

تأثیر مقاربت جنسی در کاهش نیاز به اینداکشن در زمان ترم

دکتر فاطمه وحید رودسری^۱، دکتر مهناز قلی پور بازیری^۲، دکتر صدیقه آیتی^{۳*}،

دکتر منور افضل آقایی^۴، فائزه پورصدرالله^۵

۱. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۲. رزیدنت زنان و مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۳. دانشیار گروه زنان و مامایی، مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۴. متخصص پزشکی اجتماعی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.
۵. دانشجوی پزشکی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۴/۲۸ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۱/۷/۱۲

خلاصه

مقدمه: زایمان، مسیر نهایی و مهمترین قسمت بارداری محسوب می شود و آماده بودن سرویکس یکی از مهمترین جنبه های پیشرفت زایمان می باشد. انجام مقاربت جنسی باعث تحریک دهانه رحم و ترشح پروستاگلاندین می شود که ممکن است باعث انقباض رحم و شروع دردهای زایمانی شود. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مقاربت جنسی بر شروع زایمان و پیشگیری از زایمان پست ترم انجام شد.

روش کار: این مطالعه آینده نگر در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۱۲ زن باردار بالای ۳۹ هفته با خطر پایین مراجعه کننده به درمانگاه مامایی بیمارستان های آموزشی قائم و ام البنین انجام شد. نمونه گیری به روش غیر احتمالی مبتنی بر هدف انجام شد. افراد واجد شرایط ورود به مطالعه انتخاب و در دو گروه شاهد (۱۰۲ نفر) و مورد (۱۱۰ نفر) قرار گرفتند. گروه شاهد، افراد بارداری بودند که هیچگونه مقاربت جنسی تا زمان زایمان نداشتند و در گروه مداخله، افراد باردار بعد از انجام معاینه واژینال و تعیین بیشاب اسکور و انجام نان استرس تست، از هفته ۳۹ بارداری هفته ای ۱-۲ بار مقاربت جنسی داشتند. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های تی تست، کای اسکور و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها: میانگین سن بارداری در دو گروه تفاوت آماری معنی داری نداشت ($p=0/3$) ولی نیاز به تحریک زایمان ($p<0/0001$) و میزان سزارین ($p=0/034$) در گروه مورد به طور معنی داری کمتر و میانگین نمره بیشاب در هنگام پذیرش ($p=0/002$) بالاتر بود. میزان بارداری پست ترم ($p=0/88$) و عوارض زایمانی ($p=0/68$) در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت.

نتیجه گیری: مقاربت جنسی در زنان باردار می تواند باعث شروع خود به خودی انقباض و نیاز کمتر به اینداکشن و کاهش میزان سزارین شود.

کلمات کلیدی: بارداری ترم، بارداری طول کشیده، درد زایمان، زایمان، فعالیت جنسی

* نویسنده مسئول مکاتبات: دکتر صدیقه آیتی؛ مرکز تحقیقات سلامت زنان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. تلفن:

۰۵۱۱-۸۰۱۲۴۷۷؛ پست الکترونیک: ayatis@mums.ac.ir

مقدمه

انجام مقاربت جنسی باعث تحریک دهانه رحم و بالا رفتن میزان ترشح پروستاگلاندین می شود که این امر در افراد باردار و در زمان ترم می تواند باعث انقباض رحم و شروع دردهای زایمانی شود (۱، ۲).

موفقیت زایمان کاملاً به وضعیت آمادگی دهانه رحم از جمله طول، ضخامت و به خصوص میزان نرمی دهانه رحم بستگی دارد. جهت آمادگی دهانه رحم از روش های مختلفی نظیر پروستاگلاندین و سونداکسترا آمینون استفاده می شود (۳، ۴). مایع منی، دارای پروستاگلاندین E می باشد که می تواند باعث نرم شدن دهانه رحم شود (۳). تحریک پرده های جنینی بر اثر مقاربت نیز باعث بالا رفتن ترشح پروستاگلاندین و القاء زایمان می شود. از طرفی، مقاربت جنسی باعث ارگاسم و افزایش انقباضات رحم و تحریک نوک پستان حین مقاربت نیز باعث شروع زایمان می شود (۷-۵).

