

ÉLETMINŐSÉG LISZTÉRZÉKENYSÉGBEN



RIGÓ Adrien
rigo.adrien@ppk.elte.hu

NAGY Dorottya
nagy.dorottya@ppk.elte.hu

BÍRÓ Mária
biro.maria@ppk.elte.hu

KÖKÖNYEI Gyöngyi¹
kokonyei.gyongyi@ppk.elte.hu

Eötvös Loránd Tudományegyetem, Pszichológiai Intézet

ÖSSZEFOGLALÓ

Háttér és célkitűzések: Vizsgálatunkban a lisztérzékeny személyek életminőségét magyarázó tényezők feltárására vállalkoztunk. A demográfiai és állapottal összefüggő mutatók kontrollálása mellett arra voltunk kíváncsiak, hogy bizonyos pszichoszociális változók (mint a hangulat, a társas támogatottság, az érzelemszabályozás és az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség) milyen kapcsolatot mutatnak az életminőséggel. Vizsgáltuk a Cöliákia életminőség kérdőív (CDQ – Celiac Disease Questionnaire, Häuser et al., 2007) magyar változatának statisztikai jellemzőit is. *Módszer:* Keresztmetszeti, kérdőíves kutatásunkban 213 lisztérzékeny személy vett részt. Az életminőséget a Cöliákia életminőség kérdőívvel (CDQ), a hangulatot a Kórházi szorongás és depresszió kérdőívvel (HADS), az érzelemszabályozást a Érzelemszabályozási nehézségek kérdőívvel (DERS), az élelmiszerekkel kapcsolatos életminőséget pedig az Elégedettség az élelmiszerekkel összefüggő étellel (SWFL) nevű mérőeszközzel mértük. *Eredmények:* A Cöliákia életminőség kérdőív magyar fordítása megfelelő belső konzisztenciát mutatott, s a konfirmátoros faktorelemzés megerősítette az eredeti szerzők által leírt 4 faktoros struktúrát. A lisztérzékeny-specifikus életminőség legerősebb magyarázó változójának az élelmiszerekkel kapcsolatos életminőség és az életkor bizonyultak, ezt követte a szorongás és az állapot (tünetek) szubjektív súlyossága. *Következtetések:* Az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség életminőségben betöltött kiemelt szerepe miatt felvetjük a gondolatot, hogy szükséges lenne vizsgálni, hogy az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettséget érdemes-e a lisztérzékenységspecifikus életminőség kérdőívekbe integrálni. Hangsúlyozzuk továbbá az edukáció fontosságát mind az érintettek, mind pedig a tágabb társadalom körében. *Kulcsszavak:* lisztérzékenységspecifikus életminőség, élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség

¹ A tanulmány a Bolyai János Kutatási Ösztöndíj támogatásával készült.

BEVEZETÉS

A lisztérzékenység – más néven cöliákia – olyan genetikailag meghatározott betegség, amely során az immunrendszer nem megfelelő válasszal reagál a glutén egy peptidjére, a gliadinra, aminek eredményeképpen felszívódási zavarok, a bélbolyhok sorvadása és krónikus gyulladás alakul ki a vékonybél nyálkahártyáján (Green és Jabri, 2003). A tünetek rendkívül változatos módon jelenhetnek meg a tipikustól (krónikus hasmenés, hányás, súlycsökkenés, vashiányos vérszegénység stb.) a csendes tüneteken át (csak a szövettani eredmény igazolja a diagnózist) a latens formáig (későbbi/felnőttkorban veszélyeztetett, potenciálisan cöliakiásoknak tekinthető személyek) (Fasano és Catassi, 2005).

A cöliákia az egyik leggyakoribb autoimmun alapú betegségek egyike világszerte, prevalenciaértéke 1% a nyugati populációkban (Dube et al., 2005). (Magát a gluténérzékenységet nem feltétlenül kell „betegségeként” konceptualizálni; immunológiai sajátosságról van szó, amely befolyásolja, hogy a gliadin ellen indul-e immunválasz – és ha igen, milyen[ek]).

Lisztérzékenységben az egyetlen kezelési mód az egész életre szóló, szigorú gluténmentes diéta (gluten free diet = GFD), ami a tünetek viszonylag gyors – hetekben, hónapokban mérhető – javulásával jár együtt. A GFD egész életen át történő követése nem könnyű feladat, hiszen számos, „látszólag” gluténmentes élelmiszerben is található nyomokban glutén, így szándéktalanul is történhet diétaszegés (Catassi et al., 2002). A tünetek idejekorán történő felismerése és a diagnózis korai felállítása alapvető az érintett személyek optimális életminőségének eléréséhez és fenntartásához (Wagner, 2008).

A lisztérzékenységgel kapcsolatos életminőség mérése – az érintett területek feltérképezése – komoly segítséget jelenthet mind a szakemberek, mind a cöliakiások számára. Lisztérzékenységre két specifikusan kifejlesztett kérdőívet alkalmaznak széles körben: ezek a CD-QOL (Coeliac Disease-related Quality Of Life) (Dorn et al., 2010) és a CDQ (Celiac Disease Questionnaire) (Häuser et al., 2007). A specifikus kérdőívekre azért volt szükség, mert az általános mérőeszközök nem tudják figyelembe venni a lisztérzékenységgel kapcsolatos specifikus állapotokat és az azokkal járó aggodalmakat, problémákat (pl. a kezelés, a GFD szigorú betartása), illetve nem elég érzékenyek az időbeni változásokra. Mindkét kérdőív megbízható és érvényes eszköze az egészségi állapottal kapcsolatos életminőségnek lisztérzékenyek körében (Marchese et al., 2013; Dorn et al., 2010).

Az életminőséggel kapcsolatban álló tényezők

A demográfiai változók közül a szocioökonómiai státusz és az iskolai végzettség erős összefüggésben áll számos krónikus megbetegedéssel, ám a lisztérzékenységgel való kapcsolatuk nem világos. A nemi különbségek terén a vizsgálatok kimutatták, hogy a cöliakiás nők betegségüket nagyobb teherként érzékelik, kevésbé elégedettek a kezelésük eredményével, mint a férfiak, és nem érik el az általános populációval egyenértékű szubjektív egészségi szintet (Casellas et al., 2008; Green és Jabri, 2003; Roos et al., 2006). A nőkre továbbá több aggodalom jellemző (például a tájékozottság mértékére, örökölhetőségre vonatkozóan) (Hallert et al., 2002; Whitaker et al., 2009), s a megküzdéssel kapcsolatos nehézségek és az állandó gasztrointesztinális panaszok jelenléte is inkább náluk vannak túlsúlyban (Lee et al.,

2003; Midhagen et al., 2003). Az életkorral kapcsolatban kevés információval rendelkezünk; egy kutatásban azok a serdülők, akik későbbi életkorukban kaptak diagnózist, több iskolai és szociális problémával és rosszabb fizikai állapottal rendelkeztek (Wagner, 2008).

