

Małgorzata Gajewska¹, Paweł Goryński², Ludmiła Boguszewska³, Marzena Sowińska³

HOSPITALIZACJA OSÓB Z ZABURZENIAMI ODŻYWIANIA W POLSKICH SZPITALACH OGÓLNYCH I PSYCHIATRYCZNYCH W LATACH 2003-2007

HOSPITALIZATION OF PEOPLE WITH EATING DISORDERS IN POLISH GENERAL AND PSYCHIATRIC HOSPITALS IN YEARS 2003-2007

¹Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia Podyplomowego

²Zakład – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności

Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie

³ Zakład Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE

Celem pracy jest analiza dynamiki hospitalizacji zaburzeń odżywiania na podstawie danych o hospitalizacji osób w polskich szpitalach ogólnych i psychiatrycznych w latach 2003-2007.

Informacje zebrano w oparciu o ogólnopolskie bazy danych istniejące w Zakładzie – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie oraz w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Do oceny częstości występowania zaburzeń odżywiania posłużono się wskaźnikiem rozpowszechnienia.

Stwierdzono, że osoby z zaburzeniami odżywiania leczone były zarówno w szpitalach ogólnych, jak i psychiatrycznych, a wśród hospitalizowanych osób zdecydowanie przeważały kobiety. W analizowanym okresie czasu, w obu typach szpitali, wartość współczynnika hospitalizacji spadła: o 5% w szpitalach psychiatrycznych i o 14% w szpitalach ogólnych. Najczęściej leczone były osoby ze zdiagnozowaną anoreksją, a rzadziej bulimią. Z powodu anoreksji najczęściej hospitalizowano, w obu typach szpitali, dziewczęta w wieku 14-16. Średni czas hospitalizacji chorych z zaburzeniami odżywiania w szpitalach psychiatrycznych był niemal dwukrotnie dłuższy niż w szpitalach ogólnych.

Mimo zgłaszanego, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, narastania wśród osób młodych problemu zaburzeń odżywiania, w ciągu analizowanych pięciu lat w Polsce obserwowano stopniowy spadek dynamiki hospitalizacji pacjentów z tymi zaburzeniami. Nastąpiło też obniżenie wieku osób leczonych z powodu zaburzeń odżywiania. W dalszym ciągu przede wszystkim hospitalizowane były kobiety.

Słowa kluczowe: zaburzenia odżywiania, epidemiologia, hospitalizacja

ABSTRACT

Objective: Analysis of dynamics of eating disorders hospitalization based on data from Polish general and psychiatric hospitals in 2003-2007.

Method: Data was derived from databases of Department - Centre for Monitoring and Analyses of Population Health in National Institute of Public Health - National Institute of Hygiene in Warsaw and Department of Health Care Organization in Institute of Psychiatry and Neurology in Warsaw. Gender, age and patients' place of residence were analyzed in the study. Prevalence rate was used to evaluate of eating disorders hospitalization.

Results: People suffering from eating disorders were hospitalized in general as well as psychiatric hospitals. Females were hospitalized more often than males. Prevalence rate decreased in both kinds of hospitals during analyzed period: about 5% in psychiatric hospitals and about 14% in general hospitals. Among eating disorders, anorexia nervosa was diagnosed most often. Girls suffering from anorexia were most often 14-16 years old. Mean time of hospitalization of people with eating disorders in psychiatric hospitals was twice longer than in general hospitals.

Conclusions: Despite the increase in eating disorders prevalence rates in young people in the world, the systematic decrease of hospitalization of patients with eating disorders in Poland was observed. The decrease of patients' age was also noticed. Females were hospitalized much more often than males, what was observed in previous study.

Key words: eating disorders, epidemiology, hospitalization

WSTĘP

Według Międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych ICD-10 (1) zaburzenia odżywiania (oznaczone symbolem F50) obejmują osiem jednostek chorobowych, wśród których najczęściej diagnozowane są jadłowstręt psychiczny (*anorexia nervosa*) i żarłoczność psychiczna (*bulimia nervosa*) oraz ich atypowe formy. W ostatnich dekadach, zwłaszcza w krajach rozwiniętych, obserwuje się widoczny wzrost odsetka osób z zaburzeniami odżywiania (2). Obecnie Światowa Organizacja Zdrowia szacuje, że *anorexia nervosa* występuje u 0,5-1%, a *bulimia nervosa* u 0,9-4,1% młodych osób, przede wszystkim dziewcząt w okresie dojrzewania oraz młodych kobiet (3). Jak wskazują badania, wśród chorób psychicznych, *anorexia nervosa* i *bulimia nervosa* charakteryzują się najwyższym wskaźnikiem umieralności z powodu samobójstw oraz powikłań związanych z wyniszczeniem organizmu (4).

Dlatego podjęto badanie, którego celem była ocena dynamiki wyżej wymienionych zaburzeń odżywiania na podstawie danych o hospitalizacji osób w polskich szpitalach ogólnych i psychiatrycznych w latach 2003-2007.