در مطالعه تان و همکاران (۲۰۰۶)، ۲۰۰ زن باردار بالای ۳۶ هفته مورد مطالعه قرار گرفتند. ۱۱۶ زن باردار، مقاربت جنسی داشتند و ۸۴ زن مقاربت جنسی نداشتند. زنانی که مقاربت جنسی را در زمان ترم گزارش کردند، زودتر به سمت زایمان خود به خودی پیشرفت کردند و نیاز به اینداکشن نیز در این گروه کمتر بود. هر چه میزان مقاربت بیشتر باشد، سن بارداری و نیاز به اینداکشن در هفته ۴۱ بارداری کمتر می شود (۸). در مطالعه جاناناتان و همکاران (۲۰۰۶)، مقاربت جنسی در زمان ترم ارتباطی با رسیدن شدن^۱ سرویکس نداشت و باعث تسریع زایمان نشد (۹).

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 کاهش نیاز به اینداکشن در زمان ترم انجام شد.

روش کار

این مطالعه آینده نگر در سال ۱۳۹۰ بر روی ۲۱۲ زن باردار بالای ۳۹ هفته با خطر پایین مراجعه کننده به

درمانگاه مامایی بیمارستان های آموزشی قائم (عج) و ام البنین (س) انجام شد.

حجم نمونه بر اساس مطالعه سخاوت و همکاران (۲) و با استفاده از نرم افزار NCSS در هر گروه ۴۰ نفر محاسبه شد و به دلیل جلوگیری از ریزش نمونه ها و به دلیل وجود متغیرهای تأثیرگذار دیگر، حجم نمونه به ۱۰۲ نفر در گروه شاهد و ۱۱۰ نفر در گروه مورد افزایش یافت. این مطالعه پس از کسب مجوز از کمیته اخلاق و اخذ رضایت آگاهانه از بیماران انجام شد. معیارهای ورود به مطالعه شامل زنان باردار سالم، نداشتن مانعی جهت زایمان طبیعی، داشتن بارداری کم خطر و بالای ۳۹ هفته بارداری، رضایت جهت ورود به مطالعه، تصمیم به زایمان در مرکز مربوطه و عدم نیاز به دخالت مامایی جهت ختم زودتر بارداری بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل: سابقه تهدید به سقط، سابقه زایمان زودرس یا طول کشیده، خونریزی های سه ماهه سوم بارداری، پارگی پیش از موعد کیسه آب، تأخیر رشد داخل رحمی، پلی هیدرآمنیوس، چند قلوبی، موقعیت غیر سفالیک و دقیق نبودن سن بارداری (نداشتن تاریخ آخرین قاعدگی یا سونوگرافی سه ماهه اول) بود. نمونه گیری به روش غیر احتمالی مبتنی بر هدف انجام شد. در ویزیت های هفتگی مراقبت های بارداری، افراد واجد شرایط ورود به مطالعه، انتخاب و بر اساس زایمان نکرده یا زایمان کرده به دو گروه تقسیم شدند و در هر گروه تخصیص تصادفی با استفاده از نرم افزار انجام شد. در هر گروه، گروه شاهد و مداخله وجود داشت. گروه شاهد، افراد بارداری بودند که هیچگونه مقاربت جنسی تا زمان زایمان نداشتند و در گروه مداخله، فرد باردار واجد شرایط ورود به مطالعه بعد از انجام معاینه واژینال و تعیین بیشاب اسکور و انجام نان استرس تست، در صورت نداشتن عفونت واژینال بالینی و نیز نان استرس تست طبیعی، بر اساس آموزش های داده شده در درمانگاه، از هفته ۳۹ بارداری هفته ای ۱-۲ بار مقاربت جنسی داشتند. جهت همسان سازی مقاربت نیز در درمانگاه، آموزش های لازم در مورد نحوه و کیفیت مقاربت داده شد که شامل موقعیت خاص هنگام مقاربت و تمام اعمال جنسی و تحریک کلیتوریس و نوک پستان

