارگیری در محافل؛ در پارانوئید، عدم اعتماد فرد به مردم و در اختلال روانپرسی، احساس فرد از وقایع یک پیشامد ناگوار بوده است. جهت بررسی سلامت روانی زنان باردار از طریق آزمون sc190 از دو شیوه استفاده گردید. شیوه اول که در پژوهش ها و مطالعات بالینی انجام می گیرد، استفاده از روش آماری میانگین به علاوه دو انحراف معیار جهت بدست آوردن نقطه برش و شیوه دوم استفاده از درجه بندی علایم بالینی بر اساس شدت اختلال بوده است که به صورت عادی، خفیف، متوسط، زیاد و خیلی زیاد طبقه بندی گردید. براساس نتایج بدست آمده مشخص گردید ۵۷ درصد افراد سالم بوده و ۴۳ درصد آنان مشکوک به اختلالات روانی می باشند.

نتایج بدست آمده در بررسی شدت اختلال مشخص کرد که اکثر افراد علایم بیماری را در نوع شدید تجربه نکرده و در افراد دارای مشکل، نوع خفیف و متوسط اختلال بیشتر تجربه شده است (جدول ۱).

در بررسی ضریب کلی علایم مرضی در اختلالات نه گانه نتایج بدست آمده نشان داد که میزان افسردگی با ۹۴ درصد و اضطراب با ۹۰ درصد و سپس خودبیمار انگاری با ۸۴ درصد بالاترین میزان اختلالات را به خود اختصاص داده اند (نمودار ۱).

جدول (۱) : توزیع فراوانی و درصد اختلال احتمالی در محورهای نه گانه آزمون sc190 در زنان حامله برحسب شدت درجه بندی اختلالات روانی

شدت بیماری	عادی	خفیف	متوسط	شدید	جمع
خودبیمارانگاری	۱۶۴ (۷۶/۶)	۴۸ (۲۲/۵)	۲ (۰/۹)	-	۲۱۴ (۱۰۰)
وسواس	۱۶۵ (۷۷/۱)	۴۴ (۲۰/۶)	۵ (۲/۳)	-	۲۱۴ (۱۰۰)
حساسیت بین فردی	۱۶۵ (۷۷/۱)	۴۰ (۱۸/۷)	۸ (۳/۷)	۱ (۰/۵)	۲۱۴ (۱۰۰)
افسردگی	۱۲۴ (۵۸)	۶۹ (۳۲)	۲۱ (۱۰)	-	۲۱۴ (۱۰۰)
اضطراب	۱۰۹ (۵۰/۴)	۸۸ (۴۱/۳)	۱۵ (۷/۴)	۲ (۰/۹۴)	۲۱۴ (۱۰۰)
پرخاشگری	۱۶۲ (۷۵/۷)	۴۴ (۲۰/۶)	۸ (۳/۷)	-	۲۱۴ (۱۰۰)
فوبیا	۱۷۴ (۸۱/۳)	۳۸ (۱۷/۸)	۲ (۰/۹)	-	۲۱۴ (۱۰۰)
پرانوریا	۱۵۱ (۷۰/۶)	۴۹ (۲۲/۹)	۱۲ (۵/۶)	۲ (۰/۹)	۲۱۴ (۱۰۰)
روان پریشی	۱۷۹ (۸۳/۶)	۳۴ (۱۵/۹)	۱ (۰/۵)	-	۲۱۴ (۱۰۰)



نمودار (۱) : توزیع فراوانی اختلالات روانی در زنان حامله برحسب درصد

با اشاره به شایع‌ترین اختلالات زمان بارداری تداخل با توانایی‌های فرد جهت مراقبت از خود در طول بارداری، نقص در تغذیه، اختلال در خواب و علائم اضطراب و دلشوره را از مهمترین علائم شایع این دوران معرفی می‌نماید [۱۲]. در مطالعه‌ای که میشل و اوهارا^۴ در بخش روانشناسی شهر لوان انجام دادند مشخص گردید که ۹ درصد زنان در زمان حاملگی و ۱۲ درصد پس از زایمان به افسردگی مبتلا بوده و این افراد کسانی بودند که دارای تعداد فرزندان بیشتر، سطح تحصیلات کمتر و وقایع تنش‌زای بیشتری را تجربه کرده بودند، همچنین این افراد از حمایت کمتری در مراقبت از فرزند خود برخوردار بودند [۱۳].

