

Wpływ protezoplastyki bioder na aktywność seksualną pacjentów

Sexual activity of patients after hip arthroplasty surgery

Rafał Sapuła^{1, 2}, Agata Ciesielska¹, Marta Wolanin¹, Joanna Sapuła³

¹Katedra Fizjoterapii, Wyższa Szkoła Zarządzania i Administracji w Zamościu

²Katedra Fizjoterapii, Wyższa Szkoła Informatyki i Zarządzania w Rzeszowie

³Puls sp. z o.o. w Zamościu

Streszczenie

Wstęp: Najczęstszą przyczyną zabiegu alloplastyki stawu biodrowego jest choroba zwyrodnieniowa stawów. Artroza bioder w istotny sposób ogranicza sprawność funkcjonalną. Z punktu widzenia medycznego oraz społecznego zabieg endoprotezoplastyki poprawia jakość życia pacjentów, dając choremu szansę na zniwelowanie bólu, poprawę jakości chodu, a tym samym lepszą samoobsługę w życiu codziennym, pełnienie ról społecznych i utrzymanie aktywności zawodowej i seksualnej.

Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu protezoplastyki biodra na aktywność seksualną.

Materiał i metody: Badaniami objęto 60 osób po alloplastyce stawu biodrowego z powiatu zamojskiego. Materiał badawczy uzyskano za pomocą kwestionariusza ankiety zawierającego 24 pytania, w tym 16 zamkniętych i 8 otwartych, opracowanego do celów niniejszej pracy. Analizę statystyczną przeprowadzono przy użyciu testu chi kwadrat w programie kalkulacyjnym Excel.

Wyniki: Analiza statystyczna przeprowadzonych badań wykazała występowanie istotnie statystycznie częstszego negatywnego wpływu dysfunkcji biodra na życie seksualne przed operacją wstawienia endoprotezy biodra u osób w wieku poniżej 40. roku życia oraz istotnie częstszego braku wpływu dysfunkcji na życie seksualne po 60. roku życia ($p = 0,002$). Analiza statystyczna przeprowadzonych badań wykazała występowanie istotnie statystycznie większej poprawy po operacji w zakresie odczuwania przyjemności podczas aktywności seksualnej u osób przed 60. roku życia w porównaniu z osobami po 60. roku życia ($p < 0,001$).

Wnioski: Po operacji wstawienia endoprotezy biodra osoby po 60. roku życia miały większy problem z powrotem do aktywności seksualnej w porównaniu z osobami młodszymi. Według przeprowadzonych badań im dłuższy czas od operacji biodra tym mniejsze problemy z podjęciem aktywności seksualnej.

Słowa kluczowe: endoproteza, staw biodrowy, aktywność seksualna, pozycje seksualne, rehabilitacja

Seksuologia Pol. 2016; 14 (2): 63–70

Abstract

Introduction: The most common cause of hip replacement surgery is osteoarthritis, which is the main reason for limiting the efficiency of increasingly younger. From the point of view of the medical and social treatment arthroplasty improves the quality of life of patients, giving the patient a chance to overcome the pain and improve the quality of gait and thus a better self-service in their everyday lives, performing social roles and sexual activity.

The aim of this study is to assess the impact of hip arthroplasty for sexual activity.

Material and methods: The study involved 60 people after hip arthroplasty in Zamosc. The research material was obtained using a questionnaire containing 24 questions, including 16 closed and 8 open-ended questions developed for this study. Statistical analysis was performed using chi-square test in Excel spreadsheet program.

Results: Statistical analysis of the study showed statistically significantly more frequent occurrence of the negative impact of hip dysfunction sex life before surgery to insert a hip endoprosthesis in people aged below 40 years of age and significantly more frequent lack of influence on sexual dysfunction after the age

of 60 years ($p = 0.002$). Statistical analysis of the study revealed the presence of a statistically significant greater improvement after the operation in terms of experience pleasure during sexual activity in patients before 60 years of age compared to people over 60 years ($p < 0.001$).

Conclusions: After surgery to insert a hip endoprosthesis people over the age of 60 have a greater problem back to the sexual activity compared to younger people. The longer the time since hip surgery, the less problems to sexual activity.

