



Dynamika hospitalizacji osób z zaburzeniami odżywiania w latach 1997–2002

Hospitalisation dynamics in patients with eating disorders, 1997–2002

LUDMIŁA BOGUSZEWSKA¹, ELŻBIETA SŁUPCZYŃSKA-KOSSOBUDZKA¹,
WALENTYNA SZIRKOWIEC²

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 oraz zróżnicowania terytorialnego i jego przyczyn.

Metoda. Analizowano dynamikę hospitalizacji (rozpowszechnienie i zapadalność) w latach 1997–2002 w podgrupach płci, wieku i miejsca zamieszkania oraz w podgrupach diagnostycznych. W badaniu przyczyn zróżnicowania terytorialnego uwzględniono dwie grupy zmiennych niezależnych: dostępność łóżek oraz strukturę demograficzną populacji.

Wyniki. Hospitalizacja mężczyzn jest zjawiskiem marginalnym (27 osób rocznie), podobnie jak hospitalizacja kobiet powyżej 30 roku życia, dlatego też szczegółowe analizy objęły populację kobiet w wieku 11–29 lat. W ciągu 6 lat rozpowszechnienie hospitalizacji w tej grupie wzrosło o 152%, największy wzrost nastąpił w wieku 25–29 lat o (575%). Mieszkanki miast były częściej hospitalizowane niż mieszkanki wsi – na początku obserwacji 2,6, a na końcu obserwacji 1,8 razy częściej. Szczyt hospitalizacji przypada na wiek 17–19 lat, zarówno u chorych z anoreksją jak też z bulimią. W ciągu 6 lat hospitalizacja anoreksji wzrosła o 65%, a bulimii o 371%. Wskaźnik hospitalizacji jest bardzo zróżnicowany terytorialnie – w 2002 r. od 7 do 20 na 100 tys. mieszkańców. Struktura demograficzna województw nie wpływa na częstość hospitalizacji.

Wnioski. Charakterystyczna dla wielu krajów przewaga kobiet leczonych z powodu zaburzeń odżywiania jest w Polsce wyjątkowo wysoka. Chociaż mieszkanki miast trafiają do szpitala częściej niż mieszkanki wsi, dynamika wzrostu hospitalizacji jest wyższa w populacji kobiet wiejskich. Jest to zjawisko obserwowane w wielu krajach Europy i USA. Obecny model leczenia szpitalnego wydaje się mało efektywny w przypadku wielu chorych (ok. 1/4 pacjentek leczyła się na oddziałach psychiatrycznych ogólnych, a ok. 40% leczono krócej niż miesiąc). Częstość hospitalizacji jest bardzo zróżnicowana w poszczególnych województwach (w 2002 r. od 7,1 do 20,4 na 100 tys. mieszkańców). Terytorialne różnice hospitalizacji są w znacznym stopniu uwarunkowane dostępnością łóżek dla dzieci i młodzieży oraz dla chorych na nerwice.

SUMMARY

Objective. To study hospitalisation dynamics and territorial diversity and its determinants.

Method. Hospitalisation dynamics (prevalence and incidence) in 1997–2002 were analysed in subgroups distinguished according to sex, age and place of residence and in diagnostic subgroups. Two groups of independent variables were considered when analysing the determinants of territorial diversity: bed availability and the demographic structure of the population.

Results. Male hospitalisation is marginal (27 a year), as is hospitalisation of women over 30, and hence the more detailed analysis was conducted on the population of women aged 11–29. Within the 6 studied years prevalence of hospitalisation in this group increased by 152% with the largest increase in 25–29-year-olds (by 575%). Urban dwellers were hospitalised more frequently than rural dwellers – 2.6 times more frequently at the onset of the observation period and 1.8 times more frequently at the end of the observation period. Hospitalisation peaks at age 17–19, both in anorectic patients and bulimic patients. Within the 6 years under study hospitalisation of anorectic patients increased by 65% and hospitalisation of bulimic patients increased by 371%. The rate of hospitalisation differs greatly with respect to territory – from 7 to 20 per 100 thousand in 2002. The demographics structure of the provinces (voivodeships) does not significantly affect the frequency of hospitalisations.

