

# THỰC TRẠNG RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở PHỤ NỮ MANG THAI ĐẾN KHÁM THAI TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN TRUNG ƯƠNG

Phan Chí Thành<sup>1</sup>, Trần Danh Cường<sup>1</sup>, Ngô Văn Toàn<sup>2</sup> và Trần Kim Thanh<sup>2,✉</sup>

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Mô tả thực trạng suy giảm chức năng tình dục và một số yếu tố liên quan ở phụ nữ mang thai (PNMT) đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương năm 2020. Nghiên cứu mô tả cắt ngang sử dụng bộ câu hỏi FSFI (Female Sexual Function Index) nhằm đánh giá chức năng tình dục của phụ nữ: phụ nữ mang thai có điểm từ 26,55 trở xuống được đánh giá là gặp rối loạn chức năng tình dục (RLCNTD). Kết quả cho thấy: 130 phụ nữ mang thai tham gia vào nghiên cứu, 20% phụ nữ mang thai không có hoạt động giao hợp trong vòng 4 tuần qua. Tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục tương đối cao: 51,5%. Điểm FSFI trung bình ở phụ nữ mang thai là  $23,9 \pm 7,7$  điểm. Phụ nữ mang thai quý 2 có điểm trung bình về ham muốn là  $2,9 \pm 0,9$  điểm, thấp hơn so với quý 1 là  $3,6 \pm 1,0$  điểm. Các yếu tố: tuổi mẹ, quan điểm quan hệ tình dục khi mang thai là các yếu tố liên quan đến rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ mang thai. Tỷ lệ PNMT từ 30 tuổi trở lên có bị RLCNTD chỉ bằng 0,29 lần so với nhóm dưới 30 tuổi. Những PNMT cho rằng QHTD cải thiện SK bị RLCNTD chỉ bằng 0,26 lần so với nhóm không đồng ý với quan điểm trên.

**Từ khóa:** chức năng tình dục nữ giới, FSFI, rối loạn chức năng tình dục, phụ nữ mang thai, quan hệ tình dục, yếu tố liên quan.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tình dục là một phần thiết yếu của cuộc sống. Sự thỏa mãn tình dục là một trong những yếu tố quan trọng nhất phản ánh sự hài lòng trong hôn nhân, sự hài lòng về mối quan hệ tình dục lành mạnh giữa vợ và chồng.<sup>1</sup> Nếu hoạt động tình dục giữa các cặp vợ chồng không được duy trì thường xuyên có thể dẫn đến không thỏa mãn, chán nản, giảm sức khỏe tâm thần, và kết quả là làm giảm sự hài lòng trong hôn nhân và tan vỡ hạnh phúc gia đình.<sup>1</sup>

Rối loạn chức năng tình dục (RLCNTD) rất hay gặp ở nữ giới đặc biệt là trong giai đoạn mang thai do những thay đổi về thể chất, nội tiết tố và tâm lý có tác động đáng kể đến hành

vi tình dục. Chức năng tình dục của PNMT giảm theo từng giai đoạn.<sup>2-4</sup> Tỷ lệ RLCNTD ở phụ nữ mang thai chiếm tỷ lệ tương đối cao: 46,6% trên phụ nữ mang thai 3 tháng đầu, 34,4% phụ nữ mang thai 3 tháng giữa và 73,3% phụ nữ mang thai 3 tháng cuối.<sup>5</sup> Các RLCNTD khi mang thai có thể kéo dài đến sau khi sinh và ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống, giảm hài lòng trong hôn nhân.<sup>6</sup>

Do ảnh hưởng của văn hóa Á đông, vấn đề tình dục vẫn được coi là một điều thầm kín, chưa được quan tâm đúng mực. Rất nhiều phụ nữ gặp khó khăn về RLCNTD, tuy nhiên ngại ngùng, chưa dám chia sẻ với bác sỹ. Đặc biệt có rất nhiều phụ nữ mang thai quan ngại quan hệ tình dục có thể ảnh hưởng đến an toàn cho thai nhi cũng như sản phụ.<sup>7</sup>

Xuất phát từ thực tế trên chúng tôi tiến hành nghiên cứu với 2 mục tiêu: 1) Mô tả thực trạng rối loạn chức năng tình dục ở phụ nữ mang

Tác giả liên hệ: Trần Kim Thanh

Trường Đại học Y Hà Nội

Email: [trankimthanh@hmu.edu.vn](mailto:trankimthanh@hmu.edu.vn)

Ngày nhận: 05/01/2022

Ngày được chấp nhận: 16/02/2022

thai. 2) Phân tích một số yếu tố liên quan đến chức năng tình dục của phụ nữ mang thai.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

**1. Đối tượng nghiên cứu:** PNMT quý 1 hoặc quý 2 đến khám thai tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ tháng 9 đến tháng 10 năm 2020.

