

## بررسی وضعیت عادت ماهیانه در دختران کم توان ذهنی

سهیلا گلابی\*

پذیرش نهایی: ۸/۲۵/۸۷

تجدید نظر: ۶/۲۰/۸۷

تاریخ دریافت: ۷/۲/۸۷

### چکیده

**هدف:** از انجام این پژوهش تعیین وضعیت عادت ماهیانه، نشانگان قبل از عادت ماهیانه، عادت ماهیانه دردناک و رعایت بهداشت دوران عادت ماهیانه در معلولین ذهنی یک مرکز توانبخشی در شهرضا بوده است. **روش:** این پژوهش به روش توصیفی بر روی ۱۸۸ نفر از دختران عقب مانده ذهنی، که در محدوده سنی ۶۰-۱۴ سال قرار داشتند و به طور شبانه روزی در این مرکز نگهداری می شدند، انجام شد. ابزار گردآوری داده ها، پرسشنامه ای مشتمل بر ۲۱ سؤال بود که ۶ سؤال مشخصات فردی و ۱۵ سؤال در مورد وضعیت عادت ماهیانه بود. پرسشنامه ها در طی ۲ ماه، به وسیله مادران مرکز تکمیل شد و اطلاعات با استفاده از نرم افزار SPSS و آزمونهای توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. **یافته ها:** در رابطه با اهداف پژوهش، یافته ها نشان دادند که اکثریت افراد (۸۹/۴ درصد) وارد دوره عادت ماهیانه شده اند، اکثریت (۶۵/۵ درصد) مشخص نیست که کدام یک از علائم نشانگان قبل از عادت ماهیانه را دارند، ۵۹/۶ درصد عادت ماهیانه منظم داشتند، ۷۸/۲ درصد هیچ آگاهی در مورد رعایت بهداشت فردی در دوران عادت ماهیانه نداشتند و مادران مراقبت آنان را به عهده داشت. **نتیجه گیری:** نتایج حاصل از این پژوهش، تعدادی از نیازهای این افراد را مشخص کرده که بر این اساس مسئولان و مدیران می توانند راهکارهایی برای بالا بردن کیفیت زندگی این دختران بیابند.

واژه های کلیدی: عادت ماهیانه کم توانی ذهنی، معلولیت

### مقدمه

خواهیم داشت (میلانی فر ۱۳۷۹).  
علل کم توانی ذهنی را می توان به علل ژنتیکی و محیطی تقسیم کرد: علل ژنتیکی مانند نشانگان داون<sup>۱</sup>، نشانگان X شکننده<sup>۲</sup> و علل محیطی شامل داخل رحمی (عفونت، بیماریهای مادر مانند سرخجه)، موقع تولد (ضربه به سر، کاهش اکسیژن)، بعد از تولد (کودک آزاری و اختلالات عاطفی، انسفالیت و مننژیت و مسمومیت با سرب) و سوء تغذیه هستند. (رایت و همکاران، ۱۳۸۱)  
امروزه نگهداری کم توانان ذهنی در مؤسسات و مراکز حمایتی و توانبخشی معمول شده است که به علت تسهیلاتی که در آنها وجود دارد، در شرایط خاصی بسیار مفید و ثمربخش است. باید به این نکته

اصطلاح کم توانی ذهنی به اختلال هوشی برگشت ناپذیر اشاره می کند که در اوایل عمر ایجاد می شود و با محدودیت عملکردهای اجتماعی همراه است. اگرچه این اختلال برگشت پذیر نیست، ولی می توان اقدامات زیادی انجام داد تا افراد مبتلا حتی الامکان به شکل طبیعی زندگی کنند. ۳-۲ درصد جمعیت عمومی، بهره هوشی کمتر از ۷۰ دارند که یک درصد آنها مبتلا به کم توانی ذهنی هستند؛ یعنی بهره هوشی کمتر از ۷۰، همراه با اختلال عملکرد دارند. در میان جمعیت ۱۵ تا ۱۹ ساله، میزان شیوع کم توانی ذهنی شدید و متوسط تقریباً ۳ تا ۴ مورد در هر ۱۰۰۰ نفر است (گلدرو همکاران، ۱۳۸۵). با توجه به این آمار در کشور ایران بیش از یک میلیون نفر کم توان ذهنی

