



## Dynamika hospitalizacji osób z zaburzeniami afektywnymi w latach 1997–2001

*Hospitalization dynamics in patients with affective disorders in the years 1997–2001*

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA<sup>1</sup>, WALENTYNA SZIRKOWIEC<sup>2</sup>,  
ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA<sup>1</sup>

Z: 1. Zakładu Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
2. Zakładu Genetyki Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

### STRESZCZENIE

**Cel.** Zbadanie dynamiki hospitalizacji zaburzeń afektywnych w poszczególnych frakcjach społeczno-demograficznych.

**Metoda.** Analizowano różnice między rokiem 1997 i 2001 w hospitalizacji ogółu pacjentów i pierwszorazowych z poszczególnymi kategoriami rozpoznania zaburzeń afektywnych. Uwzględniono trzy zmienne niezależne: wiek, płeć i miejsce zamieszkania (wieś/miasto). Przyjętą do porównań jednostką był wskaźnik, określony liczbą pacjentów na 100 tys. ludności ogółem oraz ludności o analizowanych cechach.

**Wyniki.** W latach 1997–2001 częstość hospitalizacji wzrosła o 39%, podobna dynamika charakteryzuje częstość pierwszych przyjęć. Najczęstszą przyczyną hospitalizacji były zaburzenia depresyjne nawracające i epizody depresyjne. Najwyższe wskaźniki hospitalizacji występują u osób w wieku 45–54 lat. Kobiety są hospitalizowane dwukrotnie częściej niż mężczyźni. Mieszkańcy miast są częściej leczeni niż mieszkańcy wsi, różnica ta nie występuje w klasie wieku 45–54 lat. W ciągu 5 lat najwyższa dynamika wzrostu wystąpiła u osób w wieku 45–54 lat, wyższa wśród kobiet niż mężczyźni, wyższa wśród mieszkańców miast niż wsi.

**Wnioski.** W największym stopniu wzrosła hospitalizacja z powodu epizodów depresyjnych i zaburzeń nawracających, zwłaszcza ich postaci ciężkich.

### SUMMARY

**Objectives.** To estimate the dynamics of hospital admissions for affective disorders in various socio-demographic fractions.

**Methods.** Differences were analyzed between the years 1997 and 2001 in the total number of admissions, and in the number of first admissions by the diagnostic categories of affective disorders. Three independent variables were taken into account: age, sex, and place of residence (urban v. rural area). Comparisons were made using two rates: the number of patients per 100.000 of either general population, or population with characteristics under study.

**Results.** In the years 1997–2001 the frequency of hospital admissions has increased by 39%, with a similar rate for the first admissions. The most frequent causes of hospitalization were recurrent depressive disorders and depressive episodes. The highest hospitalization rates were noted in the 45–54 age range. Women were hospitalized twice as often as men. While inhabitants of urban areas were more frequently hospitalized than those living in rural areas, the difference disappeared in the 45–54 age group. During the 5-year period under study the highest increment in the number of hospital admissions was found in the group aged 45–54, being higher among women as compared to men, and among urban area dwellers as compared to inhabitants of rural areas.

**Conclusions.** The largest increment in the number of hospital admissions was noted in the categories of depressive episodes and recurrent depressive disorders, especially severe.

---

**Słowa kluczowe:** zaburzenia afektywne / epidemiologia / dynamika  
**Key words:** affective disorders / epidemiology / dynamics

---

Od wielu lat obserwuje się w Polsce wzrost liczby osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. W przyjętym przez nas do analiz okresie 5 lat, między rokiem 1997 a 2001, wskaźnik hospitalizacji ogółu zaburzeń psychicznych wzrósł o 24% (z 368 na 100 tys. mieszkańców do 461) [1]. Znacznie wyższe jest tempo wzrostu hospitalizacji zaburzeń afektywnych (F30-F39), ich wskaźnik w ciągu tych samych 5 lat wzrósł o 39% (z 41 na 100 tys. mieszkańców do 57).

### CEL

Celem pracy było zbadanie dynamiki hospitalizacji zaburzeń afektywnych i sprawdzenie jakie frakcje społeczno-demograficzne są szczególnie często hospitalizowane z tego powodu.

### METODA

Dane o hospitalizacjach pacjentów uzyskaliśmy z istniejących w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia

Instytutu Psychiatrii i Neurologii baz, zawierających informacje o każdym hospitalizowanym pacjencie i niektórych jego cechach społeczno-demograficznych. Okresem porównawczym dla określenia dynamiki zjawiska jest 5 lat, od roku 1997, czyli od momentu wprowadzenia ICD-10, do roku 2001, czyli najaktualniejszych danych, którymi dysponowaliśmy. Interesowały nas różnice między rokiem 1997 a 2001 w rozpoznawaniu poszczególnych kategorii zaburzeń afektywnych u ogółu hospitalizowanych pacjentów, pacjentów pierwszorazowych, mężczyzn i kobiet; różnice w rozpowszechnieniu hospitalizacji ze względu na wiek, miejsce zamieszkania i płeć; tendencje w sposobie kierowania pacjentów do leczenia szpitalnego; porównanie cech społeczno-demograficznych.

## WYNIKI

W 1997 r. liczba hospitalizowanych z rozpoznaniem zaburzeń afektywnych wynosiła 15 932, po 5 latach wzrosła o 39%, do 22 080.