¹ ripening

(LMP) استفاده، در غیر اینصورت از سونوگرافی سه ماهه اول جهت تعیین سن بارداری استفاده شد. داده ها پس از گردآوری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۱۶) و آزمون های تی تست، کای اسکوئر و من ویتنی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. میزان p کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

مطالعه حاضر بر روی ۲۱۲ بیمار انجام شد که ۱۰۲ نفر در گروه شاهد و ۱۱۰ نفر در گروه مورد قرار گرفتند. دو گروه از نظر سن ($p=0/3$)، پارите ($p=0/36$)، وضعیت اشتغال ($p=0/2$)، تحصیلات ($p=0/1$) و شاخص توده بدنی ($p=0/8$) تفاوت آماری معنی داری نداشتند. میانگین نمره بیشاب در هنگام پذیرش، در گروه شاهد $0/16 \pm 3/8$ و در گروه مورد $0/18 \pm 4/5$ بود که این اختلاف بر اساس آزمون من ویتنی معنی دار بود ($p=0/002$).

در گروه شاهد، ۷۰ نفر ($68/6\%$) و در گروه مورد، ۴۹ نفر ($44/5\%$) نیاز به اینداکشن داشتند که تفاوت مشاهده شده بر اساس آزمون کای اسکوئر از نظر آماری معنی دار بود و نیاز به اینداکشن در گروه دارای مقاربت جنسی، کمتر بود ($p<0/0001$) (جدول ۱).

و ریختن مایع منی به داخل واژن بود. در مقاربت، رسیدن زن باردار به ارگاسم الزامی نبود.

کنترل بیماران با پیگیری و ویزیت هفتگی (مراقبت های معمول بارداری) و تماس تلفنی انجام شد. همچنین زنان بارداری که رضایت جهت ورود به مطالعه را داشتند، در زمان شروع انقباضات رحمی و در زمان پذیرش در بیمارستان خود را معرفی کرده و پرسشنامه دوم توسط پژوهشگر تکمیل شد. اطلاعات مورد نیاز بر اساس پرسشنامه ای که شامل متغیرهای نام و نام خانوادگی، سن، پارите، سن بارداری بر اساس تاریخ آخرین قاعدگی و بر اساس سونوگرافی سه ماهه اول، گروه مورد (داشتن مقاربت جنسی) و یا گروه شاهد (نداشتن مقاربت جنسی)، نتیجه معاینه بالینی از نظر عفونت واژینال و نتیجه نان استرس تست، بیشاب اسکور هنگام پذیرش، نیاز به القاء زایمان، عوارض زایمانی شامل پارگی پیش از موعد پرده ها، خونریزی و تب، نوع زایمان و زمان آن، آپگار نوزاد، پذیرش در بخش مراقبت ویژه نوزادان و علت سزارین بود، جمع آوری شد. سپس نتایج با یکدیگر مقایسه و مورد بررسی قرار گرفت.

جهت جلوگیری از ریزش و از دست رفتن نمونه ها، از ابتدا نمونه هایی وارد مطالعه شدند که قصد داشتند در مرکز مربوطه زایمان کنند. جهت تعیین سن بارداری در صورت مشخص بودن تاریخ آخرین قاعدگی و منظم بودن عادات ماهانه، از اولین روز آخرین قاعدگی