Conclusions. The typical female bias of patients treated for eating disorders is particularly high in Poland. Although urban women are hospitalised more frequently than rural women, the dynamics of increased hospitalisation are higher in the population of village women. This pattern has been observed in many countries in Europe and the USA. The present model of hospital treatment seems to be relatively ineffective for many patients (about one quarter of the patients were treated in general psychiatric wards and about 40% were in treatment for less than a month). Frequency of hospitalisation differs greatly from province to province (from 7.1 to 20.4 per 100 thousand in 2002). The territorial differences in rate of hospitalisation are largely determined by the availability of beds for children and adolescents and neurotic patients.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania / epidemiologia / dynamika

Key words: eating disorders / epidemiology / dynamics

CEL

W ostatnich latach wzrasta w Polsce liczba osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń psychicznych. W ciągu sześciu lat, od roku 1997 do 2002, wskaźnik hospitalizacji ogółu zaburzeń wzrósł o 39%. Zaburzenia odżywiania są jedną z kategorii rozpoznań o najwyższej dynamice wzrostu. W tym samym okresie wskaźnik ich hospitalizacji wzrósł o 133%. Celem niniejszej pracy było zbadanie dynamiki hospitalizacji zaburzeń odżywiania w różnych grupach społeczno-demograficznych oraz próba wyjaśnienia przyczyn zróżnicowań terytorialnych natężenia hospitalizacji.

METODA

Informacje o hospitalizacji pacjentów otrzymaliśmy z istniejących w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia baz zawierających dane o wszystkich hospitalizowanych pacjentach w placówkach psychiatrycznych na terenie całego kraju. Okres poddany analizom rozpoczynamy od 1997 r., w którym wprowadzono nową międzynarodową klasyfikację zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania ICD-10. W pracy operujemy wskaźnikami rozpowszechnienia (liczba osób hospitalizowanych na jednostkę populacji) oraz wskaźnikami zapadalności (liczba leczonych po raz pierwszy w życiu na jednostkę populacji).

Do analiz terytorialnego zróżnicowania hospitalizacji pacjentów przyjęto ich miejsce zamieszkania w administracyjnych obszarach województw, a uwarunkowań zróżnicowania poszukiwaliśmy w dwu zmiennych niezależnych. Pierwszą była dostępność łóżek dla populacji poszczególnych województw, ponieważ powszechnie uważa się, że istotnie warunkuje ona hospitalizację zaburzeń psychicznych [1]. W przypadku naszego badania bierzemy pod uwagę łóżka psychiatryczne ogólne, dla dzieci i młodzieży, dla osób z zaburzeniami nerwicowymi oraz z zaburzeniami psychosomatycznymi. Drugą zmienną niezależną jest zmienna demograficzna, jaką jest frakcja osób w wieku 14–19 lat, na który przy-

pada szczyt rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania. Teoretycznie bowiem, różnice hospitalizacji mogą być spowodowane różnicami struktury demograficznej poszczególnych województw. Występowanie takich zależności mierzone było przy zastosowaniu współczynnika korelacji rangowej Spearmana.

WYNIKI

W ciągu sześciu badanych lat liczba leczonych osób sukcesywnie wzrastała. W roku 1997 hospitalizowano 331 pacjentów, w roku 1999 – 490, a w roku 2002 już 798. Zwraca uwagę bardzo niewielka, a zarazem stabilna, liczebność hospitalizowanych mężczyzn, 26–27 osób rocznie (tabl. 1). Szczegółowe badanie dynamiki wskaźników rozpowszechnienia przy tak znikomej liczebności nie miałyby uzasadnienia, dlatego też mężczyzn wyłączyliśmy z dalszych analiz. Liczba hospitalizowanych kobiet jest niewspółmiernie wyższa – dwunastokrotnie w roku 1997 ($n=305$) i prawie trzydziestokrotnie w roku 2002 ($n=771$). Hospitalizowane są przede wszystkim kobiety w wieku dziecięco-młodzieżowym, od 11 do 29 roku życia. Młodsze pacjentki są hospitalizowane sporadycznie (można zresztą zakwestionować zasadność rozpoznawania zaburzeń odżywiania u dziecka liczącego mniej niż 11 lat). Z kolei kobiety powyżej 29 roku życia również leczone są sporadycznie, nadto nie sposób określić górny przedział wieku, dla którego sensowne byłoby liczenie wskaźników rozpowszechnienia dla tego typu zaburzeń. Dlatego też dalszej analizie poddałyśmy populację kobiet w wieku od 11 do 29 lat, obejmując w ten sposób ok. 96% pacjentek, leczonych w poszczególnych latach.