U pacjentów z zaburzeniami afektywnymi najczęściej, zarówno w roku 1997 jak i 2001, rozpoznawane były zaburzenia depresyjne nawracające – F33 (odpowiednio 16 i 25 na 100 tys. ludności), najwyższy był tu również wzrost wskaźnika – o 58%, zwłaszcza w jego postaci ciężkiej (F33.2 i F33.3) – o 97% (tabl. 1). Drugim, podobnie często występującym rozpoznaniem były epizody depresyjne – F32, wskaźnik wynosił odpowiednio 15 i 20 na 100 tys. ludności i wzrósł o 34%, również ze znacznie wyższą dynamiką epizodów depresyjnych ciężkich (F32.2 i F32.3) – o 67%.

Wskaźnik hospitalizacji kobiet, w obu okresach, był wyższy niż mężczyzn, wyższy był też jego wzrost. U kobiet różnica wyniosła 42% (53 vs 75 na 100 tys.), u mężczyzn 33% (28 vs 38 na 100 tys.).

Zarówno wśród kobiet jak i mężczyzn najczęściej (w obu latach) występują rozpoznania zaburzeń depresyjnych nawracających i epizodów depresyjnych, tak jak w całej grupie hospitalizowanych, z tym, że u męż-

czyn jest odwrotna kolejność częstości ich występowania. U kobiet obserwuje się wyższą niż u mężczyzn dynamikę wzrostu zaburzeń depresyjnych nawracających (w tym postaci ciężkich) i pozostałych afektywnych zaburzeń nastroju (F34, F38, F39), natomiast wśród mężczyzn wyższy wzrost wskaźników wystąpił w hospitalizacjach epizodów depresyjnych (w tym ciężkich), zaburzeń afektywnych dwubiegunowych F31 i epizodów maniakalnych F30.

Wskaźnik hospitalizacji pacjentów pierwszorazowych w 2001 r. wynosił 24 na 100 tys. mieszkańców i od 1997 r. wzrósł o 36% (z 18 na 100 tys.). Zatem dynamika zapadalności w ciągu ostatnich 5 lat była mniejsza niż dynamika rozpowszechnienia (wzrost wskaźnika o 39%), co świadczy o nieco wyższej częstotliwości hospitalizacji osób już uprzednio leczonych niż trafiających do szpitala po raz pierwszy w życiu – wskaźnik leczonych wielokrotnie wzrósł w tym czasie o 41% (z 24 na 100 tys. ludności do 33).

U pierwszorazowych pacjentów z zaburzeniami afektywnymi najczęściej rozpoznawano (w obu latach) epizody depresyjne, a następnie zaburzenia depresyjne nawracające, największy też był wzrost wskaźników tych rozpoznań (zwłaszcza ich postaci ciężkich) między rokiem 1997 i 2001 (tabl. 2). Wzrost wskaźników hospitalizacji pacjentów pierwszorazowych z epizodami depresyjnymi jest wyższy niż u ogółu leczonych, podobnie z epizodami maniakalnymi i zaburzeniami afektywnymi dwubiegunowymi, zauważa się natomiast spadek w rozpoznaniach dystymii i niższą niż u ogółu leczonych dynamikę pozostałych zaburzeń nastroju (przy ogólnie niskich wartościach tych wskaźników).

Wskaźniki pierwszorazowych hospitalizacji kobiet z zaburzeniami afektywnymi są w obu latach wyższe niż mężczyzn, dużo wyższy jest też wzrost tych wskaźników. Wśród kobiet wskaźnik wzrósł w ciągu 5 lat o 40% (z 23 na 100 tys. ludności do 31), natomiast wśród mężczyzn o 29% (z 13 na 100 tys. ludności do 17).

Różnica dynamiki zapadalności kobiet i mężczyzn (11%) jest nieco wyższa niż różnica dynamiki rozpowszechnienia (9%).

Tablica 1. Rozpowszechnienie hospitalizacji w latach 1997 i 2001 wg rozpoznania i płci. Wskaźnik na 100 000 ludności.

Rozpoznania	Ogółem			Mężczyźni			Kobiety		
	1997 N=15932	2001 N=22080	różnica %	1997 N=5339	2001 N=7071	różnica %	1997 N=10593	2001 N=15009	różnica %
Ogółem	41,2	57,1	+39	28,4	37,7	+33	53,4	75,4	+42
Epizod maniakalny F30	1,2	1,3	+8	1,4	1,6	+14	1,2	1,2	0
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe F31	6,5	7,6	+17	5,4	6,6	+22	7,4	8,5	+15
Epizod depresyjny F32	14,6	19,6	+34	10,8	14,7	+36	18,3	24,2	+32
w tym: ciężki F32.2 i F32.3	3,3	5,5	+67	2,4	3,9	+63	4,3	6,9	+60
Zaburzenia depresyjne nawracające F33	15,6	24,6	+58	8,7	12,5	+44	22,0	36,0	+64
w tym: ciężkie F33.2 i F33.3	3,3	6,5	+97	2,1	3,3	+57	4,4	9,6	+118
Dystymia F34.1	2,1	2,3	+5	1,2	1,3	+8	2,9	3,3	+14
Pozostałe F34 (bez F34.1), F38, F39	1,2	1,7	+42	0,9	1,0	+11	1,6	2,3	+44