MATERIAŁ I METODA

Dane dotyczące osób hospitalizowanych w Polsce z powodu zaburzeń odżywiania w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych w latach 2003, 2005 i 2007 uzyskano z ogólnopolskich baz danych z Zakładu – Centrum Monitorowania i Analiz Stanu Zdrowia Ludności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – Państwowego Zakładu Higieny w Warszawie oraz w Zakładzie Organizacji Ochrony Zdrowia Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie. Analizowane dane pochodzą ze wszystkich oddziałów szpitali psychiatrycznych i ogólnych. Sposób zbierania danych uniemożliwił wy-

odrębnienie osób, które były hospitalizowane z powodu zaburzeń odżywiania, zarówno w szpitalu ogólnym, jak i psychiatrycznym, w danym roku kalendarzowym.

W analizie uwzględniono płeć osób hospitalizowanych, ich wiek oraz miejsce zamieszkania, w podziale na miasto-wieś oraz województwo. Dla oceny częstości występowania zaburzeń odżywiania posłużono się współczynnikami hospitalizacji (liczba osób hospitalizowanych w określonym czasie na jednostkę populacji).

WYNIKI

Z zebranych danych wynika, że każdego roku liczba osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania w szpitalach psychiatrycznych była większa niż w szpitalach ogólnych (tab. I). W 2003 r. różnica ta wynosiła 131 pacjentów, w 2005 r. – 206, a w 2007 r. – 142 hospi-

Tabela I. Liczba osób hospitalizowanych z powodu zaburzeń odżywiania wg płci i wieku w szpitalach psychiatrycznych i ogólnych w latach 2003, 2005, 2007

Table I. Number of hospitalized persons suffer from eating disorders by sex and age in psychiatric and general hospitals in Poland, years 2003, 2005, 2007

Wiek	Szpitale psychiatryczne						Szpitale ogólne					
	2003		2005		2007		2003		2005		2007	
	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M	K	M
Ogółem	761	36	749	35	703	23	609	57	536	42	510	51
0-10	0	0	4	0	3	0	17	9	11	9	24	13
11-13	46	5	38	3	50	4	51	5	47	4	54	3
14-16	186	5	165	10	196	6	212	10	186	9	196	6
17-19	239	11	224	10	163	3	162	9	119	10	118	7
20-24	197	9	204	6	153	4	84	13	83	4	51	3
25-29	59	4	70	1	92	5	36	3	35	1	22	3
30-34	19	1	29	2	33	1	12	1	18	0	18	4
35 lat i więcej	15	1	15	3	13	0	35	7	37	5	27	12

K- kobiety

K - females

Tabela II. Dynamika hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania w populacji kobiet w wieku 11-29 lat w szpitalach psychiatrycznych w latach 2003, 2005, 2007. Współczynnik na 100 000 ludności wg wieku i miejsca zamieszkania

Table II. Dynamics of hospitalization (2003-2007) from eating disorders in females 11-29 in psychiatric hospitals. Prevalence rate per 100 000 population by age and place of residence

wiek	Ogółem				Miasto				Wieś			
	2003 n=726	2005 n=701	2007 n=651	Różnica* procentowa 2003-2007	2003 n=520	2005 n=523	2007 n=457	Różnica* procentowa 2003-2007	2003 n=206	2005 n=178	2007 n=194	Różnica* procentowa 2003-2007
Ogółem	12,8	12,0	12,2	-5	14,9	15,6	14,3	-4	9,5	8,2	9,0	-5
11-13	5,9	5,4	7,6	29	6,6	7,1	9,8	48	5,1	3,4	5,0	-2
14-16	22,3	20,6	26,4	18	28,8	25,4	33,5	16	13,5	14,5	17,8	32
17-19	25,0	26,0	20,0	-20	28,2	32,8	23,9	-15	20,2	15,9	14,6	-28
20-24	12,2	12,5	9,6	-21	14,3	15,6	11,2	-22	8,4	7,4	7,1	-15
25-29	4,0	3,8	5,9	48	4,5	5,5	6,7	49	3,1	2,8	4,5	45

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

*lack of mark means increase, minus (-) decrease

Tabela III. Dynamika hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania w populacji kobiet w wieku 11-29 lat w szpitalach ogólnych w latach 2003, 2005, 2007. Wskaźnik na 100 000 ludności wg wieku i miejsca zamieszkania