A *diagnosztizálás módja* és az életminőség kapcsolata terén nincs egységes vélemény a szakértők között (Nachman et al., 2009); egyesek szerint a szűrés által diagnosztizált pácienseknek – a zavaró tünetek és ezáltal motiváció hiányában – több nehézsége van a diéta követésében, ami az étkezési szokások megváltoztatásán keresztül hosszú távon rontja az életminőséget (miközben azt látjuk, hogy a diagnózis, s ezzel együtt a diéta elkezdése alapvető az életminőség emelése szempontjából [Ciacci et al., 2003]).

A *lisztérzékenységgel kapcsolatos mutatók* közül a diagnózis késlekedését, valamint a tünetek súlyosságát és egyéb komorbid betegségek/szövődmények meglétét kapcsolják össze a kedvezőtlenebb életminőséggel (Norström et al., 2011). Különösen nagy hangsúly kerül a pszichiátriai tünetekre, főleg a hangulati zavarokra (Usai et al., 2002; Casellas et al., 2008). Leggyakrabban emelkedett depresszív hangulatot és szorongást írnak le cöliákiasok körében (Carta et al., 2002; Addolorato et al., 2004), ám a pánikzavar, a disztímiás és alkalmazkodási zavar, valamint a rövid visszatérő depresszió sem ritka (Carta et al., 2003). A hangulati zavarok és lisztérzékenység gyakori komorbiditásában szerepet játszhat a diéta nem megfelelő követése (Addolorato et al., 2004), az állapothoz való alkalmazkodás nehézségei (Ludvigsson et al., 2007), továbbá neuroendokrin és immunológiai mechanizmusok is (Carta et al., 2002; Rigó, 2013).

Számos tanulmány vizsgálta a *gluténmentes diéta* életminőségre kifejtett hatását,

s az irodalom azt az egybehangzó álláspontot képviseli, hogy a diéta a legfontosabb tényező az optimális életminőség elérésében és fenntartásában (Casellas et al., 2008; Häuser, 2007b). A diéta követésében a szakirodalom a megfelelő adherenciát hangsúlyozza, amit számos tényező befolyásolhat (Casellas et al., 2008; Usai et al., 2002). A tágabb szociokulturális környezetet figyelembe véve elsősorban olyan változók emelkednek ki, mint a gluténmentes élelmiszerek elérhetősége, ízletessége, ára, és a megfelelő információk feltüntetése az élelmiszercímkéken (Pietzak, 2004; Wagner, 2008). Az érintett személyek oldaláról a megfelelő ismeretek és az önszabályozási/érzelemszabályozási képességek kaphatnak fontos szerepet. Míg az edukáció, megfelelő ismeretek jelentőségét több vizsgálat is megerősítette (Hopper et al., 2007), az önszabályozási képességek és életminőség kapcsolatáról nem ismerünk publikációt. Ugyanakkor közvetett adatok utalnak arra – a hangulati és evészavarok megemelkedett aránya, a magatartászavarok magasabb élettartam-prevalenciája (Addolorato et al., 2004; Karwautz et al., 2008; Pynnönen et al., 2004) –, hogy az érzelemszabályozási nehézségek fontosak lehetnek az életminőség szempontjából.

A szakirodalmi áttekintés alapján a következő kérdéseket és hipotéziseket fogalmaztuk meg.

HIPOTÉZISEK

1. A gyermekkorban diagnosztizált személyek esetében alacsonyabb depresszió- és szorongás-, valamint magasabb lisztérzékenyspecifikus életminőség és élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség pontszámra számíthatunk, mint a felnőttkorban diagnosztizáltak

esetében (Fasano és Catassi, 2005; Wagner, 2008); hiszen ők fiatal koruktól hozzászoktak az állapottal járó kihívások menedzseléséhez, s a korai diagnózis a maradandó szövődmények esélyének kialakulását is csökkenti.

2. A diagnózis és a tünetek megjelenése közötti idő (a diagnózis késlekedése) a depresszió- és szorongásértékekkel pozitív, míg az életminőséggel negatív összefüggést mutat (Norström et al., 2011; Whitaker et al., 2009).

3. Az élelmiszerekkel összefüggő elégedettség és a betegség-specifikus életminőség között pozitív irányú kapcsolatot várunk. Korábban nem vizsgálták az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettséget/életminőséget, ugyanakkor számos tanulmány ír arról, hogy az élelmiszerekkel kapcsolatos jellemzőknek (ízletesség, elérhetőség, ár) kiemelten fontos szerepe van a diétához való adherenciában, s ezáltal az életminőségben (Pietzak, 2004; Wagner, 2008).

4. Feltételezzük, hogy a szakirodalomban fontosnak vélt demográfiai és „betegségmutatók” mellett az életminőség szignifikáns magyarázóváltozói lesznek olyan pszichoszociális változók, mint az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség, a hangulati jellemzők és az érzelemszabályozási nehézségek.

MÓDSZER

Vizsgálati személyek

A mintát 18. életévüket betöltött lisztérzékenységgel diagnosztizált személyek alkották (Pest megyére vonatkozóan kaptuk meg a Tudományos és Kutatás-etikai Bizottság engedélyét). A kórházi adatbázisok alapján minden olyan személy értesítést kapott a vizsgálatról (410 fő), aki rendelkezett a megfelelő

BNO diagnózissal (és ismert volt az elérhetősége). Jelen időpontig a megkeresett személyek 21,95%-a töltötte ki a kérdőívet.

A kutatásban összesen 90 fő vett részt (8 férfi, 82 nő), az átlagéletkor 33,26 év (a legfiatalabb kitöltő 18 éves, a legidősebb 67). A kitöltők legnagyobb része fővárosi lakos (55,6%), vidéki nagyvárosban él a kitöltők 22,2%-a, vidéki kisvárosban 13,3%-a, és községben/faluban 8,9%-a. A végzettség szerint a minta megoszlása a következő volt: diplomások: 53,3%, érettségivel rendelkezők: 38,9%, szakmunkásképzettséggel rendelkezők: 3,3%, 8 általánost végzetek: 4,4%.

Mérőeszközök

A demográfiai adatok esetében a nemre, életkorra, családi állapotra, lakhelyre és az anyagi helyzetre kérdeztünk rá. A betegségváltozókkal kapcsolatban azt térképeztük fel, hogy mikor jelentek meg az első tünetek, mikor diagnosztizálták a lisztérzékenységet, s milyen komorbid (pszichés és szomatikus) tünetek, betegségek jellemzik a személyt.

