

تعیین اثر مقاربت در نیمه دوم حاملگی بر نتایج بارداری

نویسندگان: دکتر فرحناز ترکستانی^{*}، دکتر شهرزاد هداوند^۱، دکتر علی دواتی^۲، دکتر نفیسه ظفرقندی^۱ و مهدیه ساورسغلی^۳

۱. استادیار گروه زنان دانشگاه شاهد

۲. استادیار گروه بهداشت و پزشکی اجتماعی دانشگاه شاهد

۳. دانش آموخته دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد

مسئول:

نویسنده

Email: ftorkestani@yahoo.com

چکیده

مقدمه و هدف: فعالیت جنسی در بارداری و عواقب آن به عنوان یک مشکل مهم اجتماعی - پزشکی است و نتایج متناقضی در مطالعات گوناگون در این زمینه وجود دارد. این مطالعه با هدف بررسی اثر مقاربت در نیمه دوم حاملگی بر نتایج باردای انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه به صورت مقطعی در سال ۱۳۸۶ بر روی ۲۷۸ زن باردار که جهت زایمان به بیمارستان‌های وابسته به دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد و دزیانی گرگان مراجعه و دارای شرایط ورود به مطالعه بودند و منع پزشکی جهت فعالیت جنسی نداشتند، انجام شد.

نتایج: در این مطالعه رابطه بین طول مدت بارداری نحوه قرارگیری حین مقاربت، پارگی کیسه آب، زایمان زودرس، مدت انجام ایندکشن، مدت زمان و نوع زایمان، عواقب نوزادی با فعالیت جنسی مورد بررسی قرار گرفت. بین طول مدت بارداری، زایمان زودرس، مدت ایندکشن، طول مدت زایمان و نوع زایمان، عواقب نوزادی رابطه معناداری پیدا نشد و بین پارگی کیسه آب با فعالیت جنسی ۱-۷ روز قبل از ختم حاملگی ($p < 0/05$) و همچنین بین نحوه قرارگیری طاقباز حین مقاربت در بارداری و زایمان زودرس ($p < 0/01$) و طول مدت بارداری ($p < 0/05$) رابطه معناداریه دست آمد.

نتیجه‌گیری: در این مطالعه بین فعالیت جنسی (اعم از مقاربت داخل مهبل و یا تحریکی) و عواقب بارداری ارتباطی یافت نشد. ولی مقاربت در یک هفته قبل از ختم بارداری با پارگی کیسه آب می‌تواند رابطه داشته باشد همچنین نحوه قرارگیری طاقباز حین مقاربت در بارداری باعث کوتاه شدن مدت بارداری و زایمان زودرس می‌شود.

واژه‌های کلیدی: فعالیت جنسی، پارگی کیسه آب، ایندکشن، زایمان زودرس

دوماهنامه علمی -

پژوهشی

دانشگاه شاهد

سال شانزدهم - شماره ۸۰

اردیبهشت ۱۳۸۸

وصول: ۸۷/۲/۲۹

آخرین اصلاحات: ۸۷/۹/۱۶

پذیرش: ۸۸/۱/۲۹

این پژوهش پایان‌نامه دانشجویی مصوب دانشکده پزشکی دانشگاه شاهد بوده است و بودجه آن از محل اعتبارات دانشگاه شاهد تأمین شده است.

مقدمه

مطالعات گوناگونی موضوع مقاربت در بارداری را مورد بررسی قرار داده‌اند و نتایج متناقضی در این زمینه ارائه کرده‌اند. تعدادی مکانیسم بیولوژیک راجع به اثرات مقاربت بر شروع زایمان مطرح است. عده‌ای از زنان باردار و تعدادی از پزشکان معتقدند که فعالیت جنسی در بارداری شروع زایمان را تحریک می‌کند. از آنجا که مایع منی حاوی پروستاگلاندین است، و غلظت آن در موکوس سرویکس خانم باردار ۴-۲ ساعت پس از مقاربت، ۱۰-۵۰ برابر افزایش می‌یابد، همچنین تحریک پستان‌ها و ارگاسم مادر باعث افزایش تولید اکسی‌توسین و ایجاد انقباضات رحمی می‌شود، می‌تواند شروع زایمان را تحریک کند [۱و۲].

همچنین ذکر شده است که فعالیت جنسی در طی بارداری باعث افزایش ارگانیزه شدن باکتری در واژن می‌شود که خود ممکن است باعث افزایش احتمال عفونت و منجر به عواقب آن شود [۳]. تغییرات طبیعی مؤثر بر روابط جنسی که در حاملگی رخ می‌دهد شامل افزایش تندرست پستان‌ها و افزایش حساسیت به انقباضات رحمی طی ارگاسم، ناراحتی عمومی، کاهش تحرک، و خستگی است [۴]. علی‌رغم نتایج متناقض در مطالعات گوناگون، به جز مواردی که خطر سقط و یا زایمان زودرس وجود داشته باشد. در زنان حامله، نزدیکی جنسی معمولاً بی‌خطر است [۵].