W populacji kobiet w wieku 11–29 lat w roku 1997 rozpowszechnienie hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania wynosiło 5,2 na 100 tys. W ciągu 6 lat, do 2002 r., wskaźnik wzrósł o 152% do 13,1 na 100 tys. (tabl. 2). W całym okresie badawczym najczęściej hospitalizowano dziewczęta w wieku 17–19 lat oraz w wieku 14–16 lat. Najrzadziej trafiały do szpitali kobiety w wieku 25–29 lat, jednak obserwuje się w tej grupie najwięk-

Tablica 1. Liczba osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania wg płci i wieku w latach 1997, 1999, 2002

Wiek	Rok					
	1997		1999		2002	
	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni	kobiety	mężczyźni
Ogółem	305	26	464	26	771	27
0–10	2	0	4	3	2	2
11–13	26	7	31	4	53	4
14–16	93	6	136	5	184	9
17–19	112	5	152	5	252	7
20–24	53	3	102	4	177	5
25–29	10	2	22	2	77	0
30–34	5	2	8	2	12	0
35 lat i więcej	4	1	9	1	13	0

Tablica 2. Rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń odżywiania w populacji kobiet w wieku 11–29 lat w latach 1997, 1999, 2002. Wskaźnik na 100000 ludności wg wieku i miejsca zamieszkania

Wiek	Ogółem				Miasto				Wieś			
	1997 n = 294	1999 n = 443	2002 n = 743	różnica* procentowa 1997–2002	1997 n = 238	1999 n = 330	2002 n = 549	różnica* procentowa 1997–2002	1997 n = 56	1999 n = 113	2002 n = 194	różnica* procentowa 1997–2002
Ogółem	5,2	7,7	13,1	152	6,7	9,1	15,5	131	2,6	5,2	9,0	246
11–13	2,7	3,4	6,6	144	3,2	4,2	7,3	128	1,8	2,2	5,6	211
14–16	9,4	13,5	20,8	121	13,0	16,6	26,2	102	3,5	8,6	13,1	274
17–19	11,2	15,7	25,2	125	15,1	18,8	31,2	107	5,2	10,2	15,4	196
20–24	3,5	6,5	11,4	225	4,1	7,1	12,7	210	2,6	5,5	8,9	242
25–29	0,8	1,6	5,4	575	6,7	1,8	6,3	- 6	0,4	1,2	3,7	825

* Brak znaku oznacza wzrost, znak minus (-) spadek

Tablica 3. Hospitalizowani w 1997 i 2002 roku po raz pierwszy w życiu i hospitalizowani również w poprzednich latach. Kobiety w wieku 11–29 lat wg miejsca zamieszkania. Wskaźniki na 100000 ludności

Lata	Hospitalizowani również w poprzednich latach			Hospitalizowani po raz pierwszy w danym roku		
	ogółem	miasto	wieś	ogółem	miasto	wieś
1997	3,9	5,1	1,9	1,3	1,6	0,7
2002	10,2	12,0	7,1	2,9	3,5	1,9
Wzrost procentowy w latach 1997–2002	162%	135%	274%	123%	119%	171%

szą, 575% dynamikę wzrostu hospitalizacji (z 0,8 do 5,4 na 100 tys. populacji kobiet w tym wieku), chociaż przy nadal najniższych wskaźnikach. Dynamika w najliczniej reprezentowanych grupach wieku (17–19 lat i 14–16 lat) wynosiła 125% i 121%. Mieszkanki miast, we wszystkich grupach wieku i w całym okresie badawczym, charakteryzują wyższe wskaźniki rozpowszechnienia niż kobiety mieszkające na wsi. Jednakże hospitalizacja kobiet wiejskich wzrosła znacznie (o blisko 250%) niż miejskich (o 130%), zatem różnice między wskaźnikami zmniejszyły się – w roku 1997 mieszkanki miast były hospitalizowane prawie 3 razy częściej niż mieszkanki wsi (6,7 vs 2,6 na 100 tys.), a w roku 2002 przewaga ta jest już mniejsza niż dwukrotna (15,5 vs 9,0 na 100 tys.).

