

تأثیر مقاربت جنسی در تسریع شروع زایمان و جلوگیری از حاملگی طول کشیده در شهرستان یزد در سال ۱۳۸۵-۱۳۸۶

دکتر لیلی سخاوت^۱، دکتر صدیقه اخوان کرباسی^۲

۱. استادیار گروه زنان و زایمان، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

۲. استادیار گروه اطفال، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، یزد، ایران

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۸۸/۸/۲۳

تاریخ دریافت: ۱۳۸۸/۴/۲۴

خلاصه

مقدمه: تعدادی از پزشکان بر این اعتقاد هستند که مقاربت جنسی در زنان حامله ترم، روند زایمان را تسریع می کند. این مطالعه با هدف بررسی تاثیر فعالیت جنسی بر تسریع زایمان و جلوگیری از زایمان طول کشیده انجام شده است. **روش کار:** این مطالعه به صورت مقطعی آینده نگر یک سوکور بر روی ۲۱۵ زن حامله ترم با حاملگی کم خطر (بالای ۳۶ هفته) مراجعه کننده به درمانگاه مراقبتهای بارداری بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد در فاصله سالهای ۱۳۸۵-۱۳۸۶ انجام شده است. در هر ویزیت هفتگی، از این افراد در مورد انجام مقاربت جنسی در هفته قبل از آنان سؤال شد. اطلاعات بدست آمده از وضعیت و نتایج زایمان در افرادی که مقاربت داشته (گروه مورد) و آنهایی که نداشتند (گروه شاهد) مقایسه گردید. محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمونهای آماری t و کای اسکور انجام شد. **یافته ها:** در میان ۲۱۵ زن حامله ترم، ۱۰۵ زن حامله در هفته های آخر حاملگی (ترم) با میانگین $2/3 \pm 0/6$ بار در هفته مقاربت جنسی داشته و ۱۱۰ نفر مقاربت جنسی نداشتند. مقاربت در زمان ترم با شروع زودتر زایمان، حاملگی طول کشیده کمتر و نیاز کمتر به القاء زایمان همراه بود. زایمان خودبخودی در ۶۶/۷٪ گروه مورد و ۴۸/۲٪ گروه شاهد اتفاق افتاد ($p < 0/05$). زایمان بعد از ۴۰ هفته در گروه مورد (۷/۶٪) بطور معنی داری نسبت به گروه شاهد (۱۷/۳٪) کاهش داشت ($p < 0/05$). میزان سزارین، تب بعد از زایمان و سلامت نوزاد در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت. **نتیجه گیری:** مقاربت جنسی در زمان حامله ترم می تواند باعث تسریع در شروع زایمان، جلوگیری از حاملگی طول کشیده و کاهش نیاز به القاء زایمان گردد.

کلمات کلیدی: فعالیت جنسی؛ القاء زایمان؛ حاملگی طول کشیده

* نویسنده مسؤول مکاتبات: دکتر لیلی سخاوت؛ یزد، صفاییه، دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، بیمارستان آموزشی شهید صدوقی یزد؛

تلفن: ۰۳۵۱ - ۸۲۲۴۰۰۱؛ پست الکترونیک: l_sekhavat@yahoo.com

مقدمه

موفقیت زایمان کاملاً به وضعیت آمادگی دهانه رحم از جمله طول، ضخامت و به خصوص قوام دهانه رحم مربوط است. از روشهای مختلفی برای آمادگی دهانه رحم، استفاده می شود، از جمله آنها پروستاگلاندین ها می باشند که بطور گسترده در انواع مختلف با روشهای مختلف تجویز می شوند (۱،۲).

انجام مقاربت جنسی باعث تحریک دهانه رحم و بالا رفتن ترشح پروستاگلاندین می شود، که این امر در افراد حامله و در زمان ترم می تواند باعث انقباض رحم و شروع دردهای زایمانی شود. مایع منی خود دارای پروستاگلاندین E است که می تواند باعث نرم شدن دهانه رحم گردد (۳). غلظت پروستاگلاندین موکوس دهانه رحم ۲ ساعت بعد از نزدیکی را تا ۱۰ برابر حالت عادی تخمین زده اند (۴). تحریک پرده های جنینی بر اثر مقاربت نیز همراه با بالا رفتن ترشح پروستاگلاندین و القاء زایمان می باشد (۵). از طرفی مقاربت جنسی باعث ارگاسم و افزایش انقباضات رحم می شود بطوری که با مانیوتورینگ انقباضات رحم در افراد حامله ترم افزایش فعالیت رحم را بعد از مقاربت مشاهده کرده اند (۶).

