



ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
«Η ΔΙΑΤΡΟΦΗ ΣΤΗΝ ΥΓΕΙΑ ΚΑΙ ΣΤΗ ΝΟΣΟ»



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

**<< Συσχέτιση της συμμόρφωσης σε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης
και επίδραση αυτής στην ποιότητα ζωής ασθενών με
κοιλιοκάκη>>**

ΜΠΕΚΤΣΗΣ Ι. ΤΡΥΦΩΝ

ΙΑΤΡΟΣ

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Ποταμιάνος Σπυρίδων, Καθηγητής Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Επιβλέπων Καθηγητής

Καψωριτάκης Ανδρέας, Καθηγητής Παθολογίας- Γαστρεντερολογίας, Τμήμα Ιατρικής Πανεπιστημίου Θεσσαλίας, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Φωτουλάκη Μαρία, Καθηγήτρια Παιδιατρικής Γαστρεντερολογίας, Ιατρική Σχολή Αριστοτελείου Πανεπιστημίου Θεσσαλονίκης, Μέλος Τριμελούς Επιτροπής.

ΛΑΡΙΣΑ 2022



**UNIVERSITY OF THESSALY
SCHOOL OF HEALTH SCIENCES
FACULTY OF MEDICINE
POSTGRADUATE STUDIES PROGRAM
NUTRITION IN HEALTH AND DISEASE**



DIPLOMA THESIS

**“Correlation of adherence to Gluten Free Diet and its impact on
quality of life of Celiac Disease patients”**

BEKTSIS TRYFON

MD

LARISSA 2022

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΡΟΛΟΓΟΣ.....	5
ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ.....	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ.....	6
ABSTRACT.....	7
ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	8
ΕΠΙΔΗΜΙΟΛΟΓΙΑ.....	8
ΠΑΘΟΓΕΝΕΣΗ.....	9
ΤΥΠΟΙ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ.....	10
ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	12
ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ.....	13
ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ.....	15
ΔΙΑΓΝΩΣΗ.....	18
ΘΕΡΑΠΕΙΑ.....	19
ΠΡΟΓΝΩΣΗ.....	19
ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ.....	19
ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ.....	19
ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ.....	22
ΣΚΟΠΟΣ.....	22
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΜΕΛΕΤΗΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ.....	22
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	23
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	38

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ.....	44
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	45
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ.....	51

ΠΡΟΛΟΓΟΣ

Η κοιλιοκάκη είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα με το οποίο τα τελευταία χρόνια διαγιγνώσκεται ολοένα και μεγαλύτερο κομμάτι του πληθυσμού. Η αντιμετώπιση του νοσήματος και των επιπτώσεών του έγκειται στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Στην σύγχρονη εποχή τα τρόφιμα ελεύθερα γλουτένης ανευρίσκονται σχετικά εύκολα στην αγορά. Παρόλα αυτά η διατροφή αυτή δεν παύει να αποτελεί ένα περιοριστικό παράγοντα για τα άτομα που πάσχουν από κοιλιοκάκη. Σκοπός της έρευνας αυτής είναι να ελέγξει κατά πόσο η συμμόρφωση των ασθενών σε αυτό το πρότυπο διατροφής επηρεάζει την ποιότητα ζωής τους.

ΕΥΧΑΡΙΣΤΙΕΣ

Θα ήθελα να ευχαριστήσω τους γονείς μου οι οποίοι με στήριξαν στην εν γένει πορεία μου καθώς και για την ηθική υποστήριξη στην εκπόνηση αυτής της εργασίας. Επίσης θα ήθελα να ευχαριστήσω θερμά τον Επιβλέποντα Καθηγητή καθώς και τα Μέλη της Τριμελούς Επιτροπής για την καθοδήγηση και την υποστήριξη στην εκπόνηση αυτής της εργασίας.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

Η κοιλιοκάκη αποτελεί ένα αυτοάνοσο νόσημα, με την επίπτωσή της στο γενικό πληθυσμό να υπολογίζεται στο 1%. Η νόσος χαρακτηρίζεται από το βασικό της σύμπτωμα που είναι η διάρροια όταν στην διατροφή περιέχονται τρόφιμα που περιέχουν ακόμα και ίχνη γλουτένης. Τα συμπτώματα της νόσου οφείλονται στις βλάβες που προκαλούνται στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου. Η νόσος χαρακτηρίζεται επίσης και από πλήθος εξωεντερικών εκδηλώσεων οι οποίες δύναται να προηγούνται και των τυπικών εκδηλώσεών της. Η θεραπεία έγκειται στην πλήρη εξάλειψη της γλουτένης από τη διατροφή. Το γεγονός αυτό όμως, επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Με την παρούσα έρευνα εξετάζεται εάν τελικά οι διατροφικοί περιορισμοί έχουν τέτοιο αντίκτυπο στη ζωή των ατόμων που να υπερβαίνει τα θετικά αποτελέσματα της υιοθέτησης της διατροφής ελεύθερης γλουτένης. Τα ευρήματα της μελέτης αποδεικνύουν πως τελικά το συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής για τα άτομα που το υιοθετούν πλήρως, προσδίδουν σημαντικό όφελος, βελτιώνουν την ποιότητα ζωής και εν τέλει αποδεικνύεται πως οι συγκεκριμένοι ασθενείς εμφανίζουν σαφώς καλύτερο επίπεδο ποιότητας ζωής συγκριτικά με όσους περιγράφουν μέτρια ή πτωχή συμμόρφωση.

Λέξεις – κλειδιά: κοιλιοκάκη, γλουτένη, ποιότητα ζωής, διατροφή ελεύθερη γλουτένης

ABSTRACT

Celiac disease is an autoimmune disorder. It is estimated that 1% of the global population is suffering from the disease. The most common symptom is diarrhea which is caused by the consumption of gluten even there is in traces of it in food. Symptoms of the disease are the result of the disturbance in the histologic architecture of the villi in the small intestine. Except diarrhea, other manifestations that are not related to the gastroenteric system may be profound. The main therapy of the disease is the gluten free diet, which consists of the elimination of gluten from the everyday diet. This diet and the effort to consume gluten free food, has impact on the patient's quality of life. The main goal of this study is to examine whether these dietary restrictions affect the quality of life. The results show that gluten free diet in those people who adhere to it, has a positive impact on their quality of life. On the other hand, people with poor adherence to gluten free diet may have worse quality of life.

Key words: celiac disease, gluten, quality of life, gluten free diet

ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Η κοιλιοκάκη είναι ένα αυτοάνοσο νόσημα που προσβάλλει το λεπτό έντερο. Προκαλείται από την ευαισθησία στη γλουτένη που περιέχεται στα τρόφιμα και σε σχετιζόμενες με αυτή πρωτεΐνες, σε γενετικά προδιατεθειμένα άτομα.

Επιδημιολογία

Η συχνότητα της κοιλιοκάκης στον πληθυσμό εκτιμάται στο 1% (1,2). Έρευνες για τις οποίες έχει χρησιμοποιηθεί ιστολογική επιβεβαίωση της διάγνωσης μέσω βιοψίας περιγράφουν συχνότητα εμφάνισης της νόσου που κυμαίνεται από 1:70 έως 1:300 (3). Από το 1975 έως και το 2000 έχει παρατηρηθεί πως η συχνότητα με την οποία διαγιγνώσκεται η νόσος έχει επίσης αυξηθεί (4), ενώ γενικότερα έχει αποδειχθεί πως η επίπτωση της νόσου παγκοσμίως κυμαίνεται αναλόγως με τη εμφάνιση συγκεκριμένων HLA γονοτύπων, οι οποίοι σχετίζονται με την κοιλιοκάκη (5).

Από άλλες έρευνες αναδεικνύεται πως οι επιβεβαιωμένες περιπτώσεις κοιλιοκάκης αποτελούν μικρό ποσοστό του πραγματικού αριθμού των ανθρώπων που νοσούν από αυτή. Στην Ιταλία, έχει ανευρεθεί πως οι ασυμπτωματικοί ασθενείς σε σχέση με τους συμπτωματικούς βρίσκονται σε αναλογία 7:1(6). Αντιστοίχως, στην Ευρώπη και στις ΗΠΑ η επίπτωση κυμαίνεται από 1:96 έως 1:252, με βάση μελέτες οι οποίες στηρίχθηκαν στον ορολογικό έλεγχο για την κοιλιοκάκη (6,7).

Στην Ελλάδα, σε μελέτη που πραγματοποιήθηκε στο πληθυσμό της Θεσσαλίας, η συχνότητα της κοιλιοκάκης υπολογίστηκε στο 0,18% (8). Το εύρημα αυτό αποδεικνύει πως η νόσος είναι πιο σπάνια στη Ελλάδα συγκριτικά με χώρες της Βόρειας Ευρώπης, όπου η συχνότητα είναι σαφώς υψηλότερη. Βέβαια στην Ελλάδα τα τελευταία 30 έτη διαπιστώνεται αυξημένη ευαισθησία και υποψία των ιατρών προς τη διάγνωση της κοιλιοκάκης, κυρίως στον παιδιατρικό πληθυσμό. Το γεγονός αυτό οδηγεί και στην αύξηση του αριθμού των επιβεβαιωμένων περιστατικών της νόσου (κυρίως μετά το 1998). Η αύξηση του αριθμού των διαγνωσμένων ασθενών αφορά κυρίως άτομα που δεν νοσούν από την κλασική μορφή της νόσου γεγονός που αποδεικνύει την αυξημένη εγρήγορση των ιατρών ως προς την άτυπη συμπτωματολογία η οποία μπορεί να προεξάρχει (9).

Γενικώς, φαίνεται πως οι βελτιωμένες συνθήκες υγιεινής και η μικρότερου βαθμού έκθεση σε παθογόνους μικροοργανισμούς ευθύνεται εν μέρει για την παρατηρούμενη αύξηση των αυτοανόσων νοσημάτων στις σύγχρονες κοινωνίες (4).

Όσον αφορά τα άτομα τα οποία διαγιγνώσκονται με τη νόσο, έχει διαπιστωθεί πως οι συγγενείς πρώτου και δευτέρου βαθμού παρουσιάζουν αυξημένη πιθανότητα εμφάνισης της νόσου, ενώ ασθενείς οι οποίοι έχουν άλλα νοσήματα όπως σακχαρώδη διαβήτη τύπου I, αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα, σύνδρομο Down, σύνδρομο Turner, έχουν αυξημένο κίνδυνο να διαγνωστούν με κοιλιοκάκη κατά τη διάρκεια της ζωής τους (10,11).

Παθογένεση

Η κοιλιοκάκη είναι αυτοάνοσο νόσημα του οποίου τα συμπτώματα εκδηλώνονται όταν το γενετικά προδιατεθειμένο άτομο εκτεθεί σε συγκεκριμένο περιβαλλοντικό παράγοντα. Στην προκειμένη περίπτωση ο ερεθιστικός παράγοντας είναι η γλουτένη που περιέχεται σε συγκεκριμένα δημητριακά όπως το σιτάρι το κριθάρι και η σίκαλη (12,13). Είναι αποδεδειγμένο, πως η κοιλιοκάκη σχετίζεται με τους HLA-DR3, HLA-DQ2, HLA-DR4 και HLA-DQ8 γενετικούς επιτόπους. Έχει υπολογιστεί πως η συμμετοχή του HLA στην ανάπτυξη κοιλιοκάκης μεταξύ αδερφών ανέρχεται στο 36% (14). Επίσης, η κοιλιοκάκη συνδέεται και με ένα σύνολο άλλων αυτοανόσων νοσημάτων με συχνότερο το Σακχαρώδη Διαβήτη τύπου I (ΣΔ I) και την αυτοάνοση θυρεοειδίτιδα (13,15). Η συσχέτιση ανευρίσκεται στο χρωμόσωμα 15q26 στο οποίο εντοπίζεται και η βλάβη για το ΣΔ I (16,17).

Όσον αφορά τον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της νόσου, η έκθεση του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου στη γλιανδίνη προκαλεί σημαντικού βαθμού φλεγμονώδη αντίδραση. Αυτή έχει ως αποτέλεσμα τη διήθηση του επιθηλίου και της βασικής μεμβράνης με φλεγμονώδη κύτταρα και τελικό αποτέλεσμα την χρόνια φλεγμονή που οδηγεί σε ατροφία των λαχνών και δυσαπορρόφηση. Στη διαδικασία της φλεγμονής συμμετέχει κυρίως η κυτταρική αλλά και η χυμική ανοσία.

Η ιστική τρανσγλουταμινάση είναι ενδοκυττάριο ένζυμο που προκαλεί απαμίνωση των πεπτιδίων της γλουτένης. Το ένζυμο αυτό απελευθερώνεται από τα ενδοθηλιακά κύτταρα και τους ινοβλάστες κατά τη φάση της φλεγμονώδους αντίδρασης και το μηχανικό ερεθισμό. Η αφαίρεση της αμινικής ομάδας που προκαλεί, οδηγεί στην παραγωγή αρνητικώς φορτισμένων πεπτιδίων γλουτένης με τελικό αποτέλεσμα τη διέγερση των T κυττάρων (18,19).

Η α-γλιανδίνη είναι πεπτίδιο αποτελούμενο από 33 αμινοξέα το οποίο είναι ανθεκτικό έναντι της αποδόμησης από τις πεπτιδάσες του εντέρου. Αποτελεί τον εκκινητή της φλεγμονώδους αντίδρασης έναντι της γλουτένης στα άτομα με κοιλιοκάκη. Ενώ στα υγιή άτομα η α-γλιανδίνη αποδομείται πλήρως, στα άτομα με κοιλιοκάκη έχει διαπιστωθεί πως τα εντεροκύτταρα δεν τη διασπούν πλήρως αλλά μερικώς. Το τελικό αποτέλεσμα της διαδικασίας είναι τα υπολείμματα της α-γλιανδίνης να επάγουν την φλεγμονώδη διαδικασία (20).

Στην επιφάνεια των επιθηλιακών κυττάρων του λεπτού εντέρου έχουν ταυτοποιηθεί υποδοχείς που βοηθούν στη μεταφορά πεπτιδίων της γλουτένης στη βασική μεμβράνη όπου και έρχονται σε επαφή με τα T-κύτταρα. Η ανοσοσφαιρίνη IgA συνδέει τα πεπίδια γλουτένης και με αυτόν τον τρόπο προστατεύονται από την αποδόμηση τους από τα εντεροκύτταρα και μεταφέρονται στη βασική μεμβράνη. Οι υποδοχείς τρανσφερίνης CD71 ανευρίσκονται αυξημένοι σε αριθμό στα άτομα με κοιλιοκάκη και μάλιστα στην κορυφαία επιφάνεια των εντεροκυττάρων, αντιθέτως με την συνήθη θέση τους που είναι η πλαγιοβασική επιφάνεια. Με τον τρόπο αυτό βοηθούν στη συμμεταφορά της IgA από την κορυφαία στη βασική επιφάνεια των εντεροκυττάρων (21).