Tablica 2. Hospitalizacja pacjentów pierwszorazowych w latach 1997 i 2001 wg rozpoznania i płci. Wskaźnik na 100 000 ludności

Rozpoznanie	Ogółem			Mężczyźni			Kobiety		
	1997 N=6888	2001 N=9374	różnica %	1997 N=2416	2001 N=3136	różnica %	1997 N=4472	2001 N=6238	różnica %
Ogółem	17,8	24,2	+36	12,9	16,7	+29	22,5	31,4	+40
Epizod maniakalny F30	0,6	0,7	+17	0,6	0,7	+17	0,5	0,6	+20
Zaburzenia afektywne dwubiegunowe F31	1,3	1,6	+23	1,3	1,4	+8	1,5	1,8	+20
Epizod depresyjny F32	9,1	13,4	+47	7,0	10,0	+43	11,1	16,8	+51
w tym: ciężki F32.2 i F32.3	2,2	3,8	+73	1,7	2,8	+65	2,7	4,8	+78
Zaburzenia depresyjne nawracające F33	5,2	7,0	+35	3,0	3,7	+23	7,3	10,3	+41
w tym: ciężkie F33.2 i F33.3	1,0	2,0	+100	0,7	1,1	+57	1,3	2,9	+123
Dystymia F34.1	1,0	0,8	-20	0,6	0,5	-17	1,4	1,0	-29
Pozostałe F34 (bez F34.1), F38, F39	0,6	0,7	+17	0,4	0,4	0	0,7	0,9	+29

Rozpowszechnienie hospitalizacji wzrasta wraz z wiekiem, osiągając szczyt u osób liczących 45–49 oraz 50–54 lat. W obu tych grupach wieku wskaźnik hospitalizacji w roku 1997 kształtował się na poziomie ok. 100 na 100 tys. ludności, a w roku 2001 ok. 160 na 100 tys. Po 54 roku życia częstość hospitalizacji systematycznie maleje (tabl. 3). Kobiety są około dwukrotnie częściej hospitalizowane niż mężczyźni. Prawidłowość ta jest najwyraźniejsza u osób po 40 roku życia, u osób młodszych przewaga kobiet jest mniejsza, a w grupie wieku 20–29 lat częstsza jest hospitalizacja mężczyzn niż kobiet (tabl. 3 i 4). W latach 1997–2001 najbardziej wzrosła hospitalizacja osób w wieku 45–49 lat oraz 50–54 lat – o ok. 60%, a najmniej hospitalizacja osób w wieku podeszłym. W większości grup wieku w badanym okresie wystąpił większy wzrost hospitalizacji kobiet niż mężczyzn, co spowodowało, że przewaga hospitalizacji kobiet jest większa w roku 2001 niż w 1997 (tabl. 3 i 4).

Mieszkańcy miast są częściej hospitalizowani niż osoby zamieszkałe na wsi, wyższa jest też w miastach dynamika rozpowszechnienia hospitalizacji (48% vs 28%), co zwiększa dystans częstotliwości hospitalizacji w obu środowiskach – z 13% na początku okresu badawczego do 31% na jego końcu. W obu badanych latach przewaga hospitalizacji osób z miasta występuje w populacji do 39 roku życia oraz po 60 roku życia. Natomiast u osób w wieku od 40 do 59 lat na początku okresu badawczego (1997 r.) częstsza była hospitalizacja osób ze wsi niż z miasta, a po pięciu latach (w 2001 r.) wskaźniki hospitalizacji w mieście są wyższe niż na wsi. Wyjątek stanowią osoby w wieku 50–54 lat, gdzie wskaźnik jest praktycznie taki sam w obu środowiskach.

Ogólnie, wskaźniki hospitalizacji są wyższe wśród ludności miejskiej niż wiejskiej, wyższe wśród kobiet niż mężczyzn, we frakcjach tych występuje również wyższa dynamika wzrostu. Konsekwentnie, w populacji kobiet zamieszkałych w mieście, w obu badanych okresach, wskaźniki hospitalizacji były wyższe (odpowiednio od 54 na 100 tys. kobiet z miast do 83) i przejawiały większą dynamiką o 52%, niż w populacji kobiet zamieszkałych na wsi (od 49 na 100 tys. do 63, ze wzro-

stem o 28%) (tabl. 5). Zarówno w populacji kobiet, jak i mężczyzn, miejsce zamieszkania nie jest czynnikiem najsilniej generującym wysokość wskaźnika rozpowszechnienia hospitalizacji, jest on wyraźnie modyfikowany przynależnością do kategorii wiekowej 45–54 lat. W 2001 r. wskaźniki hospitalizacji kobiet ze wsi w tym wieku były wyższe niż kobiet z miast w tych samych kategoriach wiekowych, chociaż wzrastały z mniejszą dynamiką, bowiem ich wartości wyjściowe (w 1997 r.) w pięciu grupach wiekowych były wyższe. Na ogólną wartość wskaźnika wpływają częściej występujące wśród kobiet miejskich hospitalizacje zarówno w młodszych jak i starszych grupach wiekowych. W populacji mężczyzn zachodzą prawie takie same prawidłowości jak w populacji kobiet, przy oczywiście niższych wskaźnikach (tabl. 6). Natomiast, o ile u kobiet dynamika wzrostu hospitalizacji była we wszystkich grupach wiekowych większa wśród mieszkanek miast niż wsi, to w populacji mężczyzn wyższy wzrost wskaźników zauważa się wśród mężczyzn wiejskich w wieku 50–59 lat.