Cöliákia életminőség kérdőív

(CDQ – Coeliac Disease Questionnaire)
A CDQ kérdőív 28 kérdést tartalmaz, melyeket 1–7-ig terjedő skálán lehet értékelni (Häuser et al., 2007). A szerzők faktoranalízissel 4 faktort (érzelmi tényezők [CDQ-érzelmi], szociális tényezők [CDQ-szociális], betegséghez és kezeléshez kapcsolódó aggodalmak [CDQ-aggodalmak], gyomor-bélrendszeri problémák [CDQ-bélrendszeri]) tudtak kimutatni, ami a variancia 49,1%-át magyarázza meg. A skála kiértékelésekor az összesített pontszám 0–196 között változhat, ahol a magasabb pontszám a jobb életminőséget jelenti. (A kérdőív 14. tétele fordított tétel.) A mérőeszköz megbízhatónak bizonyult (Häuser et al., 2007). Jelen vizsgálatban

a CDQ kérdőív reliabilitása kiváló (Cronbach- $\alpha = 0,93$), s az alskáláké is megfelelő (1. táblázat).

Kórházi szorongás és depresszió kérdőív
(HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale)

Zigmond és Snaith alkotta meg a kérdőívet 1983-ban, azzal a céllal, hogy azoknál a betegeknek szűrje ki a depresszióra és szorongásra utaló jeleket, akik nem állnak pszichiátriai kezelés alatt, azonban valamilyen más szomatikus kórképben szenvednek (Torzsa et al., 2009). A kérdőív 14 tételt tartalmaz, a kitöltő a válaszokat 4 pontos Likert-skálán jelölheti. A faktoranalízis során a kutatók két faktort találtak, a depresszió és szorongás faktorokat. A kérdőív és a skálák belső konzisztenciája, szenzitivitása és specifitása mind nemzetközi, mind magyar mintán megfelelő (Herrmann, 1997; Muszbek, et al., 2006). Jelen mintán mind a szorongás, mind a depresszió alskála reliabilitása megfelelő (Cronbach- $\alpha = 0,85$; $0,75$).

Érzelemszabályozási nehézségek kérdőív
(DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale)

Az Érzelemszabályozási nehézségek kérdőív (Gratz és Roemer, 2004) 36 tételt tartalmaz, melyeket a kitöltőnek aszerint kell megítélnie, hogy milyen gyakran igaz rá az adott állítás. A szerzőknek hat faktort sikerült elkülöníteniük: (1) érzelmi reakciók elfogadhatatlansága, (2) nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában, (3) impulzuskontroll-nehézségek, (4) érzelmi tudatosság hiánya, (5) érzelemszabályzó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés, valamint az (6) érzelmi tisztaság hiánya. A kérdőív kiértékelésekor számolhatunk az összpontszámmal (amely nem tartalmazza az érzelmi tudatossághoz tartozó itemek

értékeit), valamint a skálánként összeadott pontértékekkel is. A kérdőív statisztikai mutatói mind nemzetközi, mind magyar mintán megfelelőek (Gratz és Roemer, 2004; Kökönyei, 2014); jelen mintán a kérdőív statisztikai mutatói az 1. táblázatban találhatók.

Elégedettség az élelmiszerekkel összefüggő étellel (SWFL – Satisfaction With Food-related Life)

Az SWFL kérdőívet Grunert és mtsai (2007) fejlesztették ki azzal a céllal, hogy az életminőségben belül kizárólag az élelmiszerekkel/étkezéssel kapcsolatos életminőséget tudják mérni, egydimenziós kérdőívvel. (Olyan tételket tartalmaz, mint pl. „az elfogyasztott ételeket tekintve az életkörülményeim kiválóak”). A kérdőívet 7 nyelvre fordították le, több kutatásban is tesztelték, s a statisztikai elemzések után 5 kérdésre redukálták, így nyerte el végleges formáját. A válaszadáskor a személyeknek 1–5-ig terjedő skálán kell értékelniük, mennyire elégedettek az élelmiszerekkel összefüggő életminőséggel. A kérdőívet a szerző engedélyével használtuk. A skála reliabilitása jelen mintán is megfelelő: Cronbach- $\alpha = 0,89$.

EREDMÉNYEK

A statisztikai elemzések elvégzéséhez az SPSS 19.0 nevű programot használtuk. Az elemzésbe bevont kérdőívek és skálák statisztikai mutatóit az 1. táblázat tartalmazza.

Megvizsgáltuk, hogy fennállnak-e nemi különbségek az 1. táblázatban található változók esetében. Egyik változó esetében sem kaptunk szignifikáns eltérést a két nem átlagai között – ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy mintánkban nagyon alacsony a férfiak aránya. (A nemi különbségek hiánya miatt

1. táblázat. A kutatásban használt skálák reliabilitásai, átlagai és szórásai

Skála neve	Cronbach- α	Itemek száma	Átlag	Szórás
CDQ	0,93	28	140,34	29,73
CDQ – érzelmi	0,86	7	28,68	8,55
CDQ – szociális	0,82	7	39,67	8,67
CDQ – aggodalmak	0,81	7	35,64	9,30
CDQ – bélrendszeri	0,87	7	37,14	8,68
HADS – szorongás	0,85	7	8,17	4,45
HADS – depresszió	0,75	7	4,72	3,70
DERS_1	0,58	6	14,91	7,43
DERS_2	0,82	5	13,78	4,76
DERS_3	0,85	6	13,33	5,25
DERS_4	0,76	6	14,53	4,56
DERS_5	0,88	8	19,08	7,24
DERS_6	0,77	5	9,51	3,38
DERS – összpontszám	0,90	36	85,14	23,71
Élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség (SWFL)	0,89	5	16,51	5,05

CDQ: Celiac Disease Questionnaire; HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; SDS: Support Dimension Scale; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS_1: Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága; DERS_2: Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában; DERS_3: Impulzuskontroll-nehézségek; DERS_4: Érzelmi tudatosság hiánya; DERS_5: Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés; DERS_6: Érzelmi tisztaság hiánya; SWFL: Satisfaction With Food-related Life

azonban nem láttuk indokoltnak, hogy a férfiakat a további elemzésekből kizárjuk).

A CDQ kérdőíven kapott értékeket összevetettük az eredeti, német mintán nyert adatokkal (Häuser et al., 2007) (2. táblázat). Saját mintánk a CDQ-aggodalmak skála kivételével a lisztérzékeny-specifikus életminőség minden alskáláján és összpontszámán is kedvezőtlenebb értéket mutat.

A vizsgált változók közötti Pearson-korrelációkat a 3. táblázat tartalmazza.