دسته جسمی، روانی و رفتاری تقسیم می‌شوند که علائم جسمی شامل نفخ شکم، ادم، افزایش وزن، سردرد، حساسیت پستانها، تغییر در عادات اجابت مزاج، درد لگنی و کاهش هماهنگی حرکات است. علائم رفتاری شامل حالت انکار، به استقبال حادثه رفتن، رفتار جنایی و قصد خودکشی و علائم روانی شامل تحریک پذیری، اضطراب، افسردگی، تغییر در عادات خواب، اشتها و میل جنسی است. (جمشیدی و همکاران، ۱۳۸۴)

عادت ماهیانه دردناک یا دیسمنوره<sup>۵</sup> یکی از شایعترین اختلالات ژنیکولوژی است و حدود ۷۰-۵۰ درصد زنان به آن مبتلا می‌شوند، این اختلال دو نوع است: نوع ثانویه همراه با یک بیماری زمینه‌ای است و نوع اولیه به علت افزایش پروستاگلندین‌ها به وجود می‌آید و سبب انقباض عضلات صاف رحم می‌شود. علائم آن عبارت‌اند از: درد چند ساعت قبل و یا همزمان با شروع خونریزی ماهانه و حداکثر ۲-۳ روز به طول می‌انجامد. علائم مختلف دیگری مانند تهوع، استفراغ، بی‌اشتهایی، اسهال، خستگی، تحریک‌پذیری و گاهی سردرد نیز ممکن است همراه باشد. (بلیک و هوکس، ۱۳۸۶)

قطع قاعدگی (آمنوره<sup>۶</sup>) نیز علامت مهم بیماریهای ژنیکولوژی است که شایع‌ترین علت آمنوره اولیه (۶۰ درصد مواد) اختلال دستگاه تناسلی جنینی است و حدود ۴۰ درصد مبتلایان به آمنوره اولیه و ۱۰۰ درصد افرادی که فاقد صفات جنسی ثانویه هستند، اختلالات ژنتیکی دارند. آمنوره ثانویه ممکن است به دلیل حاملگی، فشارهای روانی یا استرس باشد. (برونر و سودارث، ۱۳۸۳).

ملک‌پور و پیام (۱۳۷۹) در تحقیقی تحت عنوان «بررسی تأثیر آموزش والدین بر رفتار اجتماعی دانش‌آموز کم‌توان ذهنی پذیر دختر» در شهر تهران دریافتند که والدینی که در جلسات آموزشی شرکت کرده بودند، در بهبود رفتار اجتماعی فرزند عقب‌مانده آموزش پذیر خود مؤثر بوده‌اند.

توجه کرد که افراد کم‌توان ذهنی نیازهایی مشابه با سایر افراد دارند و معلولیت یک نقص نیست بلکه یک تفاوت است (لله گانی، ۱۳۸۲)

سالهای طبیعی تولید مثل زن با تغییرات منظم ماهانه در میزان ترشح هورمونهای زنانه و تغییرات فیزیکی هماهنگ در تخمدانها و سایر اندامهای جنسی مشخص می‌شوند. به این طرح منظم، چرخه جنسی ماهانه زن و یا به طور عامیانه‌تر عادت ماهیانه<sup>۳</sup> می‌گویند. (گایتون وهال، ۱۳۸۶) عادت ماهیانه مهم‌ترین نشانه کار دستگاه تناسلی در افراد مؤنث بالغ و عبارت است از خروج دوره‌ای خون و آندومتر کننده شده پس از یک دوره تخمک‌گذاری طبیعی، که این وقفه در اثر عملکرد هماهنگ محور هیپوتالاموس - هیپوفیز - تخمدان روی می‌دهند. اولین دوره عادت ماهیانه معمولاً در ۱۲ سالگی اتفاق می‌افتد ولی ممکن است در ۹ سالگی شروع شود یا تا ۱۶ سالگی به تأخیر بیفتد که طبیعی است. عوامل متعددی از جمله نژاد، توارث، سلامت عمومی، تغذیه و جثه هر دختر می‌تواند باعث اختلاف سن شروع عادت ماهیانه شود. فاصله طبیعی از شروع یک عادت ماهیانه تا شروع عادت ماهیانه بعدی ۲۸ روز است. دوره‌های کوتاه‌تر از ۳ هفته و یا بلندتر از ۵ هفته نشانه وجود اختلال در تخمک‌گذاری است. (برونر و سودارث، ۱۳۸۳)