Znacznie wyższa od dynamiki rozpowszechnienia hospitalizacji osób z zaburzeniami odżywiania jest dynamika zapadalności (pacjentki trafiające każdego roku do leczenia szpitalnego po raz pierwszy w życiu). W roku 1997 wskaźnik zapadalności wynosił 3,9, stanowił zatem 75% rozpowszechnienia (5,2), a w roku 2002 wzrósł do 10,2 i stanowił 78% rozpowszechnienia, wynoszącego 13,1. W sześcioletnim okresie obserwacji wskaźnik zapadalności wzrósł znacznie szybciej niż wskaźnik hospitalizacji osób leczonych już uprzednio (162% vs 123%), zwłaszcza w populacji mieszkank wsi (274% vs 171%) (tabl. 3).

Z powodu anoreksji najczęściej, zarówno w roku 1997 jak i 2002, hospitalizowane były dziewczęta w wieku 17–19 lat (8,9 na 100 tys. w roku 1997 i 14,8 w roku 2002) oraz w wieku 14–16 lat (8,6 na 100 tys. w roku 1997 i 13,2 w roku 2002), najrzadziej zaś kobiety z najstarszej grupy wieku 25–29 lat (tabl. 4). Szczyt rozpo-

wszechnienia hospitalizacji bulimii, w obu porównywalnych latach, przypada również na wiek 17–19 lat (2,4 i 6,4 na 100 tys.) oraz 20–24 lata (0,7 i 4,2 na 100 tys.). Dziewczęta w wieku 11–13 lat leczono sporadycznie. W ciągu sześciu lat rozpowszechnienie hospitalizacji anoreksji wzrosło o 65%, a bulimii o 371%. Powoduje to znaczną zmianę struktury diagnostycznej w tym okresie: w roku 1997 chore na anoreksję stanowiły 83%, a cierpiące na bulimię 13%, w roku 2002 natomiast pacjentek z anoreksją było 54%, a z bulimią – 25%. Zmiana tej struktury nie jest jednak do końca jasna, ponieważ w ostatnim roku obserwacji hospitalizowano wiele pacjentek (17%), u których nie ustalono szczegółowego rozpoznania, a grupy takiej w ogóle nie było na początku okresu badawczego.

Większość pacjentek była leczona na oddziałach dziecięco-młodzieżowych (w roku 1997 – 67%, w roku 2002 – 59%), a ok. 1/4 na oddziałach psychiatrycznych ogólnych. Z opieki oddziałów nerwicowych korzystało 6% pacjentek w roku 1997 i 11% sześć lat później. Sporadycznie osoby z zaburzeniami odżywiania leczono w oddziałach psychosomatycznych (2–3%) i na innych oddziałach (1%). Zdecydowana większość chorych (np. w roku 2002 – 95%) była hospitalizowana w ciągu danego roku jeden raz.

Średni czas hospitalizacji w ciągu 6 lat obserwacji pozostał niezmienny i wynosił 47 dni (tabl. 5). Zmieniała się natomiast jego struktura – spadła frakcja leczonych najkrócej, do czterech tygodni (z 48% do 39%), wzrósł natomiast odsetek chorych hospitalizowanych przez okres od jednego do dwóch miesięcy (z 23% do 30%). Hospitalizacje najdłuższe, trwające ponad dwa miesiące,

Tablica 4. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w populacji kobiet w wieku 11–29 lat w latach 1997–2002.
Wskaźnik na 100 000 ludności wg wieku i rozpoznania