Zarówno w roku 1997 jak i 2001, prawie 60% leczonych z powodu zaburzeń afektywnych to pacjenci, którzy już wcześniej byli hospitalizowani. Takie same proporcje (od 56% do 59%) leczonych po raz kolejny występują bez względu na miejsce zamieszkania i płeć.

Struktura hospitalizowanych pacjentów pierwszorazowych wg płci, wieku i miejsca zamieszkania jest bardzo podobna do hospitalizowanych ogółem. W 2001 r. wyższy był wskaźnik hospitalizowanych kobiet (31 na 100 tys.) niż mężczyzn (17 na 100 tys.), wyższy wśród ludności miejskiej (27 na 100 tys.) niż wiejskiej (20 na 100 tys.). W populacji kobiet, zarówno w mieście jak i na wsi, najwyższe wskaźniki pierwszorazowych hospitalizacji występują w kategoriach wiekowych między 45 a 54 rokiem życia, z podobnymi wartościami wskaźników kobiet miejskich i wiejskich, podobnie w populacji mężczyzn, przy odpowiednio niższych wskaźnikach (tabl. 7).

Wskaźnik hospitalizacji zaburzeń psychicznych w 2001 r. wystandaryzowany wg wieku, płci i miejsca zamieszkania z roku 1997 wyniósł 54 na 100 tys.

Tablica 3. Rozpowszechnienie według płci, wieku, środowiska zamieszkania w roku 1997 i 2001. Wskaźniki na 100 000 ludności

Kategorie wieku	Ogółem			Mężczyźni			Kobiety			Miasto			Wieś		
	1997 N = 15932	2001 N = 22080	różnica %	1997 N = 5339	2001 N = 7071	różnica %	1997 N = 10593	2001 N = 15009	różnica %	1997 N = 10100	2001 N = 14888	różnica %	1997 N = 5832	2001 N = 7130	różnica %
Ogółem	41,2	57,1	+39	28,4	37,7	+33	53,4	75,4	+42	42,4	62,6	+48	37,4	47,9	+28
0-19	2,5	3,3	+32	2,3	2,6	+13	2,9	3,9	+34	3,1	4,1	+32	1,5	2,0	+33
20-29	17,5	20,2	+15	19,4	22,2	+14	15,5	18,2	+17	19,0	22,5	+18	15,3	16,6	+9
30-39	41,5	48,0	+16	30,5	37,5	+23	52,7	58,8	+12	41,7	50,4	+21	41,2	44,4	+8
40-44	74,7	108,6	+45	51,2	67,8	+32	98,1	149,4	+52	73,1	110,5	+51	77,8	105,0	+35
45-49	99,4	159,3	+60	63,3	91,9	+45	134,3	224,8	+67	94,6	162,1	+71	109,9	153,2	+39
50-54	102,1	161,9	+59	72,3	102,2	+41	129,8	218,2	+68	100,0	161,5	+62	106,5	163,0	+53
55-59	77,4	100,9	+30	53,2	75,0	+41	98,7	123,7	+25	75,9	103,2	+36	80,3	96,1	+20
60-69	70,4	70,7	+0,4	43,0	41,7	-3	91,9	93,5	+2	71,7	76,5	+7	68,4	60,9	-11
>70	39,9	41,7	+6	24,7	23,9	-3	48,1	51,7	+8	44,8	49,5	+11	33,7	31,3	-7

Tablica 4. Udział ludności miejskiej z zaburzeniami afektywnymi w stosunku do wiejskiej oraz kobiet w stosunku do mężczyzn w latach 1997 i 2001 w poszczególnych grupach wiekowych

Wiek	Miasto / Wieś		Kobiety / Mężczyźni	
	1997 %	2001 %	1997 %	2001 %
Ogółem	113	131	188	200
0-19	206	200	126	150
20-29	124	136	80	82
30-39	101	114	173	157
40-44	94	105	192	220
45-49	86	106	212	245
50-54	94	99	180	214
55-59	95	107	186	165
60-69	105	126	214	224
>70	133	158	195	216

Tablica 5. Rozpowszechnienie hospitalizacji kobiet w roku 1997 i 2001 w mieście i na wsi. Wskaźniki na 100 000 ludności

Wiek	Kobiety – miasto			Kobiety – wieś		
	1997	2001	różnica %	1997	2001	różnica %
Ogółem	54,3	82,6	+52	49,3	63,3	+28
0-19	3,4	4,8	+41	1,9	2,6	+37
20-29	15,9	19,4	+22	14,8	16,3	+10
30-39	52,2	58,9	+13	55,5	58,5	+5
40-44	94,5	148,9	+58	106,5	150,4	+41
45-49	125,1	224,3	+79	156,7	226,1	+44
50-54	124,5	215,2	+73	141,4	225,4	+59
55-59	95,0	128,7	+35	105,6	113,1	+7
60-69	94,7	102,2	+8	87,5	78,3	-11
>70	53,4	61,5	+15	41,0	38,2	-7

Tablica 6. Rozpowszechnienie hospitalizacji mężczyzn w roku 1997 i 2001 w mieście i na wsi. Wskaźniki na 100 000 ludności