روزهای خونریزی عادت ماهیانه در هر نوبت ۳ تا ۷ روز است. این زمان ممکن است متغیر باشد. میزان خون خارج‌شده در این مدت به طور متوسط ۷۰ میلی لیتر است که ممکن است کمتر از ۲۰ میلی لیتر باشد، اما بیش از ۸۰ میلی لیتر غیرطبیعی است. (ذوالفقاری و اسدی نوبابی، ۱۳۸۳)

بسیاری از زنان در روزهای قبل از عادت ماهیانه تغییرات جسمی و خلقی تحت عنوان «نشانگان پیش از عادت ماهیانه»<sup>۴</sup> را تجربه می‌کنند که در سلامت و روش زندگی آنها تأثیر می‌گذارد. حدود ۸۰ درصد از زنان در سنین باروری به این نشانگان مبتلا می‌شوند. علائم بالینی نشانگان پیش از عادت ماهیانه به سه

نگهداری می‌شدند و به روش سرشماری انتخاب شدند، بررسی شد. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌ای محقق ساخته مشتمل بر ۲۱ سؤال که ۶ سؤال مشخصات فردی (سن مددجو- علت معلولیت- میزان تحصیلات- میزان بهره هوشی - بخش نگهداری- مدت زمان اقامت در مرکز) و ۱۵ سؤال در رابطه با وضعیت عادت ماهیانه (وجود عادت ماهیانه - نشانگان قبل از عادت ماهیانه - نظم عادت ماهیانه - مقدار خونریزی - وجود دیسمنوره یا درد حین عادت ماهیانه - رعایت بهداشت.. ) بود. با توجه به محدودیت پر کردن پرسشنامه توسط نمونه‌های مورد پژوهش به علت معلولیت ذهنی، پژوهشگر هدف از انجام پژوهش را برای مادر یاران توضیح داد و پرسشنامه به وسیله آنها تکمیل شد. بخش دیگری از سؤالات نیز با مراجعه به پرونده‌های مددجویان مقیم مرکز کامل شد. پس از گذشت ۲ ماه از توزیع پرسشنامه و جمع آوری داده‌ها، اطلاعات به وسیله روشهای آمار توصیفی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### یافته‌ها

یافته‌های پژوهش در رابطه با مشخصات فردی نشان داد که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۲۹/۸ درصد) در رده سنی ۲۳-۱۴ سال و با توجه به جدول شماره ۱ علت معلولیت اکثریت واحدها (۴۴/۷ درصد) نامشخص است و کمترین (۱/۱ درصد) به علل بعد از تولد دچار معلولیت ذهنی شده‌اند.