A CDQ kérdőív konfirmátoros faktorelemzése

A lisztérzékenység-specifikus életminőség kérdőíven (CDQ) megerősítő faktorelemzést végeztünk. Az elemzéshez kibővítettük a mintaelemszámot azokkal a személyekkel, akik egy tavalyi kutatásban szintén kitöltötték a CDQ kérdőívet (Nagy, 2013). A két adatfelvételben összesen 213 cöliákias személy vett részt; a kitöltők 10%-a volt férfi.

A minta átlagéletkora 32,5 év (a legfiatalabb kitöltő 18, a legidősebb 67 éves). A személyek 29%-a nem rendelkezett érettségivel, 44%-ának érettségi volt a legmagasabb iskolai végzettsége, 27%-a pedig diplomás volt. Az összesített mintán végeztük el a faktorelemzést, amellyel az eredeti négyfaktoros modellt (érzelmi tényezők, szociális tényezők, betegséghez és kezeléshez kapcsolódó aggodalmak, gyomor-bélrendszeri problémák) teszteltük. A tételre adott válaszok eloszlása alapján egy robusztus becslési módszert, az ún. súlyozott legkisebb négyzetes eljárás (WLSMV: weighted least squares mean and variance adjusted) módszerét alkalmaztuk, amely a tételre adott válaszokat ordinális skálaként kezeli (Brown, 2006; Muthén és Muthén, 1997-2008). Az abszolút illeszkedési χ^2 mutató mellett a relatív illeszkedési mutatókat, a CFI (Comparative Fit Index) és a TLI (Tucker-Lewis Fit Index) mutatókat, illetve a modell komplexitását is

2. táblázat. A Cöliákia életminőség kérdőíven (CDQ) és alszállain kapott adataink összehasonlítása az eredeti német (Häuser et al., 2007) adatokkal (Student-féle t-próba)

	Minta	N	Átlag	Szórás	t-érték (df = 610)
CDQ – érzelmi	magyar német	90 522	28,68 32,30	8,55 8,50	3,62**
CDQ – szociális	magyar német	90 522	39,67 42,40	8,67 7,10	3,25**
CDQ – aggodalmak	magyar német	90 522	35,64 37,00	9,30 8,80	1,34
CDQ – bélrendszeri	magyar német	90 522	37,14 39,30	8,68 7,10	2,57*
CDQ – összpontszám	magyar német	90 522	140,34 151,10	29,73 25,20	3,63**

* p < 0,05 ** p < 0,001

3. táblázat. A legfőbb demográfiai, állapottal kapcsolatos és pszichoszociális mutatók korrelációi

	1.	2.	3.	4.	6.	7.	8.	9.	10.	11.	12.	13.
1. Anyagi helyz.												
2. Tünetek	-0,12											
3. HADS-A	-0,35**	0,18										
4. HADS-D	-0,35**	0,24*	0,69**									
6. DERS_1	-0,24*	-0,06	0,35**	0,16								
7. DERS_2	-0,21*	0,04	0,46**	0,28**	0,46**							
8. DERS_3	-0,15	0,01	0,48**	0,22*	0,34**	0,64**						
9. DERS_4	-0,28**	0,11	0,27*	0,34**	0,04	0,17	0,20					
10. DERS_5	-0,17	-0,02	0,59**	0,39**	0,59**	0,73**	0,70**	0,22*				
11. DERS_6	-0,26*	0,02	0,32**	0,21*	0,27**	0,35**	0,41**	0,45**	0,51**			
12. SWFL	0,32**	-0,23*	-0,47**	-0,54**	-0,22*	-0,24*	-0,16	-0,28**	-0,37**	-0,25*		
13. Életkor	-0,22*	0,09	-0,01	0,18	-0,01	-0,18	-0,18	0,14	-0,05	0,02	-0,22*	
14. CDQ	0,39**	-0,49**	-0,63**	-0,57**	-0,20	-0,31**	-0,27*	-0,25*	-0,38**	-0,27**	0,66**	-0,01

* p < 0,05 ** p < 0,01

HADS-S: Hospital Anxiety and Depression Scale, szorongás alszáll; HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale, depresszió alszáll; DERS: Difficulties in Emotion Regulation Scale; DERS_1: Érzelmi reakciók elfogadhatatlansága; DERS_2: Nehézségek a célirányos viselkedés fenntartásában; DERS_3: Impulzuskontroll-nehézségek; DERS_4: Érzelmi tudatosság hiánya; DERS_5: Érzelemszabályozó stratégiákhoz való csökkent hozzáférés; DERS_6: Érzelmi tisztaság hiánya; SWFL: Satisfaction With Food-related Life; CDQ: Celiac Disease Questionnaire

figyelembe vevő RMSEA (Root Mean Square Error of Approximation) mutatót alkalmaztuk. A 0,95 feletti CFI és TLI értékek, ill. a 0,06 alatti RMSEA értékek a modell jó illeszkedését jelzik.

A mérési modellünk illeszkedési mutatói ($\chi^2 = 593,584$; df = 344; p < 0,001; CFI = 0,955; TLI = 0,951; RMSEA = 0,059) megerősítik az eredeti négyfaktoros modellt hazai mintán.

4. táblázat. A gyermekkorban és felnőttkorban diagnosztizált személyek összehasonlítása a hangulati és életminőséggel kapcsolatos mutatókon

	Csoportok	Átlag	Szórás	t-érték	p-érték
HADS – szorongás	gyermek diagn. felnőtt diagn.	7,28 8,43	4,07 4,55	-1,035	0,392
HADS – depresszió	gyermek diagn. felnőtt diagn.	3,85 4,95	3,99 3,57	-1,202	0,260
Élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség (SWFL)	gyermek diagn. felnőtt diagn.	18,53 15,90	3,80 5,25	2,517	0,013
CDQ – érzelmi	gyermek diagn. felnőtt diagn.	30,19 28,21	9,41 8,28	0,93	0,360
CDQ – szociális	gyermek diagn. felnőtt diagn.	42,19 38,75	6,96 8,78	1,64	0,100
CDQ – aggodalmak	gyermek diagn. felnőtt diagn.	39,09 34,47	8,17 9,38	2,03	0,045
CDQ – bélrendszeri	gyermek diagn. felnőtt diagn.	41,71 35,75	6,19 8,85	2,86	0,005
CDQ – összpontszám	gyermek diagn. felnőtt diagn.	153,19 137,20	24,47 29,76	2,24	0,028