Key words: endoprosthesis, hip, sexual activity, sexual positions, rehabilitation

Seksuologia Pol. 2016; 14 (2): 63–70

Wstęp

Alloplastyka stawu biodrowego pozwala przywrócić chorym funkcję ruchową kończyny, a tym samym przyczynia się do powrotu chorych do aktywnego życia społecznego. Zabieg ten jest wykonywany z reguły u pacjentów w 6. i 7. dekadzie życia, co wiąże się z procesami starzenia się organizmu. Stwierdzenie zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych stawu biodrowego u ludzi młodych, w 2.–3. dekadzie życia, pojawia się coraz częściej i z reguły jest spowodowane przebytymi wcześniej chorobami wieku dziecięcego lub urazami. Leczenie tej grupy młodych, aktywnych zawodowo i społecznie chorych stanowi duże wyzwanie dla całego zespołu terapeutycznego, a także dla ich rodzin [1–4].

Zabieg alloplastyki stawu biodrowego daje chorym szansę na lepszy standard życia, ale jednocześnie powoduje ich zwiększone oczekiwania po jego wykonaniu. Rocznie w Polsce zabiegowi alloplastyki stawu biodrowego poddaje się około 30 000 Polaków, na całym zaś świecie każdego dnia ma miejsce 5000 tego typu zabiegów [1, 5].

Z punktu widzenia medycznego oraz społecznego zabieg endoprotezoplastyki poprawia jakość życia pacjentów, daje szansę na zniwelowanie bólu, poprawę jakości chodu, a tym samym lepszą samoobsługę w życiu codziennym, pełnienie ról społecznych i utrzymanie aktywności zawodowej i seksualnej. Poprawa sprawności funkcjonalnej zależy jednak od wcześniej rozpoczętego procesu rehabilitacyjnego, a przede wszystkim od chęci współpracy ze strony pacjenta i jego aktywnego udziału. Bez obopólnego zaangażowania nie jest możliwe uzyskanie efektów. Pierwsze zaś pojawiają się zazwyczaj już na oddziale szpitalnym. Dalszy proces poprawy funkcjonowania i powrotu do sprawności odbywa się już zazwyczaj u pacjenta, podczas rehabilitacji domowej. Cały program rehabilitacji domowej jest dostosowany do indywidualnych potrzeb i możliwości chorego. Poprzez właściwe poinstruowanie przez rehabilitanta i przestrzeganie zasad opracowanych dla pacjentów po implantacji stawu biodrowego mogą oni powrócić do pełnej sprawności [6].

Aktywność seksualna po endoprotezoplastyce stawu biodrowego

Zdrowie seksualne w tej szczególnej sytuacji życiowej zależy od wielu czynników podmiotowych i pozapodmiotowych, a przede wszystkim relacyjnych. Podejmowanie aktywności seksualnej jest dla każdego człowieka ważną sferą jego życia. Pacjenci przed i po alloplastyce stawu biodrowego przeżywają wiele niewypowiedzianych lęków o swoje życie oraz zdrowie. Pojawienie się silnych negatywnych emocji nasila się w chwilach niemożności współżycia spowodowanego, przed operacją, bólem, zaś po operacji obawą o zwinięcie endoprotezy [7].

Dla pacjentów po zabiegu protezoplastyki stawu biodrowego szczególnym wyzwaniem jest faza obciążania operowanej kończyny dolnej, która wymaga odpowiedniej stabilizacji oraz kontroli ruchu pod obciążeniem. Dlatego głównym celem rehabilitacji pacjenta jest przywrócenie pełnej mobilizacji funkcji sprawności operowanego stawu biodrowego z jednoczesnym uwzględnieniem wszelkich uwarunkowań będących wynikiem implantacji endoprotezy. Na ten proces składa się przede wszystkim poprawa zakresu ruchomości dla ruchu rotacji wewnętrznej, wyprostu i odwiedzenia oraz rotacji zewnętrznej w stawie biodrowym przy równoległym wzmocnieniu osłabionych grup mięśniowych i poprawie stabilizacji mięśniowej obręczy biodrowej. Dodatkowo istotne jest również zabezpieczenie endoprotezy przed wpływem niekorzystnych sił wyważających i ścinających. W tym celu edukuje się pacjenta pod kątem ergonomii i bezpiecznego używania endoprotezy, a także prawidłowego chodu oraz przyjmowania właściwych postaw podczas czynności dnia codziennego [6].