مواد و روش‌ها

این مطالعه از نوع مقطعی است و به روش پرسشگری انجام شده است. بر اساس محاسبه حجم نمونه در مطالعات مقطعی حجم نمونه محاسبه گردید قبل از اجرای برنامه به افراد مورد مطالعه توضیحات کافی در زمینه اهداف و مراحل پژوهش ارائه شد، و همچنین در مورد محرمانه بودن اطلاعات در نزد پژوهشگر تأکید شد.

در این مطالعه ۲۷۸ نفر خانم باردار که جهت ختم بارداری در بلوک زایمان بستری و دارای شرایط زیر بودند وارد مطالعه شدند:

۱. هیچ عامل زمینه‌ای جهت زایمان زودرس نداشتند.
۲. جهت مقاربت در بارداری منع پزشکی نداشتند.
۳. سابقه آنومالی رحمی، پارگی زودرس کیسه آب، یا زایمان زودرس در حاملگی قبلی نداشتند.
۴. سزارین انتخابی یا تکراری نبودند.

جهت آن‌ها پرسشنامه‌ای که شامل مشخصات دموگرافیک و اطلاعات فردی (سن، شغل، تحصیلات، قومیت، قد و وزن و BMI) و سابقه مایه‌های و علت بستری و همچنین فعالیت جنسی در نیمه دوم بارداری و تعداد و نحوه مقاربت و... بود تکمیل گردید. سپس نمونه‌ها جهت بررسی تأثیر مقاربت بر نتیجه بارداری بر اساس داشتن و یا نداشتن مقاربت در نیمه دوم بارداری، و زمان آخرین نزدیکی از یکدیگر مجزا شدند (دی‌اگرام ۱). و از لحاظ نتیجه بارداری (پارگی کیسه آب، سن حاملگی در هنگام مراجعه، خونریزی، طول مدت ایندکشن و طول مدت زایمان) با یکدیگر مقایسه شدند. اطلاعات به دست آمده وارد نرم‌افزار SPSS شد و جهت متغیرهای کمی از آزمون T-test و برای متغیرهای کیفی از آزمون کای اسکوئر (chi-square) استفاده شد.

نتایج

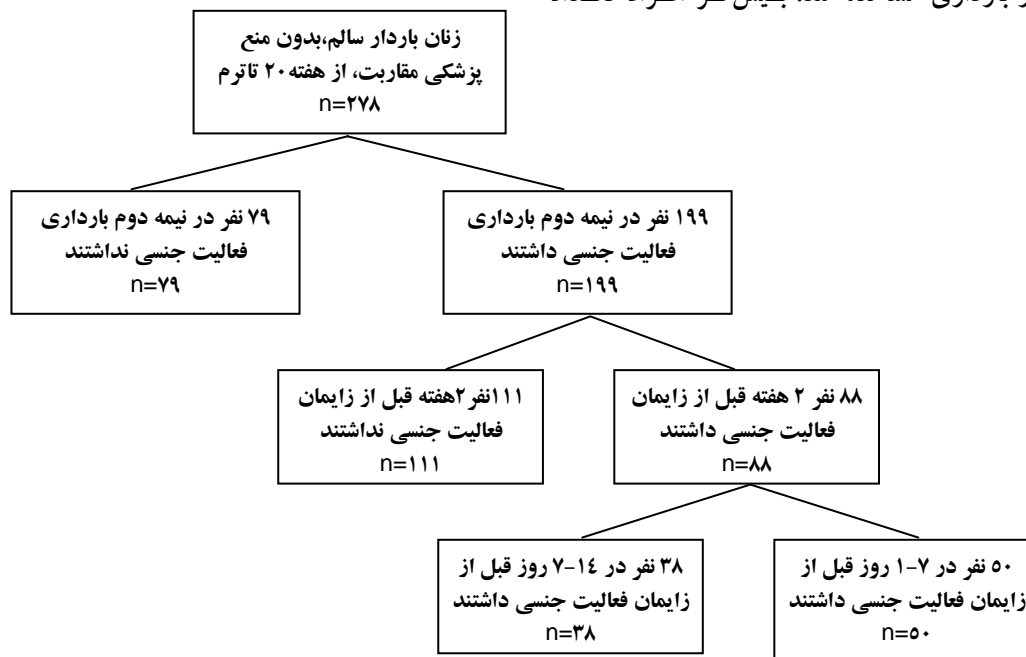
در این مطالعه در مجموع ۲۷۸ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی افراد ۲۴/۵ سال با انحراف معیار ۴ بوده است. افرادی که در نیمه دوم بارداری و ۲ هفته آخر بارداری فعالیت جنسی داشتند نسبت به گروه دیگر، میانگین سنی پایین‌تری داشتند ($p < 0/04$).