جدول ۱- توزیع فراوانی معلولین ذهنی مرکز توانبخشی شهرستان شهرضا بر حسب علت معلولیت سال (۱۳۸۵)

درصد	تعداد	علت معلولیت
۲۲/۴	۴۴	قبل از تولد (بیماریهای مادر در دوران بارداری)
۶/۴	۱۲	هنگام تولد (فشار به سر و...)
۱/۱	۲	بعد از تولد ( در اثر بیماریهای تشنجی و...)
۲۲/۸	۴۳	در اثر بیماریهای ژنتیکی
۱/۶	۳	همراه بودن معلولیت ذهنی با معلولیت جسمی
۴۴/۷	۸۴	نا مشخص
۱۰۰	۱۸۸	جمع

هورنر، اپس و استرن (۱۹۹۰) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش روی خود و استفاده از عروسک در مورد مراقبتهای عمومی از خود در عادت ماهیانه در زنان مبتلا به کم‌توانی ذهنی شدید» نشان دادند که آموزش در زمینه عوض کردن نوار بهداشتی و لباس زیر لکه‌دار شده بر روی خود افراد مؤثرتر از آموزش بر روی عروسک است.

گلدستین (۱۹۹۸) در پژوهشی تحت عنوان «بررسی منارک<sup>۷</sup> و خونریزی در زنان بزرگسال مبتلا به نشانگان داون» نشان داد که متوسط سن منارک (شروع اولین قاعدگی) در افراد مبتلا به نشانگان داون ۱۳/۶ سال و برای گروه کنترل که زنان غیرمبتلا به نشانگان داون بودند ۱۳/۵ سال، مدت زمان خونریزی در افراد مبتلا به نشانگان داون ۵/۵ روز و برای گروه کنترل ۵/۴ روز، مدت زمان عادت ماهیانه برای افراد مبتلا به نشانگان داون ۲۸/۳ روز و برای گروه کنترل ۲۸/۶ روز است.

گروور (۲۰۰۲) معتقد است که مراقبتهای دوران عادت ماهیانه و نیاز به پیشگیری از بارداری در زنان کم‌توان ذهنی مانند زنانی است که مبتلا به کم‌توانی ذهنی نیستند.

اسجیر و اودجرگ و گلدستین (۲۰۰۶) در پژوهش خود تحت عنوان «بررسی وضعیت عادت ماهیانه و یائسگی<sup>۸</sup> زودرس در زنان ۲۶-۴۰ ساله مبتلا به نشانگان داون» به این نتیجه رسیده‌اند که سن یائسگی در زنان مبتلا به نشانگان داون کمتر از زنانی است که مبتلا به این نشانگان نیستند و باید هورمون درمانی برای افراد مبتلا به نشانگان داون که یائسگی زودرس (قبل از ۴۰ سالگی) دارند، در نظر گرفته شود.

### روش کار و نمونه گیری

این پژوهش نوعی بررسی توصیفی است که در آن وضعیت عادت ماهیانه ۱۸۸ نفر زن مقیم در مرکز توانبخشی شهرستان شهرضا که در محدوده سنی ۶۰-۱۴ سال قرار داشتند و به طور شبانه روز در مرکز

جدول ۴- توزیع فراوانی معلولین ذهنی مرکز توانبخشی شهرستان شهرضا بر حسب مقدار خونریزی در هر عادت ماهیانه

مقدار خونریزی در هر عادت ماهیانه	تعداد	درصد
کم	۲۷	۱۴/۴
متوسط	۷۱	۳۷/۸
زیاد	۵	۲/۷
نامشخص	۸۵	۴۵/۲
جمع	۱۸۸	۱۰۰

عادت ماهیانه اکثریت واحدها را (۵۶/۴ درصد) مادریار گزارش می‌کند. اکثر واحدها (۴۵/۷ درصد) دیسمنوره را گزارش نمی‌کنند.

جدول ۵- توزیع فراوانی معلولین ذهنی مرکز توانبخشی شهرستان شهرضا بر حسب داشتن دیسمنوره/درد حین عادت ماهیانه

درد حین عادت ماهیانه	تعداد	درصد
دارد	۲۷	۱۴/۴
ندارد	۷۵	۳۹/۹
بیان نمی‌کند	۸۶	۴۵/۷
جمع	۱۸۸	۱۰۰

بر طبق یافته‌های جدول شماره ۶ اکثریت (۷۸/۲ درصد) هیچ آگاهی در مورد رعایت بهداشت فردی در دوران عادت ماهیانه ندارند و مراقبت را مادریار انجام می‌دهد. و فقط ۲/۱ درصد افراد در زمان عادت ماهیانه نوار بهداشتی خود را تعویض و حمام می‌کنند.