Table III. Dynamics of hospitalization (2003-2007) from eating disorders in females 11-29 in general hospitals. Prevalence rate per 100 000 population by age and place of residence

wiek	Ogółem				Miasto				Wieś			
	2003 n=545	2005 n=470	2007 n=441	Różnica* procentowa 2003-2007	2003 n=391	2005 n=341	2007 n=298	Różnica* procentowa 2003-2007	2003 n=154	2005 n=129	2007 n=143	Różnica* procentowa 2003-2007
Ogółem	9,6	8,1	8,3	-14	11,2	10,1	9,3	-17	7,1	5,9	6,6	-7
11-13	6,6	6,6	8,3	26	8,2	8,6	9,5	16	4,6	4,3	7,0	52
14-16	25,4	23,3	26,4	4	30,6	29,4	32,8	7	18,3	15,4	18,7	2
17-19	17,0	13,8	14,4	-15	20,6	17,2	15,6	-24	11,4	8,8	12,8	12
20-24	5,2	5,1	3,2	-38	6,1	5,8	3,9	-36	3,7	4,0	2,3	-38
25-29	2,4	1,9	1,4	-42	2,8	2,9	2,1	-25	1,7	1,1	0,2	-88

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

*lack of mark means increase, minus (-) decrease

talizowanych. W analizowanym okresie pięciu lat, w obu typach placówek, obserwowano stopniowy spadek liczby pacjentów ze stwierdzonymi zaburzeniami odżywiania, mniejszy w szpitalach psychiatrycznych niż ogólnych.

Wśród hospitalizowanych osób z zaburzeniami odżywiania zdecydowanie przeważały kobiety. W 2007 r. w szpitalach ogólnych było ich dziesięciokrotnie, a w szpitalach psychiatrycznych aż trzydziestokrotnie więcej niż mężczyzn. Dlatego też do analizy rozpoznania zaburzeń odżywiania wzięto pod uwagę jedynie populację kobiet w wieku 11-29 lat. Z zebranych danych wynika, że pacjentki poniżej 10 i powyżej 29 roku życia są leczone znacznie rzadziej.

W 2003 r. w szpitalach psychiatrycznych współczynnik hospitalizacji kobiet w wieku od 11 do 29 lat z powodu zaburzeń odżywiania wyniósł 12,8 (tab. II), a w szpitalach ogólnych 9,6 na 100 tysięcy (tab. III). W analizowanym okresie czasu, w obu typach szpitali wartość współczynnika hospitalizacji spadła: o 5% w szpitalach psychiatrycznych (do 12,2 na 100 tysięcy) i o 14% w szpitalach ogólnych (do 8,3 na 100 tysięcy). Obniżenie liczby hospitalizowanych kobiet obserwowano w grupach wieku 17-19 i 20-24 lata, a w szpitalach ogólnych także wśród pacjentek w wieku od 25 do 29 lat.

W latach od 2003 do 2007, we wszystkich grupach wieku, współczynnik hospitalizacji kobiet mieszkających w miastach był wyższy niż kobiet mieszkających na wsi. Do szpitali ogólnych najczęściej trafiały mieszkanki miast i wsi w wieku 14-16 lat, natomiast do szpitali psychiatrycznych, w zależności od roku, pacjentki w wieku od 14 do 16 lub od 17 do 19 lat. Największy wzrost hospitalizacji odnotowano w szpitalach ogólnych wśród kobiet ze wsi w grupie wieku 11-13 lat (wzrost o 52%), a w szpitalach psychiatrycznych wśród kobiet z miasta w grupie wieku 11-13 lat (wzrost o 48%) oraz wśród mieszkanek miast i wsi w wieku od 25 do 29 lat (wzrost odpowiednio o 49% i 45%).

Wśród chorób określanych mianem zaburzeń odżywiania najczęściej diagnozowana była *anorexia nervosa* (AN) (tab. IV). W analizowanym okresie współczynnik hospitalizacji z powodu AN był większy w szpitalach psychiatrycznych (7,2 na 100 tysięcy w 2003 r. i 7,5 na 100 tysięcy w 2007 r.) niż w szpitalach ogólnych (6,9 na 100 tysięcy w 2003 r. i 5,6 na 100 tysięcy w 2007 r.). Najczęściej hospitalizowane z powodu AN były, w obu typach szpitali, dziewczęta w wieku 14-16 oraz 17-19 lat.

Rzadziej niż z powodu AN na oddziałach szpitalnych przebywały kobiety ze zdiagnozowaną bulimią

Tabela IV. Częstość hospitalizacji kobiet w wieku 11-29 lat z zaburzeniami odżywiania w latach 2003 i 2007. Wskaźnik na 100 000 ludności wg wieku i rozpoznania

Table IV. Hospitalization rates of females 11-29 suffer from eating disorders in years 2003 and 2007. Prevalence rate per 100 000 person by age and diagnosis

Wiek	Szpitale psychiatryczne						Szpitale ogólne					
	Anoreksja nervosa		Bulimia nervosa		Pozostałe zaburzenia odżywiania		Anoreksja nervosa		Bulimia nervosa		Pozostałe zaburzenia odżywiania	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007	2003	2007
Ogółem	7,2	7,5	3,3	3,2	2,4	1,6	6,9	5,6	0,8	0,5	2,0	2,1
11-13	3,5	3,9	0,0	3,4	2,5	2,9	5,0	6,2	0,0	0,0	1,6	2,2
14-16	15,0	16,7	2,8	7,4	4,6	2,3	18,2	17,6	1,2	1,4	6,1	7,1
17-19	13,0	11,3	7,4	5,5	4,6	3,1	13,0	9,9	1,3	1,6	2,7	2,9
20-24	6,0	5,6	4,8	2,1	1,5	1,8	3,3	2,0	1,0	0,3	0,9	1,0
25-29	2,2	4,1	1,2	1,0	0,7	0,8	1,6	1,0	0,4	0,1	0,5	0,3