و همچنین در قومیت ترکمن و سیستانی به طرز معناداری میزان مقاربت در نیمه دوم بارداری بیش‌تر از سایر قومیت‌ها بود ($p < 0/005$). مشخصات دموگرافیک و اطلاعات فردی در جدول ۱ نشان داده شده است.

دفعات مقاربت خود را یکبار در هفته ذکر کردند (۵۱/۳ درصد).

در آنالیز آماری بین دفعات مقاربت و سرانجام بارداری در گروه‌ها رابطه معناداری به دست نیامد.

در بررسی انجام شده دیده شد که در ۱۷۸ نفر (۶۴ درصد) فعالیت جنسی کاهش یافته بود ۱۹ نفر (۶/۸ درصد) تفاوتی در فعالیت جنسی قبل و حین بارداری نداشتند، و در ۲ نفر (۰/۷ درصد) نیز افزایش فعالیت جنسی در بارداری مشاهده شد. بیش تر افراد تعداد



دیاگرام ۱ فراوانی فعالیت جنسی بر اساس زمان‌های مختلف حین بارداری

متوسط ۳۹/۵۷ هفته بود. و در آنالیز آماری این رابطه معنادار نبود.

پارگی کیسه آب

۵۴ نفر از افراد مورد مطالعه به دلیل پارگی کیسه آب بستری شدند (سن حاملگی ۴۲-۳۵ هفته) ۲۱ نفر از آن‌ها (۲۶/۶ درصد) کسانی بودند که در نیمه دوم بارداری فعالیت جنسی نداشتند (میانگین سن حاملگی ۳۸/۴ هفته و ۵ نفر آن‌ها (۸ درصد) ۳۷ هفته و کم‌تر) و ۳۳ نفر (۱۶/۶ درصد) از آن‌ها کسانی بودند که در نیمه دوم بارداری فعالیت جنسی داشتند (با میانگین ۳۸/۰۳ هفته و ۹ نفر (۱۶ درصد) ۳۷ هفته و کم‌تر). ۱۵ نفر (۱۷ درصد) از ایشان مقاربت را در طی ۲ هفته قبل از زایمان ذکر کردند که در ۱۲ نفرشان (۲۴ درصد) طی

طول مدت بارداری

در آن‌هایی که هیچ‌گونه فعالیت جنسی در نیمه دوم بارداری نداشتند طول مدت بارداری به طور متوسط ۳۹/۰۳ هفته بود، و در آن‌هایی که فعالیت جنسی داشتند، به طور متوسط ۳۹/۱۴ هفته بود در افرادی که طی ۲ هفته قبل از زایمان فعالیت جنسی نداشتند طول مدت بارداری به طور متوسط ۳۹/۱۷ هفته بود، و در آن‌هایی که فعالیت جنسی داشتند ۳۹/۱۰ هفته بود که در آنالیز آماری این رابطه‌ها معنادار نبود. در آن‌هایی که طی ۱-۷ روز قبل از زایمان فعالیت جنسی داشتند طول مدت بارداری به طور متوسط ۳۸/۵۴ هفته بود، و در آن‌هایی که طی ۷-۱۴ روز قبل از زایمان فعالیت جنسی داشتند طول مدت بارداری به طور

بارداری فعالیت جنسی نداشتند. در آنالیز آماری بین فعالیت جنسی در نیمه دوم بارداری و زایمان زودرس رابطه معناداری پیدا نشد.

طول مدت بستری تا زایمان

میانگین طول مدت بستری تا زایمان در آن‌هایی که در نیمه دوم بارداری فعالیت جنسی نداشتند، ۴/۹ ساعت و در

۷-۱ روز قبل از زایمان بود. در آنالیز آماری بین فعالیت جنسی در ۷-۱ روز قبل از زایمان و پارگی کیسه آب رابطه معناداری به دست آمد ($p < 0/05$). ولی رابطه معناداری از نظر مقاربت و پارگی کیسه آب بین سایر گروه‌ها پیدا نشد.