Wiek	Anoreksja		Bulimia		Inne zaburzenia odżywiania się		Zaburzenia odżywiania się – bez bliższego określenia	
	1997	2002	1997	2002	1997	2002	1997	2002
Ogółem	4,3	7,1	0,7	3,3	0,2	0,4	0	2,2
11–13	2,7	3,6	0	0,1	0	0,9	0	2,0
14–16	8,6	13,2	0,6	2,7	0,2	0,6	0	4,3
17–19	8,9	14,8	2,4	6,4	0,5	0,8	0	3,2
20–24	2,6	5,1	0,7	4,2	0,2	0,3	0	1,8
25–29	0,6	2,2	0,2	2,3	0	0,1	0	0,8

Tablica 5. Czas hospitalizacji chorych z zaburzeniami odżywiania w ciągu roku w latach 1997 i 2002. Kobiety w wieku 11–29 lat

Czas pobytu (w dniach)	1997 n = 294 = 100%	2002 n = 743 = 100%
1–14	27,5	19,4
15–30	20,4	19,7
31–44	11,6	14,4
45–60	11,6	15,7
61–74	8,1	13,3
75 dni i więcej	20,7	17,5
Średnia	46,5	46,7

stanowią ok. 30% pobytów w pierwszym i ostatnim roku obserwacji.

Analiza rozpowszechnienia hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania w poszczególnych województwach (tabl. 6), skłoniła do ich podziału na trzy grupy, charakteryzujące się następującymi cechami:

- grupa 1 – wskaźniki w obu badanych latach wyższe od średniej dla kraju (w populacji ogółem lub miejskiej lub wiejskiej),

- grupa 2 – wskaźniki w obu latach niższe od średniej krajowej (ogółem lub w mieście lub na wsi),
- grupa 3 – brak wyraźnego trendu wysokości wskaźników (np. w jednym roku niższe, a w drugim wyższe od średniej w Polsce).

Do grupy 1 należą województwa: łódzkie, mazowieckie, opolskie, podlaskie, wielkopolskie, zachodniopomorskie. Grupa 2 składa się z czterech województw (małopolskie, podkarpackie, pomorskie, śląskie), a pozostałych 6 województw wchodzi w skład grupy trzeciej, o niejednorodnych charakterystykach.

Charakterystyka poszczególnych województw, z grupy o najniższych wskaźnikach i z grupy o najwyższych wskaźnikach, obejmuje dostępność różnego typu łóżek oraz odsetek dziewcząt w wieku 14–19 lat (w której to grupie wskaźniki hospitalizacji są najwyższe) (tabl. 7). Z analizy danych wynika, że trzy zmienne niezależne (dostępność łóżek ogólnopsychiatrycznych, dostępność łóżek w oddziałach psychosomatycznych oraz struktura populacji wg wieku) nie wykazują związku z częstością hospitalizacji. Współczynniki korelacji rangowej Spearmana dla tych zmiennych kształtują się na poziomie

Tablica 6. Rozpowszechnienie zaburzeń odżywiania w populacji kobiet w wieku 11–29 lat w latach 1999 i 2002.
Wskaźnik na 100000 ludności wg województwa i miejsca zamieszkania

Województwo	Ogółem		Miasto		Wieś	
	1999	2002	1999	2002	1999	2002
Polska	7,7	13,1	9,1	15,5	5,2	9,0
Dolnośląskie	5,2	14,6	6,4	16,7	2,4	9,6
Kujawsko-pomorskie	8,5	4,8	10,1	4,6	5,9	5,1
Lubelskie	8,4	10,2	9,5	11,7	7,3	8,7
Lubuskie	7,6	14,7	6,8	15,8	9,1	12,7
Łódzkie	10,9	16,0	12,0	17,2	8,7	13,7
Małopolskie	3,7	8,3	6,5	11,2	0,8	5,4
Mazowieckie	13,0	20,4	17,0	25,2	5,8	11,3
Opolskie	7,4	17,0	9,2	16,6	5,3	17,4
Podkarpackie	4,0	7,1	4,3	8,0	3,8	6,4
Podlaskie	7,2	16,3	7,1	19,5	7,4	10,8
Pomorskie	6,2	11,7	5,3	14,4	8,2	6,3
Śląskie	3,7	10,3	4,4	11,9	0,7	4,2
Świętokrzyskie	10,5	8,7	13,1	12,6	8,1	5,2
Warmińsko-mazurskie	3,9	14,5	4,3	17,9	3,3	9,2
Wielkopolskie	11,5	14,1	15,2	15,0	6,4	12,8