عده ای از پزشکان بر این اعتقادند فعالیت جنسی در زمان حاملگی ترم می تواند باعث تسریع در شروع زایمان گردد (۳) اما گزارشاتی نیز این نظریه را رد کرده است و انجام مقاربت جنسی را در تسریع زایمان واژینال مرتبط نمی دانند (۸،۷،۴). حتی عده ای از محققین انجام مقاربت جنسی قبل از ترم (هفته ۲۹-۳۶) را با افزایش خطر زایمان پیش از موعد همراه دانستند (۹) و گروهی دیگر نیز این نظریه را رد کرده اند (۱۰).

انجام زایمان واژینال بدون دخالت پزشک (القاء زایمان) و پیشگیری از زایمان طول کشیده برای مادر و جنین اهمیت حیاتی دارد. از این رو مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر مقاربت جنسی بر تسریع شروع زایمان و جلوگیری از حاملگی طول کشیده صورت گرفت.

روش کار

این مطالعه بصورت مقطعی آینده نگر یک سوکور پس از کسب اجازه از کمیته اخلاق بیمارستان از سال ۱۳۸۵-۱۳۸۶ در زنان حامله ترم (بالای ۳۶ هفته) با خطر

پایین مراجعه کننده به درمانگاه مراقبتهای بارداری بیمارستان آموزشی شهید صدوقی انجام شد. در هر ویزیت هفتگی مراقبتهای حاملگی از این افراد در مورد انجام مقاربت جنسی در هفته قبل از آن سؤال شد و یادداشت گردید. سپس طول مدت بارداری، نیاز به القاء زایمان، طولانی شدن مدت حاملگی به بیش از ۴۰ هفته و نوع زایمان هر کدام از شرکت کنندگان در مطالعه بطور جداگانه توسط پژوهشگری که از فعالیت جنسی افراد مورد نظر اطلاع نداشت، یادداشت گردید. سپس نتایج با یکدیگر مقایسه و مورد بررسی قرار گرفت. حجم نمونه با استفاده از مطالعات قبلی و با روش آماری محاسبه گردید، برای هر گروه ۱۰۰ نفر بر آورد شد که بر اساس احتمال حذف موارد برای هر گروه ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

شرایط ورود به مطالعه زنان باردار با حاملگی کم خطر (بدون عوارض حاملگی، بیماری مادری و عوارض جنینی) بود تا نیاز به دخالت مامایی جهت ختم زودتر حاملگی، انجام سزارین و ممانعت از انجام فعالیت جنسی وجود نداشته باشد. شرایط خروج از مطالعه شامل سابقه تهدید به سقط، خونریزی در سه ماهه سوم بارداری، سابقه زایمان زودرس، یا حاملگی طول کشیده، پارگی پیش از موعد کیسه آب، تاخیر رشد داخل رحمی، مادران با فشار خون بالا، دیابت حاملگی و همچنین افرادی که منع انجام مقاربت جنسی داشتند مثل پلی هیدرآمنیوس و چند قلویی بود. از میان ۲۴۲ زن حامله ترم مورد مطالعه قرار گرفته، تعداد ۲۷ نفر به علت عدم مراجعات بعدی و عدم مراجعه جهت زایمان از مطالعه حذف شدند. از افراد مورد بررسی در کنار معاینات دوران بارداری پرسشنامه های مربوط به مقاربت توسط یک نفر (رزیدنت سال اول زنان و زایمان) تکمیل شد. در صورت داشتن مقاربت جنسی در هفته قبل از ویزیت (گروه مورد)، یا در صورت نداشتن مقاربت در هفته قبل از ویزیت (گروه شاهد)، تعداد آن ثبت گردید و سپس از آنها خواسته شد که هفته آینده جهت مراقبت بارداری مراجعه نمایند. در مورد انجام مراقبت هیچگونه پیشنهاد و یا منعی نشد و جهت جلوگیری از تحت تاثیر قرار گرفتن بیماران در مورد روش مطالعه به آنان اطلاعی داده نشد تا تغییر انگیزه و روش ایجاد نشود. سن بارداری

در هر مراجعه بر اساس تاریخ اولین روز آخرین قاعدگی (LMP) محاسبه شد و در صورت طول کشیدن حاملگی (بیش از ۴۰ هفته) یادداشت و بررسی های مناسب انجام شد. القاء زایمان برای این افراد در صورت عدم شروع دردهای زایمان بعد از ۴۱ هفته انجام شد.