Ο ρόλος των ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων είναι εξίσου σημαντικός στον παθοφυσιολογικό μηχανισμό της κοιλιοκάκης. Τα τελευταία ανευρίσκονται αυξημένα στα άτομα με την ενεργό – τυπική μορφή της νόσου και ο αριθμός τους αποτελεί κριτήριο στην ταξινόμηση κατά Marsh. Τα ενδοεπιθηλιακά λεμφοκύτταρα παρουσιάζουν αυξημένη παραγωγή ιντερφερόνης γ , και ιντερλευκίνης 10 (22). Παρόλα αυτά δεν είναι πλήρως ξεκάθαρος ο ρόλος τους στη παθογένεση της νόσου (συγκρινόμενος με αυτόν των T- κυττάρων που ανευρίσκονται στη βασική μεμβράνη), καθώς ενδοεπιθηλιακή λεμφοκυττάρωση έχει ανευρεθεί και σε άλλες φλεγμονώδεις καταστάσεις στις οποίες συμμετέχει το έντερο όπως λοιμώξεις, ή ακόμα και αλλεργίες (23).

ΤΥΠΟΙ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ

Κλασσική μορφή κοιλιοκάκης

Η κλασσική μορφή της νόσου χαρακτηρίζεται από διαρροϊκές κενώσεις, καθώς και συμπτώματα που προκύπτουν από δυσαπορρόφηση θρεπτικών συστατικών, όπως απώλεια βάρους και στεατόρροια. Στο πλαίσιο του ορολογικού ελέγχου ανευρίσκονται θετικά τα αντισώματα έναντι της ιστικής τρανσγλουταμινάσης. Επίσης, ιστολογικά χαρακτηρίζεται από ατροφία των λαχνών του λεπτού εντέρου και απώλεια της συνοχής του εντερικού επιθηλίου. Το κύριο χαρακτηριστικό αυτής της μορφής κοιλιοκάκης είναι πως με τον αποκλεισμό από τη διατροφή τροφίμων που περιέχουν γλουτένη, παρατηρείται ύφεση των συμπτωμάτων εντός λίγων εβδομάδων ή μηνών καθώς και βελτίωση της ιστολογικής εικόνας η οποία όμως μπορεί να καθυστερήσει να βελτιωθεί πιο αργά σε σχέση με τα συμπτώματα της νόσου (24).

Άτυπη μορφή κοιλιοκάκης

Τα άτομα που παρουσιάζονται με την άτυπη μορφή της κοιλιοκάκης εμφανίζουν άτυπα συμπτώματα από το γαστρεντερικό σύστημα, χωρίς όμως την χαρακτηριστική εικόνα της δυσαπορρόφησης. Συχνά, παρουσιάζουν εξωεντερικά συμπτώματα και εκδηλώσεις της νόσου, όπως αναιμία, οστεοπόρωση, αρθρίτιδα, αυξημένες τιμές ηπατικών ενζύμων διαταραχή στη γονιμότητα ή ακόμα η πρώτη εκδήλωση μπορεί να είναι και η εμφάνιση ενός άλλου αυτοανόσου νοσήματος. Όσον αφορά τον εργαστηριακό έλεγχο και τη διάγνωση, στα άτομα με την άτυπη μορφή της νόσου, ανευρίσκονται αντισώματα έναντι της ιστικής τρανσγλουταμινάσης, ενώ ιστολογικά διαπιστώνεται ατροφία του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου.

Σιωπηλή μορφή κοιλιοκάκης

Άτομα τα οποία εμφανίζουν την "σιωπηλή" μορφή της νόσου συνήθως δεν παρουσιάζουν συμπτώματα τα οποία να παραπέμπουν αρχικά στην κοιλιοκάκη. Η διάγνωση μπορεί να καθυστερήσει και να προκύψει ακόμα και ως "τυχαίο εύρημα" στο πλαίσιο διερεύνησης κάποιου άλλου συμπτώματος. Επίσης μπορεί να προκύψει ως διάγνωση κατά τον ορολογικό έλεγχο ή με την ενδοσκόπηση και τη λήψη βιοψιών από άτομα τα οποία ανήκουν σε πληθυσμιακή ομάδα με αυξημένη συχνότητα εμφάνισης κοιλιοκάκης. Οι ασθενείς αυτοί συνήθως δεν παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα της νόσου παρόλο που ο βαθμός της ατροφίας των λαχνών του εντερικού επιθηλίου ομοιάζει με την κλασική μορφή της κοιλιοκάκης.

Λανθάνουσα κοιλιοκάκη

Οι ασθενείς με αυτή την μορφή της νόσου δεν παρουσιάζουν κλινικά συμπτώματα κοιλιοκάκης. Ο όρος "Λανθάνουσα κοιλιοκάκη" χρησιμοποιείται όταν ο ασθενής έχει φυσιολογικά ευρήματα στη βιοψία δωδεκαδακτύλου αλλά θετικό ορολογικό έλεγχο για κοιλιοκάκη. Ο όρος χρησιμοποιείται και για ασθενείς με θετικό ορολογικό έλεγχο και αυξημένο αριθμό ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων. Οι συγκεκριμένοι ασθενείς παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο ανάπτυξης κοιλιοκάκης με κλινική συμπτωματολογία, παρόλο που υπάρχει πιθανότητα να μην εμφανίσουν ποτέ συμπτώματα ή εργαστηριακά ευρήματα συμβατά με κοιλιοκάκη.

Πιθανή κοιλιοκάκη

Ο όρος χρησιμοποιείται για να περιγραφεί μια μορφή της νόσου της οποίας η διάγνωση τίθεται από τα ιστολογικά ευρήματα. Οι ασθενείς με αυτή τη μορφή της κοιλιοκάκης εμφανίζουν συμπτώματα δυσαπορρόφησης όμοια με αυτά της κλασικής μορφής της νόσου. Ο ορολογικός έλεγχος αναδεικνύεται επίσης θετικός για κοιλιοκάκη, καθώς ανευρίσκεται θετικός ο τίτλος έναντι των αντισωμάτων της ιστικής τρανσγλουταμινάσης. Η διαφορά έγκειται στα ιστολογικά ευρήματα, καθώς στη βιοψία δωδεκαδακτύλου περιγράφεται αυξημένος ο αριθμός των ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων, χωρίς όμως ατροφία του βλεννογόνου.

Ανθεκτική κοιλιοκάκη

Με τον όρο αυτό περιγράφεται η νόσος της οποίας τα συμπτώματα δεν υποχωρούν με τη δίαιτα ελεύθερη γλουτένης. Όσον αφορά τα ιστολογικά ευρήματα, στην παρούσα μορφή της νόσου δεν διαπιστώνεται βελτίωση της ατροφίας του βλεννογόνου του λεπτού εντέρου ούτε μετά από 6 μήνες σε διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Η αποτυχία συνήθως οφείλεται σε φτωχή συμμόρφωση στο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής ή ακόμα και στην συνύπαρξη στο ίδιο άτομο και άλλων συνδρόμων δυσαπορρόφησης. Παρόλα αυτά η ανθεκτική κοιλιοκάκη σε ορισμένες περιπτώσεις σχετίζεται και με άλλα νοσήματα. Στη συγκεκριμένη έκφραση της νόσου, η φλεγμονή του λεπτού εντέρου είναι έντονη λόγω υψηλής ευαισθησίας ακόμα και σε ελάχιστη ποσότητα γλουτένης (ανθεκτική κοιλιοκάκη τύπου I). Ένα ακόμη νόσημα το οποίο σχετίζεται με την ανθεκτική κοιλιοκάκη είναι η εντεροπάθεια σχετιζόμενη με το T κυτταρικό λέμφωμα (EATL). Τέλος, η ανθεκτική κοιλιοκάκη, συσχετίζεται με ατροφία του βλεννογόνου επαγόμενη από φάρμακα, ή είναι σχετιζόμενη με άλλα αυτοάνοσα νοσήματα με συχνότερη την κοινή ποικίλη ανοσοανεπάρκεια (25).

ΚΛΙΝΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η κοιλιοκάκη είναι νόσημα όπου πρωτοπαθώς οι βλάβες εντοπίζονται στο γαστρεντερικό σύστημα και πιο συγκεκριμένα στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου. Παρόλα αυτά και λόγω της αυτοάνοσης φύσης της νόσου δύναται να επηρεάσει και άλλα συστήματα προκαλώντας συμπτώματα εκτός του πεπτικού συστήματος.

Γαστρεντερικά συμπτώματα

Τα κλασσικά συμπτώματα οφειλόμενα στην κοιλιοκάκη όπως διάρροια, στεατόρροια,, τεινεσμός είναι και αυτά που περιγράφει η πλειοψηφία των ασθενών. Παράλληλα, συνυπάρχουν και οι κλινικές εκδηλώσεις σχετιζόμενες με δυσαπορρόφηση, όπως είναι απώλεια βάρους και εργαστηριακά ευρήματα όπως αναιμία καθώς και ελλείψεις σε βιταμίνες ή ιχνοστοιχεία.

Η βαρύτητα των κλινικών εκδηλώσεων δε σχετίζεται απαραίτητως με τη βαρύτητα των ιστολογικών ευρημάτων που προκύπτουν από την βιοψία του εντέρου (26). Η σοβαρότητα της νόσου αφορά τα ιστολογικά χαρακτηριστικά και ποικίλλει από μια μέση αλλαγή χαρακτηριζόμενη από αυξημένο αριθμό ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων έως και το πλήρως επιπεδωμένο βλεννογόνο με πλήρη ατροφία και εξάλειψη των λαχνών, αυξημένο βαθμό απόπτωσης των επιθηλιακών κυττάρων και υπερπλασία των κρυπτών (17,24,27–29).

ΕΞΩΕΝΤΕΡΙΚΕΣ ΕΚΔΗΛΩΣΕΙΣ

Η κοιλιοκάκη είναι νόσημα του οποίου βασικός στόχος προσβολής είναι το γαστρεντερικό σύστημα και κυρίως το λεπτό έντερο. Τα σημεία προσβολής όμως πολλές φορές εντοπίζονται και εκτός του γαστρεντερικού και πιθανόν να καθυστερήσουν τη διάγνωση λόγω της άτυπης εικόνας ή του χαμηλού βαθμού υποψίας για τη νόσο. Επίσης είναι σύνηθες ορισμένες από τις βλάβες να είναι αποτέλεσμα των διαταραχών στην απορρόφηση των θρεπτικών ουσιών που προκαλείται από την κοιλιοκάκη.

Ερπητοειδής δερματίτιδα

Το κλασσικό εύρημα της νόσου είναι συρρέουσες κνησμώνδες βλατίδες. Τα συνηθέστερα σημεία προσβολής είναι οι εκτατικές επιφάνειες των άνω άκρων (κυρίως οι αγκώνες), τα γόνατα , οι γλουτιαίες επιφάνειες, η ράχη και η κεφαλή.

Ατροφική γλωσσίτιδα

Εκδηλώνεται ως αίσθημα καύσου ή ως ερεθισμός της γλώσσας και σε ορισμένες περιπτώσεις ως ερύθημα της στοματικής κοιλότητας. Συνήθως παρουσιάζεται στα άτομα με την κλασική μορφή της κοιλιοκάκης και όταν υπάρχει υψηλός βαθμός υποψίας βοηθά στη διάγνωση της νόσου (30).

Διαταραχές του μυοσκελετικού συστήματος

Η προσβολή των οστών είναι αρκετά συχνή στα άτομα με κοιλιοκάκη ακόμα και αν αυτά δεν παρουσιάζουν τα κλασικά συμπτώματα της νόσου από το γαστρεντερικό σύστημα (31–33). Εξαιτίας της ανεπάρκειας βιταμίνης D ορισμένοι ασθενείς αναπτύσσουν υπεραπαραθυρεοειδισμό, με τελικό αποτέλεσμα την ελάττωση της οστικής μάζας. Στους ενήλικες, η απώλεια αυτή μπορεί να παγιωθεί και να μην αποκατασταθεί, παρά τον αποκλεισμό της γλουτένης από τη διατροφή με αποτέλεσμα τα άτομα με κοιλιοκάκη έχουν αυξημένο κίνδυνο καταγμάτων (34,35). Τέλος έχει διαπιστωθεί πως υπάρχει αυξημένο ποσοστό ασθενών με κοιλιοκάκη οι οποίοι εμφανίζουν και οστεοαρθρίτιδα, χωρίς να είναι σαφής ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που συνδέει τις δύο οντότητες (36).

Αιματολογικές διαταραχές

Η αναιμία από έλλειψη σιδήρου αποτελεί ίσως το συχνότερο εύρημα από από το αιμοποιητικό σύστημα στους ασθενείς με κοιλιοκάκη. Μάλιστα σε άτομα τα οποία παρουσιάζουν από τον εργαστηριακό έλεγχο σιδηροπενική αναιμία, η κοιλιοκάκη προκύπτει ως διάγνωση σε ποσοστό από 12 έως και 20% (37,38).

Υποσπληνισμός

Ο υποσπληνισμός περιγράφεται στην βιβλιογραφία ως εξωεντερική εκδήλωση της κοιλιοκάκης σε μικρό αριθμό ασθενών. Ο παθογενετικός μηχανισμός που συνδέει τις δυο οντότητες και τον τρόπο που αυτές συσχετίζονται παραμένει άγνωστος (39–41).

Νευροψυχιατρικές διαταραχές

Η κοιλιοκάκη συνδέεται στενά και με την εμφάνιση νευρολογικών και ψυχιατρικών συμπτωμάτων. Τα κυριότερα από αυτά είναι κεφαλαλγία, αταξία, επιληπτικές κρίσεις, κατάθλιψη, περιφερική νευροπάθεια και αγγώδης διαταραχή. Εντούτοις, ο συσχετισμός μεταξύ κοιλιοκάκης και επιληψίας δεν είναι ξεκάθαρος καθώς προκύπτουν αντιφατικά αποτελέσματα από τη βιβλιογραφία (42). Προ της εκδήλωσης των γαστρεντερικών συμπτωμάτων της κοιλιοκάκης μπορεί να παρουσιαστεί ακόμα και περιφερική νευροπάθεια η οποία συνήθως εκδηλώνεται ως καυσαλγία και υπαισθησία, κυρίως στα άνω και κάτω άκρα. Το χαρακτηριστικό των εκδηλώσεων αυτών είναι πως δεν υποστρέφουν παρόλο που ο ασθενής ακολουθεί διατροφή ελεύθερη γλουτένης.

ΣΥΝΝΟΣΗΡΟΤΗΤΑ

Τα άτομα που νοσούν με κοιλιοκάκη εκτός από τις εντερικές και τις εξωεντερικές εκδηλώσεις της νόσου έχει διαπιστωθεί πως έχουν την προδιάθεση να αναπτύξουν και άλλα νοσήματα στο πλαίσιο της αυτοανοσίας. Τα νοσήματα αυτά μπορεί να προϋπάρχουν της κοιλιοκάκης και πρακτικά αποτελούν ξεχωριστές οντότητες και απαιτούν διαφορετική θεραπεία από αυτήν της κοιλιοκάκης, οπότε και αναφέρονται στο πλαίσιο της συννοσηρότητας.

Σακχαρώδης διαβήτης τύπου I (ΣΔ I)

Η κοιλιοκάκη συνδέεται στενά με την εμφάνιση ΣΔ I. Τα δύο νοσήματα μοιράζονται κοινούς γενετικούς τόπους όπως HLA –DR3, HLA-DQ2 γεγονός που σημαίνει πως μοιράζονται κοινά μονοπάτια στην παθογένεση τους όσο αφορά την αυτοάνοση φύση τους. Η ηλικία εμφάνισης του ΣΔ I δεν έχει αποδειχθεί πως επηρεάζεται από την παρουσία κοιλιοκάκης (43).