**Tiêu chuẩn lựa chọn:** PNMT từ 18 tuổi trở lên, đồng ý tham gia nghiên cứu, hiện đang sống cùng chồng/ bạn tình.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** PNMT mang thai thụ tinh ống nghiệm. PNMT mắc bệnh cấp hoặc mãn tính trầm trọng, có nguy cơ phải đình chỉ thai nghén trong thời gian ngắn. PNMT không biết chữ, hoặc đang gặp các vấn đề về tâm thần, mắc chứng trầm cảm hoặc người không làm chủ được các hành vi của bản thân.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2 \times p \times (1-p)}{(\epsilon p)^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nghiên cứu.

$\alpha$ : Mức ý nghĩa thống kê ( $\alpha = 0,05$ ).

$Z_{(1-\alpha/2)}^2$  được tra từ bảng thu được giá trị  $Z_{(1-\alpha/2)}^2 = 1,96$ .

p: Tỷ lệ phụ nữ mang thai bị rối loạn chức năng tình dục là 64,3%.<sup>8</sup>

$\epsilon$ : giá trị tương đối, chọn  $\epsilon = 13\%$ .

Thay các giá trị trên vào công thức thu được  $n = 127$  đối tượng, phỏng vấn được 130 phụ nữ mang thai.

**Cách chọn mẫu:** Tại Khoa khám bệnh ở Bệnh viện Phụ sản Trung ương, chúng tôi bố trí 2 phòng khám sàng lọc. Tất cả PNMT quý 1 và quý 2 đăng kí khám thai tại bệnh viện sẽ được mời vào 2 phòng khám sàng lọc của nghiên cứu. Tại phòng Khám sàng lọc, PNMT sẽ được hỏi một số thông tin. Nếu đối tượng thỏa mãn điều kiện sẽ được mời tham gia nghiên cứu. Công cụ thu thập thông tin: Bộ câu hỏi được thiết kế gồm các phần: phần hành chính, thông tin về tiền sử thai nghén, một số quan điểm

về QHTD khi mang thai và bộ FSFI (Female Sexual Function Index) đánh giá chức năng tình dục của phụ nữ. FSFI gồm 19 câu hỏi cho 6 khía cạnh khác nhau về tình dục: ham muốn, hưng phấn, tiết nhờn, cực khoái, hài lòng và đau. Tổng số câu hỏi FSFI là 19 câu. Mỗi câu hỏi có thang điểm tự đánh giá từ mức 0 - 5 điểm. Điểm của mỗi phần được tính bằng cách cộng điểm của các câu hỏi trong phần đó và nhân với hệ số tác động. Hệ số ham muốn tình dục là 0,6, hệ số hứng thú và tiết nhờn là 0,3, hệ số cực khoái, thỏa mãn và đau là 0,4. Mỗi PNMT có 1 tổng điểm FSFI từ 2 đến 36 điểm. PNMT có điểm từ 26,55 trở xuống được đánh giá là gặp rối loạn chức năng tình dục.<sup>2</sup> Bộ câu hỏi FSFI đã được tác giả Ngô Thị Yên dịch sang tiếng Việt và điều tra trên nhóm phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ.

**3. Xử lý số liệu:** số liệu được làm sạch và nhập bằng phần mềm Access, phân tích bằng phần mềm Stata 14.2.

**Phân tích số liệu:** Kết quả nghiên cứu được trình bày dưới dạng trung bình, trung vị, độ lệch chuẩn, tỷ lệ. Sử dụng test  $\chi^2$  hoặc Fisher Exact test để so sánh 2 tỷ lệ. Test T-student hoặc test ANOVA để so sánh các giá trị trung bình. Phân tích yếu tố liên quan: sử dụng hồi quy Logistic để phân tích đơn biến và đa biến với biến kết cục là: Rối loạn chức năng tình dục và Bình thường.