زایمان زودرس

در ۲۷ نفر زایمان زودرس اتفاق افتاد ۱۸ مورد (۹ درصد) از آن‌ها در نیمه دوم بارداری فعالیت جنسی داشتند و ۹ نفر از آن‌ها (۱۱/۴ درصد) در نیمه دوم جدول ۱. مشخصات دموگرافیک بیماران

فعالیت جنسی متغیر	در نیمه دوم بارداری		در ۲ هفته قبل از زایمان		در ۷-۱ روز قبل از زایمان	در ۱۴-۷ روز قبل از زایمان
	داشته	نداشته	داشته	نداشته		
سن *	۲۴/۲۲±۳/۸	۲۵/۳۵±۴/۴	۲۳/۵۱±۴	۲۴/۷۸±۳/۶	۲۳/۱۲±۴/۴	۲۴/۰۲±۳/۳
رتبه حاملگی **						
نولی پار	۱۳۵(٪۶۷/۸)	۴۸(٪۶۰/۸)	۶۲(٪۳۰/۵)	۷۳(٪۶۰/۸)	۳۲(٪۶۴)	۳۰(٪۷۸/۹)
مولتی پار	۶۴(٪۳۲/۱)	۳۱(٪۳۹/۲)	۲۶(٪۶۰/۵)	۳۸(٪۳۹/۲)	۱۸(٪۳۶)	۸(٪۲۱/۱)
شغل						
خانه دار	۱۸۱(٪۹۰/۹)	۷۳(٪۹۲/۴)	۸۳(٪۹۴/۳)	۹۸(٪۸۸/۲)	۴۷(٪۹۴)	۳۶(٪۹۴/۷)
شاغل	۱۸(٪۹)	۶(٪۷/۶)	۵(٪۵/۶)	۱۳(٪۱۱/۷)	۳(٪۶)	۲(٪۵/۳)
BMI	۲۸/۱۴±۳/۴	۲۸/۶۲±۳/۹	۲۷/۹۳±۳/۳	۲۸/۳۲±۳/۵	۲۷/۹۵±۳/۵	۲۷/۹۰±۳/۲
قومیت						
فارس	۱۲۷(٪۶۳/۸)	۶۲(٪۷۸/۵)	۵۱(٪۵۸)	۷۶(٪۶۸/۵)	۲۴(٪۴۸)	۲۷(٪۷۱)
ترکمن	۳۴(٪۱۷/۱)	۸(٪۱۰/۱)	۲۰(٪۲۲/۷)	۱۴(٪۱۲/۶)	۱۴(٪۲۸)	۶(٪۱۵/۸)
سیستانی	۳۴(٪۱۷/۱)	۴(٪۵/۱)	۱۵(٪۱۷)	۱۹(٪۱۷)	۱۱(٪۲۲)	۴(٪۱۰/۵)
ترک	۵(٪۶/۳)	۵(٪۶/۳)	۲(٪۱/۳)	۲(٪۱/۸)	۱(٪۲)	۱(٪۲/۶)
تحصیلات						
ابتدایی	۳۶(٪۱۸)	۱۵(٪۱۸/۹)	۲۵(٪۲۸/۴)	۲۱(٪۱۸/۱)	۱۳(٪۲۶)	۱۲(٪۳۱/۵)
دیپلم	۱۲۳(٪۶۱/۸)	۵۰(٪۶۳/۳)	۵۲(٪۵۹/۱)	۷۱(٪۶۴)	۳۳(٪۶۶)	۱۹(٪۵۰)
دانشگاهی	۳۰(٪۱۵/۱)	۱۴(٪۱۷)	۱۱(٪۱۲/۵)	۱۹(٪۱۷/۱)	۴(٪۸)	۷(٪۱۸)
مدت ازدواج	۳/۴±۲/۸	۴/۱±۳/۵	۳±۲/۷	۳/۶±۲/۸	۳/۱۹±۲/۹	۲/۹±۲/۴

۲/۹±۲/۴	۲۰±۳/۱	۲۱±۲/۹	۲۰/۴۷±۳/۱	۲۱/۳۴±۳/۶	۲۰/۲۷±۳	سن اولین نزدیکی
۳(٪۷/۸)	۱۰(٪۲۰)	۳۱(٪۲۷/۹)	۱۳(٪۱۴/۷)	۵۳(٪۶۷)	۴۴(٪۲۲/۱)	درک از مقاربت
۱۵(٪۲۹/۵)	۲۹(٪۵۸)	۲۳(٪۲۰/۷)	۴۴(٪۵۰)	۴(٪۵/۱)	۶۷(٪۳۳/۷)	بی خطر
۱۹(٪۵۰)	۱۱(٪۲۲)	۵۲(٪۴۶/۸)	۳۰(٪۳۴/۱)	۲۱(٪۲۶/۶)	۸۲(٪۴۱/۲)	مضردراواخر
۱(٪۲/۶)	۰	۵(٪۴/۵)	۱(٪۱/۱)	۱(٪۱/۳)	۶(٪۳)	بی اطلاع
۰	۲(٪۴)	۹(٪۸/۱)	۲(٪۲/۲)	۱۲(٪۱۵/۱)	۱۱(٪۵/۵)	سابقه سقط