Παθήσεις θυρεοειδούς αδένος

Στα άτομα με κοιλιοκάκη φαίνεται πως υπάρχει αυξημένη επίπτωση των αυτοάνοσων νοσημάτων του θυρεοειδούς σε σύγκριση με τον γενικό πληθυσμό. Με τη μεγαλύτερη συχνότητα εμφανίζεται υποθυρεοειδισμός αυτοάνοσης αιτιολογίας στα πλαίσια της θυρεοειδίτιδας Hashimoto.

Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ)

Γενικώς έχει παρατηρηθεί πως η κοιλιοκάκη σχετίζεται με τη ΓΟΠΝ. Άτομα με δυσανεξία στη γλουτένη έχουν μεγαλύτερη πιθανότητα να εκδηλώσουν κάποια στιγμή κατά τη διάρκεια της ζωής τους (44). Ακολουθώντας διατροφή ελεύθερη γλουτένης, τα συμπτώματα της ΓΟΠΝ υποχωρούν και είναι συγκριτικά ίδια με αυτά που παρουσιάζονται στο γενικό πληθυσμό.

Ηωσινοφιλική οισοφαγίτιδα

Ο οισοφάγος αποτελεί επίσης όργανο το οποίο μπορεί να προσβληθεί σε άτομα με κοιλιοκάκη στο πλαίσιο της αναφερόμενης συννοσηρότητας . Πιο συγκεκριμένα, η συχνότητα της νόσου ανευρίσκεται αυξημένη τόσο στους ενήλικες όσο και στα παιδιά που νοσούν από κοιλιοκάκη (45).

Ιδιοπαθείς Φλεγμονώδεις Νόσοι του Εντέρου (ΙΦΝΕ)

Πληθώρα μελετών έχει αναδείξει τη συσχέτιση μεταξύ κοιλιοκάκης και ΙΦΝΕ και κυρίως με την ελκώδη κολίτιδα (46). Είναι αποδεδειγμένο πως ανευρίσκεται ένας κοινός πολυμορφισμός του υποδοχέα της ιντερλευκίνης 23 τόσο στην κοιλιοκάκη όσο και στην ελκώδη κολίτιδα (47). Επίσης, οι συγγενείς πρώτου βαθμού ασθενών με κοιλιοκάκη παρουσιάζουν πενταπλάσιο κίνδυνο να αναπτύξουν ελκώδη κολίτιδα κάποια στιγμή στη ζωή τους σε σχέση με το γενικό πληθυσμό (48).

Μικροσκοπική κολίτιδα

Τα άτομα που νοσούν με κοιλιοκάκη εκτός από τις χαρακτηριστικές βλάβες με την επιτέδωση των λαχνών του λεπτού εντέρου δύναται να παρουσιάσουν και βλάβες στο υπόλοιπο έντερο οι οποίες θα διαφέρουν ιστολογικά από τη χαρακτηριστική διαταραχή της νόσου. Τα άτομα αυτά έχουν αυξημένο κίνδυνο να εμφανίσουν διαταραχή της μικροσκοπικής κολίτιδας έως και 72 φορές περισσότερο συγκριτικά με το γενικό πληθυσμό (49).

Ηπατική νόσος

Η κοιλιοκάκη συνδέεται στενά με ήπια έως μέτρια αύξηση των τρανσαμινασών η οποία μετά από διερεύνηση δεν μπορεί να αποδοθεί σε άλλη αιτία στο 15 – 55% των ασθενών (50). Με την

προσαρμογή του ασθενούς σε ένα διαιτολόγιο με πλήρη αποφυγή της γλουτένης, οι τιμές των ηπατικών ενζύμων συνήθως επανέρχονται εντός των φυσιολογικών ορίων μέσα σε 12 μήνες.

Παγκρεατίτιδα

Έχει διαπιστωθεί πως τα άτομα με κοιλιοκάκη έχουν αυξημένο κίνδυνο να παρουσιάσουν παγκρεατίτιδα (είτε οξεία είτε χρόνια). Ο παθοφυσιολογικός μηχανισμός που συνδέει τις δύο οντότητες παραμένει εν μέρει άγνωστος και βρίσκεται υπό διερεύνηση. Παρόλα αυτά αναδεικνύεται συσχετισμός μεταξύ κοιλιοκάκης και παγκρεατίτιδας.

Διαταραχή γονιμότητας

Η γονιμότητα εμφανίζεται επηρεασμένη στα άτομα που νοσούν με κοιλιοκάκη, τόσο στους άνδρες όσο και στις γυναίκες. Όσον αφορά τους άρρενες, αποδεικνύεται πως διαγιγνώσκεται διαταραχή στην κινητικότητα των σπερματοζωαρίων αλλά και στη μορφολογία τους. Η διατροφή ελεύθερη γλουτένης είναι αποδεδειγμένο πως βοηθά στη βελτίωση των ανωτέρω διαταραχών. Για τη θήλυ φύλο, η κοιλιοκάκη επηρεάζει τον καταμήνιο κύκλο με ποικίλες διαταραχές οποίες συνήθως περιλαμβάνουν πρόωμη εμμηνόπαυση, αμηνόρροια, καθ' ἑξιν αποβολές, πρόωρο τοκετό ή ακόμα και χαμηλό βάρος νεογνού κατά τη γέννηση. Ομοίως, όπως και στους άρρενες, οι διαταραχές σταδιακά εξαφανίζονται με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης.

Καρδιαγγειακά νοσήματα

Η κοιλιοκάκη σχετίζεται και με ορισμένα νοσήματα του καρδιαγγειακού. Έως και 5% των περιστατικών αυτοάνοσης μυοκαρδίτιδας ή ιδιοπαθούς διατακτικής μυοκαρδιοπάθειας σχετίζεται με την κοιλιοκάκη (51,52). Η διατροφή ελεύθερη γλουτένης σε συνδυασμό με ανοσοκατασταλτική θεραπεία στα άτομα τα οποία εμφανίζουν τις ανωτέρω διαταραχές βοηθά στην ύφεση των συμπτωμάτων και τη βελτίωση της καρδιακής λειτουργίας.

ΔΙΑΓΝΩΣΗ

Μέθοδος εκλογής για τη διάγνωση της κοιλιοκάκης είναι η βιοψία λεπτού εντέρου. Οι βιοψίες λαμβάνονται κατά τη διάρκεια ενδοσκόπησης του ανωτέρου πεπτικού και περιλαμβάνουν 4 ιστοτεμάχια από τη δεύτερη μοίρα του δωδεκαδακτύλου και 2 ιστοτεμάχια από το βολβό. Η ορολογική διάγνωση της κοιλιοκάκης βασίζεται σε δοκιμασίες και έλεγχο για την παρουσία συγκεκριμένου τύπου αντισωμάτων. Πιο συγκεκριμένα εξετάζεται η παρουσία αντισωμάτων έναντι της ιστικής τρανσγλουταμινάσης (anti – TG). Τα αντισώματα αυτά ανήκουν στην κατηγορία IgA και IgG, αλλά μόνο αυτά της τάξης IgA μπορούν να θεωρηθούν ευαίσθητα και ειδικά για τη διάγνωση της κοιλιοκάκης (53). Εκτός από τα anti-TG χρησιμοποιούνται στα πλαίσια του ορολογικού ελέγχου και τα αντισώματα έναντι του ενδομυίου (anti-EmA). Τα anti-TG έχουν ευαισθησία 97% και ειδικότητα 96%, ενώ τα anti-EmA έχουν ευαισθησία 94% και ειδικότητα 99% (53). Επομένως τα anti- EmA χρησιμοποιούνται ως δείκτης επιβεβαίωσης όταν τα anti- TG ανευρίσκονται θετικά. Όσον αφορά της εξέταση των HLA δεν αποτελεί πρακτική ρουτίνας και έχει ένδειξη εφαρμογής όταν δεν προκύπτει σαφές διαγνωστικό αποτέλεσμα από τις προηγούμενες μεθόδους.

Η ιστολογική διάγνωση της κοιλιοκάκης βασίζεται στην τροποποιημένη ταξινόμηση κατά Marsh , η οποία εφαρμόστηκε για πρώτη φορά το 1992. Χρησιμοποιείται από τους παθολογοανατόμους για να περιγράψουν την ιστολογική βλάβη στο βλεννογόνο του λεπτού εντέρου. Η κλίμακα Marsh περιλαμβάνει παραμέτρους οι οποίες αξιολογούν τον αριθμό των ενδοεπιθηλιακών λεμφοκυττάρων ανά 100 εντεροκύτταρα. Επίσης, αξιολογείται ο βαθμός υπερπλασίας των κρυπτών και η ατροφία των λαχνών του λεπτού εντέρου.

Το ερώτημα του ελέγχου του γενικού πληθυσμού μέσω του ορολογικού ελέγχου για κοιλιοκάκη, αποτελεί προβληματισμό βασισμένο στην συχνότητα εμφάνισης της νόσου στην κοινότητα, οπότε και τίθεται το ερώτημα εάν τελικά μπορεί να προηγηθεί η διάγνωση, πριν ακόμα παρουσιάσουν συμπτώματα στα άτομα που δεν νοσούν από την κλασική μορφή της νόσου. Για την Ελλάδα, και με βάση τα επιδημιολογικά στοιχεία, όπως αυτά περιγράφηκαν προηγουμένως λόγω της χαμηλής συχνότητας εμφάνισης της νόσου δεν συνίσταται ο έλεγχος του γενικού πληθυσμού με ορολογικές δοκιμασίες (8).

ΘΕΡΑΠΕΙΑ

Ο αποκλεισμός της γλουτένης από τη διατροφή αποτελεί τη μοναδική θεραπεία για την κοιλιοκάκη μέχρι σήμερα. Η υιοθέτηση του συγκεκριμένου προτύπου διατροφής οδηγεί σε εξάλειψη των συμπτωμάτων στους περισσότερους ασθενείς. Όσον αφορά τις ιστολογικές βλάβες στο λεπτό έντερο αυτές καθυστερούν περισσότερο και ο βλεννογόνος καθίσταται φυσιολογικός σε βάθος έως και 24 μηνών, ενώ τα αντισώματα επανέρχονται σε φυσιολογικά επίπεδα εντός 12 μηνών. Συνήθως χρησιμοποιούνται τα anti-TG για την παρακολούθηση των ασθενών παρόλο που η ελάττωση του τίτλου τους δε συμβαδίζει απαραίτητα με τη βελτίωση της ιστολογικής εικόνας.

ΠΡΟΓΝΩΣΗ

Οι ασθενείς με κοιλιοκάκη παρουσιάζουν αυξημένο κίνδυνο για εμφάνιση νεοπλασίας του γαστρεντερικού συστήματος όπως και για λέμφωμα. Βέβαια, το ποσοστό στο οποίο η διατροφή ελεύθερη γλουτένης μειώνει τον κίνδυνο για εξέλιξη σε νεοπλασία δεν έχει προς το παρόν εξακριβωθεί, ούτε και αν σχετίζεται με το χρόνο που ακολουθείται το συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής (54).

ΘΝΗΣΙΜΟΤΗΤΑ

Η θνησιμότητα των ασθενών με κοιλιοκάκη είναι αυξημένη σε σχέση με το γενικό πληθυσμό κατά 1,9 έως και 3.8 φορές. Η απόλυτη τιμή του κινδύνου για θάνατο ανευρίσκεται επίσης ελαφρώς αυξημένη. Συνήθως αυτό οφείλεται είτε στην ανάπτυξη νεοπλασίας (κυρίως λεμφώματος) είτε σε καρδιαγγειακά συμβλήματα.

ΠΟΙΟΤΗΤΑ ΖΩΗΣ

Η ποιότητα ζωής σχετιζόμενη με τη νόσο είναι ένας περιγραφικός όρος που απαρτίζεται από φυσικές, ψυχολογικές και κοινωνικές παραμέτρους (55). Η αξιολόγηση της ποιότητας ζωής των ασθενών έχει έρθει στο προσκήνιο τις τελευταίες δεκαετίες.

Η ποιότητα ζωής των ασθενών με κοιλιοκάκη επηρεάζεται στην καθημερινότητα στους τομείς που αφορούν τη αγορά τροφίμων, τον περιορισμό στη ψυχαγωγία και κυρίως στα ταξίδια δεδομένου ότι θα πρέπει από πριν να έχουν προγραμματίσει το πλάνο της διατροφής τους, και στη συμμετοχή σε

κοινωνικές εκδηλώσεις οι οποίες μπορεί να περιλαμβάνουν κατανάλωση έτοιμου φαγητού το οποίο πιθανόν να περιέχει γλουτένη (56).

Οι περιορισμοί που προκύπτουν από την κοιλιοκάκη στις διατροφικές συνήθειες επηρεάζουν τη ζωή των ασθενών σε πολλές εκφάνσεις της καθημερινότητάς τους (57). Για ορισμένους από αυτούς η διατροφή ελεύθερη γλουτένης θεωρείται εύκολο να ακολουθηθεί και να ενταχθεί στο καθημερινό πρόγραμμα, ενώ για άλλους αποτελεί μια καθημερινή πρόκληση με ότι αυτό συνεπάγεται στη συμμόρφωση με το συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής. Επίσης, στα άτομα αυτά επηρεάζει και σε ορισμένους περιορίζει την κοινωνική ζωή τόσο των ιδίων, όσο και των οικείων τους (55).

Μεταξύ των ασθενών με κοιλιοκάκη, η κατάθλιψη, η κόπωση και τα αυξημένα επίπεδα άγχους είναι από τα πιο συχνά συμπτώματα από τη ψυχική σφαίρα και επιδρούν άμεσα στην ποιότητα ζωής, ενώ παράλληλα επηρεάζουν και τη συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης (58). Η αγχώδης διαταραχή είναι το συχνότερο εύρημα όσον αφορά τη ψυχική υγεία ασθενών με κοιλιοκάκη, ακολουθούμενη από το αίσθημα απομόνωσης και την κοινωνική φοβία. Με τη υιοθέτηση διατροφής ελεύθερης γλουτένης η βελτίωση της ποιότητας ζωής φαίνεται να επιτυγχάνεται ταχύτερα συγκριτικά με την βελτίωση των ορολογικών και ιστολογικών χαρακτηριστικών της νόσου (58).

Τελικά, η διατροφή ελεύθερη γλουτένης βελτιώνει την ποιότητα ζωής των ασθενών όσον αφορά την ύφεση των συμπτωμάτων στους περισσότερους από αυτούς (59). Οι ασθενείς με τα τυπικά συμπτώματα της νόσου διαπιστώνουν ταχύτερη ύφεση των συμπτωμάτων ακολουθώντας το συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής σε σχέση με αυτούς που εμφανίζουν άτυπα συμπτώματα και περιγράφουν σαφή βελτίωση στην ποιότητα ζωής τους (60).

Συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης

Βάσει μελετών, ο βαθμός συμμόρφωσης με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, ανάλογα με τη μέθοδο αξιολόγησης εμφανίζει μεγάλο εύρος και κυμαίνεται από 42% έως 91% (61). Η συμμόρφωση σχετίζεται τόσο με συναισθηματικές και κοινωνικές επιρροές καθώς επηρεάζεται σε σημαντικό βαθμό από τον τακτικό διαιτολογικό έλεγχο από εξειδικευμένους διατροφολόγους. Οι μεγάλες αποκλίσεις στα ποσοστά της συμμόρφωσης στο συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής οφείλεται στο γεγονός πως μπορεί να εξετάστηκαν διαφορετικές πληθυσμιακές ομάδες (π.χ. παιδιά, μειονότητες), αλλά και στις διαφορετικές μεθόδους που χρησιμοποιήθηκαν για την αξιολόγηση του βαθμού της συμμόρφωσης.