به هنگام شروع درد زایمان معاینات و کنترل زایمان توسط فردی که از وضعیت بیمار در مورد داشتن یا نداشتن فعالیت جنسی اطلاع نداشت، (رزیدنت سال اول و دوم) انجام شد. وضعیت زایمان و نوع آن یادداشت و در صورت نیاز به القاء زایمان معاینه اولیه جهت تعیین نرمی و آمادگی سرویکس انجام و سپس القا شروع و مدت زایمان یادداشت و در انتها آپگار نوزاد یادداشت گردید. زنانی که زایمان واژینال میکردند صبح روز بعد مرخص و از آنان خواسته می شد که در صورت ایجاد هر عارضه غیرطبیعی بخصوص تب، بعد از ۲۴ ساعت از زایمان مراجعه نمایند تا از نظر عفونتهای بعدی مورد بررسی قرار گیرند.

محاسبات آماری بر اساس نرم افزار SPSS (نسخه ۱۱/۵) و آزمونهای آماری t و کای اسکوئر انجام گردید. سطح معنی داری در این مطالعه ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

از میان ۲۴۲ زن باردار ترم با حاملگی کم خطر که در طول یکسال وارد مطالعه شدند، ۲۷ نفر به علت عدم مراجعات بعدی از مطالعه حذف شدند. از ۲۱۵ نفر باقیمانده، ۱۰۵ نفر در زمان ترم با میانگین ۲/۳ بار در هفته مقاربت جنسی داشتند و ۱۱۰ نفر در این زمان هیچگونه مقاربت جنسی نداشتند. جدول (۱) مشخصات عمومی افراد مورد مطالعه را نشان می دهد.

شروع زایمان در گروهی که در زمان ترم مقاربت جنسی داشتند (گروه مورد) زودتر از گروه بدون مقاربت جنسی (گروه شاهد) انجام شد ($38/5 \pm 1/7$) در مقایسه با $1/4 \pm 39/6$ ، $p < 0/05$). زایمان بعد از هفته ۴۰ (پست ترم) در $7/6\%$ گروه مورد و $17/3\%$ گروه شاهد اتفاق افتاد ($p < 0/05$). همچنین گروه مورد نسبت به گروه شاهد نیاز کمتری به القاء زایمان داشتند؛ بطوری که زایمان خودبخودی در ۷۰ نفر از گروه مورد ($66/7\%$) و ۵۳ نفر از گروه شاهد ($48/2\%$) اتفاق افتاد ($p < 0/05$). همچنین

نفر از گروه مورد ($19/1\%$) و ۳۷ نفر از گروه شاهد ($33/6\%$) نیاز به القاء زایمان پیدا کردند ولی معاینه اولیه جهت تعیین نرمی و آمادگی سرویکس (Bishop score) در دو گروه یکسان بود. حاملگی طول کشیده (پست ترم) در ۸ نفر از گروه مورد و ۱۹ نفر از گروه شاهد دیده شد ($p < 0/05$). پارگی کیسه آب در ۹ نفر از گروه مورد و ۶ نفر از گروه شاهد مشاهده شد که همراه با شروع درد زایمان بود. خونریزی واژینال در هیچ گروه دیده نشد. تعداد سزارین در دو گروه تفاوت معنی دار نداشت (جدول ۲). نوزادان به دنیا آمده در دو گروه از نظر آپگار ۵ دقیقه اول و نیاز به احیاء نوزادان تفاوت معنی داری نداشتند. ۵ نفر از گروه مورد و ۳ نفر از گروه شاهد بعد از ترخیص دچار تب شدند که در بررسی های انجام شده عفونت ادراری تشخیص داده شد و موردی از آندومتريت در دو گروه مشاهده نشد.

بحث

عده ای از پزشکان بر این اعتقاد هستند فعالیت جنسی در زمان ترم می تواند باعث تسریع در شروع زایمان گردد (۳، ۶). تامپلسون و همکاران در مطالعه ای دریافتند که ۸۶٪ از خانمهای حامله و ۹۳٪ از شوهرانشان تمایل به آگاه شدن در مورد اثر فعالیت جنسی بر شروع زایمان و عوارض حاصل از آن را دارند (۳). گرچه در این مطالعه اکثر افراد معتقد بودند که مقاربت جنسی می تواند نقش موثر در شروع زایمان داشته باشد. مطالعه حاضر جهت بررسی اثر مقاربت جنسی بر تسریع شروع زایمان و جلوگیری از حاملگی طول کشیده صورت گرفت و نشان می دهد انجام مقاربت در زمان ترم می تواند باعث تسریع شروع زایمان، کاهش حاملگی طول کشیده و کاهش نیاز به القاء زایمان گردد. گروه مورد بطور متوسط $2/3$ بار در هفته مقاربت جنسی بین هفته های ۳۶-۴۰ حاملگی داشتند. در این گروه بطور معنی دار زایمان زودتر از گروه شاهد (بدون مقاربت جنسی) انجام شد. که این نتایج با مطالعه تان در سال ۲۰۰۶ همخوانی دارد (۱۱). در صورتیکه مطالعات متعدد دیگری این نظریه را رد کرده و گزارش کرده اند که انجام مقاربت جنسی در اواخر حاملگی هیچ نقشی در تسریع شروع زایمان و یا کوتاه کردن طول مدت بارداری نداشته است (۴، ۵، ۷).