**4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành phù hợp với các quy định về y đức trong nghiên cứu y học. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Phụ sản Trung ương cũng như Hội đồng Đạo đức nghiên cứu trong y sinh học của Trường Đại học Y Hà Nội thông qua theo quyết định số 68/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 27 tháng 3 năm 2020. Đối tượng tham gia nghiên cứu hoàn toàn tự nguyện sau khi được giải thích rõ ràng về mục đích của nghiên cứu. Các thông tin cung cấp hoàn toàn được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n = 130)

Đặc điểm chung n (%)	Nhóm tuổi < 30	Nhóm tuổi ≥ 30	Tổng số	
	n (%)	n (%)		
Số người tham gia	92 (70,8)	38 (29,2)	130 (100)	
Tuổi thai	Quý 1	84 (70,6)	35 (29,4)	119 (91,5)
	Quý 2	8 (72,7)	3 (27,3)	11 (8,5)
Số lần sinh	Chưa từng sinh con	57 (89,1)	7 (10,9)	64 (49,2)
	Đã từng sinh con	35 (53,0)	31 (47,0)	66 (50,8)
Đã từng nạo phá thai/ thai lưu/ sảy thai	Chưa từng	70 (83,3)	14 (16,7)	84 (64,6)
	Đã từng	22 (47,8)	24 (52,2)	46 (35,4)
Trình độ học vấn	Hết cấp 3 trở xuống	32 (72,7)	12 (27,3)	44 (33,8)
	Trung cấp trở lên	60 (69,8)	26 (30,2)	86 (66,2)
Hôn nhân	Kết hôn	81 (68,6)	37 (31,4)	118 (90,8)
	Không kết hôn	10 (90,9)	1 (9,1)	11 (8,5)

130 PNMT đến khám thai tham gia nghiên cứu trong đó 92 (70,8%) PNMT dưới 30 tuổi và 38 người (29,2%) từ 30 tuổi trở lên, tuổi lớn nhất là 41 tuổi, tuổi trẻ nhất là 19 tuổi. Đa số (91,5%) đối tượng tham gia nghiên cứu chủ yếu có tuổi thai ở quý 1 (< 14 tuần). Tỷ lệ PNMT đã từng sinh con và chưa từng sinh con tương đương nhau (49,2% so với

50,8%). Ở nhóm dưới 30 tuổi thì hầu hết chưa từng sinh con (89,9%). 35,4% PNMT đã từng nạo phá thai/ thai lưu/ sảy thai. Trình độ học vấn của PNMT tham gia nghiên cứu khá cao: 66,2% từ trung cấp trở lên, 33,8% học hết cấp 3 trở xuống. Hầu hết (90,8%) PNMT đã kết hôn, 8,5% chưa kết hôn mà chỉ sống chung với bạn tình.

Bảng 2. Tỷ lệ rối loạn chức năng tình dục theo nhóm tuổi

Chức năng tình dục	Nhóm tuổi < 30	Nhóm tuổi ≥ 30	Tổng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Không giao hợp	22 (23,9)	4 (10,5)	26 (20,0)	0,063
Có giao hợp	70 (76,1)	34 (89,5)	104 (80,0)	
Rối loạn chức năng tình dục (FSFI < 26,55)	52 (56,5)	15 (39,5)	67 (51,5)	0,077
Bình thường (FSFI ≥ 26,55)	40 (43,5)	23 (60,5)	63 (48,5)	
Giảm ham muốn	78 (84,8)	32 (84,2)	110 (84,6)	0,934
Giảm hưng phấn	80 (87,0)	30 (78,9)	110 (84,6)	0,25

Chức năng tình dục	Nhóm tuổi < 30	Nhóm tuổi ≥ 30	Tổng	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Giảm tiết nhờn	55 (59,8)	18 (47,4)	73 (56,2)	0,194
Giảm cực khoái	73 (79,3)	25 (65,8)	98 (75,4)	0,103
Giảm hài lòng	63 (68,5)	28 (73,7)	91 (70,0)	0,556
Đau khi giao hợp	59 (64,1)	17 (44,7)	76 (58,5)	0,041