Dolegliwości towarzyszące postępującej chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych wpływają na poziom funkcjonowania fizycznego, społecznego, codzienną aktywność, stan emocjonalnych, a także psychiczny. Z powodu zaawansowanych zmian zwyrodnieniowych znacznie obniżona zostaje ocena jakości życia, gdzie główną składową jest współżycie seksualne partnerów. Spadek komfortu współżycia płciowego wynika przede wszystkim z odczuwanego bólu, wyraźnego uczucia sztywności stawu biodrowego oraz obawy, że nagły

Tabela 1. Wpływ dysfunkcji biodra na życie seksualne przed operacją

	Wiek								p
	0–40 lat		41–50 lat		51–60 lat		> 60 lat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tak	8	100	9	60	16	84	6	35	0,002
Nie	0	0	6	40	3	16	11	65	
Razem	8	100	15	100	19	100	17	100	

ból może nasilić istniejącą już sztywność, spowodować szybsze zmęczenie, zmniejszenie popędu płciowego i działania niepożądane stosowanych leków (spadek libido, zaburzenia erekcji), u kobiet — z depresji, frustracji, problemów z zajściem w ciążę (w przypadku młodych kobiet). Dodatkowo obszar problemów pogłębiał się wraz ze wzrostem stopnia trudności pozycji przyjmowanych podczas stosunku płciowego. Techniczne czynniki, do których należą: utrata ogólnej mobilności, ograniczony zakres ruchomości stawów biodrowych i ogólne osłabienie razem z czynnikiem psychologicznym, osłabiają chęć inicjowania aktu płciowego. Popęd płciowy ulega poważnym zaburzeniom z powodu dyskomfortu ruchowego i fizycznego [7–10].

Celem niniejszej pracy jest ocena wpływu protezoplastyki biodra na aktywność seksualną.

Materiał i metody

Badania ankietowe stanowiące podstawę niniejszej pracy zostały przeprowadzone w okresie od kwietnia do października 2014 roku, wśród losowo wybranych mieszkańców powiatu zamojskiego będących po alloplastyce stawu biodrowego. Badaniami objęto 60 osób, w tym 36 kobiet (60% ankietowanych) i 24 mężczyzn (40% ankietowanych). Wśród badanej grupy pod względem wieku najliczniejsze były osoby w przedziale 51–60 lat, czyli 32% (n = 19) osób. Mniejszą grupę 25% (n = 15) stanowili badani w wieku 41–50 lat. Ankietowanych w wieku 61–70 lat było 18% (n = 11), a 31–40 lat — 12% (n = 7). Najmniejszą liczbą ankietowanych stanowiły osoby powyżej 70 lat — 10% (n = 6) oraz osoby w przedziale 0–30 lat — tylko 3% (n = 2).

Materiał badawczy uzyskano za pomocą kwestionariusza ankiety, opracowanego do celów niniejszej pracy. Ankieta zawierała 24 pytania: 16 zamkniętych i 8 otwartych.

Wszyscy pacjenci zostali poinformowani o celu, anonimowości i dobrowolnym uczestnictwie w badaniu oraz sposobie wykorzystania danych ankietowych.

Uzyskane wyniki poddano analizom statystycznej oraz jakościowej. Analizę statystyczną przeprowadzo-

no przy użyciu testu chi kwadrat. Za poziom istotności przyjęto $\alpha = 0,05$. Analizę wykonano przy użyciu programu kalkulacyjnego Excel. W opracowaniu statystycznym wyniki badań wyliczono w procentach i zestawiono w tabelach.

Wyniki

Analiza statystyczna ze względu na wiek

W badanej grupie największy wpływ dysfunkcji biodra na życie seksualne przed operacją wykazano wśród osób w wieku poniżej 40 lat (100%, n = 8), następnie w przedziale wiekowym 51–60 lat (84%, n = 16) osób. W przedziale wiekowym 41–50 lat było to 60% (n = 9) osób, a najmniejszy wpływ odnotowano u badanych powyżej 60 lat (35%, n = 6). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 1.

Analiza statystyczna przeprowadzonych badań wykazała występowanie istotnie statystycznie częstszego negatywnego wpływu dysfunkcji biodra na życie seksualne przed operacją wstawienia endoprotezy biodra u osób w wieku poniżej 40 lat oraz istotnie częstszego braku wpływu dysfunkcji na życie seksualne po 60. roku życia (p = 0,002).