حاملگی دارد. در انتها پیشنهاد می شود مطالعات بیشتری در این زمینه ها انجام شود.

نتیجه گیری

مقاربت جنسی در هفته های آخر حاملگی می تواند باعث تسریع شروع زایمان، کاهش موارد حاملگی طول کشیده و همچنین کاهش نیاز به القاء زایمان گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم میدانند از پرسنل محترم درمانگاه زنان و زایمان و همچنین پرسنل محترم اتاق زایمان بیمارستان شهید صدوقی یزد به خاطر همکاریهایشان در انجام این تحقیق صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

سایلی در مطالعه ای در سال ۲۰۰۱ گزارش کرد که انجام مقاربت در زمان حاملگی باعث زایمان زودرس نمی شود (۱۲).

در این مطالعه هیچگونه افزایش عوارض حاملگی مثل پارگی پیش از موعد کیسه آب و یا عفونت بعد از زایمان در گروهی که فعالیت جنسی داشتند دیده نشد که این موارد گزارش سیتو در سال ۱۹۹۷ و برگلا در سال ۲۰۰۲ را تایید می کند (۱۳، ۱۴).

از محدودیت های این پژوهش می توان به این نکته اشاره نموده که اطلاعات از طریق پرسش از مراجعین بدست آمد. همچنین در این مطالعه نقش ارگاسم در افراد مورد مطالعه بررسی نشده است و اینکه مقاربت های بدون ارگاسم و با ارگاسم در زن حامله چه اثری بر بارداری و عوارض آن دارند. همچنین وضعیت قرار گرفتن زن حامله هنگام مقاربت چه نقشی در ایجاد عوارض

منابع

1. Sharami SH, Milani F, Zahiri Z, Mansour-Ghanaei F. A randomized trial of prostaglandin E2 gel and extra-amniotic saline infusion with high dose oxytocin for cervical ripening. *Med Sci Monit* 2005 Aug; 11(8):CR 381-6.
2. van Gemund N, Scherjon S, LeCessie S, van Leeuwen JH, van Roosmalen J, Kanhai HH. A randomized trial comparing low dose vaginal misoprostol and dinoprostone for labour induction. *BJOG* 2004 Jan;111(1):42-9.
3. Tomlinson AJ, Colliver D, Nelson J, Jackson F. Does sexual intercourse at term influence the onset of labour? A survey of attitudes of patients and their partners. *J Obstet Gynaecol*. 1999 Sep;19(5):466-8.
4. Schaffir J. Sexual intercourse at term and onset of labor. *Obstet Gynecol* 2006 Jun;107(6):1310-4.
5. Tan P, Yow CM, Omar SZ. Effect of coital activity on onset of labor in women scheduled for labor induction: a randomized controlled trial. *Obstet Gynecol* 2007 Oct;110(4):820-6.
6. Schaffir J. Survey of folk beliefs about induction of labor. *Birth* 2002 Mar;29(1):47-51.
7. Fox NS, Gelber SE, Chasen ST. Physical and sexual activity during pregnancy are not associated with the onset of labor and mode of delivery in low risk term nulliparous women. *Int J Gynecol Obstet* 2007; 8(1).
8. Susman J. Intercourse doesn't hasten onset of labor. *J Fam Pract* 2006;55(9):757.
9. Petridou E, Salvanos H, Skalkidou A, Dessypris N, Moustaki M, Trichopoulos D. Are there common triggers of preterm deliveries? *BJOG* 2001;108:598-604.
10. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstetrics & Gynecology* 2001;97:283-289.
11. Tan PC, Andi A, Azmi N, Noraihan MN. Effect of coitus at term on length of gestation, induction of labor, and mode of delivery. *Obstet Gynecol* 2006;108:134-140.
12. Sayle AE, Savitz DA, Thorp JM Jr, Hertz-Picciotto I, Wilcox AJ. Sexual activity during late pregnancy and risk of preterm delivery. *Obstet Gynecol* 2001;97(2):283-9.
13. Cito G. Sexual activity, cardiotocographic findings and time of delivery in physiologic pregnancy. Survey of a population controlled by ambulatory cardiotocography. *Minerva Ginecol* 1997; 49 (12):551-4.
14. Berghella V, Klebanoff M, McPherson C, Carey JC, Hauth JC, Ernest JM, et al. Sexual intercourse association with asymptomatic bacterial vaginosis and *Trichomonas vaginalis* treatment in relationship to preterm birth. *Am J Obstet Gynecol* 2002;187(5):1277-82.