نوناکس و کوهن^۵ افسردگی‌های دوران بارداری را با نتایج حاملگی قبلی چون زایمان پس از موعد، وزن کم نوزاد در هنگام تولد و بیماریهای نوزادان در هنگام تولد مرتبط می‌دانند [۱۴]. در تحقیق حاضر ارتباطی بین افسردگی و خواسته یا ناخواسته بودن حاملگی و اضطراب و تعداد فرزندان بدست آمد. اما علیرغم بالا بودن میزان اختلال در زنان باردار ارتباطی با سایر عوامل اشاره شده در تحقیقات فوق‌الذکر نداشت. بعضی از مطالعات، ارتباط معنی‌داری را بین مشکلات اضطرابی مادر، سابقه سقط، سابقه زایمان زودرس، ناباروری و روابط زناشویی در دوران بارداری ذکر کرده‌اند [۱۷ و ۱۵]. سینگ وینر^۶ در مطالعه خود در سال ۱۹۹۴ بیان می‌دارد که در دوران حاملگی زوجین به صمیمیت بیشتری نیاز داشته و اختلال در روابط زناشویی می‌تواند دوران پراضطراب حاملگی را برای مادر با مشکلات متعددی روبه‌رو کند [۱۸]. دیگران معتقدند که افزایش تحصیلات به علت افزایش توانایی شناختی فرد از دوران سخت بارداری، استرس‌ها را در دوران حاملگی افزایش داده و افزایش حمایت اجتماعی و روابط مناسب همسران، عوارض جسمی و روحی زنان را در این دوران به نحو چشمگیری کاهش خواهد داد [۱۹ و ۲۰ و ۲۱]. نتیجه‌گیری:

با توجه به شیوع نسبتاً بالای اختلالات روانی خفیف چون اضطراب افسردگی و تأثیر عوامل مختلف بر آن، لزوم اهمیت و تأکید بر مراقبت‌های روانی دوران بارداری در کنار مراقبت‌های

در بررسی ارتباط بین ضریب کلی علائم مرضی در اختلالات نه‌گانه و یافته‌های دموگرافیک مشخص گردید که بین اختلال افسردگی و خواسته و ناخواسته بودن حاملگی، اضطراب و تعداد فرزندان، وسواس و رضایت از زندگی زناشویی، بروز علائم حساسیت بین فردی و رضایت از زندگی زناشویی، پرخاشگری و تعداد فرزندان ارتباط معنی‌داری وجود دارد ($p < .05$).
بحث:

در تحقیق حاضر اکثر افراد مورد پژوهش در گروه سنی ۳۱-۴۰ سال قرار داشتند و ۷۶/۳ درصد افراد اولین حاملگی خود را در سنین بالای ۳۰ سال تجربه می‌کردند. در تحقیق حاضر اختلال اضطراب، افسردگی و خودبیمار انگاری بیشتر از سایر اختلالات گزارش گردید. در مطالعه‌ای که توسط بروکلی^۱ و همکارانش بر روی ۳۲۰ زن حامله و به منظور بررسی سلامت جسمی و روانی زنان حامله انجام داده افسردگی و اضطراب و بی‌اشتهایی و تپش قلب در اکثر افراد مورد مطالعه مشاهده گردید [۸].

هگارتی و گان^۲ نیز بر اساس تحقیقی که جهت بررسی وضعیت سلامت روانی زنان و با استفاده از آزمون آماری sc190 انجام داده مشخص نمودند که حدود ۳۰ درصد افراد حامله تحت مطالعه وضعیت سلامت روانی مشکوک داشتند که این مسئله با سوء استفاده فیزیکی، عاطفی و جنسی شوهر در دوران بارداری مرتبط بوده است [۹]. در تحقیق حاضر ۴۳ درصد موارد مشکوک را می‌توان با تفاوت‌های فرهنگی و فاکتورهای اجتماعی موثر بر جامعه مورد بررسی قرار داد که تأثیر فاکتورهای مختلف اجتماعی و فرهنگی بر ایجاد اختلالات روانی و به طور عمده مشکلات روحی و روانی دوران بارداری توسط تحقیقات متعدد مورد تأیید قرار گرفته است [۱۰ و ۱۱]. مطالعه رایینز^۳ در انگلستان نیز مشخص کرد که بیش از ۷۰ درصد زنان حامله برخی از علائم افسردگی را دارا هستند، در این تحقیق از استرس‌های دوران بارداری و اضطراب ناشی از آن به عنوان یک فاکتور در بروز افسردگی‌های این دوران یاد شده است و تاریخچه قبلی افسردگی، مشکلات زناشویی، حوادث استرس‌زای اخیر زندگی، از دست دادن شغل و مرگ عزیزان را در این زمینه دخیل می‌داند. همچنین این نویسنده

1) Barcaly 2) Hegarty, Gunnj 3) Rabeinz 4) Michael & Ohara 5) Nanacs & Cohn. 6) Sing weiner

جسمی مشخص گردیده و براساس نتایج پژوهشی می توان بیان نمود که باید با شناسایی مادران مستعد و ارائه مراقبت های روانی به آنان در طی دوران قبل و پس از زایمان از بروز اختلالات پیشگیری نمود .