* سن ± انحراف معیار

** درصدها در ستون محاسبه گردیده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی علت بستری به تفکیک گروه

مقاربت علت بستری	مقاربت در نیمه دوم بارداری		مقاربت ۲ هفته اخیر قبل از زایمان		مقاربت ۱-۷ روز قبل از زایمان	مقاربت ۷-۱۴ روز قبل از زایمان
	نداشته	داشته	نداشته	داشته		
کاهش حرکات جنین	۶ ٪۷/۶	۵ ٪۵/۷	۷ ٪۶/۳	۵ ٪۵/۷	۰	۵ ٪۱۳/۲
پارگی کیسه آب	۲۰ ٪۲۵/۳	۱۶ ٪۱۸/۲	۱۸ ٪۱۶/۲	۱۶ ٪۱۸/۲	۱۳ ٪۲۶	۳ ٪۷/۹
خونریزی واژینال	۳ ٪۳/۸	۶ ٪۶/۸	۵ ٪۴/۵	۶ ٪۶/۸	۳ ٪۶	۳ ٪۷/۹
شروع دردهای زایمانی	۵۰ ٪۶۳/۳	۶۱ ٪۶۹/۳	۸۱ ٪۷۳	۶۱ ٪۶۹/۳	۳۴ ٪۶۸	۲۷ ٪۷۱

کسانی که فعالیت جنسی داشتند ۵/۴۹ ساعت بود که در آنالیز آماری این رابطه‌ها معنادار نبود.

مرحله زایمان هنگام بستری

از ۱۹۹ نفر افراد مورد مطالعه که در نیمه دوم بارداری فعالیت جنسی داشتند ۶۲ نفر (۳۱/۲ درصد) در فاز فعال مراجعه کردند و ۱۳۷ نفر (۶۸/۸ درصد) در فاز نهفته بودند. در گروه‌ها این توزیع تقریباً مشابه بود و ارتباط آماری معناداری به دست نیامد.

در این مطالعه علت بستری در اکثر موارد شروع دردهای زایمانی بود، که در همه گروه‌ها تقریباً مشابه بود. ولی در گروهی که ۱-۷ روز قبل از ختم بارداری، مقاربت داشتند مراجعه با شکایت پارگی کیسه آب پیش‌تر بود ($p < 0/05$) (جدول ۲).

اینداکشن

از بین افرادی که در نیمه دوم بارداری مقاربت داشتند ۱۵۴ نفر (۷۷/۴ درصد) و آن‌هایی که مقاربت نداشتند

در این مطالعه در حالت طاقباز میزان زایمان زودرس افزایش ($p < 0/05$) و همچنین طول مدت بارداری کاهش داشت ($p < 0/01$) که در آنالیز آماری رابطه معنادار بود.

بحث

آیا فعالیت جنسی در بارداری می‌تواند بر روی سیر زایمان اثرگذار باشد؟ در اکثر مطالعات ذکر شده است که فعالیت جنسی در بارداری تأثیری بر عواقب آن ندارد [۶، ۵، ۴]. اگر چه در مطالعات اندکی نیز نظراتی دال بر تأثیر فعالیت جنسی بر روی سیر زایمان ذکر شده است.

در مطالعه‌ای که ما انجام دادیم خصوصیات دموگرافیک در گروه‌ها تقریباً مشابه بود. آن‌هایی که مقاربت خود را تا انتهای بارداری ادامه دادند نسبت به آن‌هایی که فعالیت جنسی خود را کاهش دادند در میانگین سنی پایین‌تری بودند. در قومیت سیستانی و ترکمن نسبت به قومیت فارس و ترک، میزان فعالیت جنسی در نیمه دوم بارداری بیش‌تر بود. به نظر می‌رسد که این نتایج به این دلیل بود که تعداد زیادی از افراد مورد مطالعه ما را زنان نولی پار تشکیل می‌دادند و سال‌های اولیه پس از ازدواج را پشت سر می‌گذاشتند. به همین دلیل مقاربت خود را در بارداری متوقف نکردند و سن این گروه پایین‌تر بود.

همچنین در اقوام سیستانی و ترکمن که سطح آگاهی پایین‌تری نیز داشتند از مقاربت خود در نیمه دوم بارداری نکاستند.

در مطالعه ما بین تحصیلات و رتبه حاملگی و نمایه توده بدنی و شغل فرد رابطه معناداری پیدا نشد. هانیز در مطالعه‌ای که در هنگ‌کنگ، بر روی ۱۵۰ زن باردار انجام داد، رابطه‌ای بین سن و سطح سواد وضعیت شغلی مادر و رتبه حاملگی با فعالیت جنسی در بارداری پیدا نکرد [۷]. همچنین در مطالعه‌ای که سایلی انجام داد بین عواقب بارداری با سن و سطح تحصیلات رابطه معناداری گزارش نکرد [۸].