جدول ۶- توزیع فراوانی معلولین ذهنی مرکز توانبخشی شهرستان شهرضا بر حسب چگونگی رعایت بهداشت فردی در دوران عادت ماهیانه

چگونگی رعایت بهداشت فردی در دوران قاعدگی	تعداد	درصد
مرتباً نوار بهداشتی خود را تعویض می‌کند	۳۵	۱۸/۶
در طول دوره قاعدگی حمام می‌کند	۲	۱/۱
مورد ۱ و ۲ با هم	۴	۲/۱
هیچ آگاهی ندارد و مراقبت را مادریار انجام می‌دهند	۱۴۷	۷۸/۲
جمع	۱۸۸	۱۰۰

### بحث و نتیجه‌گیری

در رابطه با مشخصات فردی، اکثریت واحدهای مورد پژوهش در رده سنی ۱۴-۲۳ سال قرار دارند و میانگین سن آنان ۳۲ سال است. لاکامون (۱۳۸۰) در

اکثریت (۸۹/۴ درصد) به هیچ مرکز آموزشی مراجعه نکرده، بهره هوشی اکثریت واحدها (۷۸/۲ درصد) ۲۵-۵۰ و اکثریت (۳۶/۲ درصد) در بخش تربیت‌پذیر نگه‌داری می‌شوند.

در رابطه با اهداف پژوهش یافته‌ها نشان دادند: اکثریت (۸۹/۴ درصد) وارد دوره عادت ماهیانه شده‌اند. جدول ۲ مبین آن است که وضعیت اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۶۵/۵ درصد) در مورد نشانگان قبل از عادت ماهیانه نامشخص بود و کمترین درصد آنان (۱/۱ درصد) از سردرد شاکی بودند.

جدول ۲- توزیع فراوانی معلولین ذهنی مرکز توانبخشی شهرستان شهرضا بر حسب نشانگان قبل از عادت ماهیانه

نشانگان قبل از عادت ماهیانه	تعداد	درصد
گریه‌های بی علت	۳	۱/۶
سر درد	۲	۱/۱
تحریک پذیری عصبی	۲۱	۱۱/۲
تغییرات رفتاری	۳۹	۲۰/۷
نامشخص	۱۲۳	۶۵/۵
جمع	۱۸۸	۱۰۰

اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۵۹/۶ درصد) عادت ماهیانه منظم داشتند. جدول ۳ نشان می‌دهد که اکثریت (۵۴/۸ درصد) ۲۸ روز یکبار عادت ماهیانه دارند و ۴۳/۶ درصد مشخص نیست که چند روز یکبار عادت ماهیانه دارند.

جدول ۳- توزیع فراوانی معلولین ذهنی مرکز توانبخشی شهرستان شهرضا بر حسب فاصله دو عادت ماهیانه (روز)

فاصله دو عادت ماهیانه (روز)	تعداد	درصد
۲۸ روز	۱۰۳	۵۴/۸
۱۴ روز	۳	۱/۶
نامشخص	۸۲	۴۳/۶
جمع	۱۸۸	۱۰۰

مقدار خونریزی در اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۴۵/۲ درصد) نامشخص است.

این باره می‌نویسد: در شرایطی که در کل رده‌های سنی امکان ابتلا به معلولیت ذهنی وجود دارد، کم‌توانی ذهنی قبل از ۱۸ سالگی ظاهر می‌شود.

نتایج حاصل از پژوهش علت مشخصی برای معلولیت ذهنی ۴۴/۷ درصد نمونه‌های پژوهش نشان نداد. اخیراً با مروری بر ۱۳ پژوهش همه‌گیر، چنین نتیجه گرفته شد که در حدود ۳۰ درصد مواردی که کم‌توانی ذهنی شدید و حدود ۵۰ درصد مواردی که کم‌توانی ذهنی خفیف شناسایی شده‌اند، علت نامعلوم است. این نتیجه به معنی آن نیست که علت وجود ندارد، بلکه تلاش‌های بیشتری را می‌طلبد.