Wśród badanej grupy pod względem wieku korzystne zmiany po operacji potwierdziło 87% (n = 13) osób w wieku 41–50 lat, w następnej kolejności osoby poniżej 40 lat 78% (n = 7) osób, osoby w wieku 51–60 lat 68% (n = 13), powyżej 60 lat u 18% (n = 3). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 2.

Analiza statystyczna przeprowadzonych badań wykazała występowanie istotnie statystycznie większej poprawy po operacji w zakresie odczuwania przyjemności podczas aktywności seksualnej u osób przed 60. rokiem życia w porównaniu z osobami po 60. roku życia (p < 0,001).

Wśród osób w przedziale wieku 51–60 lat problem z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji potwierdziło 68%, poniżej 40 lat — 33% (n = 3), 41–50 lat — 7% (n = 1), 51–60 lat — 32% (n = 6), a wśród osób powyżej 60 lat 53% (n = 9). Brak problemu z podejmowaniem aktywności osób poniżej 40 lat zadeklarowało 67% (n = 6), w grupie 41–50 lat — 93% (n = 14), w gru-

Tabela 2. Zmiana odczuwania przyjemności podczas aktywności seksualnej po operacji

	Wiek								p
	0–40 lat		41–50 lat		51–60 lat		> 60 lat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tak	7	78	13	87	13	68	3	18	< 0,001
Nie	2	22	2	13	6	32	14	82	
Razem	9	100	15	100	19	100	17	100	

Tabela 3. Problem z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji

	Wiek								p
	0–40 lat		41–50 lat		51–60 lat		> 60 lat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tak	3	33	1	7	6	32	9	53	0,048
Nie	6	67	14	93	13	68	8	47	
Razem	9	100	15	100	19	100	17	100	

Tabela 4. Przyczyny problemów z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji

	Wiek								p
	0–40 lat		41–50 lat		51–60 lat		> 60 lat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ból biodra	1	33	0	0	0	0	2	22	0,01
Strach, lęk	0	0	1	50	3	50	0	0	
Zniechęcenie	0	0	1	50	3	50	4	34	
Brak wiedzy o możliwościach	2	67	0	0	0	0	0	0	
Wiek	0	0	0	0	0	0	4	44	
Razem	3	100	2	100	6	100	9	100	

pie 51–60 lat 68% (n = 13), zaś powyżej 60 lat — 47% (n = 8) osób. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 3.

Analiza statystyczna przeprowadzonych badań wykazała występowanie istotnie statystycznie częstszych problemów z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji u osób po 60. roku życia oraz istotnie częstszy brak problemów związanych z życiem seksualnym u osób między 40. a 50. rokiem życia (p = 0,048).

W badanej grupie wśród przyczyn problemów z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji ból biodra wymieniło 33% (n = 1) osób poniżej 40 lat, osoby w przedziałach wiekowych 41–50 lat i 51–60 lat nie wymieniały takich problemów, zaś u osób powyżej 60 lat u 22% (n = 2) występował również problem z bólem biodra. Strach, lęk nie były wymieniane w przedziale do 40 lat, w przedziale wiekowym 41–50 lat wystąpiły

u 50% (n = 1), w przedziale wiekowym 51–60 lat u 50% (n = 3), u osób powyżej 60. roku życia nie było takiego problemu. Zniechęcenie nie było zgłaszane w grupie poniżej 40 lat, w przedziale wiekowym 41–50 lat zgłaszało je 50% (n = 1), w przedziale wiekowym 51–60 lat — 50% (n = 3), zaś u osób powyżej 60 lat — 33% (n = 3). Problem braku wiedzy o możliwościach wystąpił tylko w przedziale wiekowym poniżej 40 lat u 67% (n = 2) osoby. Wiek był powodem problemów u osób powyżej 60 lat u 44% (n = 4). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 4.

Analiza statystyczna przeprowadzonych badań wykazała, że istotnie statystycznie częstszą przyczyną problemów z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji u osób po 60. roku życia jest wiek, a u osób poniżej 40. roku życia — brak wiedzy na temat aktywności seksualnej po operacji (p = 0,01).