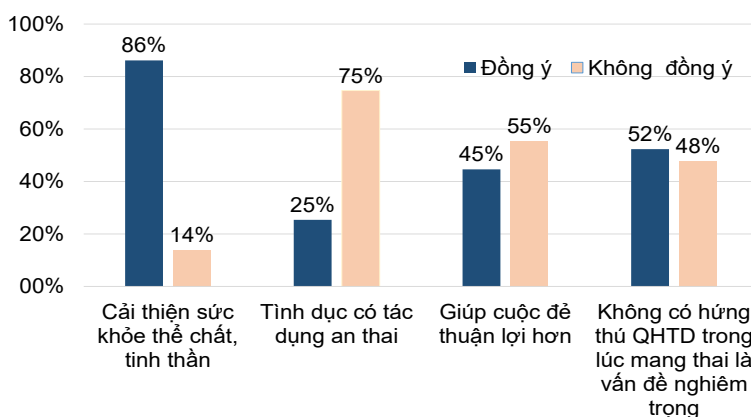
Bảng 2 mô tả tỷ lệ RLCNTD của đối tượng tham gia nghiên cứu theo nhóm tuổi. 20,0% PNMT tham gia nghiên cứu không có hoạt động giao hợp trong vòng 4 tuần qua. Trong đó, đáng chú ý là nhóm PNMT dưới 30 tuổi không giao hợp giao hợp cao gấp đôi so với nhóm PNMT từ 30 tuổi trở lên (23,9% so với 10,5%). Tỷ lệ RLCNTD

ở nhóm dưới 30 tuổi là 56,5% cao hơn so với nhóm từ 30 tuổi trở lên 39,5%. Tỷ lệ PNMT dưới 30 tuổi bị rối loạn theo các khía cạnh của CNTD cao hơn so với nhóm từ 30 tuổi trở lên. Đặc biệt "đau khi giao hợp" ở nhóm dưới 30 tuổi là 64,1% cao hơn nhóm từ 30 tuổi trở lên là 58,5%. Khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

**Bảng 3. Điểm FSFI trung bình theo nhóm tuổi thai**

Các hình thái của CNTD	Thai quý 1	Thai quý 2	Chung	p
Ham muốn	3,6 ± 1,0	2,9 ± 0,9	3,5 ± 1,0	0,0384
Hưng phấn	3,4 ± 1,5	3,2 ± 1,2	3,4 ± 1,5	0,314
Tiết nhờn	4,7 ± 1,8	4,6 ± 2,0	4,7 ± 1,8	0,9892
Cực khoái	3,6 ± 1,8	3,5 ± 1,6	3,6 ± 1,8	0,721
Hài lòng	4,4 ± 1,1	4,2 ± 1,1	4,4 ± 1,1	0,5664
Đau	4,3 ± 2,2	4,5 ± 2,3	4,3 ± 2,2	0,5759
Tổng FSFI	24,0 ± 7,8	22,8 ± 6,8	23,9 ± 7,7	0,4594

Điểm trung bình theo từng khía cạnh của chức năng tình dục ở nhóm mang thai quý 2 nhìn chung thấp hơn so với quý 1. Điểm "ham muốn" của PNMT quý 1 là 3,6 ± 1,0 điểm cao hơn so với PNMT quý 2 là 2,9 ± 0,9. Khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .



**Biểu đồ 1. Quan điểm về QHTD khi mang thai**

Biểu đồ 1 mô tả một số quan điểm về QHTD của PNMT. 86,2% PNMT biết được rằng QHTD khi mang thai giúp cải thiện thể chất, tinh thần. Tuy nhiên, 52,3% PNMT lại cho rằng việc không hứng thú QHTD khi mang thai là điều bình thường, không phải là vấn đề nghiêm trọng.

Bảng 4 phân tích một số yếu tố liên quan đến RLCNTD ở PNMT. Phân tích đơn biến cho thấy: PNMT cho rằng QHTD khi mang thai giúp cải thiện thể chất, tinh thần có xác suất mắc RLCNTD chỉ bằng ¼ lần so với nhóm có quan điểm ngược lại. Phân tích hồi quy đa biến một số yếu tố về nhân khẩu, thai sản, quan điểm QHTD khi mang thai cho thấy: tuổi, quan điểm QHTD khi mang thai giúp cải thiện sức khỏe, quan điểm về việc "không hứng thú QHTD khi mang thai là bình thường" có liên quan đến RLCNTD.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong số 130 PNMT tham gia nghiên cứu, hầu hết (90,8%) đã kết hôn và 66,2% tốt nghiệp từ trung cấp trở lên. Đây là một điều kiện thuận lợi cho nhóm nghiên cứu khi đề cập đến vấn đề tình dục - một lĩnh vực còn khá mới mẻ và rất tế nhị ở Việt Nam.