HADS: Hospital Anxiety and Depression Scale; CDQ: Celiac Disease Questionnaire

A hipotézisek tesztelése

Az első hipotézisben feltételeztük, hogy a gyermekkorban diagnosztizált személyek alacsonyabb pontszámmal jellemezhetők a depresszió és szorongás skálákon, és magasabb értékeket mutatnak a lisztérzékenyspecifikus, és az étellel kapcsolatos életminőségben (élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettségben). A mintából két csoportot képeztünk: 18 éves kor előtt diagnosztizáltak ($n = 21$) és 18 éves kor felett diagnosztizáltak ($n = 69$). A csoportok összehasonlítása céljából független mintás T-próbát hajtottunk végre a függő változókon (az adatokat és próbák értékeit a 4. táblázat tartalmazza). Sem a szorongásos tünetek mennyiségében, sem a depressziópontszámokban nem találtunk különbséget a két csoport között. Az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség kérdőíven és a lisztérzékenység-specifikus életminőség kérdőíven a gyermekkorban diagnosztizáltak szignifikánsan magasabb pontszámot értek el, mint a felnőttkorban diagnosztizáltak. Az

életminőség esetében elsősorban a gyomor-bélrendszeri problémák és a betegséghez és kezeléshez kapcsolódó aggodalmak alskálákon különbözött egymástól a két csoport (4. táblázat).

A második hipotézisben azt feltételeztük, hogy a diagnózis és a tünetek megjelenése közötti idő (vagyis a diagnózis késlekedése) a depresszió- és szorongásértékekkel pozitív, míg a lisztérzékenység-specifikus életminőséggel negatív összefüggést mutat. Hipotézisünket korrelációs elemzéssel teszteltük. A Pearson-féle korrelációs együtthatók alapján a változók között nincs kapcsolat: $r(\text{diagnózis késlekedése-depresszió}) = -0,06$; $p = 0,55$; $r(\text{diagnózis késlekedése-szorongás}) = -0,01$; $p = 0,32$; $r(\text{diagnózis késlekedése-CDQ életminőség}) = -0,01$; $p = 0,87$. Ezek alapján a 2. hipotézis nem igazolódott.

Feltételeztük, hogy az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség egyenes arányosságban áll a CDQ összpontszámmal. A Pearson-féle korreláció alátámasztja elképzelésünket ($r = 0,66$; $p < 0,001$), erős pozitív kapcsolat

5. táblázat. A Cöliákia életminőség kérdőív összpontszámának magyarázóváltozói

Modell	Magyarázóváltozók	β	t	p
	Nem	0,017	0,276	0,783
	Életkor	0,404	2,174	0,033
	Anyagi helyzet	0,119	1,738	0,086
	Diagnóziskori életkor	-0,267	-1,420	0,160
	Diagnózis óta eltelt idő	-0,117	-1,113	0,268
	Állapot szubjektív súlyossága	-0,288	-4,287	0,000
	HADS – szorongás	-0,318	-3,249	0,002
	HADS – depresszió	-0,088	-0,956	0,342
	Élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség (SWFL)	0,401	5,121	0,000
	DERS – összpontszám	0,030	0,383	0,703

HADS – Hospital Anxiety and Depression Scale; DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale;

SWFL – Satisfaction With Food-related Life

áll fenn a két változó között. (A CDQ alskálakkal való korrelációk: CDQ – érzelmi: $r = 0,76$; CDQ – szociális: $r = 0,88$; CDQ – aggodalmak: $r = 0,84$; CDQ – bélrendszeri: $r = 0,87$; minden korreláció $p < 0,001$ szinten szignifikáns.)

Többszörös lineáris regresszioelemzést hajtottunk végre a Cöliákia életminőség kérdőív (Celiac Disease Questionnaire, CDQ) összpontszámán (5. táblázat). A demográfiai változók közül a nem, az életkor és az anyagi helyzet szubjektív megítélése kerültek az elemzésbe; a „betegségjellemzők” közül a diagnóziskori életkor, a lisztérzékenységben töltött évek száma és az állapot súlyosságának megítélése. A pszichoszociális jellemzők közül a kórházi szorongás kérdőív, kórházi depresszió kérdőív, az étellel való elégedettség és az érzelemszabályozási nehézségek kérdőív összpontszáma képezte az elemzés részét.

Az életminőség szignifikáns magyarázóváltozójának az életkor, az állapot szubjektív súlyossága, a szorongás és az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség bizonyultak. A regresszioelemzésbe bevont változók az életminőség-összpontszám varianciájának 72%-át magyarázzák.

MEGVITATÁS

Vizsgálatunk, amelyben lisztérzékeny személyek életminőségét, s az azt magyarázó tényezőket térképeztük fel, tudomásunk szerint az első ilyen jellegű hazai próbálkozás. Egyik fő eredményünknek azt tekintjük, hogy sikerült igazolnunk, hogy a cöliákiás személyek életminőségét mérő CDQ (Coeliac Disease Questionnaire) kérdőív magyar fordítása megbízhatónak bizonyult, s a konfirmátoros faktoranalízis megerősítette az eredeti szerzők (Häuser et al., 2007) által leírt struktúrát (a 4 faktor: érzelmi tényezők, szociális tényezők, betegséghez és kezeléshez kapcsolódó aggodalmak, gyomor-bélrendszeri problémák).

A magyar mintán kapott átlagok az aggodalmak faktor kivételével mindenhol alacsonyabbak, mint a német mintával kapcsolatban közölt értékek (Häuser et al., 2007). Ez azt tükrözi, hogy a lisztérzékeny személyek hazánkban nehezebbnek érzik az állapotukkal való megbirkózást. Gondolhatnánk arra, hogy a minta erős női túlsúlya is szerepet játszhat az alacsonyabb életminőségben, ugyanakkor nem kaptunk nemi különbségeket a skála értékeiben, sőt, éppen azokon

a skálákon kisebbek a különbségek a két ország között, amelyekben a nők szoktak érintettebbek lenni (aggodalmak, bélrendszeri tünetek).

A demográfiai jellemzők közül az életkor mutat szignifikáns pozitív irányú kapcsolatot a lisztérzékenység-specifikus életminőséggel. Úgy tűnik, ez független attól, hogy a személyt milyen életkorban diagnosztizálták, s attól is, hogy mennyi idő telt el a diagnózis óta; hiszen ezek a változók nem bizonyultak az életminőség szignifikáns magyarázóváltozójának a regresszióelemzésben. Mindezek alapján arra következtethetünk, hogy minél idősebb a személy, annál „komfortosabban” érzi magát lisztérzékenyként, annál kevésbé terhelik meg mindennapjait a tünetek és a diétázással járó kihívások. Fontos megemlíteni, hogy mintánkban csak 18. életévüket betöltött személyek szerepeltek, s hogy korábbi életkorokra ez az összefüggés nem általánosítható. Több vizsgálat beszámolt arról, hogy a serdülőkor kiemelten problémás életfázis lehet a lisztérzékenység szempontjából – főleg, ha ebben az időszakban „érkezik” a diagnózis (Wagner, 2008).