مک لارن و بریسون (۱۹۸۷) معتقدند که در بیش از ۵۰ درصد جمعیت مبتلا به کم‌توانی ذهنی بیش از یک علت مشاهده می‌شود.

یافته‌ها نشان داد که ۷۸/۲ درصد نمونه‌ها بهره هوشی ۵۰-۲۵ دارند. کندال (۱۳۸۴) در این زمینه می‌نویسد: کم‌توانی ذهنی با شدت و درجات مختلف بروز می‌کند. از کل فراوانی کم‌توانی ذهنی تقریباً ۸۹ درصد در حد خفیف (بهره هوشی ۷۰-۵۵)، ۷ درصد در حد متوسط (۵۵-۴۰)، ۳ درصد در حد شدید (۴۰-۲۵) و ۱ درصد در حد کم‌توانی عمیق (کمتر از ۲۵) هستند. وی همچنین می‌نویسد: در پژوهشی در بریتانیا نشان داده شده است که ۲۲ درصد جوانان کم‌توان ذهنی دچار اضطراب و ۲۰ درصد دچار اختلال کرداری یا رفتار ضد اجتماعی هستند. افراد کم‌توان ذهنی ممکن است به خود آسیب بزنند.

در مورد هدف «تعیین میزان شیوع عادت ماهیانه در نمونه‌های مورد پژوهش» یافته‌ها نشان داد که ۸۹/۴ درصد دوره عادت ماهیانه دارند که برونر و سودا (۱۳۸۳) اشاره می‌کنند که زنان معلول مراقبت‌های اولیه کمی را دریافت می‌کنند و کمتر از سایر زنان غربالگری می‌شوند و بیش از اینکه به مسائل بهداشتی آنها توجه شود، به بررسی علت معلولیت رسیدگی می‌شود. در بررسی بهداشتی باید شرح حال عادت ماهیانه و رعایت موارد بهداشتی حین عادت

ماهیانه از بیمار و خانواده او گرفته شود.

در رابطه با هدف «تعیین میزان شیوع نشانگان قبل از عادت ماهیانه در نمونه‌های مورد پژوهش» یافته‌ها نشان داد که بیشترین فراوانی (۶۵/۵ درصد) مربوط به افرادی است که مشخص نیست کدام یک از علائم این نشانگان را دارند. برونر و سودا (۱۳۸۳) در این باره معتقدند که بسیاری از زنان در ارتباط با عادت ماهیانه علائمی دارند. ولی نشانگان قبل از عادت ماهیانه در حدود ۵-۲ درصد زنان دیده می‌شود. علائم از ۵ روز قبل از قاعدگی شروع می‌شود و چهار روز بعد از شروع عادت ماهیانه تسکین می‌یابد.

سندمن و همکاران (۱۹۹۸) پژوهشی تحت عنوان «رفتارهای خودآزار در دوره عادت ماهیانه در زنان مبتلا به کم‌توانی ذهنی» انجام داده‌اند. آنها عادت ماهیانه را به ۴ مرحله خونریزی قبل از فولیکولی، بعد از فولیکولی، قبل از لوتئال، بعد از لوتئال یا قبل از خونریزی تقسیم کردند. تجزیه و تحلیل آماری در این پژوهش نشان داده است که بیشترین فراوانی خودآزاری در دو مرحله اول بوده است: ۴۳/۵ درصد در طول مرحله قبل از فولیکولی و ۴۷/۳ درصد در مرحله بعد از فولیکولی.

در مورد هدف «میزان اختلالات عادت ماهیانه در نمونه‌های مورد پژوهش» یافته‌ها نشان داد که اکثریت افراد عادت ماهیانه منظم (۵۹/۶ درصد) و اکثریت ۲۸ روز یکبار (۵۴/۸ درصد) عادت ماهیانه دارند.