Tabela V. Struktura czasu pobytu kobiet w wieku 11-29 lat z zaburzeniami odżywiania w ciągu roku w szpitalach psychiatrycznych i ogólnych (lata 2003 i 2007)

Table V. Structure of length of stay in hospital females 11-29 suffer from eating disorders by years in psychiatric and general hospitals (2003 and 2007)

Czas pobytu (w dniach)	Szpitale psychiatryczne		Szpitale ogólne	
	2003 n=710	2007 n=645	2003 n=540	2007 n=406
1-14	18,0	18,1	57,2	53,9
15-30	20,2	22,7	17,8	16,3
31-44	12,7	16,4	6,7	9,1
45-60	14,4	13,3	4,6	6,4
61-74	14,4	13,5	2,8	5,2
75 i więcej	20,3	16,0	10,9	9,1
Razem	100,0	100,0	100,0	100,0
Średnia w dniach	49,6	46,0	25,7	23,8

Tabela VI. Współczynnik hospitalizacji kobiet w wieku 11-29 lat z zaburzeniami odżywiania w szpitalach ogólnych wg województw (lata 2003 i 2007). Współczynnik na 100 000 ludności wg województwa i miejsca zamieszkania

Table VI. Hospitalization rates of females 11-29 suffer from eating disorders in general hospitals by voivodeships. Prevalence rate per 100 000 persons by age and diagnosis

Województwo	Ogółem		Miasto		Wieś	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
POLSKA	9,6	8,3	11,2	9,3	7,1	6,6
Dolnośląskie	5,6	10,8	5,7	9,9	5,5	12,8
Kujawsko-pomorskie	6,7	11,4	6,9	14,4	6,5	7,3
Lubelskie	5,8	15,0	7,7	16,7	4,1	13,6
Lubuskie	16,7	6,1	22,2	8,7	7,0	1,8
Łódzkie	10,0	5,3	15,5	5,6	6,2	4,7
Małopolskie	7,0	5,5	7,1	5,9	6,8	5,1
Mazowieckie	8,9	7,6	9,6	7,6	7,6	7,5
Opolskie	4,4	4,1	3,7	6,7	5,3	1,4
Podkarpackie	7,6	8,5	8,1	13,4	7,2	5,2
Podlaskie	13,9	10,9	19,7	16,1	4,4	2,9
Pomorskie	0,6	10,1	0,9	11,5	0,0	7,6
Śląskie	11,0	8,8	12,3	9,3	6,1	6,9
Świętokrzyskie	29,0	9,9	33,2	13,8	25,5	6,9
Warmińsko-mazurskie	9,4	11,2	8,4	13,8	10,9	7,6
Wielkopolskie	16,9	17,4	24,0	22,7	7,6	11,1
Zachodnio-pomorskie	3,6	5,0	5,3	5,7	0,0	3,7

(BN). W 2007 r. współczynnik hospitalizacji z powodu BN w szpitalach psychiatrycznych wyniósł 3,2, a w szpitalach ogólnych 0,5 na 100 tysięcy osób.

Średni okres hospitalizacji chorych z zaburzeniami odżywiania w szpitalach psychiatrycznych był niemal dwukrotnie dłuższy niż w szpitalach ogólnych i w 2007 roku wyniósł odpowiednio 46 i 24 dni. W obu typach szpitali, w ciągu pięciu lat, nastąpiło skrócenie średniego czasu pobytu pacjentów o dwa dni. Czas hospitalizacji pacjentów w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych

znacznie się różnił. W szpitalach ogólnych ponad połowa hospitalizowanych pacjentów przebywała do dwóch tygodni w ciągu roku (57,2% osób w 2003 r. i 53,9% osób w 2007 r.). Natomiast w placówkach psychiatrycznych największy odsetek chorych przebywał od 15 do 30 dni (20,2% osób w 2003 r. i 22,7% w 2007 r.) oraz 1-14 dni w ciągu roku (po około 18% osób w obu latach).

Analiza danych o hospitalizacji kobiet z zaburzeniami odżywiania w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych, według województwa, wykazała znaczne różnice mierzone współczynnikami hospitalizacji (tabele VI i VII). W 2003 r. w szpitalach ogólnych najmniej pacjentek leczono w województwie pomorskim (0,6 na 100 tysięcy), a najwięcej w województwie świętokrzyskim (29 na 100 tysięcy), natomiast w 2007 r. najrzadziej hospitalizowano kobiety w województwie opolskim (4,1 na 100 tysięcy), a najczęściej w województwie wielkopolskim (17,4 na 100 tysięcy). Mniejsze różnice w częstości hospitalizacji pomiędzy województwami stwierdzono w szpitalach psychiatrycznych. W roku 2007 najmniejsza grupa kobiet z zaburzeniami odżywiania leczona była w województwie świętokrzyskim (8,3 na 100 tysięcy), a największa w mazowieckim (18,8 na 100 tysięcy).