Tablica 7. Charakterystyka województw o najwyższych i najniższych wskaźnikach hospitalizacji kobiet w wieku 11–29 lat z powodu zaburzeń odżywiania w 2002 roku

Województwo	Hospitalizacja z powodu zaburzeń odżywiania na 100 tys. ludności	Dostępność łóżek na 10 tys. ludności					Odsetek kobiet w wieku 14–19 lat
		ogólno- psychiatryczne	dla dzieci i młodzieży	dla osób z zaburzeniami nerwicowymi	dla dzieci, młodzieży i osób z zaburzeniami nerwicowymi	psycho- somatyczne	
POLSKA	13,1	5,1	0,27	0,12	0,39	0,17	33,2
Województwa o wskaźnikach powyżej średniej							
Mazowieckie	20,4	5,4	0,60	0,11	0,71	0,12	31,8
Zachodniopomorskie	19,6	3,4	0,17	0,0	0,17	0,22	33,1
Opolskie	17,0	5,9	0,19	0,84	1,03	0,56	33,8
Podlaskie	16,3	8,6	0,33	0,34	0,67	0,69	35,4
Łódzkie	16,0	4,7	0,22	0,18	0,40	0,0	32,4
Wielkopolskie	14,1	4,1	0,24	0,28	0,52	0,0	32,9
Województwa o wskaźnikach poniżej średniej							
Pomorskie	11,7	5,5	0,26	0,20	0,46	0,45	33,0
Śląskie	10,3	5,8	0,08	0,02	0,10	0,22	33,0
Małopolskie	8,3	3,7	0,18	0,0	0,18	0,0	32,4
Podkarpackie	7,1	4,9	0,0	0,0	0,0	0,48	34,7

$r_s = 0,06$ do $r_s = 0,12$. Zachodzi natomiast wyraźny związek między częstością hospitalizacji a dostępnością łóżek dziecięco-młodzieżowych oraz łóżek dla osób z zaburzeniami nerwicowymi, współczynnik korelacji dla obu typów łóżek łącznie wynosi $r_s = 0,61$.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Badanie nasze wykazało, że mężczyźni są hospitalizowani znacznie rzadziej niż kobiety – w roku 1997 dwunastokrotnie, a sześć lat później blisko trzydziestokrotnie. Dominacja zaburzeń odżywiania w populacji kobiet jest oczywiście znana od dawna, komentarza wymaga jednak stwierdzona przez nas skala tej przewagi, znacznie wyższa niż w bibliografii tematu. W literaturze na ogół przyjmuje się, że w populacji kobiet anoreksja jest 6–12 razy częstsza niż u mężczyzn [2], a bulimia dotyka 10 razy więcej kobiet niż mężczyzn [3]. Ostatnie publikacje mówią o jeszcze niższej różnicy rzeczywistego rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania wśród kobiet i mężczyzn – trzykrotnej lub pięciokrotnej [4, 5, 6]. Przytaczane dane dotyczą rzeczywistego rozpowszechnienia zaburzeń w populacji kobiet i mężczyzn, ale zasadne byłoby oczekiwanie, że zbliżone proporcje między płciami będą charakteryzować wskaźniki hospitalizacji. Znikoma częstość hospitalizacji mężczyzn może świadczyć o bardzo niewielkim jeszcze w Polsce rzeczywistym rozpowszechnieniu zaburzeń odżywiania w tej populacji, jednakże rolę mogą tu odgrywać postawy lekarzy (może niechętnie rozpoznających u mężczyzn zaburzenia, do niedawna uznawane za typowe tylko dla kobiet), bądź też postawy pacjentów, odmawiających leczenia z tego powodu na oddziale psychiatrycznym.