Παράγοντες που δύναται να επηρεάσουν την υιοθέτηση διατροφής ελεύθερης γλουτένης είναι η

ελλιπής ενημέρωση των ασθενών ως προς τη νόσο και την αντιμετώπισή της , η λανθασμένη σήμανση επί των ετικετών στα τρόφιμα καθώς και το αυξημένο κόστος αγοράς τροφίμων που είναι ελεύθερα γλουτένης (61).

Γενικά φαίνεται πως η ανάγκη να ακολουθήσει ένας ασθενής διατροφή ελεύθερη γλουτένης επηρεάζει την ποιότητα ζωής αλλά η σωστή προσαρμογή εν τέλει κάνει τα άτομα αυτά να ανησυχούν λιγότερο για την κατάσταση της υγείας τους και μειώνει τα επίπεδα του άγχους. Μ αυτόν τον τρόπο, ενώ φαινομενικά αποτελεί περιοριστικό παράγοντα, σε βάθος χρόνου εξαλείφει τα κλινικά συμπτώματα αλλά βελτιώνει και την ποιότητα ζωής των ασθενών (62).

ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

Σκοπός

Στα άτομα που διαγιγνώσκονται με κοιλιοκάκη, δίνονται οδηγίες ώστε να αποκλείσουν πλήρως τη γλουτένη από τη διατροφή τους. Αυτό έχει ως αποτέλεσμα να αποκλείονται συγκεκριμένα δημητριακά(σιτάρι, κριθάρι σίκαλη) ή ακόμα και τρόφιμα που μπορεί να περιέχουν ίχνη τους ή τα παράγωγά τους. Το συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής εμπεριέχει πληθώρα περιορισμών και για ορισμένους οι περιορισμοί αυτοί επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την ποιότητα ζωής, ώστε αδυνατούν να αποκλείσουν τη γλουτένη από το διατροφολόγιό τους.

Σκοπός αυτής της μελέτης είναι να καταγράψει αν οι ασθενείς με κοιλιοκάκη ακολουθούν το συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής και κατά πόσο η προσπάθεια να το τηρήσουν επηρεάζει την καθημερινότητα και εν τέλει την ποιότητα ζωής τους. Επίσης θα ελεγχθεί εάν η συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης επηρεάζεται από άλλους παράγοντες, είτε αυτοί είναι δημογραφικοί (ηλικία, φύλο) , είτε σχετίζονται με το χρόνο που έχει παρέλθει από τη διάγνωση. Επιπροσθέτως, σκοπός είναι να αξιολογηθεί αν τελικά ανευρίσκεται αναλογία μεταξύ του βαθμού συμμόρφωσης στις διατροφικές οδηγίες και στην ποιότητα ζωής των ασθενών με κοιλιοκάκη.

Πληθυσμός μελέτης και μεθοδολογία

Η μελέτη αυτή πραγματοποιήθηκε με τη χρήση ερωτηματολογίου το οποίο απαντήθηκε από ασθενείς που παρακολουθούνται στο Εξωτερικό Ιατρείο Κοιλιοκάκης της Γαστρεντερολογικής Κλινικής στο Πανεπιστημιακό Νοσοκομείο Λάρισας. Το ερωτηματολόγιο συμπληρώθηκε από τους συμμετέχοντες ανώνυμα και αφού προηγουμένως είχαν ενημερωθεί πλήρως για το σκοπό της μελέτης. Η μελέτη πραγματοποιήθηκε το διάστημα από 1 Οκτωβρίου έως και 10 Δεκεμβρίου 2021, στο προαναφερθέν Ιατρείο.

Το ερωτηματολόγιο (βλ Παράρτημα), χωρίζεται σε τρία σκέλη. Το πρώτο σκέλος που αποτελείται από 4 ερωτήσεις έχει ως στόχο τη συλλογή δημογραφικών δεδομένων καθώς και στοιχεία που αφορούν το χρόνο που παρήλθε από τη διάγνωση. Το δεύτερο σκέλος αποτελείται από 7 ερωτήσεις και χρησιμοποιεί την κλίμακα για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης στη διατροφή ελεύθερη

γλουτένης (Celiac Disease Adherence Test score- CDAT score). Η κλίμακα αυτή αποτελεί ένα πιστοποιημένο εργαλείο για την αξιολόγηση της συμμόρφωσης στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης (59). Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο περιλαμβάνει 7 ερωτήσεις. Σε κάθε ερώτηση αντιστοιχούν 5 πιθανές απαντήσεις οι οποίες είναι βαθμονομημένες σε κλίμακα Likert από το 1 έως το 5. Το ελάχιστο άθροισμα είναι το 7 και το μέγιστο το 35. Όταν το άθροισμα ανευρίσκεται μικρότερο του 13, τότε η συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης θεωρείται άριστη. Άθροισμα από 13 έως και 17 αντιστοιχεί σε μέτρια συμμόρφωση ως προς το συγκεκριμένο πρότυπο διατροφής, ενώ όταν ανευρίσκεται μεγαλύτερο του 17, τότε η συμμόρφωση χαρακτηρίζεται φτωχή. Το τρίτο σκέλος του ερωτηματολογίου αποτελείται από 21 ερωτήσεις και αποτελεί το ερωτηματολόγιο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής ασθενών με κοιλιοκάκη (Celiac Disease Quality of Life – CDQoL questionnaire), το οποίο αποτελεί πιστοποιημένο εργαλείο για την αξιολόγηση της ποιότητας ζωής. Οι ερωτήσεις χωρίζονται σε 4 υποκατηγορίες και οι απαντήσεις δίνονται σε κλίμακα Likert με πέντε πιθανές απαντήσεις να αντιστοιχούν σε κάθε ερώτηση. Το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο εξετάζει την ποιότητα ζωής ως σύνολο. Οι 4 υποκατηγορίες ερωτήσεων αξιολογούν μέσω συγκεκριμένων ερωτήσεων διαφορετικούς δείκτες που περιλαμβάνονται στην έννοια "Ποιότητα ζωής". Οι κατηγορίες που εξετάζονται αφορούν τη δυσφορία (CD QoL_DY), τους περιορισμούς που νιώθει ο ασθενής (CD QoL_LM), την ανησυχία για θέματα υγείας (CD QoL_HC) καθώς και την αντίληψη για το αν η θεραπεία που λαμβάνουν είναι επαρκής ή όχι (CD QoL_IT). Στο συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο, όσο υψηλότερο ανευρίσκεται το άθροισμα, τόσο υψηλότερη θεωρείται η ποιότητα ζωής και λιγότερες οι επιπτώσεις της κοιλιοκάκης στην καθημερινότητα των συμμετεχόντων. Τα δύο ερωτηματολόγια (CDAT και CD QoL) χρησιμοποιήθηκαν στη μελέτη αφού ενημερώθηκαν οι δημιουργοί τους και ελήφθη εγγράφως η άδειά τους. Η στατιστική επεξεργασία των δεδομένων έγινε με το εργαλείο Plotly Python Graphing Libraries^R.

Οι συμμετέχοντες στη μελέτη ασθενείς, έχουν διαγνωσθεί με κοιλιοκάκη μέσω βιοψίας λεπτού εντέρου και βρίσκονται υπό παρακολούθηση από το συγκεκριμένο Εξωτερικό Ιατρείο. Στη μελέτη συμπεριλήφθησαν άτομα ηλικίας μεγαλύτερης ή ίσης των 18 ετών. Τα κριτήρια για να ενταχθούν στη μελέτη από τα άτομα που προσήλθαν στο Ιατρείο πληρούσαν 26 ασθενείς (n=26).

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

Στη συγκεκριμένη έρευνα συμμετείχαν 26 άτομα. Από αυτά οι 17 ήταν γυναίκες και οι 9 άνδρες. Τα συγκεντρωτικά αποτελέσματα όπως προέκυψαν από την επεξεργασία των ερωτηματολογίων απεικονίζονται στον παρακάτω πίνακα.

α/α	ΗΛΙΚΙΑ	ΦΥΛΟ	ΕΤΗ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ	CDAT score	CD QoL OV	CD QoL DY	CD QoL LM	CD QoL HC	CD QoL IT
1	37	A	2	22	65	75	55,5	60	87,5
2	25	Θ	4	17	35	62,5	36,1	25	12,5
3	62	Θ	1	23	32,5	18,7	25	70	0
4	61	Θ	3	12	81,2	62,5	83,3	90	87,5
5	40	Θ	6	23	72,5	100	69,4	65	62,5
6	42	Θ	6	10	70	81,2	69,4	65	50
7	22	Θ	7	15	61,2	81,2	55,5	60	50
8	23	Θ	3	16	8,75	12,5	2,77	15	12,5
9	37	A	2	9	53,7	68,7	44,4	60	25
10	37	A	1	16	57,5	81,2	63,8	20	75
11	60	Θ	4	10	78	80	64,6	67,4	80
12	46	Θ	2	9	80,2	64	82	86	90
13	26	Θ	2	18	62	76,4	78	68	83
14	35	A	2	10	74	78	65	62	70
15	33	Θ	6	19	58,2	69	46	52	40
16	55	A	5	18	62	77	59,4	62	76,4
17	29	A	6	15	68,7	79	56	65	52
18	48	Θ	1	18	56,2	48,6	85,6	55,3	54,8
19	64	A	6	12	75	82	68	70	76,4
20	31	Θ	5	10	70	80	65,4	69	85
21	62	Θ	8	19	65	84,4	58	62	69,4
22	27	A	3	20	55	67	46,6	46	55,6
23	55	Θ	4	19	60	79,6	50	64	78,6
24	36	A	2	12	72,2	86,4	63	66,4	68,2

25	60	Θ	3	11	82,5	57	40	79,3	77,3
26	28	Θ	4	15	64	74	59	45,6	58,7

Πίνακας 1. Συγκεντρωτικά αποτελέσματα (CDAT score: Celiac Disease Adherence Treatment score, CD QoL _OV: Celiac Disease Quality of Life _Overall, CD QoL_DY : Celiac Disease Quality of Life _Dysphoria, CD QoL_LM : Celiac Disease Quality of Life _Limitations, CD QoL_ HC : Celiac Disease Quality of Life _Health Concern, CD QoL_ IT: Celiac Disease Quality of Life _ Inadequate Treatment)

Από τα παραπάνω δεδομένα και ομαδοποιώντας τα ως προς το φύλο, την ηλικία, το CDAT score προκύπτει ο παρακάτω πίνακας.

Column1	Column2
Συμμετέχοντες	26
Άνδρες	9
Γυναίκες	17
Διάμεση ηλικία (έτη)	37
Διάμεση τιμή από το χρόνο διάγνωσης(έτη)	3,5
Διάμεση τιμή CDAT score	15,5

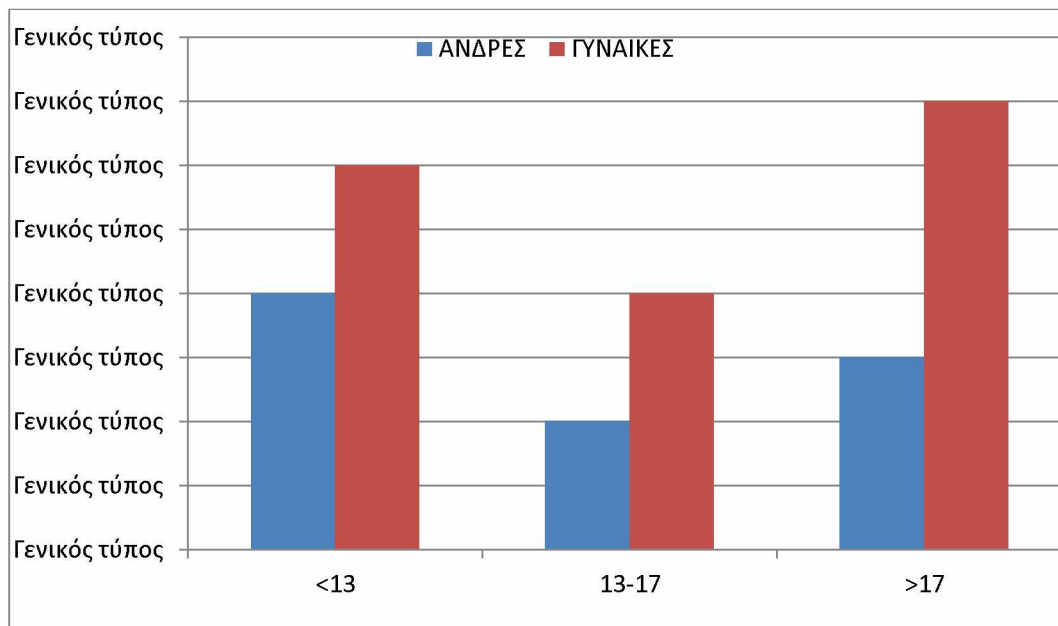
Πίνακας 2. Ομαδοποιημένα στοιχεία συμμετεχόντων.

Επίσης από τα επιμέρους στοιχεία του Πίνακα 1 και ομαδοποιώντας τα σε κατηγορίες προκύπτει ο Πίνακας 3 .

CDAT score	Άτομα	Γυναίκες	Άνδρες
<13	10	6	4
13-17	6	4	2
>17	10	7	3

Πίνακας 3.

Επομένως με βάση τα παραπάνω δεδομένα όσον αφορά το φύλο των συμμετεχόντων και το CDAT score προκύπτει η εξής γραφική παράσταση.



Συσχέτιση φύλου με το CDAT score

Στο συγκεκριμένο δείγμα ατόμων προκύπτει πως οι περισσότερες γυναίκες παρουσιάζουν CDAT score > 17, άρα και φτωχή συμμόρφωση, στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Αντιθέτως, οι περισσότεροι άνδρες εμφανίζουν CDAT score < 13 και η συμμόρφωση χαρακτηρίζεται άριστη.

Με βάση τα ανωτέρω δεδομένα και τη διάμεση τιμή του CDAT score και την συσχέτισή του με το φύλο προκύπτει η εξής γραφική παράσταση.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ ΦΥΛΟΥ ΜΕ CDAT SCORE



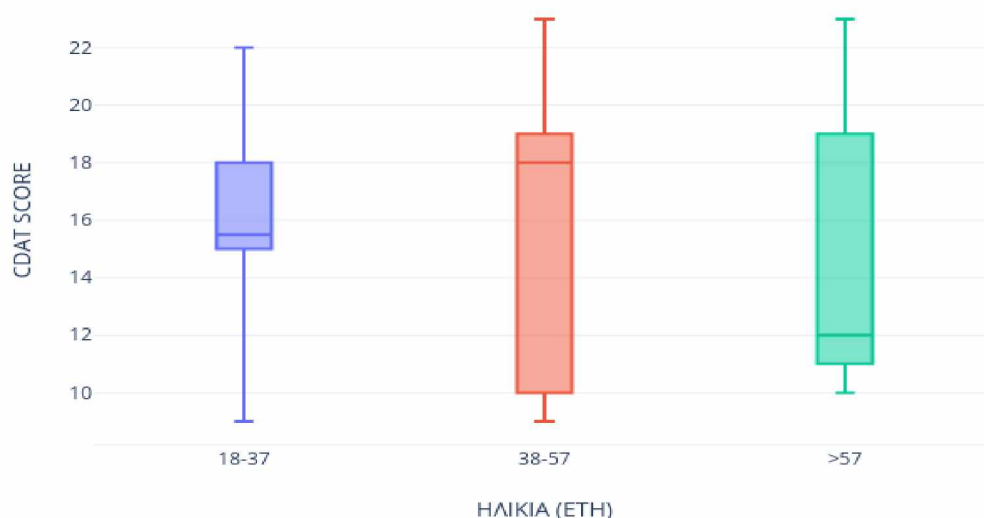
Από τα ανωτέρω δεδομένα προκύπτει, πως η διάμεση τιμή του CDAT score στο άρρεν φύλο ανευρίσκεται στο 15, ενώ στο θήλυ φύλο η αντίστοιχη μέση τιμή είναι 15,5.