Tabela VII. Współczynnik hospitalizacji kobiet w wieku 11-29 lat z zaburzeniami odżywiania w szpitalach psychiatrycznych wg województw (lata 2003 i 2007). Współczynnik na 100 000 ludności wg województwa i miejsca zamieszkania

Table VII. Hospitalization rates of females 11-29 suffer from eating disorders in psychiatric hospitals by voivodeships. Prevalence rate per 100 000 persons by age and diagnosis

Województwo	Ogółem		Miasto		Wieś	
	2003	2007	2003	2007	2003	2007
POLSKA	12,8	12,2	14,9	14,3	9,5	9,0
Dolnośląskie	13,8	11,3	15,4	12,5	10,2	8,8
Kujawsko-pomorskie	6,1	9,7	5,8	12,7	6,5	5,7
Lubelskie	13,2	10,8	17,2	11,8	9,4	10,0
Lubuskie	21,8	10,1	25,2	9,8	15,6	10,6
Łódzkie	12,4	12,4	15,0	14,6	7,8	8,7
Małopolskie	8,4	11,4	10,6	15,5	6,4	7,9
Mazowieckie	20,9	18,8	25,1	22,7	13,3	12,4
Opolskie	17,8	12,9	19,5	10,6	16,0	15,3
Podkarpackie	6,4	13,8	6,6	20,4	6,2	9,4
Podlaskie	15,6	12,1	12,5	14,2	20,5	8,8
Pomorskie	11,4	12,6	12,0	13,1	10,4	11,9
Śląskie	7,8	9,1	8,5	10,5	4,8	4,2
Świętokrzyskie	8,4	8,3	13,7	11,3	3,9	5,9
Warmińsko-mazurskie	13,9	8,9	16,0	13,0	10,9	3,3
Wielkopolskie	14,5	10,1	18,9	11,9	8,9	8,0
Zachodnio-pomorskie	16,2	13,8	19,3	16,5	9,8	8,6

DYSKUSJA

Mimo obserwowanego na świecie i w kraju wzrostu rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania (3,5,6), zarówno w szpitalach ogólnych jak i psychiatrycznych, w latach 2003-2007 stwierdzono systematyczne zmniejszanie się liczby osób hospitalizowanych z powodu wyżej wymienionych zaburzeń. Przyczyny takiego zjawiska nie są jednoznaczne. Można przypuszczać, że spadkowi rozpowszechnienia hospitalizacji osób z zaburzeniami odżywiania towarzyszył wzrost liczby pacjentów leczonych ambulatoryjnie. Z raportu opracowanego przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego - Państwowy Zakład Higieny wynika, że w 2007 roku w Polsce współczynnik chorobowości dotyczący zaburzeń odżywiania dzieci i młodzieży w wieku 0 do 18 lat, będących pod opieką lekarza rodzinnego, był znaczny i wyniósł 3,4 na 1000 osób (7). Obraz sytuacji nie jest jednak pełny, gdyż zdaniem specjalistów, nadal problemem jest mała zgłaszalność osób chorych na leczenie, a złożona etiologia i skomplikowana diagnostyka zaburzeń odżywiania sprawiają, że choroby te, zwłaszcza u dzieci i młodzieży, są trudne do rozpoznania (8-10). Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych nawet połowa przypadków z zaburzeniami odżywiania nie jest rozpoznawana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, dlatego większość chorych nie otrzymuje właściwej pomocy lekarskiej. Tym bardziej, że efektywne leczenie ambulatoryjne jest możliwe jedynie wtedy, gdy opiekę nad osobą chorą sprawuje zespół specjalistów złożony z lekarza rodzinnego, dietetyka i terapeuty (4).

Badania wykazały, że mężczyźni z zaburzeniami odżywiania nadal, podobnie jak w innych krajach, leczeni byli wielokrotnie rzadziej niż kobiety (4,9), częściej trafiając na oddziały szpitali ogólnych (51 mężczyzn w 2007 r.) niż psychiatrycznych (23 mężczyzn w 2007 r.). Wydaje się jednak, że rzeczywista skala rozpowszechnienia zaburzeń odżywiania wśród mężczyzn jest zdecydowanie większa. Znaczący wpływ na podejmowanie przez wielu chłopców i młodych mężczyzn działań, mających na celu upodobnienie swego ciała do sylwetki idola, ma lansowana przez współczesne media moda na wysportowaną, muskularną sylwetkę męską (11,12). Dziesięcioletnie badania amerykańskie wykazały, że nie tylko dziewczęta, ale też chłopcy coraz częściej podejmują ryzykowne zachowania żywieniowe mające na celu rygorystyczne kontrolowanie swojej masy ciała (13). Również wśród polskich nastolatków 18% chłopców uważa się za zbyt grubych (14), a 9% licealistów stosuje dietę lub inne działania, aby schudnąć (15). Biorąc pod uwagę, że mężczyźni generalnie rzadziej niż kobiety korzystają z opieki medycznej (16), można sądzić, że tylko nieliczni mężczyźni z zaburzeniami odżywiania trafiają do oddziałów szpitalnych.