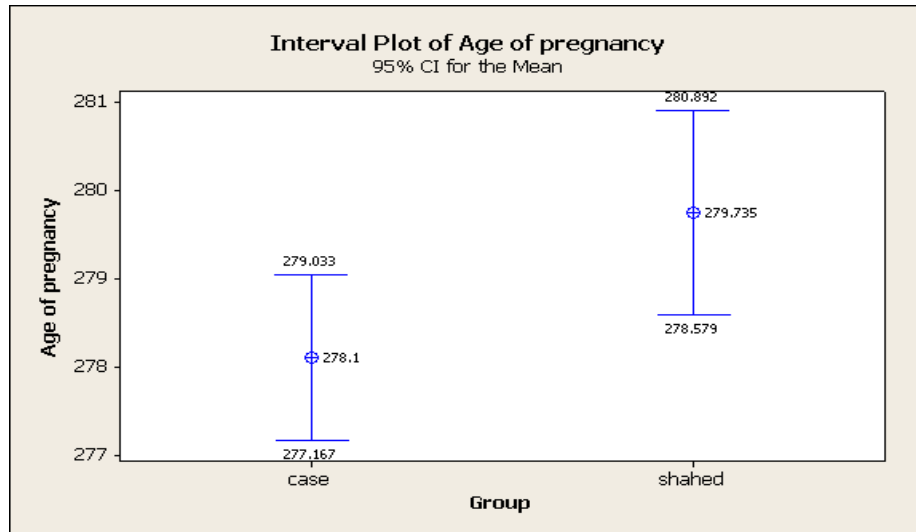
جدول ۱- توزیع فراوانی نیاز به اینداکشن به تفکیک گروه ها در بررسی تأثیر مقاربت جنسی در زمان ترم

سطح معنی داری	مورد		شاهد		نیاز به اینداکشن
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$p<0/0001$	۴۹	۴۴/۵	۷۰	۶۸/۶	بله
	۶۱	۵۵/۵	۳۲	۳۱/۴	خیر
	۱۱۰	۱۰۰	۱۰۲	۱۰۰	مجموع

* آزمون کای اسکوئر

سن بارداری در گروه با مقاربت جنسی کمتر بود ($p=0/03$) (نمودار ۱).

میانگین سن بارداری در گروه شاهد $0/58 \pm 279/74$ روز و در گروه مورد $0/47 \pm 278/10$ روز بود که این اختلاف بر اساس آزمون تی معنی دار بود و میانگین



نمودار ۱- مقایسه میانگین سن بارداری در دو گروه درمانی

تب و خونریزی پس از زایمان بود که در گروه شاهد، ۳ نفر (۲/۹٪) تب و ۲ نفر (۲٪) خونریزی و در گروه مورد، ۶ نفر (۵/۵٪) تب و ۳ نفر (۲/۷٪) خونریزی بعد از زایمان داشتند که تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0/68$) (جدول ۲).

در گروه شاهد، ۸۵ نفر (۸۳/۳٪) زایمان طبیعی و ۱۷ نفر (۱۶/۷٪) زایمان سزارین داشتند. در حالی که در گروه مورد، ۱۰۲ نفر (۹۲/۷٪) زایمان طبیعی و ۸ نفر (۷/۳٪) سزارین داشتند که تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی دار بود ($p=0/034$). عوارض بعد از زایمان شامل

جدول ۲- توزیع فراوانی عوارض زایمانی به تفکیک گروه ها در بررسی تأثیر مقاربت جنسی در زمان ترم

سطح معنی داری*	مورد		شاهد		گروه
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	
$p=0/68$	۱۰۱	۹۱/۸	۹۵/۱	۹۷	بدون عوارض
	۶	۵/۵	۲/۹	۳	تب
	۳	۲/۷	۲	۲	خونریزی
	۱۱۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۲	مجموع

خونریزی بعد از زایمان با هم مقایسه شدند. با توجه به اینکه آماده بودن سرویکس در زمان شروع زایمان، یکی از عوامل مؤثر در پیشگویی روند زایمان و نتیجه القاء در بیماران باردار ترم می باشد و انجام مقاربت جنسی باعث تحریک دهانه رحم و بالا رفتن ترشح پروستاگلندین می شود، این امر در افراد باردار و در زمان ترم می تواند باعث انقباض رحم و شروع دردهای زایمانی شود و انجام زایمان واژینال بدون دخالت پزشک (القاء زایمان) و پیشگیری از زایمان طول کشیده برای مادر و جنین اهمیت حیاتی دارد (۱۲-۱۰).