Συσχέτιση της ηλικίας με το CDAT score

Όσον αφορά τη συσχέτιση του CDAT score αναλόγως της ηλικίας, οι συμμετέχοντες ταξινομήθηκαν σε 3 ηλικιακές ομάδες. Η πρώτη περιλαμβάνει άτομα από 18 έως και 37 ετών, η δεύτερη άτομα από 38 έως 57 ετών και η τρίτη άτομα ηλικίας 58 ετών και άνω.

Από την επεξεργασία των ανωτέρω δεδομένων προέκυψε η κάτωθι γραφική παράσταση.

CDAT SCORE ANA ΗΛΙΚΙΑΚΗ ΟΜΑΔΑ

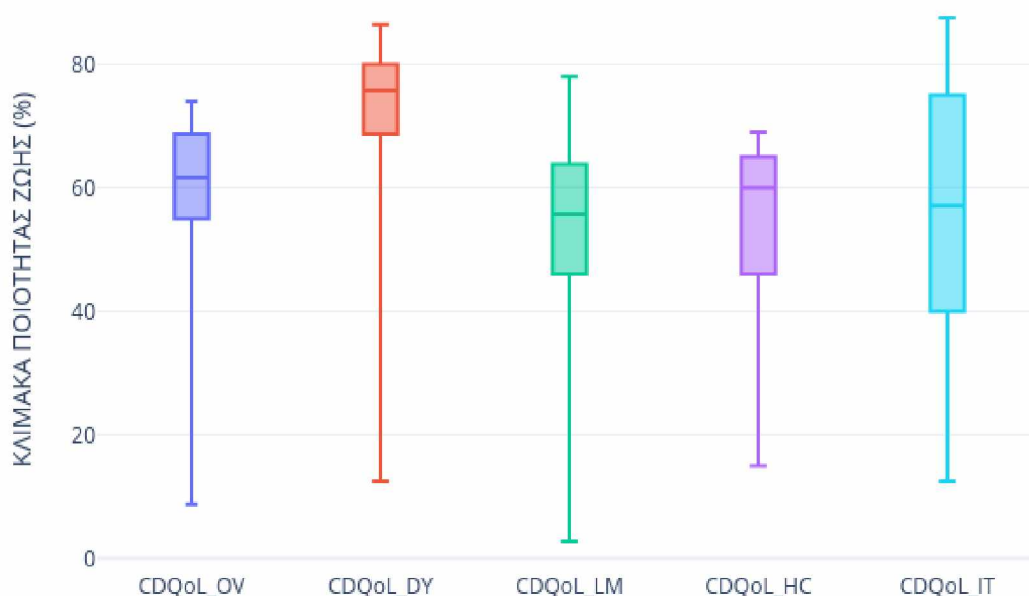


Όπως προκύπτει από τα παραπάνω, η διάμεση τιμή του CDAT score στο ηλικιακό εύρος 18- 37 είναι 15,5, στο ηλικιακό εύρος 38-57 ανευρίσκεται 18, και τέλος στις ηλικίες άνω των 58 ετών η διάμεση τιμή ανέρχεται στο 12.

Συσχέτιση της ηλικίας με την ποιότητα ζωής

Εκτός από την συσχέτιση της ηλικίας με της συμμόρφωση με το συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο ελέγχθηκε και εάν η επίδραση της κοιλιοκάκης στην ποιότητα ζωής των ασθενών σχετίζεται με την ηλικία. Οι συμμετέχοντες είχαν χωριστεί σε 3 ομάδες αναλόγως της ηλικίας τους. Η πρώτη ομάδα συμπεριλαμβάνει άτομα με ηλικία από 18 έως και 37 ετών και με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προέκυψε η κάτωθι γραφική παράσταση.

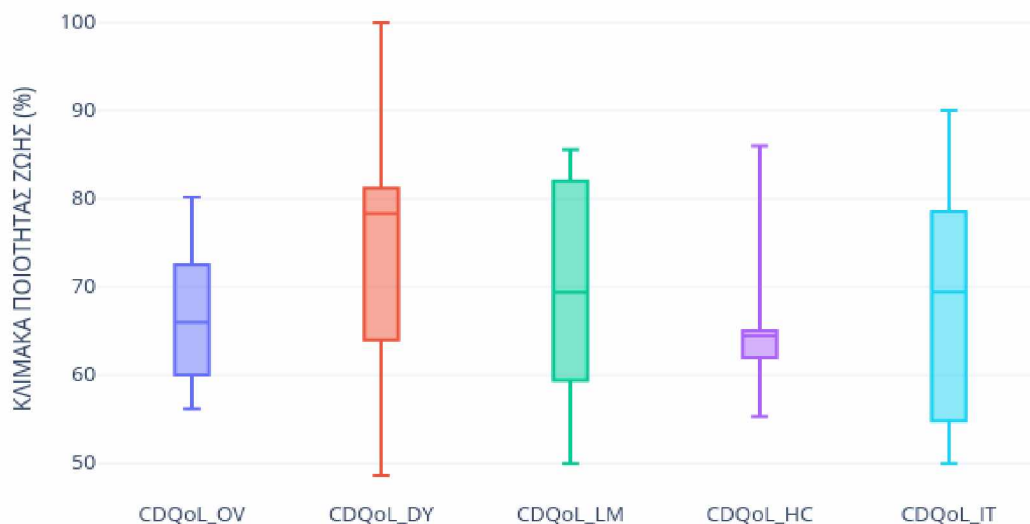
CDQoL ΣΤΟ ΗΛΙΚΙΑΚΟ ΕΥΡΟΣ 18-37 ΕΤΩΝ



Όπως απεικονίζεται παραπάνω, η διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής (CD QoL_OV) ανέρχεται στο 61,6, ενώ η διάμεση τιμή του δείκτη δυσφορίας (CD QoL_DY) ανέρχεται στο 75,7. Επιπλέον η διάμεση τιμή του δείκτη που αξιολογεί το αίσθημα των περιορισμών στη διατροφή όπως αυτό περιγράφεται από τους συμμετέχοντες (CD QoL_LM) είναι 55,71 και η διάμεση τιμή του δείκτη που σχετίζεται με το προβληματισμό των ασθενών για την επίπτωση της κοιλιοκάκης στην υγεία τους (CD QoL_HC) ανευρίσκεται στο 60. Τέλος, στο συγκεκριμένο ηλικιακό εύρος η διάμεση τιμή του δείκτη που εκτιμά της αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της θεραπείας, όπως την κρίνουν οι ασθενείς (CD QoL_IT) ανέρχεται στο 57,1.

Η επόμενη ηλικιακή ομάδα περιλαμβάνει άτομα με ηλικία από 38 έως και 57 ετών. Ομοίως με τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και όπως αυτά παρουσιάζονται στον Πίνακα 1, προκύπτει η κάτωθι γραφική παράσταση.

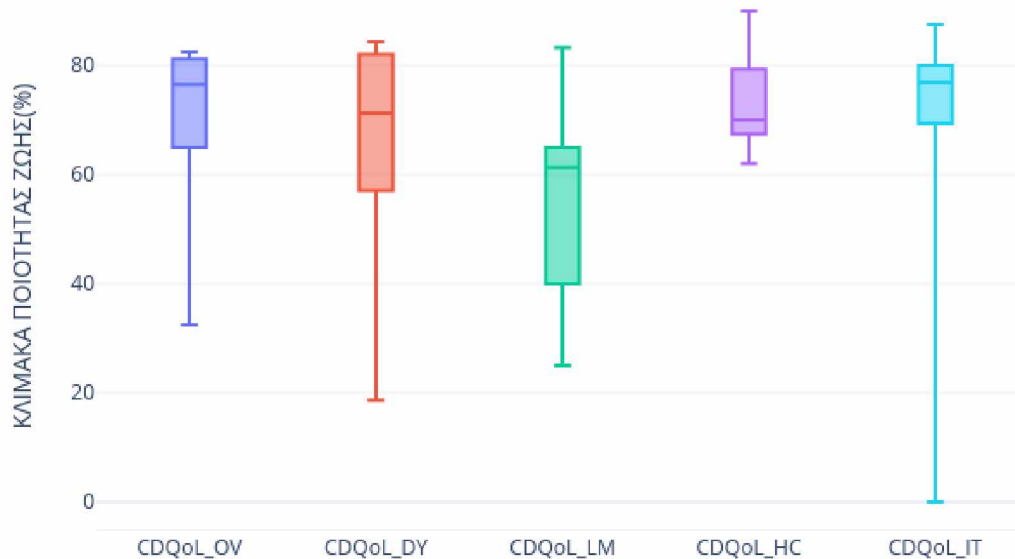
CDQoL ΣΤΟ ΗΛΙΚΙΑΚΟ ΕΥΡΟΣ 38-57 ΕΤΩΝ



Στο συγκεκριμένο ηλικιακό εύρος προκύπτει πως η διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής (CDQoL_OV) ανέρχεται στο 66, ενώ η διάμεση τιμή του δείκτη που αξιολογεί τη δυσφορία που περιγράφουν οι ασθενείς (CDQoL_DY) ανευρίσκεται στο 78,3. Επιπλέον, όσον αφορά το δείκτη που περιγράφει το αίσθημα περιορισμού που περιγράφουν λόγω της νόσου οι συμμετέχοντες (CDQoL_LM) η διάμεση τιμή του ανέρχεται στο 69,4 ενώ του δείκτη που αξιολογεί το προβληματισμό για την επίπτωση της κοιλιοκάκης στην γενικότερη υγεία (CDQoL_HC) στο 64,5. Τέλος, η διάμεση τιμή του δείκτη που αφορά τον προβληματισμό των ασθενών για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (CDQoL_IT) ανέρχεται στο 69,4.

Η τελευταία ηλικιακή ομάδα που ελέγχθηκε αφορά ασθενείς με κοιλιοκάκη με ηλικία μεγαλύτερη των 57 ετών. Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, προέκυψε το παρακάτω διάγραμμα.

CDQoL ΣΤΟ ΗΛΙΚΙΑΚΟ ΕΥΡΟΣ ΑΝΩ ΤΩΝ 57 ΕΤΩΝ

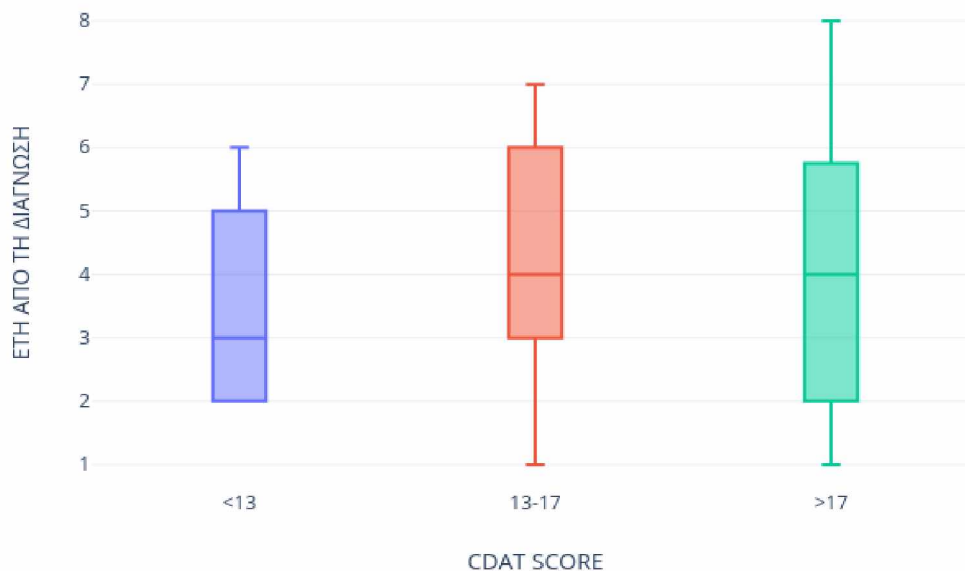


Όπως απεικονίζεται στο παρόν διάγραμμα, η διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής (CDQoL_OV) ανέρχεται στο 76.5, ενώ αυτή που περιγράφει τη δυσφορία που νιώθουν οι ασθενείς λόγω της νόσου (CDQoL_DY) είναι 71,2. Επιπλέον η διάμεση τιμή του δείκτη σχετικά με τους περιορισμούς που προκύπτουν λόγω της διατροφής (CDQoL_LM) ανέρχεται στο 61,3, και αυτή του δείκτη που περιγράφει την ανησυχία των συμμετεχόντων για τις επιπτώσεις της κοιλιοκάκης στη υγεία τους (CDQoL_HC) ανέρχεται στο 70. Τέλος, η διάμεση τιμή του δείκτη που αξιολογεί την αποτελεσματικότητα της θεραπείας από την πλευρά των ασθενών (CDQoL_IT) ανευρίσκεται στο 76,8

Συσχέτιση CDAT score με το χρόνο από τη διάγνωση

Ένας ακόμη παράγοντας του οποίου η ελέγχθηκε η αλληλεπίδραση με τη συμμόρφωση στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης είναι ο χρόνος από τη διάγνωση της νόσου, οπότε από την και προέκυψε το εξής διάγραμμα.