Wiek	Mężczyźni – miasto			Mężczyźni – wieś		
	1997	2001	różnica %	1997	2001	różnica %
Ogółem	29,5	40,8	+38	25,5	32,5	+27
0-19	2,9	3,2	+10	1,4	1,5	+7
20-29	22,0	25,6	+16	15,7	16,9	+8
30-39	31,6	41,5	+31	29,0	31,9	+1
40-44	50,0	68,9	+38	53,4	65,9	+23
45-49	61,4	93,3	+52	67,2	89,3	+33
50-54	72,8	101,5	+39	71,2	103,6	+46
55-59	53,3	73,5	+38	53,0	78,0	+47
60-69	41,9	42,9	+2	44,6	39,7	-11
>70	28,0	28,0	0	20,8	19,2	-7

Tablica 7. Hospitalizacja pacjentów pierwszorazowych według płci i miejsca zamieszkania w roku 2001. Wskaźniki na 100 000 ludności

Wiek	Kobiety		Mężczyźni	
	miasto	wieś	miasto	wieś
Ogółem	34,5	26,0	18,2	14,2
0–19	3,7	2,1	2,6	1,5
20–29	12,2	10,8	16,5	10,6
30–39	29,3	27,5	18,6	15,5
40–44	59,4	61,0	28,8	27,0
45–49	91,3	85,6	37,8	36,3
50–54	85,8	89,1	41,4	37,1
55–59	45,6	45,4	27,9	33,5
60–69	39,7	27,6	16,4	15,3
>70	23,9	14,3	13,8	8,3

Tablica 8. Struktura demograficzna populacji osób hospitalizowanych w roku 1997 i 2001

Cechy	1997 N=15932	2001 N=22080
	w %	
<b>Płeć</b>		
Kobieta	66	68
Mężczyzna	34	32
<b>Wiek</b>		
0–19	1,8	1,6
20–29	6,2	5,6
30–39	14,6	10,9
40–44	15,4	15,2
45–49	18,4	22,7
50–54	12,3	19,8
55–59	8,7	7,6
60–69	15,4	10,5
> 70	7,1	6,0
<b>Miejsce zamieszkania</b>		
Miasto	70	67
Wieś	30	33
<b>Wykształcenie</b>		
Bez wykształcenia	2	1
Podstawowe	32	27
Zawodowe	27	29
Średnie	28	33
Wyższe	9	8
Inne	2	2
<b>Źródło utrzymania</b>		
Praca zawodowa	26	21
Praca dorywcza	1	0,2
Na utrzymaniu rodziny	5	7
Emerytura	9	10
Renta	47	49
Zasiłek dla bezrobotnych, pomoc społeczna	5	9
Inne	7	4
<b>Stan cywilny</b>		
Kawaler/panna	14	14
Zamężna/żonaty	64	64
Wdowcy/wdowy, rozwiedzeni	22	22
Inne	0,2	0,4
Mieszkający samotnie	11	11

Tablica 9. Instytucja kierująca do szpitala psychiatrycznego w 1997 i 2001 r.

Instytucja kierująca	1997 N = 15932	2001 N = 22080
	w procentach	
Bez skierowania	13	8
Pogotowie	10	8
Poradnia zdrowia psychicznego	46	53
Szpital psychiatryczny	3	3
Inna poradnia/inny lekarz/inny szpital	25	25
Inna forma medycznej lub społecznej opieki	1	1
Sąd	1	1
Inna	1	1

ludności (przy wskaźniku rzeczywistym 57 na 100 tys. ludności) i wszystkie trzy czynniki demograficzne w podobnie niewielkim stopniu przyczyniłyby się do jego wzrostu. Wskaźnik wystandaryzowany wzrósł o 32%, rzeczywisty o 39%. Zatem zmiany w strukturze demograficznej ludności Polski (określonej powyższymi czynnikami) nie wpłynęły w znaczącym stopniu na wzrost wskaźnika rzeczywistego.

W obu analizowanych latach struktura pacjentów hospitalizowanych z powodu zaburzeń afektywnych ze względu na płeć, miejsce zamieszkania, wykształcenie, stan cywilny i samotne bądź nie zamieszkiwanie, jest bardzo podobna (tabl. 8). Znaczniejsze różnice występują w strukturze wieku i źródle utrzymania. W 2001 r. był nieco mniejszy udział pacjentów do 39 roku życia (o 5%) i po 55 roku życia (o 7%), natomiast większy (o 12%) w wieku 45–54 lat, zwłaszcza w kategorii wiekowej 50–54 lat. Mniejsza proporcja osób pracowała zawodowo, stosunkowo więcej utrzymywało się z emerytury, renty i pomocy społecznej. Zwraca uwagę wyjątkowo wysoki odsetek pacjentów utrzymujących się z renty, zwłaszcza, że są to ludzie stosunkowo młodzi, w 2001 r. ponad 65% rencistów to osoby w wieku 40–54 lat, 10% w wieku 55–59 lat.

Pacjentów najczęściej kierowano do leczenia szpitalnego z poradni zdrowia psychicznego (odpowiednio w latach 46% i 53%), oraz z innych poradni, innego niż psychiatryczny szpitala, bądź przez innego lekarza (po 25% w obu latach). W 2001 r. pacjenci byli częściej kierowani do szpitala przez służby specjalistyczne, częściej niż w roku 1997 z poradni zdrowia psychicznego, rzadziej bez żadnego skierowania lub przywiezieni przez pogotowie (tabl. 9).