برونر و سودا (۱۳۸۳) معتقدند که خونریزی عادت ماهیانه، تقریباً هر ۲۸ روز یکبار در طول سالهای باروری زن اتفاق می‌افتد ولی این ۲۸ روز ثابت نیست و به طور کلی می‌توان گفت که یک دوره طبیعی عادت ماهیانه بین ۲۱ تا ۴۲ روز متفاوت است. همچنین یافته‌ها نشان دادند که حدود ۴۵/۲ درصد افراد کم‌توان ذهنی مقدار خونریزی نامشخصی در طی عادت ماهیانه دارند که برونر و سودا (۱۳۸۳) در این زمینه می‌نویسند: معمولاً مدت زمان خونریزی در هر ماه ۵-۴ روز است که حدود ۶۰-۵۰

میلی لیتر در هر دوره، زنان خون از دست می‌دهند. یافته‌ها بیان کننده آن بود که حداکثر فراوانی (۵۶/۴ درصد) مربوط به افرادی است که مادر یار عادت ماهیانه را متوجه می‌شد و ۳۴ درصد افراد معلول خودشان متوجه وضعیت عادت ماهیانه می‌شدند و اطلاع می‌دادند.

در رابطه با داشتن دیسمنوره و درمان آن یافته‌ها نشان داد که در اکثریت افراد (۳۹/۹ درصد) دیسمنوره گزارش نشده و درمانی هم دریافت نکرده‌اند. بلک و هوکس (۱۳۸۶) بر این باورند که عادت ماهیانه دردناک یا دیسمنوره یکی از شایع‌ترین اختلالات ژنیکولوژی است به طوری که حدود ۷۰-۵۰ درصد زنان به آن مبتلا هستند. همیشه کمتر از ۷۲ ساعت طول می‌کشد و در حدود ۹۰-۸۰ درصد موارد دیسمنوره اولیه، استفاده از داروهای ضدالتهاب - غیراستروئیدی می‌تواند مؤثر باشد.

در رابطه با هدف «تعیین میزان مراقبت از خود در حین عادت ماهیانه در نمونه‌های مورد پژوهش» یافته‌ها نشان دادند که اکثریت واحدهای مورد پژوهش (۷۸/۲ درصد) هیچ آگاهی در مورد رعایت بهداشت فردی در دوران عادت ماهیانه ندارند و مراقبت را مادر یار انجام می‌دهد.

هورنرو همکاران (۱۹۹۰) در پژوهشی که تحت عنوان "بررسی مقایسه‌ای تأثیر آموزش روی خود و استفاده از عروسک در مورد مراقبت‌های عمومی از خود در عادت ماهیانه" در زنان مبتلا به کم‌توانی ذهنی شدید انجام داده‌اند، نشان داده‌اند که آموزش عوض کردن نوار بهداشتی و لباس زیر لکه‌دار شده در شرایط واقعی و بر روی خود افراد، می‌تواند مؤثرتر از آموزش بر روی عروسک باشد.

مسئولین و مدیران خدمات بهداشتی و همچنین سازمان بهزیستی با آگاهی دادن به والدین این افراد و همچنین مهیا کردن امکانات و حمایت مالی، برگزاری کلاسهای آموزش برای والدین و تشویق به نگهداری فرزندان معلول خود یا اضافه کردن منابع انسانی

متخصص در مراکز نگهداری کم‌توانی ذهنی، توجه و عنایت بیشتری را به این قشر از جامعه کنند تا از مشکلات جسمی و رفتاری آنها در اثر عادت ماهیانه تحت کنترل درآید.

### یادداشتها :

- 1) Down Syndrome
- 2) Fragile X Syndrome
- 3) menstruation
- 4) Premenstrual Syndrom
- 5) Dysmenorrhea
- 6) Amenorrhea
- 7) Menarche
- 8) Menopause

### منابع

برونر و سودارث. (۱۳۸۳). دستگاه تولید مثل مردان و زنان و بیماریهای پستان، ترجمه ژیل‌عابد سعیدی و صدیقه مجابی. تهران: نشر سالمی.