Przy ogólnym spadku, w ciągu badanego okresu, rozpowszechnienia hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania, zarówno w szpitalach ogólnych (o 14%), jak i psychiatrycznych (o 5%), zwraca uwagę fakt obniżenia wieku kobiet leczonych w tych placówkach. W szpitalach ogólnych, w ciągu pięciu lat, nastąpił wzrost hospitalizacji jedynie młodszych pacjentek: w grupach wieku 11-13 lat (o 26%) i 14-16 lat (o 4%). Natomiast w szpitalach psychiatrycznych, wzrost ten wynosił 29% wśród pacjentek w wieku 11-13 i 18% wśród pacjentek 14-16 letnich. Inaczej przedstawiała się dynamika hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania w szpitalach psychiatrycznych w okresie poprzedzającym niniejsze badania (5). W latach 1997-2002 istotny wzrost hospitalizacji odnotowano we wszystkich grupach wieku badanych kobiet, a największy dotyczył starszych pacjentek: w grupach wieku 20-24 lata (o 225% z 3,5 do 11,4 na 100 tysięcy) oraz 25-29 lat (o 575% z 0,8 do 5,4 na 100 tysięcy).

Kobiety mieszkające w miastach częściej hospitalizowane były z powodu zaburzeń odżywiania niż mieszkanki wsi, przy czym w analizowanym okresie czasu obserwowana tendencja utrzymywała się. Uwagę zwraca jednak fakt, że znacznie wzrosło rozpowszechnienie hospitalizacji młodszych pacjentek – mieszkanek wsi (o 52% w grupie wieku 11-13 lat) w szpitalach ogólnych, natomiast w szpitalach psychiatrycznych wzrost ten dotyczył młodszych mieszkanek miast (o 48% w grupie wieku 11-13 lat). Zjawisko to zapewne tłumaczy lokalizacja szpitali specjalistycznych w kraju. Większość tego typu placówek znajduje się w miastach, co zmniejsza prawdopodobieństwo hospitalizacji w nich kobiet pochodzących ze wsi.

Analiza zebranych danych wskazuje także na obniżanie się granicy wieku osób chorych na AN. W porównaniu z poprzednim okresem badawczym (lata 1997-2002) (5), kiedy najczęściej leczono kobiety w wieku 17-19 lat, w latach 2003 i 2007, w obu typach szpitali, z powodu AN częściej hospitalizowane były kobiety z młodszej grupy wieku (14-16 lat). Podobne spostrzeżenia poczynili również inni autorzy (17,18). Badania prowadzone wśród dziewcząt wskazują na znaczne przyspieszenie tempa dojrzewania nastolatek, mierzonego między innymi akceleracją wieku menarche (19). Zjawisko to może mieć wpływ na wzrost zapadalności coraz młodszych dziewcząt na AN (17).

Podobnie jak w przypadku AN, osoby ze zdiagnozowaną BN częściej leczone były w szpitalach psychiatrycznych niż ogólnych. Niskie rozpowszechnienie hospitalizacji pacjentów z BN w szpitalach ogólnych może wskazywać, że osoby te są częściej kierowane przez lekarzy POZ bezpośrednio do szpitali specjalistycznych. Zdziwienie jednak budzi, utrzymujące się od lat (5), niskie rozpowszechnienie w Polsce hospitalizacji z powodu BN. Literatura tematu wskazuje, że na świecie

diagnozowanych jest więcej przypadków BN niż AN, a w ostatnich dekadach obserwuje się istotny wzrost rozpowszechnienia BN (3,6,9). Można przypuszczać, że osoby u których stwierdzono BN częściej leczone są ambulatoryjnie. Jednak poznanie faktycznej skali zjawiska z pewnością utrudnia znaczna skłonność osób chorych na BN do ukrywania objawów choroby oraz unikania leczenia (4). Badania wskazują, że BN jest znacznie trudniejsza do zdiagnozowania niż AN między innymi ze względu na utrzymywanie relatywnie prawidłowej masy ciała u chorych osób.

W ciągu pięciu analizowanych lat skróceniu uległ średni czas hospitalizacji osób z zaburzeniami odżywiania. Podobne tendencje obserwuje się w innych krajach. Piętnastoletnie badania prowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, że w okresie od 1984 r. do 1998 r. czas pobytu pacjentów w szpitalu skrócił się z około 150 do 24 dni. Jednak, jak stwierdzają autorzy, dla części pacjentów zmiany te były niekorzystne (20).