میانگین آپگار دقیقه ۵ نوزادان در گروه شاهد ۹/۳۹ و در گروه مورد ۹/۳۱ بود که این اختلاف از نظر آماری معنی دار نبود ($p=0/52$).

بحث

مطالعه حاضر با هدف بررسی اثر مقاربت جنسی بر کاهش نیاز به اینداکشن در زمان ترم انجام شد. افراد دو گروه (با مقاربت جنسی و بدون مقاربت جنسی) از نظر سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، میانگین سن بارداری، میزان سزارین، نیاز به القاء زایمان، پذیرش نوزادان در NICU، آپگار دقیقه ۵ نوزاد، تب زایمانی و

در مطالعه جاناناتان (۲۰۰۶)، از ۹۳ زن باردار مورد مطالعه با خطر پایین در زمان ترم، ۴۷ نفر مقاربت جنسی داشتند. میانگین سن بارداری و نیاز به اینداکشن در زمان زایمان در گروهی که مقاربت جنسی داشتند، بیشتر بود (۹). در حالی که در مطالعه حاضر میانگین سن بارداری و نیاز به اینداکشن در گروهی که مقاربت جنسی داشتند، کمتر بود. همچنین در مطالعه جاناناتان، بیشاب اسکور و میزان سزارین در دو گروه تفاوت معناداری نداشت. در صورتی که در مطالعه حاضر، بیشاب اسکور در گروه مورد بالاتر و میزان سزارین کمتر بود که شاید به دلیل آینده نگر بودن مطالعه حاضر و توصیه به انجام مقاربت بود. ولی مطالعه جاناناتان به طور تصادفی و گذشته نگر بود. بنابراین احتمال خطا در مطالعه جاناناتان وجود داشت و افرادی که در هنگام ترم مقاربت جنسی داشتند، شاید از اینکه مقاربت جنسی می تواند در شروع زودتر درد زایمان نقش داشته باشد، مطلع بوده و اینکار را انجام داده باشند و همین افراد در هنگام بستری در بیمارستان، عموماً خواستار ختم زودتر بارداری و شروع اینداکشن به درخواست بیمار بودند (۹). در مطالعه یوست و همکاران (۲۰۰۶)، شیوع زایمان زودرس در افرادی که به ندرت مقاربت جنسی داشتند، ۲۸٪ و در افرادی که به طور معمول مقاربت جنسی داشتند، ۳۸٪ بود که تفاوت مشاهده شده از نظر آماری معنی دار نبود. آنان به این نتیجه رسیدند که ارتباطی بین مقاربت جنسی در اوایل بارداری و شانس زایمان زودرس وجود ندارد (۱۳).

در مطالعه تان و همکاران (۲۰۰۶)، مقاربت در زمان ترم به صورت مستقل با کاهش بارداری طول کشیده و کاهش نیاز به اینداکشن در هفته ۴۱ بارداری ارتباط داشت و باعث شروع زودتر دردهای زایمانی شد. همچنین مقاربت در زمان ترم هیچ اثر واضحی بر روی زایمان به روش جراحی (سزارین) نداشت. در مطالعه حاضر، میزان بارداری طول کشیده در دو گروه تفاوت معنی داری نداشت ولی نیاز به اینداکشن و میزان سزارین در گروه مورد کمتر بود (۸).

بر خلاف مطالعه حاضر، تان و همکاران (۲۰۰۷) به این نتیجه رسیدند که افزایش در مقاربت جنسی باعث افزایش شروع خود به خودی زایمان نمی شود که شاید علت آن ناشی از داشتن مقاربت جنسی در هر دو گروه باشد (۱۴). همچنین در مطالعه سیل و همکاران (۲۰۰۱)، احتمال زایمان در عرض ۲ هفته بعد از نزدیکی جنسی افزایش نیافت و در واقع کاهش پیدا کرده بود (۱۵). در مطالعه تان و همکاران، زنانی که مقاربت جنسی را در زمان ترم گزارش کردند، زودتر به سمت زایمان خود به خودی پیشرفت کردند و نیاز به اینداکشن نیز در این گروه کمتر بود (۷). که با نتایج مطالعه حاضر همخوانی داشت.