۶۲ نفر (۷۸/۵ درصد) اینداکشن شدند که در آنالیز آماری ارتباط معنادار نبود.

مدت زمان اینداکشن

در بین آن‌هایی که در طی نیمه دوم بارداری مقاربت داشتند میانگین مدت اینداکشن ۶/۴ ساعت و در گروهی که مقاربت نداشتند ۳/۸ ساعت بود. که در آنالیز آماری این رابطه‌ها معنادار نبود.

نوع زایمان

در بررسی‌های انجام شده مقاربت بر روی نوع زایمان اثری نداشت. از بین ۲۷۸ نمونه در کل ۱۹۹ (۷۱/۹ درصد) نفر زایمان طبیعی، و ۷۹ (۲۸/۱ درصد) نفر به روش سزارین زایمان کردند. که توزیع آن در گروه‌ها مشابه بود.

همچنین مقاربت بر روی آپگار، وزن نوزاد و پذیرش نوزاد در بخش مراقبت‌های ویژه نیز تأثیری نداشت.

در این مطالعه ۱۶۱ نفر (۸۰/۹ درصد) مقاربت از نوع داخل شدن آلت در واژن داشتند، و از این تعداد در ۱۳۸ مورد (۸۵/۷ درصد) مایع منی داخل واژن ریخته شد. که از لحاظ آماری هیچ رابطه‌ای بین نوع مقاربت و عواقب بارداری در گروه‌های مورد نظر به‌دست نیامد. همچنین در آن‌هایی که مایع منی را در واژن می‌ریختند نیز رابطه‌ای با عواقب بارداری و سیر زایمان یافت نشد.

نحوه قرارگیری افراد، هنگام مقاربت نیز تحت بررسی قرار گرفت. و در دو حالت پهلو به پهلو و طاقباز مقایسه شد. ۱۰۹ نفر (۵۴/۳ درصد) به صورت پهلو به پهلو و ۹۰ نفر (۴۵/۷ درصد) به صورت طاقباز فعالیت جنسی را ذکر کردند. در آنالیز آماری بین نحوه مقاربت با پارگی کیسه آب، مدت زمان اینداکشن و لزوم انجام اینداکشن و مدت زمان بستری رابطه معناداری پیدا نشد. این مسأله در مورد دکولمان به دلیل بروز اندک آن در نمونه‌ها قابل ارزیابی نبود.

که در مطالعه پنگ‌چیونگ مد نظر قرار گرفته است. ولی در مطالعه ما به دلیل سطح پایین آگاهی افراد مورد مطالعه در مورد ارگاسم، ارزیابی این فاکتور قابل اعتماد نبود. و همچنین اغلب بیماران مورد مطالعه در فاز نهفته بستری شدند و طول مدت بستری از زمان ورود بیمار به بلوک زایمان- در هر فازی- محاسبه شده است ولی در مطالعه مذکور مشخص نشد که بیماران در چه فازی بستری شده‌اند و مدت زایمان از چه زمانی در نظر گرفته شد.

اکثر افراد مورد مطالعه تحت اینداکشن با اکسی توسین قرار گرفتند (۷۷/۷ درصد). و فعالیت جنسی در بارداری اعم از وجود مایع منی در واژن و یا نحوه قرارگیری حین مقاربت، میزان نیاز به اینداکشن را کاهش نداد.

همچنین در مطالعه‌هایی که توسط شافیر و بندولد بر روی افرادی که دارای مقاربت واژنی بودند صورت گرفت، بین فعالیت جنسی و نرم شدگی سرویکس ارتباط معناداری پیدا نکردند و به این نتیجه رسیدند که مقاربت در بارداری میزان نیاز به اینداکشن را کاهش نمی‌دهد [۲۱].

اما در مطالعه‌ای که توسط پنگ‌چیونگ روی ۲۰۰ زن باردار انجام گرفت، اعلام کرد که فعالیت جنسی در بارداری میزان اینداکشن را در بارداری نرم کاهش می‌دهد [۱۰].

شاید دلیل به دست آمدن چنین نتیجه‌ای این باشد که این مطالعه در مرکزی انجام گرفت که علت اصلی استفاده از اینداکشن حاملگی‌های طول کشیده بود، ولی در مراکزی که ما اقدام به جمع‌آوری نمونه کردیم، اینداکشن جهت تحریک انقباضات در اکثر زایمان‌ها به کار گرفته می‌شد. به نظر می‌رسد به دلایل ذکر شده رابطه این متغیر با فعالیت جنسی در بارداری قابل اعتماد و ارزیابی نیست.