W badanym przez nas okresie sześciu lat rozpowszechnienie hospitalizacji zaburzeń odżywiania u kobiet wzrosło o 152% – z 5,2 do 13,1 na 100 tys. populacji. Z dużym prawdopodobieństwem można przyjąć, że wynika to w znacznym stopniu ze wzrostu rzeczywistego rozpowszechnienia tych zaburzeń, notowanego w wielu krajach [2]. Wzrost ten jest szczególnie znaczny u kobiet wiejskich (o 250%), dwukrotnie większy niż u kobiet zamieszkałych w miastach. Chociaż mieszkanki miast są nadal hospitalizowane częściej niż mieszkanki wsi, to w ciągu 6 lat znacznie zmniejszył się między nimi dystans. Zjawisko takie obserwuje się w wielu krajach europejskich i w USA, a dotyczy ono nie tylko zaburzeń odżywiania, ale też wielu innych zaburzeń psychicznych, dlatego też coraz częściej odchodzi się od tradycyjnego poglądu, że występowanie zaburzeń psychicznych jest zdecydowanie wyższe w miastach niż na wsiach [7].

Rozpowszechnienie hospitalizacji anoreksji jest najwyższe w wieku 14–19 lat, podobnie jak rzeczywiste rozpowszechnienie tej choroby [2]. Szczyt hospitalizacji bulimii przypada na wiek nieco późniejszy – 17–24 lat, czyli również podobnie jak szczyt rozpowszechnienia rzeczywistego [3]. W ciągu sześciu lat obserwacji notujemy istotny wzrost obu tych zaburzeń, znacznie jednak wyraźniejszy w przypadku bulimii (o 371%) niż anoreksji (wzrost o 65%). Być może znaczny wzrost hospitalizacji bulimii wynika z faktu, że w okresie badawczym poprawiła się diagnostyka tej choroby, która wg niektórych występuje częściej niż jadłowstręt psychiczny.

Analiza czasu hospitalizacji ujawniła, że jedynie ok. 30% kobiet (zarówno w pierwszym jak i ostatnim roku obserwacji) leczyło się w szpitalu co najmniej dwa miesiące, czyli przez taki okres, w którym można przeprowadzić kompleksowy program terapeutyczny i oczekiwać sukcesu terapeutycznego u chorych z zaburzeniami

odżywiania. Większy natomiast odsetek pacjentek (48% i 39% w dwu badanych latach) przebywał w szpitalu zaledwie dwa lub cztery tygodnie, czyli zdecydowanie za krótko, aby móc zastosować sensowny program leczenia. Oczywiście część pacjentek nie wytrzymuje rygorów długiego programu i wypisuje się przedwcześnie, ale jak wiadomo z praktyki klinicznej, zdarza się to raczej sporadycznie. Główną przyczyną tak dużego odsetka krótko leczonych pacjentek wydaje się profil oddziałów, na których są one hospitalizowane. Około jedna czwarta chorych korzystała z opieki oddziałów psychiatrycznych ogólnych, które mogą im zaoferować jedynie pomoc doraźną, objawową, a jedynie 6% w 1997 r. i 11% sześć lat później leczyła się na oddziałach nerwicowych, na których powinny się leczyć dorosłe pacjentki z zaburzeniami odżywiania, stanowiące co najmniej jedną trzecią badanej przez nas populacji. W wielu jednak województwach brak jest w ogóle tego typu łóżek, a w skali kraju w ciągu ostatnich sześciu lat ich liczba wyraźnie spadła – z 656 w roku 1977 do 468 w 2002, wyraźnie spadła też liczba łóżek dla dzieci i młodzieży. Analiza naszych danych wskazuje zatem, że rodzaj oferowanej opieki szpitalnej jest nieadekwatny do potrzeb wielu chorych z zaburzeniami odżywiania.