Czas hospitalizacji osób z zaburzeniami odżywiania zdecydowanie różnił się w zależności od rodzaju placówki. W 2007 r. w szpitalach ogólnych ponad połowa pacjentów (54%) przebywała w szpitalach przez okres do dwóch tygodni, natomiast w szpitalach psychiatrycznych u 80% osób leczenie trwało ponad dwa tygodnie. Różnice te są wynikiem odmiennej specyfiki leczenia pacjentów w szpitalach ogólnych i psychiatrycznych. W szpitalach psychiatrycznych, zwłaszcza w oddziałach specjalizujących się w leczeniu zaburzeń odżywiania, pobyt pacjentów jest długi, gdyż programy leczenia AN czy BN wymagają przeprowadzenia kompleksowej terapii, prowadzącej między innymi do akceptacji przez chorych wyglądu własnego ciała. Natomiast można przypuszczać, że do szpitali ogólnych, zwłaszcza do oddziałów niepsychiatrycznych, trafiają osoby w zaawansowanym stadium choroby, które następnie po uzyskaniu poprawy wypisywane są ze szpitala. Według specjalistów podstawę leczenia wszystkich chorych na zaburzenia odżywiania powinno stanowić leczenie psychiatryczne, ale wystąpienie ostrych zaburzeń somatycznych, powinno skłaniać lekarzy do kierowania chorych na takie oddziały jak: pediatria, interna lub OIOM. Dopiero po uzyskaniu ogólnej poprawy pacjenci powinni być leczeni w oddziałach psychiatrycznych (8).

Przeprowadzone badania zwracają uwagę na istotne zróżnicowanie częstości hospitalizacji kobiet z zaburzeniami odżywiania w poszczególnych województwach. Szczególnie duże różnice dotyczyły szpitali ogólnych. Badania *Boguszewskiej* i wsp. (5) wykazały, że częstość hospitalizacji osób z zaburzeniami odżywiania w szpitalach psychiatrycznych wyraźnie wiąże się z małą dostępnością w nich łóżek dla dzieci i młodzieży oraz chorych na zaburzenia nerwicowe. W Polsce jest tylko jeden wyspecjalizowany oddział leczenia zaburzeń od-

żywiania w Krakowie. Co istotne, spośród wszystkich łóżek w oddziałach psychiatrycznych i odwykowych w kraju, tylko 1,4% łóżek znajduje się w oddziałach leczenia nerwic, gdzie leczone są osoby z zaburzeniami odżywiania. Młodszych pacjentów przyjmują również oddziały dla dzieci i młodzieży stanowiące 3,3% ogółu łóżek w szpitalach psychiatrycznych. Niniejsze badania wykazały, że znaczna grupa osób chorych trafia także do szpitali ogólnych. Oddziały, w których leczeni są chorzy z zaburzeniami odżywiania to przede wszystkim: pediatryczny, psychiatryczny, endokrynologiczny i chorób wewnętrznych. Z pewnością istnieje wiele czynników determinujących zaburzenia odżywiania, dlatego też konieczna jest dalsza szczegółowa analiza tego zjawiska. Być może wątpliwości pozwoli wyjaśnić planowane przez Katedrę i Zakład Medycyny i Epidemiologii Środowiskowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego ogólnopolskie badanie dotyczące zaburzeń odżywiania wśród młodzieży.

PODSUMOWANIE I WNIOSKI

1. Osoby z zaburzeniami odżywiania hospitalizowane są zarówno w szpitalach psychiatrycznych, jak i ogólnych, przy czym w przeprowadzonej analizie obejmującej pięć lat, w obu typach placówek, obserwowano systematyczny spadek liczby pacjentów z tego typu zaburzeniami. Biorąc pod uwagę występujące w innych krajach tendencje do wzrostu odsetka młodych osób cierpiących z powodu zaburzeń odżywiania należy się spodziewać, że w Polsce skala tego zjawiska także narasta, a zmianie uległ sposób leczenia chorych osób.
2. Mężczyźni z zaburzeniami odżywiania hospitalizowani byli znacznie rzadziej niż kobiety. Jednak coraz częściej stwierdzane wśród młodych mężczyzn ryzykowne zachowania żywieniowe, mające na celu rygorystyczne kontrolowanie swojej masy ciała, mogą wskazywać, że rzeczywista liczba chorych mężczyzn jest znacznie większa.
3. Niepokojącym zjawiskiem jest zmieniająca się struktura wieku hospitalizowanych kobiet. W latach 2003-2007 do szpitali częściej przyjmowano kobiety z młodszych grup wieku. Wzrost odsetka leczonych kobiet w grupach wieku 11-13 i 14-16 lat może świadczyć o obniżaniu się granicy wieku osób z zaburzeniami odżywiania, z których większość to potencjalne pacjentki szpitali psychiatrycznych w najbliższych latach.
4. We wszystkich grupach wieku, niezależnie od typu szpitala, z powodu zaburzeń odżywiania częściej hospitalizowane były kobiety z miast niż ze wsi. W porównaniu z wcześniejszym okresem badań (1997-2002) zaobserwowano wyraźne obniżenie