Tabela 5. Wpływ dysfunkcji biodra na życie seksualne po operacji

	Okres od operacji								p
	do roku		1–3 lata		4–6 lat		> 6 lat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tak	10	63	15	71	12	92	2	22	0,007
Nie	6	38	6	29	1	8	7	78	
Razem	16	100	21	100	13	100	9	100	

Tabela 6. Zmiana odczuwania przyjemności podczas aktywności seksualnej po operacji

	Okres od operacji								p
	do roku		1–3 lata		4–6 lat		> 6 lat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Tak	11	69	13	59	10	77	2	22	0,06
Nie	5	31	9	41	3	23	7	78	
Razem	16	100	22	100	13	100	9	100	

Analiza statystyczna ze względu na czas od operacji

W badanej grupie wpływ dysfunkcji biodra na życie seksualne do roku od operacji miał znaczenie u 63% (n = 10) osób, 1–3 lata po operacji u 71% (n = 15), 4–6 lat po operacji u 92% (n = 12), powyżej 6 lat po operacji u 22% (n = 2) osób. Dysfunkcja biodra przed operacją nie miała znaczenia do roku od operacji u 38% (n = 6), 1–3 lata po operacji u 29% (n = 6), 4–6 lat po operacji u 8% (n = 1), zaś powyżej 6 lat po operacji u 78% (n = 7) osób. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 5.

Analiza statystyczna przeprowadzonych badań wykazała występowanie istotnie statystycznie częstszego wpływ dysfunkcji biodra na życie seksualne u osób, u których od operacji minęło mniej niż 6 lat oraz istotnie częstszego brak wpływu dysfunkcji na życie seksualne u osób ponad 6 lat po operacji (p = 0,002).

W badanej grupie odczuwane zmiany przyjemności podczas aktywności seksualnej w zależności od okresu od operacji do roku zgłaszało 69% (n = 11) osób, 1–3 lata po operacji 59% (n = 13), 4–6 lat po operacji 77% (n = 10), powyżej 6 lat po operacji 22% (n = 2). Brak zmiany odczuwania przyjemności do roku zgłaszało 31% (n = 5), 1–3 lata po operacji 41% (n = 9), 4–6 lat po operacji 23% (n = 3), natomiast powyżej 6 lat po operacji 78% (n = 7) osób. Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 6.

Analiza statystyczna przeprowadzonych badań nie wykazała występowania istotnych zależności pomiędzy zmianą odczuwania przyjemności podczas seksu po operacji a czasem, który upłynął od operacji (p = 0,06).

Wśród badanej grupy problemem z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji był ból biodra. Było tak w czasie 1–3 lat po operacji: u 29% (n = 2), 4–6 lat po operacji u 33% (n = 1) osób. Strach i lęk były problemem do roku po operacji u 40% (n = 2) osób, 1–3 lata po operacji u 14% (n = 1), 4–6 lat po operacji u 33% (n = 1). Zniechęcenie jako przyczynę problemów 1–3 lata po operacji podawało 57% (n = 4) osób, 4–6 lat po operacji 33% (n = 1), powyżej 6 lat po operacji 40% (n = 2). Brak wiedzy o możliwościach po operacji wystąpił tylko do roku po operacji u 40% (n = 2). Wiek miał znaczenie do roku po operacji u 20% (n = 1) oraz powyżej 6 lat po operacji u 60% (n = 3). Szczegółowe dane przedstawiono w tabeli 7.

Analiza statystyczna przeprowadzonych badań nie wykazała występowania istotnych zależności pomiędzy przyczynami problemów z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji a czasem, który upłynął od operacji (p = 0,06).

Dyskusja

Zwyrodniały staw biodrowy bardzo często upośledza czynności i ogranicza w ten sposób ogólną sprawność organizmu. W wyniku zaistniałej choroby zwyrodnieniowej u zdecydowanej większości badanych (65%) obniżyła się sprawność organizmu, a co za tym idzie, zmalała aktywność seksualna. Jachimowicz-Wołoszynek i wsp. [3] w swoich badaniach wykazali, że przed wszczęciem endoprotezy stawu biodrowego w badanej grupie wystąpiły ograniczenia w obszarach: funkcjonowania fizycznego, ograniczeń fizycznych w codziennej aktywności oraz bólu fizycznego. Główną