Tỷ lệ RLCNTD ở PNMT trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,5%, thấp hơn so với nghiên cứu tương tự ở Ai Cập năm 2013 là 68,8%, điểm FSFI trung bình cũng cao hơn so với phụ nữ mang thai Ai Cập ( $23,9 \pm 7,7$  điểm so với  $22,5 \pm 3,7$  điểm).<sup>9</sup> Tuy nhiên, khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Ngô Thị Yên năm 2016 tại thành phố Hồ Chí Minh thì tỷ lệ RLCNTD ở nữ giới chỉ là 34,2%. Sờ dĩ có sự chênh lệch là do khác biệt về đối tượng nghiên cứu, đối tượng nghiên cứu của Ngô Thị Yên là phụ nữ trong độ tuổi sinh đẻ từ 18 đến 49 tuổi còn trong nghiên cứu của chúng tôi là PNMT.<sup>10</sup>

Đáng chú ý là trong nghiên cứu này có tới 20,0% PNMT không giao hợp trong vòng 4 tuần

qua mặc dù đang sống cùng chồng/bạn tình. Điều này có thể do các quan điểm sai lầm về QHTD khi mang thai khiến cho PNMT không dám vượt qua ranh giới để quan hệ tình dục bình thường như trước khi mang thai.

Các rối loạn theo từng hình thái của CNTD: giảm ham muốn, giảm hưng phấn, giảm tiết nhờn, giảm cực khoái, giảm hài lòng theo nhóm tuổi là tương đương nhau. Tỷ lệ rối loạn hình thái "đau khi giao hợp" ở nhóm dưới 30 tuổi cao hơn so với nhóm từ 30 tuổi trở lên (64,5% so với 44,7%).

Điểm trung bình từng hình thái CNTD của PNMT quý 2 đều thấp hơn so với quý 1. Điểm trung bình ham muốn thấp hơn hẳn và có ý nghĩa thống kê ( $3,6 \pm 1,0$  so với  $2,9 \pm 0,9$ ). Điều này phù hợp với xu hướng chung: Chức năng tình dục của PNMT giảm theo từng giai đoạn.<sup>2-4</sup> Hầu hết các nghiên cứu nhấn mạnh rằng: suy giảm CNTD là phổ biến trong suốt quá trình mang thai và liên quan đến giảm tần suất cũng như giảm sự thỏa mãn khi quan hệ tình dục (QHTD).<sup>3,11</sup> Tỷ lệ phụ nữ bị rối loạn CNTD vào khoảng 46,6% ở 3 tháng đầu, 34,4% ở 3 tháng giữa và 73,3% ở 3 tháng cuối.<sup>11,12</sup>

Kết quả phân tích hồi quy đa biến cho thấy nhóm tuổi mẹ từ 30 tuổi trở lên có nguy cơ bị RLCNTD chỉ bằng 0,29 lần so với nhóm trẻ tuổi hơn. PNMT đồng ý với quan điểm QHTD cải thiện sức khỏe có nguy cơ bị RLCNTD chỉ bằng 0,26 lần so với nhóm không đồng ý. Nhóm không đồng ý với quan điểm "việc không hứng thú QHTD khi mang thai là bình thường" có nguy cơ bị RLCNTD chỉ bằng 0,36 lần so với nhóm đồng ý với quan điểm này. Một số nghiên cứu khác trên thế giới cho thấy tuổi thai, đẻ nhiều con, trình độ học vấn, hôn nhân có liên quan mật thiết đến RLCNTD.<sup>13-15</sup> Tuy nhiên, nghiên cứu của chúng tôi có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn để các sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 4. Một số yếu tố liên quan đến Rối loạn chức năng tinh dịch ở phụ nữ mang thai