Jelen mintánkban a személy neme nem bizonyult az életminőség szignifikáns magyarázóváltozójának – bár a szakirodalomban a demográfiai változókkal kapcsolatos leggyakoribb eredmény, hogy a lisztérzékeny nők kedvezőtlenebb értékeket mutatnak az életminőség különböző területein (Casellas et al., 2008; Green és Jabri, 2003). Ez az eredményünk azonban a minta erőteljes arányeltolódása miatt óvatosan értelmezendő. Mintánkban (mind a szűkebb, mind a CDQ faktoranalízise miatt kiterjesztett mintában) csak 10% volt a férfiak aránya. Bár a cöliákia gyakrabban fordul elő nők körében – a szakirodalom által leírt arány 3:1 a nők javára (Briani et al., 2008) –, ez nem

magyarázhatja a mintánk ilyen jelentős eltolódását. Mivel nincsenek adataink arra vonatkozóan, hogy a vizsgálatra felkért személyek között mi volt a nemi eloszlás (az etikai szabályok értelmében nem kaptunk betekintést a kórházak adatbázisaiba), a férfiak alacsony részvételi aránya egyrészt tükrözheti azt, hogy hazánkban ők ritkábban kerülnek diagnosztizálásra, másrészt azt is, hogy kevésbé szívesen kapcsolódnak be ilyen jellegű felmérésekbe. Ez utóbbi viszont összefüggésben lehet azzal a tapasztalattal, hogy rájuk kevésbé jellemző a lisztérzékenységük miatti aggodalom (Hallert et al., 2002; Whitaker et al., 2009).

A lisztérzékenységgel kapcsolatos változók esetében feltételeztük, hogy a gyermekkorban diagnosztizált személyek kedvezőbb értékekkel jellemzik önmagukat a hangulati mutatókon. Hipotézisünk háttérében az állt, hogy a lisztérzékenységgel együtt járó nehézségekhez könnyebben alkalmazkodnak azok, akik „együtt nőttek fel” a speciális állapottal és diétával; továbbá a diéta korai bevezetése kivédheti a lisztérzékenység potenciális neurológiai, szomatikus és pszichiátriai „szövődményeit”.

Eredményeink azt mutatják, hogy a gyermekkorban diagnosztizált személyek sem az általános hangulati mutatókon (szorongás mértéke, depresszív hangulat mértéke az elmúlt 2 hétben), sem a lisztérzékenységgel összefüggő érzelmi életminőség alskálán nem különböznek azoktól, akiket csak később, felnőttkorukban diagnosztizáltak. A lisztérzékenységgel kapcsolatos életminőség-mutatók egyéb aspektusaiban (és az összpontszámokban) viszont előnyt élveznek a gyermekkorban diagnosztizáltak; kevesebb aggodalom és tünet jellemzi őket, jobb a szociális alkalmazkodásuk (tendenciaszinten) és az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettsé-

gük is. A regresszióelemzésben a diagnózis-kori életkor – a többi változó kontrollja mellett – mégsem bizonyult szignifikáns előrejelzőnek, az aktuális életkor fontosabbnak tűnik az életminőség szempontjából.

A diagnózis késlekedése (az első tünetek és a diagnózis között eltelt idő) nem mutatott összefüggést a várt (hangulat, életminőség) mutatókkal. Ez a szakirodalmi adatoknak elmentmondó eredmény, hiszen több szerző is felhívja a figyelmet arra, hogy a tünetek hosszú távú fennállása erőteljesen károsíthatja az életminőséget (Norström et al., 2011). A mintánkban több olyan személy is szerepelt, akiknél a diagnózis több mint öt évet késlekedett (a leghosszabb idő 30 év volt!), mégsem találtunk együttjárást a két változó között. Ennek egyik lehetséges magyarázata, hogy az életminőség valójában a tünetek fennállásával károsodik (vagyis akkor és addig, amíg a személy nem kezdi el a diétát), majd a diéta bevezetésével javul (egyések szerint a diéta bevezetése utáni első hónapokban kifejezetten „mézeshetek” jönnek az életminőség szempontjából) (Norström et al., 2011). Eredményeink nem utalnak arra, hogy a tünetek hosszú távú fennállása a múltban „maradandó” károsodásokat okozna – legalábbis az általunk mért paraméterekben.

Eredményeink közül kiemelkedik a szorongás szignifikáns magyarázóereje az életminőséggel kapcsolatban. Bár a szakirodalom elsősorban a depresszív hangulat megemelkedett gyakoriságát, illetve adherenciával és életminőséggel való kapcsolatát tárgyalja, arra is utalnak adatok, hogy a különböző nemzetek eltérnek abban, hogy a lisztérzékenyek körében inkább a hangulati zavarok, vagy a szorongásos tünetek mérvadóbbak (Hauser et al., 2010). Érdemes lenne alaposabban górcső alá vonni, hogy a magyar min-

tán miért a szorongás tűnik kiemelkedőnek, milyen szociokulturális tényezők állhatnak ennek hátterében.

Megközelítésünk újdonsága volt, hogy az élelmiszerekkel/étkezésekkel kapcsolatos elégedettséget (specifikus kérdőív formájában) beemeltük a vizsgálatba. Korábban is hangsúlyozták, hogy az élelmiszerek nem megfelelő ízletessége, nehéz elérhetősége és magas ára jelentős hatással lehet a diétára, aggodalmakra és így az életminőségre (Hopper et al., 2007), azonban az élelmiszerekkel/étkezéssel kapcsolatos szempontokat általában mindössze egy-egy kérdéssel térképezték fel.

Eredményeink – mind a CDQ kérdőív összpontszáma és az élelmiszerekkel kapcsolatos életminőség magas korrelációja, mind az utóbbi szignifikáns magyarázóereje a regresszióelemzésünkben – arra utalnak, hogy ennek a területnek kiemelt szerepe van a lisztérzékenyek életminőségében. Az összefüggés nem a kérdőívek „átfedéséből” fakad, hiszen a CDQ kérdőív 28 kérdéséből mindössze egy vonatkozik az élelmiszerekre, továbbá az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség a CDQ minden faktorával jelentős korrelációt mutat.

Eredményeink így ahhoz a kérdéshez vezetnek, hogy az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettséget/életminőséget mennyire tekintjük az életminőség magyarázóváltozójának, vagy mennyire inkább a lisztérzékenység-specifikus életminőség egy kiemelt – de a szakirodalom és az eddig kifejlesztett kérdőívek által nem hangsúlyozott – szeletének, részterületének. Úgy véljük, további vizsgálatok – ahol az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség/életminőség erősebb fókuszba kerül – segíthetnek ennek tisztázásában, eldöntésében.