در همه گروه‌های دارای فعالیت جنسی در بارداری فراوانی دفعات مقاربت آن‌ها در دوره بارداری نسبت به قبل از آن کاهش واضح داشت. و اکثر آن‌ها فراوانی

در بررسی‌های به عمل آمده علل بستری در گروه‌های مختلف تفاوت چندانی با یکدیگر نداشت و در اکثر افراد، علت بستری شروع دردهای زایمانی بوده است.

در مطالعه ما طول مدت بارداری با فعالیت جنسی- اعم از ورود آلت در داخل واژن و یا تحریکی- با یکدیگر تفاوت معناداری نداشتند، و طول مدت بارداری در گروهی که نحوه مقاربت طاقباز را برگزیده بودند به میزان معناداری کم‌تر بود.

در مطالعه‌ای که شافیر بر روی ۹۳ خانم باردار انجام داد نیز نشان داده شد که متوسط طول مدت بارداری در گروهی که مقاربت داشتند ۳۹/۹ هفته و در گروهی که نداشتند ۳۹/۳ هفته بود. و تفاوت آشکاری را از نظر طول مدت بارداری در دو گروه ثابت نکرد [۱].

اما در مطالعه دیگری که توسط پنگ‌چیونگ روی ۳۴۴ زن باردار انجام شد، نشان داده شد که ۶/۹ درصد آن‌هایی که مقاربت را ذکر کردند، مدت بارداری آن‌ها تا ۴۱ هفتگی طول کشید. ولی ۲۹/۱ درصد از آن‌ها که مقاربت نداشتند مدت بارداری آن‌ها تا ۴۱ هفتگی طول کشید. و ثابت کرد که مقاربت طول مدت بارداری را کاهش می‌دهد. به نظر می‌رسد که شاید به دلیل آمادگی سرویکس جهت زایمان باشد [۲].

در مطالعات فوق نحوه قرارگیری حین مقاربت مشخص نشده است. و ما توجه مناسبی را برای اثبات این ادعا نیافتیم.

در آنالیز داده‌ها دریافتیم که فعالیت جنسی در بارداری اعم از وجود مایع منی در واژن و یا نحوه قرارگیری حین مقاربت اثری بر روی طول مدت زایمان ندارد و این مدت را کوتاه نمی‌کند.

اما بر خلاف یافته ما در مطالعه‌ای که توسط پنگ‌چیونگ انجام شد، نشان داد که فعالیت جنسی در بارداری سبب تسریع زایمان می‌شود. و طول مدت زایمان کاهش پیدا می‌کند [۲]. و شاید علت آن سایر شرایط باشد که می‌تواند تأثیرگذار باشد. مثلاً ارگاسم

افزایش نمی‌دهند، و بیش‌تر رفتارهای جنسی قبل از بارداری و تعداد شرکای جنسی است که خطر زایمان زودرس راجعه را افزایش می‌دهد [۳]. که دلیل آن را افزایش شرکای جنسی و عفونت مطرح کرده است. شاید علت تفاوت نتیجه ما با مطالعه مذکور این است که در مطالعه ما رفتارهای جنسی در اوایل بارداری بررسی نشده است و در ضمن تعداد شرکای جنسی مورد ارزیابی قرار نگرفت. و در مطالعه ایشان وضعیت مقاربت نیز مطرح نشده است.

در مطالعه‌ای که توسط سایلی و همکاران و همچنین پنگ‌چیونگ، مربوط به فعالیت جنسی در اواخر بارداری و ارگاسم صورت گرفت، یک کاهش ریسک در زمینه زایمان زودرس گزارش شده است که حتی بودن یا نبودن واژینوز باکتریال نیز روی این مسأله تأثیرگذار نبود [۱۰ و ۱۱].

این مسأله را اینگونه می‌توان توجیه کرد که در مطالعه ما جهت کاهش عوامل مخدوش‌کننده در شروع، افرادی که دارای سابقه زایمان زودرس بودند و یا کسانی که عوامل خطر جهت زایمان زودرس و یا منع پزشکی، جهت مقاربت در بارداری داشتند را وارد مطالعه نکردیم. اما در مطالعات انجام شده احتمالاً افرادی که مقاربت نداشتند عامل خطر دیگری جهت زایمان زودرس داشتند و از این رو میزان زایمان زودرس در این گروه بیش‌تر از گروهی شد که در بارداری مقاربت داشتند.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد که فعالیت جنسی در بارداری، در افراد سالم و بدون عامل خطر، بر سیر زایمان، میزان ایندکشن و طول مدت زایمان، و زایمان زودرس تأثیری ندارد. همچنین شاید تا یک هفته پس از یک فعالیت جنسی احتمال خطر پارگی کیسه آب افزایش یابد. ضمن آن‌که نحوه قرارگیری طاقباز در حین مقاربت در یک زن باردار می‌تواند طول مدت بارداری را کاهش داده و باعث افزایش بروز زایمان زودرس شود.