ΣΥΣΧΕΤΙΣΗ CDAT SCORE ΜΕ ΧΡΟΝΟ ΑΠΟ ΤΗ ΔΙΑΓΝΩΣΗ

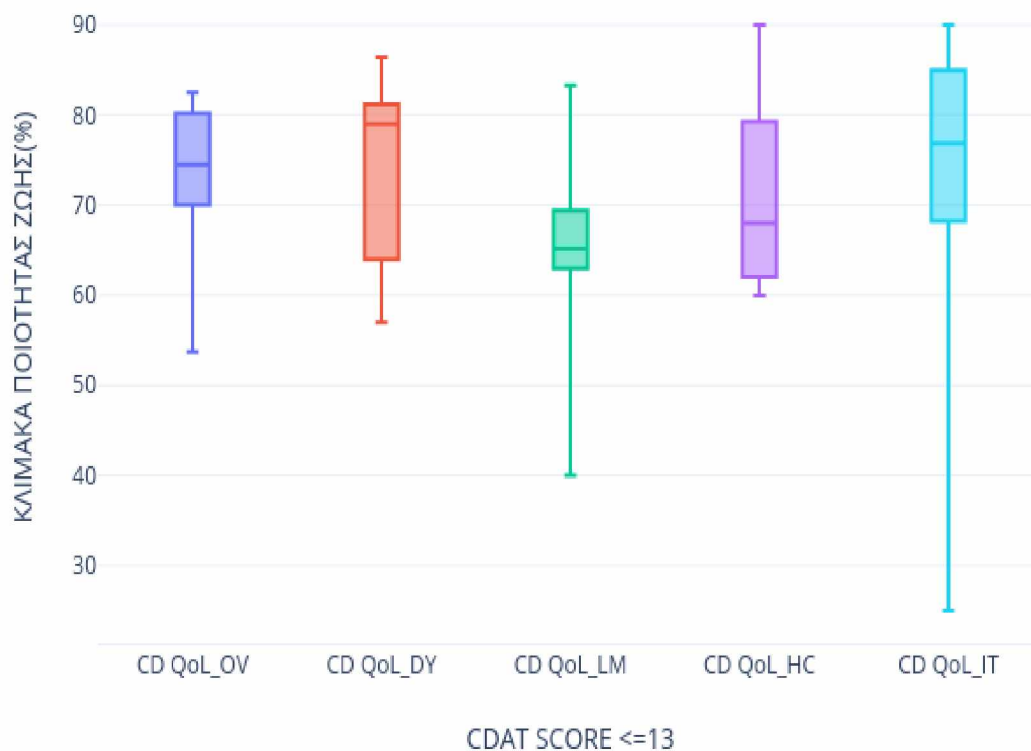


Όπως φαίνεται στην ανωτέρω γραφική παράσταση, η διάμεση τιμή του χρόνου από τη διάγνωση της νόσου για τα άτομα με άριστη συμμόρφωση (CDAT score < 13) είναι τα 3 έτη. Για άτομα που εμφανίζουν μέτρια ή πτωχή συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης φαίνεται πως ο χρόνος από τη διάγνωση δεν είναι καθοριστικός παράγοντας και δεν μπορούν να εξαχθούν ασφαλή συμπεράσματα, αφού η διάμεση τιμή είναι τα 4 έτη για άτομα με CDAT score από 13 έως 17 όπως και για αυτούς με CDAT score μεγαλύτερο του 17.

Συσχέτιση CDAT score με την ποιότητα ζωής (CD QoL)

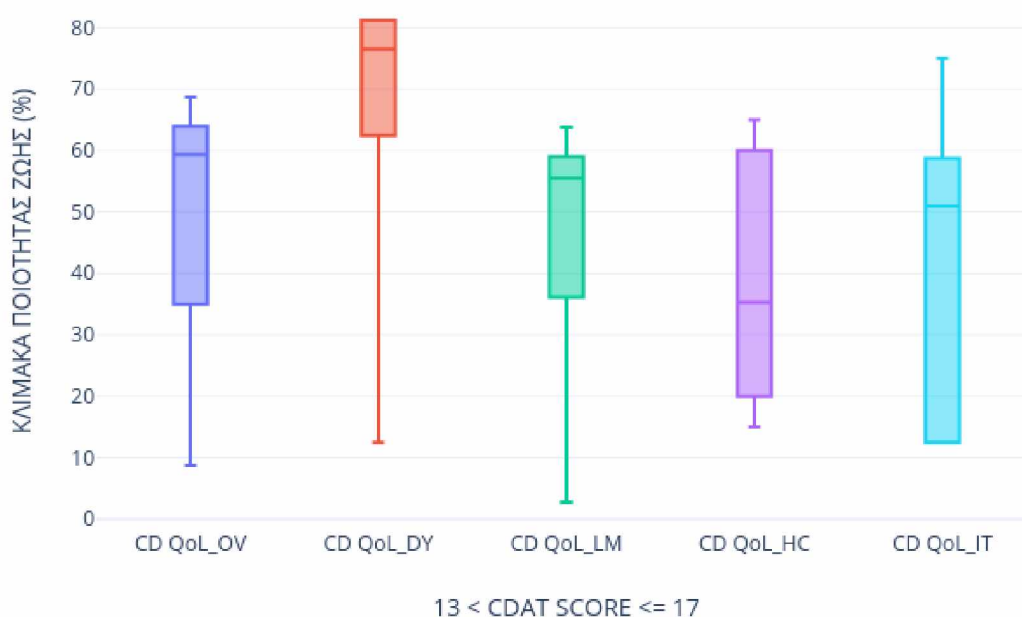
Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε η συσχέτιση του CDAT score (και κατ'επέκταση η συμμόρφωση στη διατροφή ελεύθερη γλουτένη) με την επίδρασή της στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Αξιοποιώντας τα δεδομένα του Πίνακα 1 προκύπτουν δεδομένα με βάση τα οποία ελέγχεται ο βαθμός στον οποίο η υιοθέτηση διατροφής ελεύθερη γλουτένης επηρεάζει κάθε μια από τις παραμέτρους που ορίζουν ως σύνολο την ποιότητα ζωής, όπως αυτές περιγράφονται στο ερωτηματολόγιο CDQoL.

Για τα άτομα με CDAT score μικρότερο του 13 (επομένως με άριστη συμμόρφωση) και με βάση τα δεδομένα όπως παρουσιάζονται στον Πίνακα 1, προκύπτει το παρακάτω διάγραμμα



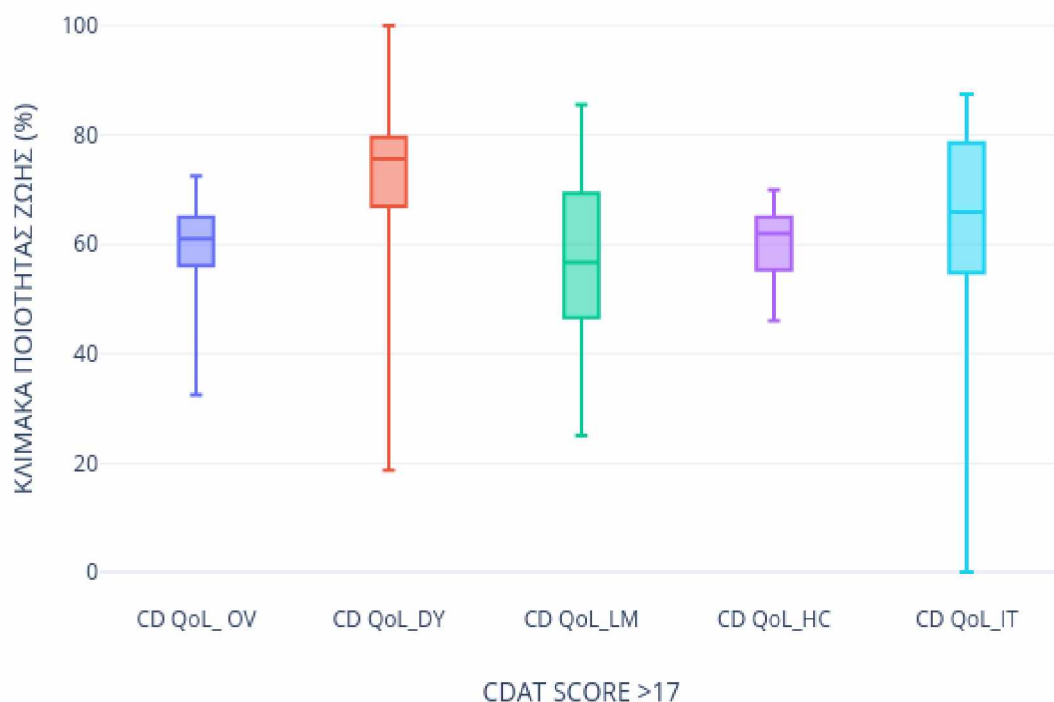
Όπως φαίνεται και στο ανωτέρω διάγραμμα, τα άτομα με άριστη συμμόρφωση εμφανίζουν διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής (CD QoL_OV) στο 74.5. Τα άτομα αυτής της ομάδας εμφανίζουν δυσφορία, όπως αυτή αξιολογείται από το ερωτηματολόγιο με τη διάμεση τιμή του δείκτη δυσφορίας (CD QoL_DY) να ανευρίσκεται 81.2, ενώ το αίσθημα περιορισμού από τη νόσο με βάση το δείκτη της αίσθησης περιορισμού από τη νόσο (CD QoL_LM) ανέρχεται στο 65,2. Τέλος, παρόλο που οι ασθενείς αυτής της ομάδας παρουσιάζουν υψηλού βαθμού συμμόρφωση στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, φαίνεται να προβληματίζονται έντονα για τα προβλήματα υγείας που δύναται να προκαλέσει η νόσος, καθώς και οι επιπλοκές της, αφού η διάμεση τιμή του δείκτη που αφορά το άγχος για τις επιπλοκές της νόσου (CD QoL_HC) ανέρχεται στο 68. Ο προβληματισμός αυτός πιθανόν στρέφεται και στην ερώτηση των ασθενών για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας, αφού η διάμεση τιμή του δείκτη που σχετίζεται με της θεραπεία της νόσου και την αποτελεσματικότητα αυτής (CD QoL_IT) μετράται στο 76,85.

Για την επόμενη υποομάδα συμμετεχόντων, με CDAT score από 13 έως και 17, επομένως με μετρίου βαθμού συμμόρφωση, ως προς τη διατροφή, με βάση τα δεδομένα του Πίνακα 1 προκύπτει η παρακάτω γραφική παράσταση.



Με βάση την παραπάνω γραφική παράσταση προκύπτει πως η διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής (CD QoL_OV) είναι 59,3. Στην ομάδα αυτή των συμμετεχόντων, η διάμεση τιμή του δείκτη δυσφορίας (CD QoL_DY) ανέρχεται στο 76,5, ενώ η διάμεση τιμή του δείκτη που αφορά την αίσθηση του περιορισμού (CD QoL_LM) είναι 55,5. Τέλος, τα άτομα της ομάδας αυτής παρουσιάζουν σαφώς χαμηλότερη διάμεση τιμή του δείκτη που αφορά τον προβληματισμό για την υγεία (CD QoL_HC) καθώς υπολογίζεται 35,3, ενώ ο δείκτης που αξιολογεί την εμπιστοσύνη των ασθενών στην αποτελεσματικότητα διατροφής ως θεραπευτικό μέσο για τη κοιλιοκάκη (CD QoL_IT) μετράται στο 51.

Η επόμενη ομάδα συμμετεχόντων στην έρευνα είναι αυτή με CDAT score μεγαλύτερο του 17, επομένως η συμμόρφωσή τους στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης αξιολογείται ως πτωχή. Με βάση τα δεδομένα του Πίνακα 1 προκύπτει το παρακάτω διάγραμμα.

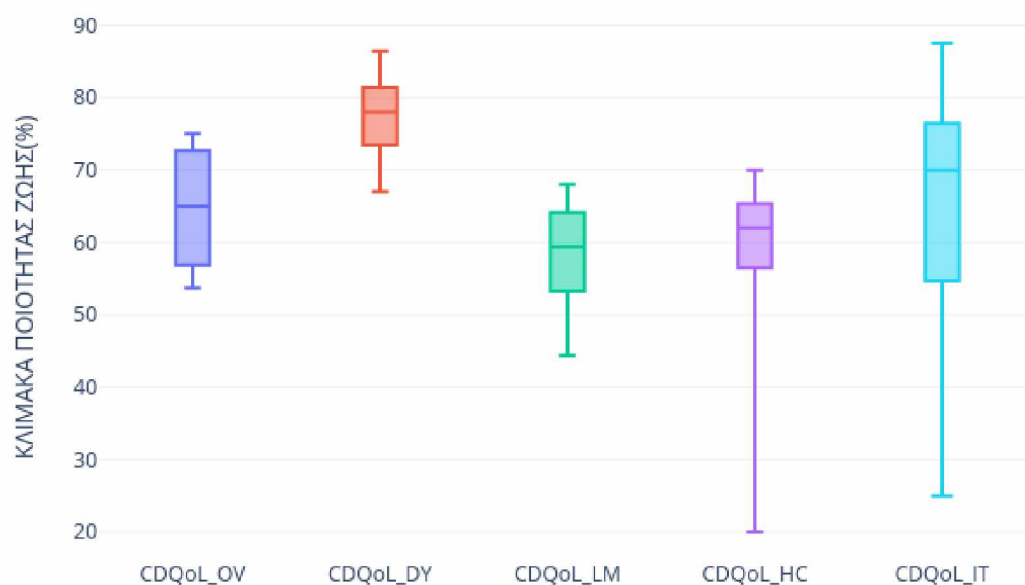


Η διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής (CD QoL_OV) των ατόμων αυτής της ομάδας ανέρχεται στο 61. Αντιστοίχως, όσον αφορά τον δείκτη δυσφορίας (CD QoL_DY) ανευρίσκεται στο 75, ενώ η διάμεση τιμή του δείκτη που σχετίζεται και περιγράφει το αίσθημα περιορισμού από τη νόσο (CD QoL_LM) μετράται στο 56,7. Τέλος, τα άτομα αυτής της ομάδας εμφανίζουν διάμεση τιμή του δείκτη που σχετίζεται με τον προβληματισμό γύρω από τη νόσο (CD QoL_HC) στο 62, ενώ η διάμεση τιμή του δείκτη που περιγράφει την ανησυχία για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (CD QoL_IT), ανευρίσκεται στο 65,9.

Συσχέτιση του φύλου με την ποιότητα ζωής (CD QoL)

Μία ακόμη πιθανή συσχέτιση που διερευνήθηκε είναι αυτή μεταξύ του φύλου και την επίδραση στην ποιότητα ζωής των ασθενών. Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προέκυψαν τα παρακάτω αποτελέσματα όπως περιγράφονται στις γραφικές παραστάσεις.

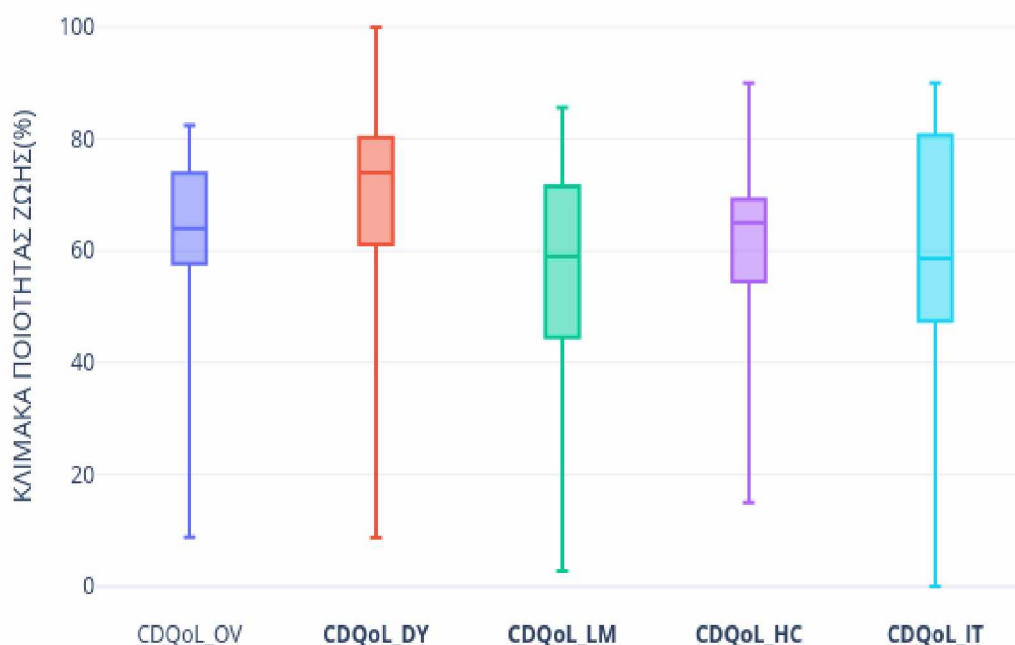
CD QoL ΣΤΟ ΑΝΔΡΙΚΟ ΦΥΛΟ



Στους άνδρες υπολογίστηκε πως η διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής(CD QoL_OV) ανέρχεται στο 65, ενώ η διάμεση τιμή του δείκτη δυσφορίας (CD QoL_DY) ανέρχεται στο 78. Επίσης όσον αφορά το δείκτη περιορισμού από τη νόσο (CD QoL_LM) υπολογίστηκε στο 59,4 καθώς και ο δείκτης ανησυχίας ως προς τις επιπτώσεις της κοιλιοκάκης προς τη συνολική υγεία (CD QoL_HC) του οποίου η διάμεση τιμή ανευρέθηκε στο 62. Τέλος, η διάμεση τιμή του δείκτη που αφορά την ανησυχία για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας (CD QoL_IT) υπολογίστηκε στο 70 .