Vizsgálatunk céljai között szerepelt az is, hogy feltárjuk, hogy az érzelemszabályozási

sajátosságok kapcsolatban állnak-e az életminőséggel. Bár a korrelációs elemzések azt mutatták, hogy az életminőség és az érzelemszabályozási nehézségek a várt módon járnak együtt (negatív korrelációk a DERS alskálái és a CDQ összpontszám között; a korrelációk $-0,2$ és $-0,38$ közöttiek), a regresszióelemzésben az érzelemszabályozás mégsem bizonyult magyarázóváltozónak. A végső modellben az állapot észlelt súlyossága, a szorongás és az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség/életminőség jelent meg az életminőség szignifikáns magyarázóváltozójaként. Elképzelhető, hogy az érzelemszabályozási nehézségek a „szorongáson keresztül” jutnak érvényre (a DERS alskálái és a HADS – szorongás faktora között közepes-erős korrelációk láthatók); vagyis azok, akik nehezebben tudják kezelni az érzelmi kihívásokat, a szorongás emelkedésével reagálnak egy olyan egészségügyi állapotban, amely folyamatosan sok aggodalomra adhat okot. A szorongás csökkentését ez esetben a szakirodalomban javasolt edukáció, illetve az általános önszabályozási készségek fejlesztése segítheti (Hopper et al., 2007; Pietzak et al., 2005).

A regresszióelemzés eredménye szerint a szubjektív anyagi helyzet tendenciaszintű magyarázóváltozója az életminőségnek. Ezt az eredményt fontos üzenetnek érezzük, hiszen számos tanulmány és érintettek által adott beszámoló utal arra, hogy a gluténmentes élelmiszerek magas ára kiemelt kérdéskör a diétakövetés és az életminőség szempontjából (Hopper et al., 2007). Ugyanakkor eredményeink azt is sugallják, hogy

nem az anyagi helyzet a legfontosabb, hanem sokkal inkább az élelmiszerekkel kapcsolatos elégedettség mértéke, ami nem feltétlenül – vagy nem csak – az árakon („anyagi megengedhetőségen”) múlik. Gyakran tapasztalni, hogy a diagnosztizált személyek megpróbálják a régi ételeket elkészíteni gluténmentes alapanyagokból – ami természetesen jelentősen megemeli az adott étel költségét – ahelyett, hogy olyan alternatívákat vezetnének be étrendjükbe, amelyek kisebb mértékben igénylik a gluténmentes élelmiszeripar méregdrága alapanyagait.

Vizsgálatunk korlátjának elsősorban a mintavétellel kapcsolatos nehézségeket tekintjük; a meglepően alacsony válaszadási arányt, a minta női túlsúlyát és a diplomával rendelkezők magas részvételét. Ezek a jellegzetességek arra utalhatnak, hogy az érintettek – legalábbis bizonyos csoportjaik – nem igazán motiváltak abban, hogy lisztérzékenységükkel kapcsolatban gondolkodjanak. Kérdéses, hogy ez minek tulajdonítható, de elképzelhetőnek tartjuk, hogy az edukáció alacsony szintje állhat a háttérben.

Gyakorlati implikációként a tudatosság és felelősség emelésének fontosságát szeretnénk hangsúlyozni, nem csak az érintettek, hanem az egész társadalom körében. Az élelmiszerekkel való elégedettség emelése részint a lisztérzékenyek, részint az élelmiszeripar (és az azt körülvevő szabályozás) kérdése; a cöliákiával járó hangulati problémák – esetünkben inkább a szorongás – csökkentése pedig szintén a komplexebb ellátórendszer fejlődésétől várható.

SUMMARY

QUALITY OF LIFE IN COELIAC DISEASE

Background and aims: In our study we explored the predictors of quality of life in people living with coeliac disease. After controlling demographic and status related variables we tested the relationship between the quality of life and psychosocial variables such as mood, social support, emotional regulation and 'food-related satisfaction. We examined the statistical characteristics of the Hungarian version of the Coeliac Disease Questionnaire (CDQ, Häuser et al., 2007). *Methods:* 213 people living with coeliac disease participated in our cross-sectional, questionnaire-based research. We measured quality of life with the Coeliac Disease Questionnaire (CDQ), mood with the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS), emotion-regulation with the Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS), 'food-related satisfaction' with the Satisfaction With Food-related Life (SWFL). *Results:* The Hungarian version of the Coeliac Disease Questionnaire showed proper internal consistency, and the confirmatory factor analysis supported the previously proposed four-factor structure. The significant explanatory variables of the coeliac disease-specific quality of life were 'food-related satisfaction', age, anxiety and subjective severity of the condition. *Discussion:* The key role of 'food-related satisfaction' in the quality of life raises the idea that it would be necessary to examine if 'food-related satisfaction' is worths integrating into the coeliac-specific quality of life questionnaires. We emphasize the importance of education in the affected people as well as in the wider society.

Keywords: coeliac disease, quality of life, satisfaction related to food

IRODALOM

- ADDOLORATO, G., DE LORENZI, G., ABENAVOLI, L., LEGGIO, L., CAPRISTO, E., GASBARRINI, G. (2004): Psychological support counselling improves gluten-free diet compliance in coeliac patients with affective disorders. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 20(7). 777–782.
- CARTA, M. G., HARDOY, M. C., USAI, P., CARPINIELLO, B., ANGST, J. (2003): Recurrent brief depression in celiac disease. *Journal of Psychosomatic Research*, 55. 573–574.
- CASELLAS, F., RODRIGO, L., VIVANCOS, J. P., RIESTRA, S., PANTIGA, C., BAUDET, J. S. (2008): Factors that impact health-related quality of life in adults with coeliac disease: A multicenter study. *World Journal of Gastroenterology*, 14(1). 46–52.
- CATASSI, C., FORNAROLI, F., FASANO, A. (2002): Celiac disease: From basic immunology to bedside practice. *Clinical and Applied Immunology Reviews*, 3. 61–71.
- CIACCI, C., D'AGATE, C., DE ROSA, A., FRANZESE, C., ERRICHELLO, S., GASPERI, V., PARDI, A. (2003): Self-Rated Quality of Life in Celiac Disease. *Digestive Diseases and Sciences*, 48(11). 2216–2220.