بلک، جوئیس ام و هوکس، جین هوکان. (۱۳۸۶). پرستاری داخلی جراحی، ترجمه اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی. تهران: نشر جامعه نگر.

جمشیدی، لیلا و حجت‌الاسلامی، سیمین و آزادی مقتدر، مهناز (۱۳۸۴). " نشانگان پیش از قاعدگی و فاکتورهای تغذیه‌ای " چکیده مقالات چهارمین همایش سراسری علوم پزشکی باشگاه پژوهشگران جوان. مشهد: معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی.

ذوالفقاری، میترا و اسدی نوقایی، احمد علی (۱۳۸۳). پرستاری و بهداشت مادران و نوزادان. تهران: نشر و تبلیغ بشری.

رایت، پدریگ و استرن، جولیان و فلان، مایکل (۱۳۸۱). مبانی روانپزشکی، ترجمه نصرت اله پورافکاری. تبریز: انتشارات دانشگاه آزاد اسلامی تبریز.

کندال، فیلیپ سی (۱۳۸۴). روانشناسی مرضی کودک، ترجمه بهمن نجاریان و ایران داوودی. تهران: انتشارات رشد

گایتون، آرتورو، جان ادوارد (۱۳۸۶). فیزیولوژی پزشکی گایتون، ترجمه احمد رضا نیاورانی. تهران: انتشارات سماط.

گلد، مایکل و مایو، ریچارد و گدس، جان (۱۳۸۵). روانپزشکی آکسفورد. ترجمه محسن ارجمند و مجیدصادقی. تهران: انتشارات ارجمند.

لاکامون، روت و همکاران (۱۳۸۰). کم‌توانی ذهنی، تعریف، طبقه‌بندی و سیستم‌های حمایتی، ترجمه فرهاد ماهر

Grover SR (2002). "menstrual and contraceptive management in woman with an intellectual disability" *med J Aust*, 4, 176 (3): 108-10.

Horner RH, Epps, Stern RJ (1990). "Comparison of simulation training on self and using adoll for teaching generalized menstrual care to women with severe mental retardation" *Res Dev disabil* 11(1): 37-66.

MC Iaren J, & Bryson, S.E (1987). "Review of recent epidemiological Studies of mental retardation: prevalence, associated disorders. And etiology" *American Journal of mental retardation*, 92, 243-254.

Sandman CA, Taylor DV, Rush D, Hetrick WP (1998). Self- injurios behavior with in the menstrual cycle of women with *mental retardation*. *AM j Ment Retard*, 97(6):659-64.

تهران: انتشارات رشد.

لله گانی، فاطمه (۱۳۸۲). بررسی تأثیر بازی درمانی، دارودرمانی در کاهش تمایلات جنسی دختران عقب مانده ذهنی بالای ۱۴ سال، پایان نامه دوره کارشناسی رشته روانشناسی عمومی. دانشگاه پیام نور واحد شهرضا.  
ملک پور، مختار و پیام، امیرمحمد (۱۳۷۹). "بررسی تأثیر آموزش والدین بر رفتار اجتماعی دانش آموزان عقب مانده ذهنی آموزش پذیر دختر"، *مجله دانش و پژوهش*، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان. شماره (۶)، ص ۹۲-۸۳.  
میلائی فر، بهروز (۱۳۷۹). *روانشناسی کودکان و نوجوانان استثنایی*. تهران: نشر قومس.

Ejskjear K, Uldbjerg N, Goldtein H (2006). "Menstrual profil and early menopause in woman with down syndrome aged 26-40 years", *J Intellect Dev Disabil*, 31 (3): 166-71.

Goldstein H (1998). "menarche, menstruation, sexual relations and contraception of adolescent females with down syndrome" *Eur J obstet Gynecol Repord Biol*, 27 (4): 343-9.