Tabela 7. Przyczyna problemów z podejmowaniem aktywności seksualnej po operacji

	Okres od operacji								p
	do roku		1–3 lata		4–6 lat		> 6 lat		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Ból biodra	0	0	2	29	1	33	0	0	0,06
Strach, lęk	2	40	1	14	1	33	0	0	
Zniechęcenie	0	0	4	57	1	33	2	40	
Brak wiedzy o możliwościach	2	40	0	0	0	0	0	0	
Wiek	1	20	0	0	0	0	3	60	
Razem	5	100	7	100	3	100	5	100	

przyczyną zaniechania aktywności seksualnej w badanej grupie były ból biodra oraz sztywność stawu. Uzyskane wyniki w badaniu własnym w minimalnym stopniu można porównać do analiz przeprowadzonych przez Harwooda i Ebrahima [11], dotyczących oceny jakości życia 81 chorych ze zwyrodnieniem stawów biodrowych badanych w okresie 6–12 miesięcy po endoprotezoplastyce [11].

Endoprotezoplastyka odtwarzająca powierzchnie stawu biodrowego posiada liczne zalety. Powstawanie zmian zwyrodnieniowo-zniekształcających stawu biodrowe najczęściej wiąże się z dolegliwościami bólowymi. Pojawiająca się duża bolesność zmusza pacjentów do patologicznych ustawień kończyny i zaburza prawidłową postawę. To właśnie pojawiający się ból, a co za tym idzie, przypuszczalnie brak funkcji chodu i ograniczenia swobodnego przyjmowania pozycji podczas aktu miłosnego były decyzją o implantacji stawu biodrowego. Powstałe zmiany zwyrodnieniowe w biodrze w badanej grupie znacząco wpłynęły na emocjonalną sferę życia (42%) [11].

W badaniu Cukras i wsp. [12] dotyczącym aktywności ruchowej wśród osób po przebytej endoprotezoplastyce stawu biodrowego, wykazano, że podejmowali oni aktywność rekreacyjną o umiarkowanym stopniu ryzyka. Zalecenia te wykonywane były przez mniej niż połowę grupy (w badaniu uczestniczyło 77 osób). Aktywność seksualna stanowi zwykłą część życia każdego. Stwierdza się, że wielu pacjentów dotkniętych chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego nie może prowadzić normalnej aktywności seksualnej. Aż 89% badanych skarży się na brak informacji o bezpiecznym powrocie do aktywności seksualnej po zabiegu, a 81% nigdy nie uzyskało informacji, kiedy bezpiecznie mogą ponownie rozpocząć współżycie po alloplastyce biodra. Duże znaczenie dla utrzymania efektów usprawniania pooperacyjnego oraz utrzymania sprawności miało przekonanie chorego do podjęcia aktywności fizycznej, która nierozzerwalnie wiąże się z aktywnością

seksualną. Istotną rolę powinna odegrać tu przekazana informacja słowna uzyskana od fizjoterapeuty lub lekarza po operacji. Jednak 42% badanych nie była zadowolona z uzyskanej informacji [12].

Zdaniem części autorów endoprotezoplastyka stawu biodrowego umożliwia powrót do wykonywanych w przeszłości czynności domowych i aktywności ruchowej. W obawie przed możliwymi powikłaniami zaleca się zachowanie ostrożności w podejmowaniu nowych wysiłków fizycznych. Dlatego istotnym rozwiązaniem jest indywidualny dla każdego pacjenta dobór odpowiedniej aktywności ruchowej, oparty na dotychczasowym podejmowanym wysiłku fizycznym. Podjęcie rehabilitacji seksualnej dla większości chorych jest związane z przywróceniem sprawności, choć 42% nie podejmowało próby polepszenia aktywności seksualnej [10, 13].

Wynik badania własnego przeprowadzonego w grupie 60 osób wykazał, że zdecydowana większość badanych określała swój stan zdrowia po operacji jako zadowalający, co znacząco wpłynęło na ocenę aktywności seksualnej. W badanej grupie zaobserwowano, że choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych bardzo ograniczała życie seksualne.

Wpływ choroby zwyrodnieniowej na aktywność fizyczną przedstawiają również wyniki badań przeprowadzonych przez Jachimowicz-Wołoszynek i wsp. [3], w których zakres funkcjonowania fizycznego, ograniczenia fizyczne w codziennej aktywności oraz ból fizyczny były znacznie ograniczone. Jak wynika z licznych badań prowadzonych nad jakością życia wśród chorych w poszczególnych obszarach, zabieg alloplastyki stawu biodrowego poprawia ich jakość życia, co jest zauważalne w szczególności po upływie roku [3].