- DORN, S. D., HERNANDEZ, L., MINAYA, M. T., MORRIS, C. B., HU, Y., LESERMAN, J., ... DROSSMAN, D. A. (2010): The development and validation of a new coeliac disease quality of life survey (CD-QOL). *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 31(6). 666–675.
- DUBE, C., ROSTOM, A., RICHMOND, S., CRANNEY, A., SALOOJEE, N., GARRITTY, C., ... MOHER, D. (2005): The prevalence of celiac disease in average-risk and at-risk Western European populations: a systematic review. *Gastroenterology*, 128. 57–67.
- FASANO, A., CATASSI, C. (2005): Coeliac disease in children. *Best Practice & Research Clinical Gastroenterology*, 19(3). 467–478.
- GRATZ, K. L., ROEMER, L. (2004): Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26. 41–54.
- GREEN, P.H.R., JABRI, B. (2003): Coeliac Disease. *The Lancet*, 362. 383–391.
- GRUNERT, K., DEAN, D., RAATS, M., NIELSEN, N., LUMBERS, M. (2007): A measure of satisfaction with food-related life. *Appetite*, 49. 486–493.
- HALLERT, C., GRÄNNÖ, C., HULTÉN, S., MIDHAGEN, G., STRÖM, M., SVENSSON, H., VALDIMARSSON, T. (2002): Living with Coeliac Disease: Controlled Study of the Burden of Illness. *Scandinavian Journal of Gastroenterology*, 37(1). 39–42.
- HÄUSER, W., GOLD, J., STALLMACH, A., CASPARY, W. F., STEIN, J. (2007): Development and Validation of the Celiac Disease Questionnaire (CDQ), a Disease-specific Health-related Quality of Life Measure for Adult Patients With Celiac Disease. *Journal of Clinical Gastroenterology*, 41(2). 157–166.
- HÄUSER, W., STALLMACH, A., CASPARY, W. F., STEIN, J. (2007b.): Predictors of reduced health-related quality of life in adults with coeliac disease. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 25(5). 569–578.
- HAUSER, W., JANKE, K. H., KLUMP, B., GREGOR, M., & HINZ, A. (2010): Anxiety and depression in adult patients with coeliac disease on gluten-free diet. *World Journal of Gastroenterology*, 16. 2780–2787.
- HERRMANN, C. (1997): International experiences with the Hospital Anxiety and Depression Scale-A review of validation data and clinical results. Review Article. *Journal of Psychosomatic Research*, 42(1). 17–41.
- HOPPER, A.D., HADJIVASSILIOU, M., BUTT, S., SANDERS, D. S. (2007): Adult coeliac disease. *British Medical Journal*, 335. 558–562.
- KARWAUTZ, A., WAGNER, G., BERGER, G., SINNREICH, U., GRYLLI, V., HUBER, W. D. (2008): Eating pathology in adolescents with celiac disease. *Psychosomatics*, 49. 399–406.
- KÖKÖNYEI, GY., URBÁN, R., REINHARDT, M., JÓZAN, A., DEMETROVICS, ZS. (2014): The difficulties in emotion regulation scale: factor structure in chronic pain patients. *Journal of Clinical Psychology*, 70(6). 589–600.
- LUDVIGSSON, J. F., REUTFORS, J., ÖSBY, U., EKBOM, A., MONTGOMERY, S. M. (2007): Coeliac disease and risk of mood disorders – A general population-based cohort study. *Journal of Affective Disorders*, 99. 117–126.

- MARCHESE, A., KLERSY, C., BIAGI, F., BALDUZZI, D., BIANCHI, P. I., TROTTA, L., ... CORAZZA G.R. (2013): Quality of life in coeliac patients: Italian validation of a coeliac questionnaire. *European Journal of Internal Medicine*, 24(1). 87–91.
- MIDHAGEN, G., HALLERT C., (2003): High rate of gastrointestinal symptoms in celiac patients living on a gluten-free diet: controlled study. *American Journal of Gastroenterology*, 98. 2023–2026.
- NACHMAN, F., MAURINO, E., VÁZQUEZ, H., SFOGGIA, C., GONZALEZ, A., GONZALEZ, V., ... BAI, J.C. (2009): Quality of life in celiac disease patients. Prospective analysis on the importance of clinical severity at diagnosis and the impact of treatment. *Digestive and Liver Disease*, 41. 15–25.
- NAGY DOROTTYA (2013): *A lisztérzékenység pszichoszociális vonatkozásai*. Szakdolgozat, ELTE, Budapest.
- NORSTRÖM, F., LINDHOLM, L., SANDSTRÖM, O., NORDYKE, K., IVARSSON, A. (2011): Delay to celiac disease diagnosis and its implications for health-related quality of life. *BMC Gastroenterology*, 11. 118.
- OLÉN, O., BIHAGENC, E., RASMUSSEN, F., F. LUDVIGSSON, J. (2012): Socioeconomic position and education in patients with coeliac disease. *Digestive and Liver Disease*, 44. 471–476.
- PIETZAK, M. M. (2004): NIH Consensus Development Conference on Celiac Disease. URL: <http://consensus.nih.gov/2004/2004celiacdisease118Program.pdf>. Letöltve: 2013.04.07.
- PIETZAK, M. M. (2005): Follow-up of patients with coeliac disease: Achieving compliance with treatment. *Gastroenterology*, 128. S135–S141.
- PYNNÖNEN, P. A., ISOMETSA, E. T., ARONEN, A. T., VERKASALO, M. A., SAVILAHTI, M., AALBERG, V. A. (2004): Mental disorders in adolescents with celiac disease. *Psychosomatics*, 45. 325–335.
- RIGÓ A. (2013): A lisztérzékenység pszichológiai kérdései. *Mentálhigiéne és Pszichoszomatika*, 14 (2). 167–198.
- ROOS, S., KÄRNER, A., HALLERT, C., (2006): Psychological well-being of adult coeliac patients treated for 10 years. *Digestive and Liver Disease*, 38. 177–182.
- TORZSA P., SZEIFERT L., DUNAI K., KALABAY L., NOVÁK M. (2009): A depresszió diagnosztikája és kezelése a családorvosi gyakorlatban. *Orvosi Hetilap*, 150(36). 1684–1693.
- USAI, P., MINERBA, L., MARINI, B., COSSU, R., SPADA, S., CARPINIELLO, B., COUMO, R., BOY, M. F. (2002): Case control study on health related quality of life in adult coeliac disease. *Digestive Liver Disease*, 34. 547–52.
- WAGNER, G., BERGER, G., SINNREICH, U., GRYLLI, V., SCHÖBER, E., HUBER, W. D., KARWANTZ, A. (2008): Quality of Life in Adolescents With Treated Coeliac Disease: Influence of Compliance and Age of Diagnosis. *Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition*, 47. 551–561.
- WHITAKER, J. K. H., WEST, J., HOLMES, G. K. T., LOGAN, R. F. A. (2009): Patient perceptions of the burden of coeliac disease and its treatment in the UK. *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*, 29. 1131–1136.