با توجه به امن بودن مقاربت جنسی در طول بارداری بر اساس مطالعات انجام شده در سایر کشورها و همچنین تأثیر آن در شروع خود به خودی زایمان بر اساس نتایج مطالعه حاضر، استفاده از این روش جهت آماده شدن سرویکس و شروع زایمان و نیاز کمتر به اینداکشن پیشنهاد می شود. همچنین پیشنهاد می شود که در مطالعات آینده، رضایت مادر از این روش نیز مورد بررسی قرار گیرد.

نتیجه گیری

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، با توجه به امن بودن مقاربت جنسی در بارداری و همچنین تأثیر آن در شروع خود به خودی زایمان، استفاده از این روش جهت آماده شدن سرویکس و شروع زایمان و نیاز کمتر به اینداکشن توصیه می شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل طرح تحقیقاتی شماره ۹۰۰۱۴۲ می باشد. بدینوسیله از معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد که حمایت مالی این مقاله را بر عهده داشتند، تشکر و قدردانی می شود.

1. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics. 23rd ed. New York: McGraw-Hill; 2010: 832-41.
2. Sekhavat L, Akhavan Karbasi S. Effect of coital activity on hastening onset of labor and prevention of postdate pregnancy. Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology, and Infertility. 2010; 13(2): 13-6.
3. Chan LY, Fu L, Leung TN, Wong SF, Lau TK. Obstetric outcomes after cervical ripening by multiple doses of vaginal prostaglandin E₂. Acta Obstet Gynecol Scand 2004 Jan; 83(1): 70-4.
4. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM, Pileggi C. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev. 2010;(10):CD000941. Review.
5. Bartellas E, Crane JM, Daley M, Bennett KA, Hutchens D. Sexuality and sexual activity in pregnancy. Sexuality and sexual activity in pregnancy.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Vaginal birth after cesarean section. Practice Bulletin No 54. Washington, DC: American College of Obstetricians and Gynecologists; 2004.
7. Tan PC, Yow CM, Omar SZ. Coitus and orgasm at term: effect on spontaneous labour and pregnancy outcome. Singapore Med J 2009 Nov; 50(11): 1062-7.
8. 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 Jul; 108(1): 134-40.
9. Jonathan SC. Sexual intercourse at term and onset labor. Obstet Gynecol 2006 Jun; 107(6): 1310-4.
10. Hofmeyr GJ, Gülmezoglu AM. Vaginal misoprostol for cervical ripening and induction of labour. Cochrane Database Syst Rev 2010 Oct 6;(10):CD000941. Review.
11. Wing DA, Rahall A, Jones MM, Goodwin TM, Paul RH. Misoprostol: an effective agent for cervical ripening and labor induction. Am J Obstet Gynecol 1995 Jun; 172(6): 1811-6.
12. Villano KS, Lo JY, Alexander JM, McIntire DD, Leveno KJ. A dose-finding study of oral misoprostol for labor augmentation. Am J Obstet Gynecol 2010 Jun; 204(6): 560.e1-5.
13. Yost NP, Owen J, Berghella V, Thom E, Swain M, Dildy GA 3rd, et al. Effect of coitus on recurrent preterm birth. Obstet Gynecol 2006 Apr; 107(4): 793-7.
14. Tan PC, Yow CM, Omar SZ. Effect of coital activity on onset of labor in women scheduled for labor induction: an randomized controlled trial. Obstet Gynecol 2007 Oct; 110(4): 820-6.
15. 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 Feb; 97(2): 283-9.