Również występowanie dolegliwości bólowych w chorobie zwyrodnieniowej stanowiło dominujący objaw w badaniu przeprowadzonym przez Łuckiewicz i wsp. [14]. Uzyskane wyniki badania jakości życia różnią się nieco od analiz innych autorów. W badaniu własnym pacjenci odczuwali silniejsze dolegliwości

bólowe. W innych pracach wśród wielu skarg jako najbardziej dokuczliwe wymieniano: ból oraz współwystępujące ograniczenie ruchomości i sztywność stawów [14].

Powstało niewiele artykułów i badań prowadzonych nad aktywnością seksualną po alloplastyce stawu biodrowego. Trudno zatem jednoznacznie odnosić się do innych badań. Jest za to dużo artykułów poświęconych samej jakości życia i jego poprawie. Podobne do nieniej-szych badania i problemy związane z aktywnością seksualną zostały zaprezentowane w artykule Głowackiej i wsp. [10], w którym zawarto informację, że pierwsze problemy, dyskomfort, odczuwany podczas aktywności seksualnej, pacjenci obserwowali średnio w wieku 45 lat a 2,5 roku od momentu wystąpienia incydentu bólowego w stawie biodrowym pacjenci skarżyli się na spadek satysfakcji seksualnej. Autorka przedstawia, że przed wykonaniem alloplastyki około 46% pacjentów zgłaszało problemy z życiem seksualnym, a po zabiegu jedynie 26%. Wzrost częstości współżycia seksualnego o 20%, głównie wśród kobiet, wskazywał na korzystny wpływ endoprotezoplastyki. Zauważono zmniejszenie dolegliwości bólowych podczas stosunków płciowych, poprawę zakresu ruchomości stawów, zaś 1/3 (20%) badanych informowała o wzroście ich ogólnej jakości życia seksualnego i poprawie relacji partnerskich w związku, 13% stwierdziło wzrost liczby partnerów seksualnych i seksualnych spotkań. Większość kobiet była zdania, że jakość ich życia płciowego uległa poprawie dzięki zabiegowi endoprotezoplastyki stawu biodrowego, 25% pacjentek mogło rozpocząć stosunek płciowy 1–2 miesiące po operacji, w ich przypadku najczęstszą przyjmowaną przez kobiety pozycją była pozycja półleżąca. Wśród mężczyzn zauważono szybszy powrót do pierwotnej aktywności seksualnej ze względu na dogodniejsze i bezpieczniejsze pozycje przyjmowane podczas stosunku z kobietą (nie wymagają one użycia dużej siły, intensywnych ruchów w obrębie stawów biodrowych, tj. odwodzenia i rotacji) [10].

Wyniki badań przeprowadzonych wśród internistów, reumatologów i chirurgów ortopedów — członków *American Association of Hip and Knee Surgeons* wykazały problemy w komunikacji lekarz–personel medyczny–pacjent w kwestiach związanych z tematyką aktywności seksualnej po alloplastyce biodra. Jedną z przyczyn nielicznych rozmów mogą być niechęć do pytania o problemy sfery intymnej lub brak wiedzy oraz przygotowania do przeprowadzania takich rozmów przez lekarzy lub fizjoterapeutów. Mając na uwadze powagę tego problemu, wskazano rolę właściwego instruowania pacjentów przez fizjoterapeutów, dotyczącego czasu i sposobu powrotu do aktywności seksualnej, która z rehabilitacyjnego punktu widzenia powinna nastąpić po 8–12 tygodniach [1, 3, 15].

Wnioski

1. Po operacji wstawienia endoprotezy biodra osoby po 60. roku życia miały większy problem z powrotem do aktywności seksualnej w porównaniu z osobami młodszymi. Najczęstszą przyczyną takiego stanu rzeczy stanowił wiek. U osób młodszych głównym problemem był brak stosownej wiedzy na temat możliwości aktywności seksualnej.
2. Według przeprowadzonych badań im dłuższy czas od operacji biodra tym mniejsze problemy z podjęciem aktywności seksualnej.
3. Po operacji poprawę odczuwania przyjemności podczas aktywności seksualnej najczęściej zgłaszały osoby poniżej 60. roku życia. Zaobserwowano również brak zależności między upływem czasu od operacji a poprawą przyjemności podczas aktywności seksualnej.
4. W czasie pierwszego roku po operacji najczęstszą przyczyną problemów z podejmowaniem aktywności seksualnej były lęk i brak wiedzy. W okresie późniejszym, powyżej jednego roku, najczęściej było to zniechęcenie.
5. Przed operacją wstawienia endoprotezy biodra problemy z życiem seksualnym najczęściej miały osoby poniżej 40. roku życia.