Analiza hospitalizacji zaburzeń w poszczególnych województwach wykazała znaczne zróżnicowanie, np. w roku 2002 wartości wskaźników mieściły się w przedziale od 7 do 20 na 100 tys. ludności. Zróżnicowanie to w znacznym stopniu było uwarunkowane dostępnością łóżek dla dzieci i młodzieży oraz dla chorych na nerwice – im więcej łóżek, tym więcej hospitalizowanych. Ta prawidłowość, dość powszechna w epidemiologii, w przypadku zaburzeń odżywiania ma wymowę szczególną. W tych bowiem zaburzeniach hospitalizacja najczęściej jest metodą z wyboru, ponieważ zarówno leczenie ambulatoryjne jak i dzienne jest u wielu chorych nieskuteczne. W przeciwieństwie zatem do wielu innych zaburzeń psychicznych, małe jest prawdopodobieństwo, aby wysokie wskaźniki świadczyły o nadużywaniu leczenia szpitalnego, natomiast bardzo jest prawdopodobne, że niskie wskaźniki hospitalizacji zaburzeń odżywiania w kilku województwach wynikają w znacznym stopniu z braku możliwości leczenia w szpitalu osób z tymi zaburzeniami. Oczywiście dostępność łóżek nie jest jedyną determinantą terytorialnego zróżnicowania hospitalizacji zaburzeń odżywiania. Zależą one również od wielu nieuwzględnionych przez nas czynników, np. dostępności i fachowości lekarzy opieki podstawowej i lekarzy w poradniach zdrowia psychicznego, postaw potencjalnych pacjentek i ich rodzin wobec leczenia w szpitalu psychiatrycznym. Tego typu czynników nie mogliśmy jednak uwzględnić, wymagałoby to bowiem znacznie szerszych i kosztowniejszych badań terenowych.

WNIOSKI

1. Hospitalizacja mężczyzn z zaburzeniami odżywiania jest zjawiskiem marginalnym, korzysta z niej rocznie 26–27 mężczyzn. Charakterystyczna dla wielu krajów przewaga kobiet jest jednak w Polsce wyjątkowo wysoka.
2. Hospitalizacja kobiet obejmuje prawie wyłącznie pacjentki w wieku 11–29 lat. Najczęściej trafiają do szpitala dziewczęta w wieku 17–19 lat, a najwyższa dynamika wzrostu hospitalizacji wystąpiła w grupie wieku najrzadziej trafiającej do szpitala – 25–29 lat.
3. Mieszkanki miast trafiają do szpitala częściej niż mieszkanki wsi, natomiast dynamika wzrostu hospitalizacji jest wyższa w populacji kobiet wiejskich. Jest to zjawisko obserwowane w wielu krajach Europy i USA.
4. Obecny model leczenia szpitalnego wydaje się mało efektywny w przypadku wielu chorych (ok. 1/4 pacjentek leczyła się na oddziałach psychiatrycznych ogólnych, a ok. 40% leczono krócej niż miesiąc).
5. Częstość hospitalizacji jest bardzo zróżnicowana w poszczególnych województwach (w 2002 r. od 7,1 do 20,4 na 100 tys. mieszkańców).
6. Terytorialne różnice hospitalizacji są w znacznym stopniu uwarunkowane dostępnością łóżek dla dzieci i młodzieży oraz dla chorych na nerwice.

PIŚMIENNICTWO

1. Słupczyńska-Kossobudzka E, Dziduszko T. Epidemiologia zaburzeń psychicznych. W: Dąbrowski S, Jaroszyński J, Pużyński S, red. *Psychiatria*. T. 3. Warszawa: PZWL; 1989: 342–60.
2. Rajewski A. Jadłowstręt psychiczny. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 517–27.
3. Namysłowska I. *Bulimia nervosa*. W: Bilikiewicz A, Pużyński S, Rybakowski J, Wciórka J, red. *Psychiatria*. T. 2. Wrocław: Wyd Med Urban & Partner; 2002: 528–37.
4. Muijs AM, Stein DG, Arbess G. Eating disorders in adolescent boys: a review of the Adolescent and Young Adult Literature. *J Adolesc Health* 2003; 33: 427–35.
5. Miotto P, De Coppi M, Frezza M, Preti A. The spectrum of eating disorders: prevalence in an area of Northeast Italy. *Psych Res* 2003; 119: 145–54.
6. Kjelsas E, Bjornstrom Ch, Gunnar Gotestam K. Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14–15 years). *Eat Behav* 2004; 5: 13–25.
7. 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 czerwca 2004. *Post Psychiatr Neurol* 2004; 13 (4): 411–7.