## OMÓWIENIE

W wielu krajach, bez względu na ich społeczne, kulturowe i ekonomiczne zaplecze, obserwowany jest wzrost występowania zaburzeń depresyjnych, co z równą uwagą

traktuje się zarówno w USA, Japonii, na Węgrzech czy we Francji. Sporo ukazuje się na temat depresji publikacji naukowych, popularnonaukowych oraz informacji w środkach masowego przekazu. Również w Polsce poświęca się temu tematowi wiele uwagi, co znalazło swój wyraz w licznych swego czasu wywiadach ze specjalistami (psychiatrami, psychoterapeutami, pedagogami), kampanii informacyjnej w TV oraz artykułach prasowych w mniej lub bardziej rzetelnych czasopismach.

Ważnym się wydaje pytanie, czy rozpowszechnienie i dynamika hospitalizacji zaburzeń afektywnych odzwierciedla opinie o nasileniu w społeczeństwie polskim zaburzeń o charakterze depresyjnym. Przypuszczalnie, nagłaśnianie zjawiska, zarówno ze strony środowisk profesjonalnych, jak i tzw. kolorowych czasopism kobiecych, może mieć wpływ na wzrost świadomości o jego cechach i zmniejszać dystans w kierunku postawy bardziej przyzwalającej sobie i innym na ujawnianie dokuczliwych objawów i skorzystanie z ofert fachowej pomocy.

Wysoki wzrost wskaźnika rozpowszechnienia hospitalizacji (o 39%) z podobnie wysokim wzrostem wskaźnika zapadalności (o 36%), jeszcze wyższy wzrost wskaźników leczonych z powodu zaburzeń afektywnych w poradniach zdrowia psychicznego (o 58% ogółem i 68% pacjentów pierwszorazowych) oraz dwukrotny wzrost wskaźnika przyjętych z powodu takich zaburzeń do oddziałów dziennych, wskazywać może nie tylko na większą skłonność do korzystania z leczenia psychiatrycznego ale również świadczyć o nasileniu zjawiska w społeczeństwie, zwłaszcza, że nie poprawiła się w tym okresie dostępność do służb psychiatrycznych, poza zwiększoną liczbą miejsc w oddziałach dziennych (z 0,6 do 0,8 na 10 tys. ludności), przy w dalszym ciągu dużym ich niedostatku. Liczba poradni zdrowia psychicznego nawet zmniejszyła się (z 690 do 662), podobnie liczba łóżek psychiatrycznych (z 8,3 na 10 tys. ludności do 7,6). Wzrosła w tym czasie liczba prywatnych gabinetów, ale niewielu pacjentów z badanej przez nas populacji mogłoby tam trafić zważywszy, że w 2001 r. prawie 70% utrzymywało się z renty, emerytury bądź zasiłku.

Jednocześnie, nasiliły się w tym czasie zjawiska nieprzystające dobrej kondycji psychicznej społeczeństwa. Stopa bezrobocia wzrosła ponad dwukrotnie z 10% do 21%, odsetek osób żyjących poniżej przyjętego kryterium egzystencji biologicznej wzrósł dwukrotnie z 5% do 10% (i to bez uwzględnionych bezrobotnych i rodzin patologicznych) [2], wskaźnik samobójstw wzrósł z 13 na 100 tys. do 15. W analizowanej przez nas populacji hospitalizowanych z zasiłku dla bezrobotnych lub pomocy społecznej utrzymuje się 9%, prawie wszyscy (8%) są w wieku produkcyjnym. Bezrobocie jest czynnikiem stresogennym nie tylko dla dotkniętych nim bezpośrednio, funkcjonuje w społecznej świadomości jako fantom potencjalnego zagrożenia [3]. Wskazuje się, że utrata pracy prowadzić może do utraty tożsamości [4], wzmaga się poczucie braku bezpieczeństwa, nieko-

niecznie bezpośrednio związane z zagrożeniem sytuacji materialnej, obawa o własne zdrowie, prestiż, szacunek, kontakty z innymi, utratę kontroli nad własnym życiem, w konsekwencji prowadzi to do obniżenia ogólnej aktywności życiowej. W 2001 r. bezrobocie dotknęło w podobnym stopniu mieszkańców miast i wsi (odpowiednio 22% i 20%), kobiety i mężczyzn (odpowiednio 22% i 21%), z badań wynika, że w prawie każdej polskiej rodzinie, bliższej czy dalszej, jest osoba bezrobotna. Nadto, stopa bezrobocia koreluje dodatnio zarówno z minimum socjalnym jak i minimum egzystencji. Jednakże powody wzrostu dynamiki hospitalizacji mogą tkwić w zupełnie innych obszarach nie podlegających obiektywnym miarom wskaźnikowania, a wielorakie stresogenne czynniki nie muszą prowadzić do klinicznych objawów kwalifikujących się do leczenia, zwłaszcza szpitalnego. Z przeprowadzonych przez Eurobarometr i Esemed badań w krajach „starej” Unii Europejskiej wynika, że np. społeczeństwo Włoch charakteryzuje najwyższy poziom dystresu psychicznego, a jednocześnie najniższy poziom zaburzeń afektywnych [5]. Istnieją zatem jakieś społeczno-kulturowe mechanizmy chroniące przed powstawaniem objawów klinicznych. Ochronę może stanowić model włoskiej rodziny o tradycyjnie silnych więzach, wspomagającej, patriarchalnej, a jednocześnie konsolidującej wszystkich członków rodziny wokół osoby matki. W większości badań wskazuje się na ilość i jakość kontaktów społecznych, zwłaszcza rodzinnych, na samopoczucie psychiczne i sposób radzenia sobie z dyskomfortem [6, 7].