- liczby hospitalizowanych kobiet ze wsi.
5. W obu typach szpitali częściej pacjentkami były kobiety ze stwierdzoną anoreksją niż bulimią. Niższy odsetek hospitalizowanych osób cierpiących z powodu bulimii może wskazywać, że do szpitali kierowani są tylko nieliczni chorzy, pozostali są leczeni ambulatoryjnie lub nie poddają się terapii.
 6. Analiza danych wykazała duże zróżnicowanie częstości hospitalizacji z powodu zaburzeń odżywiania w poszczególnych województwach. Jedną z przyczyn jest zapewne mała dostępność łóżek w oddziałach leczenia zaburzeń nerwicowych oraz przeznaczonych dla dzieci i młodzieży w szpitalach psychiatrycznych. Zjawisko powyższe wymaga jednak głębszej analizy.

PIŚMIENNICTWO

1. Międzynarodowa statystyczna klasyfikacja chorób i problemów zdrowotnych. Rewizja dziesiąta, Kraków 2006
2. Makino M, Tsuboi K, Dennerstein L. Prevalence of eating disorders: a comparison of western and non-western countries. *Medscape Gen Med* 2004; 6(3): 49-58.
3. Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary report. W: A report of World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht, WHO 2004.
4. Delinsky SS, Derenne J, Becker AE. Specific mental health disorders: eating disorders, W: International Encyclopedia of Public Health, red. Heggenhougen K, Qash S., Academic Press 2008, Vol.6, 169-174.
5. Boguszevska L, Słupczyńska-Kossobudzka E, Szirkowicz W. Dynamika hospitalizacji osób z zaburzeniami odżywiania w latach 1997-2002. *Postępy Psych Neurol* 2005; 14 (3): 183-188.
6. Hoek HW, Hoeken D. Review of prevalence and incidence of eating disorders. *Int J Eat Disord* 2003; 34: 383-396.
7. Wojtyniak B. i wsp. Stan zdrowia mieszkańców. Zabezpieczenie opieki zdrowotnej w Płocku. Raport wykonany na zlecenie Urzędu Miasta Płocka. Warszawa: Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny, Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2009, praca nieopublikowana.
8. Żechowski C. Postępowanie psychiatryczne stanowi podstawę leczenia pacjentów z zaburzeniami odżywiania się. *Puls Med* 2002; 10 (37).
9. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *The Lancet* 2003; 361: 407-416.
10. Nicholls D, Chater R, Lask B. Children into DSM don't do: A comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *Int J Eat Disord* 2000; 28: 317-324.
11. Botta RA. For your health? The relationship between magazine reading and adolescents' body image and eating disturbances. *Sex Roles* 2003; 48(9/10): 389-399.
12. Craggs-Hinton Ch. Jak radzić sobie z zaburzeniami jedzenia, Łódź: Wydawnictwo JK, 2006.
13. Chao YM, Pisetsky BA, Dierker LC. et al. Ethnic differences in weight control practices among U.S. adolescents from 1995 to 2005. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 124-133.
14. Oblacińska A. Występowanie otyłości i spostrzeganie własnej masy ciała, W: Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce. red. Oblacińska A. i Woynarowska B., Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2006.
15. Kołło H. Sposób żywienia. W: Zdrowie subiektywne, zadowolenie z życia i zachowania zdrowotne uczniów szkół ponadgimnazjalnych w Polsce, red. Oblacińska A. i Woynarowska B. Warszawa: Instytut Matki i Dziecka, 2006.
16. Stan zdrowia ludności Polski w 2004 r., (red.) Marciniak G. Warszawa: GUS 2006.
17. Ziółkowska B. Anoreksja od A do Z. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe Scholar, 2005.
18. Kennedy Ch.: Eating disorders in kids go undetected, *Med J Australia* 2009; 190: 403-401.
19. Łaska-Mierzejewska T, Olszewska E. Antropologiczna ocena zmian rozwarstwienia społecznego populacji wiejskiej w Polsce w okresie 1967-2001. Badania dziewcząt. Warszawa: Akademia Wychowania Fizycznego Józefa Piłsudskiego w Warszawie, 2003, Studia i Monografie nr 95.
20. Wiseman CV, Sunday SR, Klapper F. et al. Changing patterns of hospitalization in eating disorder patients. *Int J Eat Disord* 2001; 30: 69-74.

Otrzymano: 14.09.2009 r.

Zaakceptowano do druku: 29.09.2009 r.

Adres do korespondencji:

Dr Małgorzata Gajewska
Zakład Promocji Zdrowia i Szkolenia
Podyplomowego,
Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego
– Państwowy Zakład Higieny
ul. Chocimska 24, 00-791 Warszawa
e-mail: mgajewska@pzh.gov.pl