Piśmiennictwo

1. Pop T., Szczygielska D., Družbicki M., Zajkiewicz K. Epidemiologia i koszty leczenia zachowawczego chorych z chorobą zwyrodnieniową stawów biodrowych i kolanowych. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja MEDSPORTPRESS* 2007; 9: 406–410.
2. Klimaszewska K., Krajewska-Kułak E., Kondzior D., Kowalczyk K., Jankowiak B. Jakość życia pacjentów z zespołami bólowymi odcinka lędźwiowego kręgosłupa. *Problemy Pielęgniarstwa* 2011; 19: 47–52.
3. Jachimowicz-Wołoszynek D., Roś D., Michalska A. Wpływ wszczepienia sztucznego stawu biodrowego, na jakość życia chorych z chorobą zwyrodnieniową stawu biodrowego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2003; 5: 519–524.
4. Pozowski A. Alloplastyka stawu biodrowego. *Górnicki Wydawnictwo Medyczne* 2011: 32–34.
5. Żabówka M. Najczęstsze błędy i niewłaściwe przeświadczenia dotyczące fizjoterapii w chorobie zwyrodnieniowej stawów biodrowych. *Praktyczna Fizjoterapia & Rehabilitacja* 2011; 13: 41–44.
6. Demczyszak I., Wrzosek Z., Żukowska U., Milko D. Ocena efektów usprawniania chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego. *Kwartalnik Ortopedyczny* 2012; 2: 169–175.
7. Laffosse J.M., Tricoire J.L., Chiron P., Puget J. Sexual function before and after primary total hip arthroplasty. *Joint Bone Spine* 2008; 75: 189–194.
8. Pop T., Dudek J., Bielecki A., Dudek W., Snela S. Stan funkcjonalny chorych po endoprotezoplastyce stawu biodrowego pochodzących z terenów wiejskich. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego, Rzeszów* 2011; 1: 79–89.
9. Hawrylak A., Weigel D., Barczyk K., Ostrowska B., Ratajczak B. Wpływ zastosowanego leczenia na zachowanie się wybranych parametrów czynnościowych pacjentów po endoprotezoplastyce stawów biodrowych — doniesienie wstępne. *Fizjoterapia Polska Medsportpress* 2010; 10: 222–224.

10. Głowacka P., Żak E., Głowacka M., Przyłudzki K. Rola fizjoterapeuty w edukacji bezpiecznego współżycia seksualnego pacjentów po endoprotezoplastyce. *Rehabilitacja w Praktyce* 2010; 4: 42–43.
11. Harwood R.H., Ebrahim S.A. Comparison of the responsiveness of the Nottingham extended activities of daily living scale, London handicap scale and SF-36. *Disabil Rehabil* 2000; 22: 786.
12. Cukras Z., Prączko K., Kostka T., Jagier A. Aktywność ruchowa osób po protezoplastyce stawu biodrowego. *Ortopedia Traumatologia Rehabilitacja* 2007; 9: 288–295.
13. Dahm D.L., Jacofsky D., Lewallen D.G. Surgeons rarely discuss sexual activity with patients after THAA survey of members of the American Association of Hip and Knee Surgeons. *Clinical orthopaedics and related research* 428; 237–240.
14. Łuckiewicz C., Majcher P., Stawińska T., Stępniewska A., Szczygielska-Majewska M., Senderek T. Jakość życia pacjentów z chorobą zwyrodnieniową stawów w środowisku wiejskim. *Annales Universitatis Mariae Curie-Skłodowska, Lublin–Polonia* 2005; LX Suppl. XVI, 295: 321–324.
15. Żabówka M. Choroba zwyrodnieniowa stawów biodrowych — rola fizjoterapii w zapobieganiu leczeniu operacyjnemu. *Praktyczna Fizjoterapia & Rehabilitacja* 2010; 12: 43–48.