Στη συνέχεια υπολογίστηκαν και οι αντίστοιχοι δείκτες για το γυναικείο φύλο και τα αποτελέσματα όπως προέκυψαν απεικονίζονται στο επόμενο διάγραμμα.

CD QoL ΣΤΟ ΓΥΝΑΙΚΕΙΟ ΦΥΛΟ



Με βάση τα στοιχεία, προκύπτει πως η διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής (CD QoL_OV) των γυναικών με κοιλιοκάκη ανέρχεται στο 64, ενώ η διάμεση τιμή του δείκτη δυσφορίας (CD QoL_DY) υπολογίζεται στο 74. Επιπροσθέτως, η διάμεση τιμή που σχετίζεται με τους περιορισμούς που νιώθουν οι ασθενείς από τη νόσο (CD QoL_LM) ανέρχεται στο 59, ενώ αυτή του δείκτη που αφορά το αίσθημα ανησυχίας από τις επιπτώσεις της κοιλιοκάκης στην γενικότερη υγεία (CD QoL_HC) ανευρίσκεται στο 65. Τέλος, με βάση τα ανωτέρω δεδομένα προκύπτει πως η διάμεση τιμή του δείκτη που σχετίζεται με την ανησυχία για την αποτελεσματικότητα της θεραπευτικής προσέγγισης μέσω της διατροφής ελεύθερης γλουτένης (CD QoL_IT) ανέρχεται στο 58,7.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Επίδραση του φύλου στη συμμόρφωση

Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν και την επεξεργασία τους προκύπτει πως το φύλο δεν επηρεάζει το βαθμό συμμόρφωσης με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Το εύρημα αυτό αποδεικνύεται από το γεγονός πως η διάμεση τιμή του CDAT score παρουσιάζει παρόμοια διάμεση τιμή μεταξύ των δύο φύλων.

Επίδραση του φύλου στην ποιότητα ζωής

Ένας ακόμη συσχετισμός που διερευνήθηκε είναι εάν τα δύο φύλα εμφανίζουν διαφορές ως προς την ποιότητα ζωής και πως αυτή επηρεάζεται λόγω της κοιλιοκάκης.. Με βάση τα δεδομένα που προέκυψαν, φαίνεται πως η ποιότητα ζωής ως σύνολο δεν εμφανίζει ιδιαίτερες διαφορές ανάμεσα στα δύο φύλα, μιας και η διάμεση τιμή του δείκτη CD QoL_OV είναι παρεμφερής μεταξύ ανδρών και γυναικών. Το εύρημα αυτό έρχεται σε συμφωνία με τα ευρήματα και άλλων ερευνών όπου περιγράφεται πως ο παράγοντας “φύλο” δεν επηρεάζει την ποιότητα ζωής ασθενών με κοιλιοκάκη (63)

Όσον αφορά τη δυσφορία που βιώνουν τα δύο φύλα λόγω της κοιλιοκάκης και όπως αυτή αξιολογείται στο ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε, παρουσιάζεται πως οι γυναίκες βιώνουν εντονότερα το αίσθημα του φόβου και της αγωνίας λόγω της νόσου συγκριτικά με τους άνδρες όπως αυτό αξιολογείται από το συγκεκριμένο δείκτη(CD QoL_DY).

Ο δείκτης CD QoL_LM εμφανίζει διάμεση τιμή παρόμοια ανάμεσα στα δύο φύλα . Το γεγονός αυτό αποδεικνύει πως οι περιορισμοί στους οποίους υπόκεινται τα άτομα φαίνεται να επηρεάζουν σε σημαντικό βαθμό την καθημερινότητα των συμμετεχόντων (διάμεση τιμή 59,4 στους άνδρες και 59 στις γυναίκες). Οι τιμές αυτές αποδεικνύουν πως και τα δύο φύλα κυρίως προβληματίζονται την καθημερινότητά τους σε μεγάλο βαθμό από τους διατροφικούς περιορισμούς τόσο σε προσωπικό, όσο και σε επαγγελματικό επίπεδο, σύμφωνα με τον συγκεκριμένο δείκτη.

Οι μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της νόσου είναι μια επιπλέον παράμετρος που δύναται να επηρεάσει την ποιότητα ζωής των ασθενών. Τα αποτελέσματα καταδεικνύουν πως οι άνδρες πιθανόν επηρεάζονται περισσότερο από τις γυναίκες (διάμεση τιμή 62 για το άρρεν φύλο και 65 για το θήλυ).

Το γεγονός αυτό βέβαια, αποδεικνύει πως σε γενικότερο πλαίσιο, οι ασθενείς ανεξαρτήτως φύλου, προβληματίζονται εντόνως και σε σημαντικό βαθμό για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις της κοιλιοκάκης στην ευζωία τους, γεγονός που τελικά υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής τους.

Σχετικά με τη αξιολόγηση της αποτελεσματικότητας της διατροφής ελεύθερης γλουτένης προκύπτει μέσω του δείκτη CD QoL_IT, πως οι άνδρες εμφανίζονται πεπεισμένοι πως ο αποκλεισμός της γλουτένης από τη διατροφή βοηθά στον έλεγχο των συμπτωμάτων και της νόσου εν συνόλω. Από την άλλη πλευρά, το θήλυ φύλο φαίνεται να προβληματίζεται σε μεγαλύτερο βαθμό σχετικά με τη θεραπεία και αμφιβάλλει περισσότερο για την αποτελεσματικότητα του αποκλεισμού της γλουτένης από τη διατροφή.

Γενικότερα, και από τα παραπάνω δεδομένα προκύπτει πως ο δημογραφικός παράγοντας του φύλου εμφανίζει μικρού βαθμού συσχέτιση τόσο με τη συμμόρφωση ως προς τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, αλλά και με την επίδραση της κοιλιοκάκης στην ποιότητα ζωής των ασθενών.

Επίδραση της ηλικίας στη συμμόρφωση

Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν προκύπτει πως η ηλικία επηρεάζει τη συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Με βάση τα στατιστικά ευρήματα που προέκυψαν, αποδεικνύεται πως την καλύτερη συμμόρφωση επιτυγχάνουν άτομα ηλικίας μεγαλύτερης των 57 ετών, ενώ ακολουθούν τα άτομα του ηλικιακού εύρους 18-37 ετών. Τέλος, η ηλικιακή ομάδα 38-57 ετών επιτυγχάνει το υψηλότερο CDAT score, επομένως και τη χειρότερη συμμόρφωση. Το εύρημα αυτό εν μέρει μπορεί να εξηγηθεί και από τις κοινωνικές παραμέτρους. Πιο συγκεκριμένα, οι ασθενείς ηλικίας μεγαλύτερης των 57 ετών, έχουν πιθανόν και άλλα συνυπάρχοντα νοσήματα, οπότε είναι εν γένει περισσότερο προσεκτικοί και συνεπείς με τη θεραπευτική αγωγή όπως αυτή ορίζεται για το κάθε νόσημα, καθώς βιώνουν πιο έντονα τις αρνητικές επιπτώσεις κάθε νοσήματος. Επίσης, τα άτομα μεγαλύτερης ηλικίας, έχοντας διαγνωστεί με τη νόσο περισσότερα χρόνια έχουν προσαρμόσει κατάλληλα τη διατροφή τους και έχουν αποκλείσει τη γλουτένη από το καθημερινό διαιτολόγιο. Τα άτομα που ανήκουν στο ηλικιακό εύρος 18-37 ετών, είναι αυτά τα οποία πιθανόν εμφανίζουν σχετικά πρόσφατη διάγνωση της νόσου. Η πληροφόρηση που έχουν για την κοιλιοκάκη στη σύγχρονη κοινωνία είναι πολύπλευρη και πολυδιάστατη, λόγω του τεραστίου όγκου πληροφοριών που διακινούνται. Παρόλα αυτά, η διάμεση τιμή του CDAT score, γι αυτήν την ομάδα αναδεικνύει μετρίου βαθμού συμμόρφωση. Το γεγονός εξηγείται από την κοινή διαπίστωση πως τα άτομα της ηλικίας αυτής είναι κοινωνικά ενεργά, εργαζόμενοι στην πλειοψηφία. Πιθανόν να μην έχουν τη

δυνατότητα να ακολουθήσουν ένα διατροφικό πρότυπο με πλήρη αποκλεισμό της γλουτένης, λόγω των καθημερινών υποχρεώσεων και τη περιορισμένη διαθεσιμότητα έτοιμων γευμάτων που συνήθως καταναλώνουν, χωρίς γλουτένη. Τα αποτελέσματα που αφορούν την ηλικιακή ομάδα 38-57 ετών, αναδεικνύουν πτωχή συμμόρφωση ως προς τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, βάσει του CDAT score που επιτυγχάνουν. Αυτό το εύρημα εξηγείται εν μέρει από τις κοινωνικές υποχρεώσεις αυτής της ηλικίας. Πρόκειται για άτομα εργαζόμενα, τα οποία συνήθως έχουν οικογένεια. Στο πλαίσιο της οικογένειας πιθανόν είναι πιο δύσκολο να αποκλεισθεί η γλουτένη πλήρως από την καθημερινή διατροφή όλων των μελών. Μάλιστα, εφόσον ακόμα και τα ίχνη γλουτένης δύναται να επιδεινώσουν τη νόσο, είναι προφανές πως η επιμόλυνση των μαγειρικών σκευών στη κοινή οικογενειακή κουζίνα είναι παράγοντας που επηρεάζει τη συμμόρφωση των ασθενών και τους εκθέτει εν αγνοία τους στη γλουτένη. Ένας εξίσου σημαντικός παράγοντας στον οποίο οφείλεται το υψηλό CDAT score αυτών των ηλικιών είναι και το κόστος των προϊόντων. Τα τρόφιμα ελεύθερα γλουτένης παρόλο που πλέον εμφανίζονται με αυξημένη διαθεσιμότητα στην αγορά τροφίμων συγκριτικά με προηγούμενα χρόνια, συνεχίζουν να πωλούνται σε υψηλότερες τιμές. Το γεγονός αυτό καθιστά αποτρεπτική την αγορά τους σε μεγάλο βαθμό από τα άτομα που νοσούν από κοιλιοκάκη, ειδικά στο πλαίσιο της επιβάρυνσης του οικογενειακού προϋπολογισμού.

Επίδραση της ηλικίας στην ποιότητα ζωής

Στην παρούσα έρευνα εξετάστηκε και εάν η παράμετρος της ηλικίας επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με κοιλιοκάκη, όπως αυτή αξιολογείται με το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε.

Στο πρώτο ηλικιακό εύρος (18-37 ετών), προέκυψε πως η ποιότητα ζωής ως σύνολο (CD QoL_OV) εμφανίζει διάμεση τιμή 61,6 ,ενώ στη ηλικιακή ομάδα ανέρχεται στο 66 και στα άτομα άνω των 57 ετών φτάνει στο 76,5. Τα άνωθεν δεδομένα καταδεικνύουν πως από τους νοσούντες με κοιλιοκάκη, τα άτομα ηλικίας άνω των 57 ετών περιγράφουν την καλύτερη ποιότητα ζωής. Το γεγονός αυτό με βάση τις παραμέτρους που εξετάζονται οφείλεται στο ότι τα άτομα άνω των 57 ετών έχουν προσαρμόσει το καθημερινό διατροφολόγιο αποκλείοντας πλήρως τη γλουτένη, και έχουν υιοθετήσει τις διατροφικές αλλαγές και θεωρούν αξιόλογα και αξιοπρόσεκτα τα οφέλη που προκύπτουν από τη συγκεκριμένη διατροφή και την υποχώρηση ή ακόμα και την εξάλειψη των συμπτωμάτων της νόσου. Η μεγαλύτερη αρνητική επίδραση της κοιλιοκάκης στην ποιότητα ζωής περιγράφεται στα άτομα ηλικίας 18- 37 ετών. Το εύρημα αποδίδεται στους περιορισμούς που επιβάλλονται από τη νόσο στα άτομα αυτών των ηλικιών, τόσο σε κοινωνικό, όσο και σε προσωπικό επίπεδο στο τομέα της διατροφής, γεγονός που θεωρούν πως υποβαθμίζει την ποιότητα ζωής ως σύνολο, όπως περιγράφεται και αναλύεται από το ερωτηματολόγιο στη συγκεκριμένη έρευνα.

Μία επιμέρους παράμετρος της ποιότητας ζωής που μετρήθηκε είναι η δυσφορία που προκαλεί η νόσος όπως αυτή περιγράφεται και αναλύεται ανωτέρω. Αξιολογώντας τη συγκεκριμένη παράμετρο (CD QoL_DY) , η οποία αξιολογεί το φόβο και την αγωνία ως προς τη νόσο όπως περιγράφεται από τους ασθενείς, προκύπτει πως οι ασθενείς του ηλικιακού εύρους 38-57 ετών βιώνουν χαμηλότερη δυσφορία, ακολουθούμενοι από τα άτομα ηλικίας 18-37 ετών και τέλος η ομάδα με άτομα άνω των 57 ετών. Βεβαίως, αξίζει να σημειωθεί πως οι διαφορές μεταξύ των τριών ηλικιακών ομάδων είναι μικρές, γεγονός που υποδεικνύει ότι ενώ ο δείκτης δυσφορίας ανευρίσκεται σε υψηλή τιμή, δεν φαίνεται να επηρεάζεται από την ηλικία. Επομένως, σε όλες τις ηλικίες φαίνεται να κυριαρχεί προβληματισμός και άγχος , ανεξαρτήτως του βαθμού προσήλωσης στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης.