Yếu tố	Chức năng tinh dịch		OR (95%CI)	AOR (95%CI)	
	Rối loạn (FSFI < 26,55)	Bình thường (FSFI ≥ 26,55)			
	n (%)	n (%)			
Tuổi mẹ	< 30 tuổi	52 (56,5)	40 (43,5)	1	1
	≥ 30 tuổi	15 (39,5)	23 (60,5)	0,50 (0,23 - 1,08)	0,29 (0,10 - 0,82)
Tuổi thai	Quý 1	61 (51,3)	58 (48,7)	1	1
	Quý 2	6 (54,5)	5 (45,5)	1,14 (0,33 - 3,94)	1,62 (0,37 - 7,05)
Sinh con	Chưa từng sinh con	34 (53,1)	30 (46,9)	1	1
	Đã từng sinh con	33 (50,0)	33 (50,0)	0,72 (0,44 - 1,76)	0,49 (0,04 - 5,54)
Nạo phá thai/ thai lưu/ sảy thai	Chưa từng	44 (50,6)	43 (49,4)	1	1
	Đã từng	23 (53,5)	20 (46,5)	1,12 (0,54 - 2,33)	1,75 (0,66 - 4,64)
Đẻ đường âm đạo	Chưa từng	39 (49,4)	40 (50,6)	1	1
	Đã từng	27 (55,1)	22 (44,9)	1,26 (0,62 - 2,57)	6,16 (0,55 - 69,31)
Đẻ mổ	Chưa từng	59 (53,2)	52 (46,8)	1	1
	Đã từng	8 (42,1)	11 (57,9)	0,64 (0,24 - 1,71)	2,74 (0,29 - 26,37)
Trình độ học vấn	Hết 3 trở xuống	22 (50,)	22 (50,)	1	1
	Trung cấp trở lên	45 (52,3)	41 (47,7)	1,10 (0,53 - 2,27)	1,18 (0,48 - 2,91)
Ngủ cùng con	Không	43 (55,1)	35 (44,9)	1	1
	Có	24 (46,2)	28 (53,8)	0,70 (0,34 - 1,41)	0,44 (0,11 - 1,75)
Quan điểm QHTD cải thiện SK	Sai	14 (77,8)	4 (22,2)	1	1
	Đúng	53 (47,3)	59 (52,7)	0,25 (0,08 - 0,83)	0,26 (0,07 - 0,96)

Yếu tố	Chức năng tình dục			OR (95%CI)	AOR (95%CI)
	Rối loạn (FSFI < 26,55)	Bình thường (FSFI ≥ 26,55)	n (%)		
	n (%)	n (%)			
Quan điểm QHTD có tác dụng an thai	Sai Đúng	45 (46,4)	1	1,54 (0,54 - 4,37)	1
QHTD giúp cuộc đời dễ dàng hơn	Sai Đúng	32 (44,4)	1	0,70 (0,35 - 1,39)	0,42 (0,15 - 1,13)
Không hứng thú QHTD khi mang thai là bình thường	Sai Đúng	27 (39,7)	1	0,48 (0,24 - 0,96)	0,36 (0,15 - 0,88)

Hạn chế trong nghiên cứu này là mặc dù một số nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra chức năng tình dục của chồng/ bạn tình ảnh hưởng rất lớn đến chức năng tình dục của PNMT. Tuy nhiên, trong nghiên cứu này chúng tôi không thu thập được thông tin về chức năng tình dục của chồng/ bạn tình do tỷ lệ đi cùng đến bệnh viện là thấp. Một hạn chế nữa là nghiên cứu chỉ đánh giá CNTD của mà không thể đánh giá CNTD trước khi mang thai. Điều này gây khó khăn cho việc đánh giá liệu rằng mang thai có phải là yếu tố nguy cơ là giảm CNTD ở nữ giới hay không.