تقدیر و تشکر :
از پرسنل و مسئولین محترم درمانگاه های بهداشتی شهر چهارم که در تکمیل فرم پرسشنامه همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارد .

REFERENCES :
منابع :

- ۱) قربان ش . باروری انسان . چاپ اول . تهران . انتشارات سهامی . ۱۳۶۴ .
- ۲) اردکانی س . بهداشت مادر و کودک . چاپ دوم . تهران . انتشارات امید . ۱۳۶۳ .
- 3) Melges F. postpartum psychiatric reaction; International encyclopedia of psychiatry. psychology, psychoanalysis and Neurology, 1990; 8: 445-59.
- 4) Sweet A, May S. Text book for midwives. London. WB saunders, 1997.
- 5) Constance m, Abbey B, wieman N. prevalence and correlates of psychopathology in pregnancy adolescents. Adolescents Health. 1996; 18: 35-43.
- 6) Louise B, Narcoma C, Gomes A. Depression during pregnancy. obstetric Gynecology. Mcgill Company, 2003; 68(4): 372-86.
- ۷) مصلی نژاد ل ، مادر شدن و سلامت روانی . چاپ اول . تهران : انتشارات روشن کتاب . ۱۳۸۳ .
- 8) Barclay L. Development of an instrument to study the sexual relationship of partner. Aust R Nurs. 1992; 10(2): 14.
- 9) Hegarty K, Gunn J, chondros P. Mental health and pregnancy: cross sectional survey. BMJ. 2001; 22: 825-32.
- 10) Benelt HA, Ginarson A, taddio A. prevalence of Depression during pregnancy, systemic review Obstet gynecol. 2004; 103(4): 698-709.
- 11) Gotlib IH, whiffen VE, Mount JH, et al . prevalence ratios and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and postpartum. J Consult Clim psychol. 1999; 57(2): 269-74.
- 12) Robbins E. Depression during pregnancy. Birmingham www.psychologist. com. 2003; 1-3.
- 13) Michael W, Ohara P, Shan S. Social Support. life event and depression during pregnancy and post partum depression: A role for social Network and life stress variables; Journal of nervous and mental disease. 1995, 171: 330-340.
- 14) Nonacs R, cohen LS. Depression during pregnancy: Diagnosis and treatment options. J Clin psychiatry. 2002; 63(7): 24-30.
- 15) Katz VL, Prety M. William S. Catecholamine levels in pregnant physicians and horses: A pilot study of stress and pregnancy. Obstet Gynecol. 1991; 77(3): 338-62.

REFERENCES :**منابع :**

- 16) Klebanoff Read. Sexual intercourse during pregnancy and pretem delivery. Am j Obstet gynecol 1995;168(2): 514-2.
- 17) Hianes A Sexual behavior in preynoancy among honghong Chinese women. J psychosom Res 1996; 40(3): 229-305.
- 18) Ging W. Sexual dysfunction. Newyork Armok Fuluta pubishing company, 1994.
- 19) Wiliams KA, David S, Meyers TR. Psychiatric problems in pregnant women. west J Med 2002; 460: 533-42.
- 20) Cynthia L, louise H. Psychiatric disorder in pregnancy, prerelence in WIC sample. Obstet Gynecol 2001; 182(3): 142-52.
- 21) Viguera A,Riley L. Mood disturbance in pregnancy and the made of delivery. Am J obstet Gynecol 2002; 187(4): 864-7.

The Assessing mental Health in pregnancy and relative psychopathologic factor in Jahrom.

Mosalanejad L, Kheshti A, Gholami E

A b s t r a c t :

Introduction: Many physiological and psychological changes occur in women during pregnancy and often delivery, after accompanied by pathologic changes. The present study aimed at surveying and assessing pregnant women's mental health during pregnancy and its refuted factors.

Materials and Methods: This is a cross-sectional study, researching about 214 pregnant wormens mental health referring to the maternity clinics in jahrom. The data were corrected using random cluster sampling method The in strumpet of the study was a questionnaire containing demographic information and 90 sc190 questions used for delecting mental disorders. The data were an alyzed both descriptively and analytically using frequency and chi-squeal tests.

Results: There results revealed that the disorders with the highest frequency was depression (94%) and , anxiety (90%) and the lowest belonged to psychosis (54%). it was shown that many of them suffered symptoms of disorder ; about 43% of them. There was significant relation shipe between demographic finding and totoal score number of patient ($p < .05$).

Conclusion: It can be said that mental health care during pregnancy is as important as physical care, that we need defined and identified suspicious mother and we need defined and identified suspicious mother and mental care to prevent such disorder.

Key Words: Mental Health, Pregnant women , psychosocial factor.