O spadku kondycji psychicznej Polaków pośrednio świadczą prowadzone międzynarodowe badania, obejmujące 15 krajów, które wykazały bardzo silne korelacje między spadkiem kondycji psychicznej a tzw. makrostresorami, czyli brakiem zaufania do instytucji społecznych i politycznych, w których to badaniach Polska uplasowała się na drugim miejscu pod względem siły oddziaływania tych czynników [8].

Przyczyny obniżenia nastroju czy nawet pojawiających się zaburzeń depresyjnych często spowodowane są przyjmowaniem niektórych leków ordynowanych w celu zlikwidowania objawów somatycznych, takich jak np. powszechnie stosowane leki na obniżenie ciśnienia [7]. Z drugiej strony, rozleglejsza wiedza o tego typu zaburzeniach i warunkowane nią zmiany postaw wpływają na chętniejsze korzystanie z pomocy specjalistów, którzy też są w tym zakresie coraz lepiej wyszkoleni, większe też doświadczenie zdobyli lekarze pierwszego kontaktu.

Nie wiemy w jakim stopniu wzrost hospitalizacji jest wyznacznikiem rozprzestrzeniania się zjawiska w skali społecznej i czy jest to wyłącznie negatywne zjawisko, bowiem równie dobrze może ono świadczyć o zwiększonej społecznie tendencji do bardziej racjonalnego wyboru radzenia sobie z dolegliwościami. Są to jednak kwestie na szersze badania społeczne, uwzględniające wielorakie czynniki również subiektywne, bowiem wzrost zaburzeń o charakterze depresyjnym występuje

w różnych krajach i społecznościach bardzo zróżnicowanych kulturowo, politycznie i ekonomicznie. Nie możemy też jednoznacznie ocenić i przewidzieć następstw występowania wyższej dynamiki rozpowszechnienia niż zapadalności (większego udziału w dynamice hospitalizacji pacjentów uprzednio leczonych niż pierwszorazowych), gdyż świadczy to nie tylko o nawrotowości zaburzeń, może również świadczyć o tendencji do wyhamowania zjawiska, jeżeli utrzyma się w dłuższym okresie czasu.

W naszym badaniu rozpowszechnienie hospitalizacji w populacji kobiet jest około dwukrotnie większe niż w populacji mężczyzn, zarówno na początku, jak na końcu okresu badawczego. Prawdopodobnie ta utrzymuje się od lat, tak np. w 1992 i 1995 r. występowała ta sama proporcja [1]. Zarazem jest ona odzwierciedleniem proporcji w rozpowszechnieniu rzeczywistym – wg ostatnich danych większość zaburzeń afektywnych występuje dwukrotnie częściej u kobiet niż mężczyzn [6, 7]. Analiza hospitalizacji według płci i wieku wykazała, że od tej ogólnej prawidłowości odbiega hospitalizacja osób w wieku od 20 do 29 lat. W tej bowiem grupie kobiety są rzadziej leczone w szpitalu niż mężczyźni (proporcja K/M wynosi 80%). Ponieważ nie dysponujemy tak szczegółowymi danymi z poprzednich lat, trudno powiedzieć, czy jest to długoletnia prawidłowość, czy też występuje dopiero ostatnio.

Analiza rozpowszechnienia hospitalizacji według wieku wykazała, że najczęściej leczone w szpitalu są osoby w wieku od 45 do 54 lat, w następnych natomiast klasach częstość hospitalizacji maleje wraz z wiekiem. O ile wyraźny wzrost wskaźników po 45 roku życia jest zjawiskiem od dawna znanym, to dużo niższe wskaźniki u osób w wieku podeszłym są dość zaskakujące. Według najnowszych danych rzeczywiste rozpowszechnienie zaburzeń afektywnych w populacji osób dorosłych kształtuje się w wielu krajach na poziomie 6–12%, natomiast u osób w wieku podeszłym jest znacznie wyższe – szacuje się je na co najmniej 15% [7]. Nadto, stwierdzono, że w Polsce im starszy wiek, tym gorsza kondycja psychiczna, z wiekiem nasilają się objawy depresji, podczas gdy np. w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie na depresję cierpią przede wszystkim ludzie młodzi [6]. Dane o hospitalizacji osób w wieku podeszłym (powyżej 65 roku życia) w uprzednich latach wskazują, że ich wskaźniki hospitalizacji były wyższe niż w populacji w wieku produkcyjnym – wg danych z Roczników IPiN w roku 1990 wskaźnik hospitalizacji w wieku od 30 do 64 lat wynosił 40,5, a dla wieku 65 lat i więcej – 41,4, z kolei w roku 1995 częstość leczenia szpitalnego w grupie 20–64 lat wynosiła 43,9, a w wieku podeszłym 54,4. Dane te można jedynie pośrednio porównać z danymi z naszej analizy (inne są nieco przedziały wieku), niemniej wyraźna jest tendencja zahamowania hospitalizacji osób w wieku podeszłym z zaburzeniami afektywnymi. Trudno powiedzieć, jakie są tego przyczyny. Może jakiś wpływ ma

ostatni trend dokładniejszej diagnostyki zaburzeń organicznych (związany m. in. z wieloma materiałami edukacyjnymi) i częstszego obecnie rozpoznawania zaburzeń organicznych, jeżeli współistnieją one z depresją. Może pewne bariery dostępności opieki w ostatnich latach (np. długie często terminy wizyt w PZP, brak pieniędzy na dojazd do poradni) najbardziej odbijają się na osobach starszych.