مقاربت خود را در بارداری یکبار در هفته ذکر کردند که در همه گروه‌ها مشابه هم بود. ۶۴ درصد افراد مقاربت خود را در بارداری کاهش دادند. و اکثر آن‌ها علت کاهش مقاربت خود را ترس از عواقب جنینی از جمله سقط، پارگی کیسه آب، و ترس از زایمان زودرس ذکر کردند. و عده قلیلی نیز علت کاهش مقاربت خود را مشکلات وضعیتی و درد زیر شکم و کمردرد در حین نزدیکی ذکر کردند. که البته دفعات مقاربت بر روی زایمان زودرس و پارگی کیسه آب تأثیر واضحی نداشت. در مطالعه‌ای که توسط اوجی انجام شد نیز ۶۴ درصد زنان کاهش دفعات مقاربت را در بارداری ذکر کردند [۱۱]. مطالعه‌ای که رابطه بین آن‌ها را بررسی کند یافت نشد.

در مطالعه‌ای که انجام دادیم پارگی کیسه آب با مقاربت یک هفته قبل از زایمان رابطه معناداری داشت که این مسأله در نوع مقاربت داخل واژنی با نوع تحریکی تفاوتی نداشت. همچنین دریافتیم که نوع قرارگیری هنگام مقاربت نیز با بروز پارگی کیسه آب رابطه معناداری ندارد. البته فاکتورهای دیگری نیز می‌تواند در پارگی کیسه آب مؤثر باشد که از مهم‌ترین آن‌ها می‌توان عفونت در طی بارداری را نام برد که در مطالعه ما مورد ارزیابی قرار نگرفت. در تحقیقات گذشته مطالعه‌ای دال بر اثر نزدیکی بر پارگی کیسه آب، صرف نظر از زودرس بودن زایمان یافت نشد.

در این مطالعه میزان بروز دکولمان ۲ مورد گزارش شد که هر دو مورد مقاربت را در بارداری ذکر می‌کردند. از لحاظ آماری با توجه به تعداد کم، این ارتباط قابل ارزیابی نبود. در مطالعات گذشته به طور تفکیک شده مطالعه‌ای را در این زمینه نیافتیم.

در مطالعه‌ای که انجام گرفت بین فعالیت جنسی اعم از واژینال بودن مقاربت و یا غیر آن و زایمان زودرس رابطه معناداری یافت نشد. اما در حالت طاقباز میزان زایمان زودرس به میزان معناداری افزایش یافت.

در مطالعه‌ای که توسط نیکول روی ۱۶۵ خانم باردار انجام گرفت، نشان داد که فعالیت جنسی و مقاربت در اوایل بارداری خطر زایمان زودرس را

منابع

7. Haines CJ, Shan YO, Kuen CL, Leung DH, Chung TK, Chin R. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese women. *J Psychosom Res* 1996;40(3):299-304.
8. Sayle AE, Savitz DA, Throp JM, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001;97(2):283-9.
9. Bendvold E. Coitus & induction of labor [In Norwegian]. *Tidsskrift for Jordmodre* 1990;96:6-8.
10. Peng chiong T, Choon Ming Y, Siti Zawiah O. Effect of Coital activity on Onset of Labor in Women Scheduled for Labor Induction. *Obstet Gynecol* 2007;110(4):820-826.
11. Orji EO, Ogunlola IO, Fasubaa OB. Sexuality among pregnant women in South West Nigeria. *J Obstet Gynaecol*. 2002 Mar;22(2):166-8.
1. Schaffir J. Sexual intercourse at term and onset of labor. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):1310-4.
2. Peng chiong T, Anggeriana A, Noor A, Noraihan Mn. Effect of coitus at Term on length of Gestation, induction of labor and mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108(1):134-40.
3. Nicole Y, John O, Vincenzo B, Elizabeth T, Melissa S, Gary A, et al. Effect of coitus on recurrent preterm birth. *Obstet Gynecol* 2006;107(4):793-7.
4. Berek J. Berek & novak's gynecology. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2007:14:324.
5. Cunningham FG, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Gilstrap L, Wenstrom K. Williams obstetrics. United states of America 2005:159-161.
6. James RS, Ronald G, Beth YK, Arthur FH. Danforth's obstetrics & gynecology. New York 2003:18-192.

دکتر فرحناز ترکستانی و همکاران