## V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ RLCN tình dục ở phụ nữ mang thai quý 1 và quý 2 là 51,5%. Trong đó: 20% PNMT không giao hợp trong vòng 4 tuần trước phỏng vấn. PNMT quý 2 có ham muốn tình dục thấp hơn so với quý 1. Tỷ lệ PNMT từ 30 tuổi trở lên có bị RLCNTD chỉ bằng 0,29 lần so với nhóm dưới 30 tuổi. Những PNMT cho rằng QHTD cải thiện SK bị RLCNTD chỉ bằng 0,26 lần so với nhóm không đồng ý với quan điểm trên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Masoumi SZ, Kazemi F, Nejati B, Parsa P, Karami M. Effect of sexual counseling on marital satisfaction of pregnant women referring to health centers in Malayer (Iran): An educational randomized experimental study. *Electronic physician*. 2017;9(1):3598-3604. doi: 10.19082/3598.
- Saotome TT, Yonezawa K, Suganuma N. Sexual dysfunction and satisfaction in Japanese couples during pregnancy and postpartum. *Sex Med*. Dec 2018;6(4):348-355. doi: 10.1016/j.esxm.2018.08.003.
- Gałązka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *The journal of sexual medicine*. 2015;12(2):445-

454. doi: 10.1111/jsm.12747.

4. Corbacioglu Esmer A, Akca A, Akbayir O, Goksedef BPC, Bakir VL. Female sexual function and associated factors during pregnancy. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2013;39(6):1165-1172. doi: 10.1111/jog.12048.

5. Jamali S, Mosalanejad L, Lijorm. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. 2013; 11(6):479.

6. Williamson M, McVeigh C, Baafi MJM. An Australian perspective of fatherhood and sexuality. 2008;24(1):99-107.

7. Phan TC, Hoang LB, Tran TK, et al. Fear-related reasons for avoiding sexual intercourse in early pregnancy: A Cross-sectional study. 2021;9(6):100430.

8. Khajehei M, Doherty M, Tilley PJM, Sauer K. Prevalence and risk factors of sexual dysfunction in postpartum Australian women. *The journal of sexual medicine*. 2015;12(6):1415-1426. doi: <https://doi.org/10.1111/jsm.12901>.

9. Ahmed MR, Madny EH, Sayed Ahmed WA. Prevalence of female sexual dysfunction during pregnancy among Egyptian women.

*Journal of Obstetrics and Gynaecology Research*. 2014;40(4):1023-1029. doi: 10.1111/jog.12313.

10. Ngô Thị Yên. *Tỷ lệ rối loạn tình dục và các yếu tố liên quan ở phụ nữ tuổi sinh đẻ tại thành phố Hồ Chí Minh*. Luận án Tiến sĩ y học. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2016.

11. Jamali S, Mosalanejad L. Sexual dysfunction in Iranian pregnant women. *Iranian journal of reproductive medicine*. 2013; 11(6):479.

12. Leite APL, Campos AAS, Dias ARC, Amed AM, De Souza E, Camano L. Prevalence of sexual dysfunction during pregnancy. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 2009;55(5):563-568.

13. Naldoni LM, Pazmiño MA, Pezzan PA, et al. Evaluation of sexual function in Brazilian pregnant women. 2011;37(2):116-129.

14. Al Bustan MA, El Tomi N, Faiwalla MF, Manav VJAosb. Maternal sexuality during pregnancy and after childbirth in Muslim Kuwaiti women. 1995;24(2):207-215.

15. Haines CJ, Shan YO, Kuen CL, Leung DH, Chung TK, Chin RJJopr. Sexual behavior in pregnancy among Hong Kong Chinese women. 1996;40(3):299-304.

## Summary

### PREVALENCE OF SEXUAL DYSFUNCTION AND ASSOCIATED FACTORS IN PREGNANT WOMEN

This is a cross sectional study of sexual dysfunction and related factors in pregnant women attending antenatal care at the National Hospital of Obstetrics and Gynecology in 2020. FSFI questionnaire (Female Sexual Function Index) was used to assess the sexual function for women: Women with a score of 26.55 or less are assessed as having sexual dysfunction. In 130 participants, 20% did not have intercourse within the past 4 weeks. The prevalence of sexual dysfunction is relatively high at 51.5%. The average FSFI score in pregnant women is  $23.9 \pm 7.7$  points. Pregnant women in the second trimester have an average score of  $2.9 \pm 0.9$ , which is lower than pregnant women in the first trimester ( $3.6 \pm 1.0$ ). Factors as maternal age, attitudes



towards sexual intercourse during pregnancy are related to sexual dysfunction in pregnant women.

**Keywords: Female sexual function, Sexual Dysfunction, Pregnant women, sexual intercourse associated factor.**