Badanie nasze wykazało, że mieszkańcy miast są częściej hospitalizowani niż osoby zamieszkałe na wsi. Wniosek ten oczywiście nie jest żadną rewelacją, ponieważ prawidłowość tę stwierdzano już wielokrotnie, komentując, że wynika to głównie z różnic postaw w stosunku do leczenia i dostępności opieki w populacjach miejskich i wiejskich. Ostatnio więcej informacji przyniosło badanie Czapińskiego, poświęcone zdrowiu psychicznemu Polaków [6], w którym konkluduje on, że w Polsce zagrożenie depresją rośnie monotonicznie wraz z wiekiem, nieco gwałtowniej wśród kobiet i nieco gwałtowniej na wsi. Chociaż mieszkańcy wsi w doświadczaniu stresu życiowego mają większe wsparcie społeczne (utrzymują silniejsze więzi z krewnymi, silniej identyfikują się z instytucją kościoła i wspólnymi religijnymi obrzędami), to przemiany związane z transformacją ustrojową odbiły się na nich dotkliwiej. Dynamika hospitalizacji zaburzeń afektywnych nie odzwierciedla wykazanej w badaniu Czapińskiego prawidłowości, jest ona wyższa wśród mieszkańców miast niż wsi, z wyjątkiem wyższej w populacji wiejskiej dynamiki wśród mężczyzn w wieku 50–59 lat.

## WNIOSKI

1. W latach 1997–2001 częstość hospitalizacji wzrosła o 39%, z 41 do 57 na 100 tys. ludności. Podobna dynamika charakteryzuje częstość pierwszych przyjęć.
2. W całym okresie badawczym najczęstszą przyczyną hospitalizacji były zaburzenia depresyjne nawracające i epizody depresyjne, zarówno wśród ogółu pacjentów jak pierwszorazowych, u kobiet i mężczyzn.
3. Najwyższe wskaźniki hospitalizacji, ok. 160 na 100 tys. mieszkańców w 2001 r., występują u osób w wieku 45–49 i 50–54 lat. Kobiety są hospitalizowane dwukrotnie częściej niż mężczyźni. W większości grup wieku mieszkańcy miast częściej są hospitalizowani niż mieszkańcy wsi, różnica ta nie występuje w klasie wieku 45–54 lat.
4. W okresie badawczym najwyższa dynamika wzrostu wystąpiła u osób liczących 45 do 54 lat (ok. 60%), większy wzrost nastąpił u kobiet w tym wieku (prawie 70%) niż u mężczyzn (ok. 40%). Hospitalizacja mieszkańców miast wzrosła o 20% więcej niż mieszkańców wsi. W największym stopniu wzrosła hospitalizacja z powodu epizodów depresyjnych (o blisko 50%) i zaburzeń nawracających (o 35%), zwłaszcza ich postaci ciężkich.

**PIŚMIENNICTWO**

1. Zakłady psychiatrycznej oraz neurologicznej opieki zdrowotnej. Rocznik Statystyczny 1990, 1992, 1995, 1997, 2001. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 1991, 1993, 1996, 1998, 2002.
2. Warunki życia ludności w 2001 roku. Warszawa: GUS; 2002.
3. Feather NT. The Psychological Impact of Unemployment. New York: Springer-Verlag; 1990.
4. Makselon-Kowalska B. Bezrobocie jako czynnik zagrożenia dla zdrowia psychicznego. W: Czabała C, red. Zdrowie Psychiczne – zagrożenia i promocja. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000: 169–81.
5. Słupczyńska-Kossobudzka E. Zdrowie psychiczne w krajach Unii Europejskiej. Sprawozdanie z pobytu na Konferencji „Comparing mental health and risk factors across EU countries”, Paryż, 30.06.2004.
6. Czapiński J. Niekliniczne wskaźniki zdrowia psychicznego Polaków. Identyfikacja społecznych grup podwyższonego ryzyka. W: Czabała C, red. Zdrowie Psychiczne – zagrożenia i promocja. Warszawa: Instytut Psychiatrii i Neurologii; 2000: 231–323.
7. Pużyński S. Choroby afektywne nawracające. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. Psychiatria. Tom 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 343–415.
8. Ostrowska A. Samopoczucie psychiczne Polaków na tle Europejczyków. Ogólnopolska Konferencja Naukowa „Społeczeństwo polskie – zdrowie, instytucje, pieniądze”, Warszawa, 5–6.12.2003.

*Adres: Mgr Ludmiła Boguszewska, Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii,  
ul. Sobieskiego 9, 02-957 Warszawa, e-mail: boguszew@ipin.edu.pl*