Η δεύτερη παράμετρος που αξιολογείται από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο αφορά το αίσθημα του περιορισμού που αισθάνονται τα άτομα που διαγιγνώσκονται με κοιλιοκάκη (CD QoL_LM). Από την ανάλυση των δεδομένων προκύπτει πως τα άτομα ηλικίας 38- 57 ετών βιώνουν λιγότερο το αίσθημα του περιορισμού, ακολουθούμενοι από τα άτομα ηλικίας άνω των 57 ετών. Αξίζει να σημειωθεί πως τα άτομα ηλικίας 18-37 ετών περιγράφουν πολύ έντονα το αίσθημα του περιορισμού από τη νόσο. Το εύρημα αυτό αποδίδεται στη κοινή παραδοχή πως στις μικρότερες ηλικίες, όπου και η κοινωνική ζωή είναι εντονότερη, οι περιορισμοί που εισάγονται στην καθημερινότητα λόγω της διατροφής επηρεάζουν και τελικά υποβαθμίζουν την ποιότητα ζωής των ασθενών σε σημαντικό βαθμό όπως το περιγράφουν οι ίδιοι., καθώς ο συγκεκριμένος δείκτης υπολογίζεται βασιζόμενος σε ερωτήσεις που σχετίζονται με τη διασκέδαση, τις προσωπικές και τις επαγγελματικές σχέσεις. Αντιθέτως, η ηλικιακή ομάδα 38-57 ετών φαίνεται να επηρεάζεται λιγότερο από τους περιορισμούς . Βέβαια, το εύρημα αυτό θα πρέπει να συσχετισθεί με το γεγονός ότι αυτή η ηλικιακή ομάδα εμφανίζει και τη πτωχότερη συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, όπως περιγράφηκε παραπάνω. Επομένως, πιθανόν ο δείκτης που αξιολογεί το αίσθημα του περιορισμού από τη νόσο σε αυτήν την ομάδα ανευρίσκεται υψηλότερος ίσως σε συνάρτηση με τη χαμηλού βαθμού συμμόρφωση στο διατροφικό πρότυπο χωρίς γλουτένη.

Ο δείκτης CD QoL_ HC αξιολογεί και μετρά την επίδραση της κοιλιοκάκης ως προς το άγχος που δημιουργεί στους ασθενείς, με τη συννοσηρότητα που αυτή δύναται να εμφανίσει. Από τα άτομα που συμμετείχαν στην έρευνα, προκύπτει πως στην ηλικιακή ομάδα άνω των 57 ετών οι ασθενείς εμφανίζουν την υψηλότερη διάμεση τιμή του δείκτη, επομένως και χαμηλότερου βαθμού προβληματισμό. Ακολουθεί η ηλικιακή ομάδα 38-57 ετών και τέλος τα άτομα ηλικίας 18-37 ετών. Τα ευρήματα αυτά αποδεικνύουν και επεξηγούνται παράλληλα από το γεγονός πως τα άτομα άνω των 57 ετών (που εμφανίζουν και την καλύτερη συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης όπως περιγράφηκε νωρίτερα) παρουσιάζουν το χαμηλότερο βαθμό προβληματισμού ως προς τις επιπτώσεις

της νόσου. Το γεγονός αυτό οφείλεται στο ότι ακολουθώντας διατροφή ελεύθερη γλουτένης, και έχοντας τον υψηλότερο δείκτη ποιότητας ζωής συγκριτικά με τις άλλες δύο ηλικιακές ομάδες, δεν φαίνεται να προβληματίζονται έντονα για τις επιπτώσεις της νόσου, πιθανώς λόγω και της ύφεσης των συμπτωμάτων. Αντιθέτως οι άλλες δύο ηλικιακές, οι οποίες εμφανίζουν πτωχότερη συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, και έχοντας εντονότερα τα συμπτώματα της κοιλιοκάκης, εμφανίζονται περισσότερο προβληματισμένες για τις μακροπρόθεσμες επιπτώσεις.

Η τελευταία συνιστώσα του δείκτη ποιότητας ζωής που αξιολογήθηκε αφορά τον προβληματισμό των ασθενών για την αποτελεσματικότητα του αποκλεισμού της γλουτένης από τη διατροφή, ως θεραπεία της κοιλιοκάκης. Από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, προκύπτει πως τα άτομα ηλικίας άνω των 57 ετών εμφανίζουν το χαμηλότερο βαθμό προβληματισμού, ακολουθούμενα από τα άτομα 38-57 ετών και τέλος από την ηλικιακή ομάδα 18-37 ετών. Τα δεδομένα αυτά αναδεικνύουν πως οι ασθενείς άνω των 57 ετών φαίνεται να αποδέχονται τη διατροφή ως επαρκές μέσο για την αντιμετώπιση της κοιλιοκάκης. Το εύρημα αυτό εξηγείται πιθανόν λόγω της ύφεσης των συμπτωμάτων της νόσου που προκύπτουν και λόγω της καλής συμμόρφωσης με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, οπότε και θεωρούν επαρκή τη θεραπεία. Αντιθέτως, οι ηλικιακές ομάδες 18-37 και 38-57 ετών οι οποίες εμφανίζουν μέτρια και πτωχή συμμόρφωση αντίστοιχα φαίνεται να αμφιβάλουν σε μεγαλύτερο βαθμό για την αποτελεσματικότητα του αποκλεισμού της γλουτένης από τη διατροφή. Το εύρημα εξηγείται και ίσως ταυτόχρονα εξηγεί τα προηγούμενα ευρήματα που αφορούν την υιοθέτηση διατροφής ελεύθερη γλουτένης. Δηλαδή η ελλιπής συμμόρφωση δε οδηγεί σε υποχώρηση των συμπτωμάτων της νόσου οπότε και οι ασθενείς αμφιβάλουν για την αποτελεσματικότητα της θεραπείας.

Συμμόρφωση στη θεραπεία και χρόνος από τη διάγνωση

Το χρονικό διάστημα που παρήλθε από τη διάγνωση της κοιλιοκάκης είναι μια παράμετρος που δύναται να επηρεάσει τη συμμόρφωση στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Γενικώς, από τα δεδομένα που συλλέχθηκαν, αναδεικνύεται πως τα άτομα με CDAT score μικρότερο του 13, άρα και άριστη συμμόρφωση στον αποκλεισμό της γλουτένης από τη διατροφή, εμφανίζουν διάμεση τιμή από το χρόνο διάγνωσης τα 3 έτη. Από την άλλη πλευρά, δεν προκύπτει αξιόλογη διαφορά για τα άτομα με μέτρια ή πτωχή συμμόρφωση στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, αφού η διάμεση τιμή από το χρόνο διάγνωσης υπολογίζεται στα 4 έτη. Τα ευρήματα αυτά δεν αναδεικνύουν σαφώς εάν υπάρχει συσχέτιση μεταξύ του χρόνου από τη διάγνωση και της συμμόρφωσης στο συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο. Πιθανώς, προκύπτει πως τα πρώτα έτη από τη διάγνωση οι ασθενείς πετυχαίνουν καλύτερα

αποτελέσματα ως προς τον αποκλεισμό της γλουτένης από τη διατροφή, με εξασθένηση της προσήλωσης να παρατηρείται με την πάροδο του χρόνου.

Συμμόρφωση στη διατροφή ελεύθερη γλουτένης και ποιότητα ζωής

Τελικός σκοπός της έρευνας αυτής είναι να διερευνηθεί εάν και σε ποιο βαθμό η συμμόρφωση με τη διατροφή χωρίς γλουτένη επηρεάζει την ποιότητα ζωής των ασθενών με κοιλιοκάκη, όπως αυτή δύναται να αξιολογηθεί, καθώς και τον τρόπο που επιδρά στους διάφορους τομείς οι οποίοι αποτελούν τις συνιστώσες του όρου "Ποιότητα Ζωής".

Για τα άτομα με CDAT score μικρότερο του 13 προκύπτει πως η διάμεση τιμή του δείκτη ποιότητας ζωής CD QoL_OV είναι σαφώς υψηλότερη από την τιμή του ίδιου δείκτη για τα άτομα με μέτρια ή πτωχή συμμόρφωση ($13 < \text{CDAT score} \leq 17$ και $\text{CDAT score} > 17$ αντίστοιχα). Το εύρημα αυτό αποδεικνύει πως τελικά ο αποκλεισμός της γλουτένης από τη διατροφή παρά τους περιορισμούς που επιφέρει, βοηθά τα άτομα καθώς επιφέρει υποχώρηση ή και εξάλειψη των συμπτωμάτων της νόσου, έτσι ώστε οι ίδιοι οι ασθενείς περιγράφουν βελτιωμένη την ποιότητα ζωής τους όπως αυτή αξιολογείται από το ερωτηματολόγιο που χρησιμοποιήθηκε.

Σχετικά με το δείκτη δυσφορίας (CD QoL_DY) όπως υπολογίζεται, η δυσφορία σχετικά με τη νόσο εμφανίζεται να παρουσιάζει εντονότερη επίπτωση στα άτομα με πτωχή συμμόρφωση, ενώ όσοι συμμορφώνονται πλήρως και αποκλείουν τη γλουτένη από τη διατροφή περιγράφουν σαφώς μικρότερη επίπτωση της δυσφορίας λόγω της νόσου. Το αποτέλεσμα αυτό αντικατοπτρίζει το τη αποτελεσματικότητα της θεραπείας, αφού τα άτομα που ακολουθούν τη συγκεκριμένη διατροφή παρουσιάζουν βελτιωμένη κλινική εικόνα, εξάλειψη των συμπτωμάτων, γεγονός που τα βοηθά να προβληματίζονται λιγότερο λόγω της νόσου και αυτή να έχει ηπιότερη επίδραση στην καθημερινότητά τους.

Το αίσθημα του περιορισμού είναι από τα βασικώς περιγραφόμενα από τους ασθενείς με κοιλιοκάκη. Παρόλα αυτά τα άτομα με άριστη συμμόρφωση, ενώ ακολουθούν πιστά το διατροφικό πρότυπο εμφανίζουν και πάλι την υψηλότερη διάμεση τιμή του δείκτη CD QoL_LM, ενώ οι ασθενείς με μέτρια ή πτωχή συμμόρφωση, φαίνεται να περιγράφουν εντονότερο το αίσθημα του περιορισμού από τη νόσο. Η διαφορά αυτή αποδεικνύει και ενισχύει την υπόθεση πως παρόλο που οι καθημερινοί διατροφικοί περιορισμοί μπορεί να είναι αρκετοί, εν τέλει προσδίδουν τέτοιο όφελος ως προς την υποχώρηση των συμπτωμάτων της νόσου, ώστε τα άτομα που αποκλείουν τη γλουτένη από τη διατροφή τους περιγράφουν την κλινική βελτίωση ως ανώτερη συγκριτικά και ποιοτικά και προτιμότερη σε σύγκριση με τους περιορισμούς στους οποίους υπόκεινται.

Το άγχος για τις πιθανές μακροπρόθεσμες επιπλοκές και συνέπειες της κοιλιοκάκης είναι ακόμα μία παράμετρος που αξιολογήθηκε από το συγκεκριμένο ερωτηματολόγιο (CD QoL_HC). Τα αποτελέσματα αναδεικνύουν πως και σε αυτήν την υποκατηγορία οι ασθενείς με άριστη συμμόρφωση εμφανίζουν μικρότερο βαθμό ανησυχίας και προβληματισμό ως προς την εξέλιξη της νόσου. Το γεγονός αυτό υποδεικνύει πως όσοι ακολουθούν το συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο και αποκλείουν πλήρως τη γλουτένη από την καθημερινότητά τους, και δεδομένου ότι υποχωρούν ή εξαλείφονται τα συμπτώματα της νόσου, καθησυχάζονται ως προς την εξέλιξη και τις μακροπρόθεσμες επιπλοκές. Αντιθέτως, οι ασθενείς με χαμηλότερη προσήλωση στη διατροφή χωρίς γλουτένη φαίνεται πως προβληματίζονται περισσότερο για την εξέλιξη της νόσου. Το γεγονός αυτό εν μέρει οφείλεται στα εμμένοντα συμπτώματα τα οποία επηρεάζουν την καθημερινότητα των ατόμων που ανήκουν σε αυτή την κατηγορία ασθενών.

Τελευταία παράμετρος που αποτελεί και συνιστώσα του δείκτη ποιότητας ζωής αποτελεί ο δείκτης που αξιολογεί το κατά πόσο ο ασθενής θεωρεί επαρκή τη θεραπεία που λαμβάνει (CD QoL_IT). Από την επεξεργασία των δεδομένων προκύπτει πως οι ασθενείς με άριστη συμμόρφωση αξιολογούν στο μεγαλύτερο βαθμό ως αποτελεσματική τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης για τον έλεγχο των συμπτωμάτων της νόσου. Αντιθέτως, τα άτομα με μέτρια ή πτωχή συμμόρφωση θεωρούν τη διατροφή χωρίς γλουτένη λιγότερο αποτελεσματική θεραπεία. Το αίσθημα και η αντίληψη αυτή πιθανώς τους οδηγεί σε ένα φαύλο κύκλο συνεχούς αμφισβήτησης ως προς τον αποκλεισμό της γλουτένης από την καθημερινότητά τους και μ αυτόν τον σκεπτικό δεν ακολουθούν τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης, οπότε και δεν αποκομίζουν τα οφέλη που αναμένονται.

Συμπεράσματα

Από τα συνολικά δεδομένα που παρουσιάστηκαν αποδεικνύεται πως το φύλο καθώς και το χρονικό διάστημα που παρήλθε από τη διάγνωση δεν αποτελούν παράγοντες οι οποίοι επηρεάζουν τη συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Αντιθέτως, η ηλικία αποδεικνύεται πως συσχετίζεται με το βαθμό συμμόρφωσης και το βέλτιστο αποτέλεσμα επιτυγχάνεται από τα άτομα ηλικίας άνω των 57 ετών.

Επιπλέον ανευρέθηκε πως η ποιότητα ζωής είναι σαφώς βελτιωμένη στους ασθενείς με άριστη συμμόρφωση με τη διατροφή ελεύθερη γλουτένης. Ενώ το συγκεκριμένο διατροφικό πρότυπο οδηγεί σε υποχώρηση των συμπτωμάτων λόγω της ιστολογικής βελτίωσης στο βλεννογόνο του εντέρου, οι επιπτώσεις της διατροφής και των περιορισμών στη συναισθηματική σφαίρα και την κοινωνική ζωή αντισταθμίζει το θετικό κλινικό αποτέλεσμα.

Η συσχέτιση μεταξύ διατροφικής συμμόρφωσης και ποιότητας ζωής είναι πιθανώς ακόμα πιο σύνθετη και δεν σχετίζεται αποκλειστικά με τη σωματική υγεία , αλλά επηρεάζεται και από άλλους κοινωνικούς ή και οικονομικούς παράγοντες.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Rubio-Tapia A, Ludvigsson JF, Brantner TL, Murray JA, Everhart JE. The prevalence of celiac disease in the United States. *Am J Gastroenterol*. 2012 Oct;107(10):1538–44.
2. Choung RS, Larson SA, Khaleghi S, Rubio-Tapia A, Ovsyannikova IG, King KS, et al. Prevalence and Morbidity of Undiagnosed Celiac Disease From a Community-Based Study. *Gastroenterology*. 2017 Mar;152(4):830-839.e5.
3. Gujral N, Freeman HJ, Thomson ABR. Celiac disease: prevalence, diagnosis, pathogenesis and treatment. *World J Gastroenterol*. 2012 Nov;18(42):6036–59.
4. Caio G, Volta U, Sapone A, Leffler DA, De Giorgio R, Catassi C, et al. Celiac disease: A comprehensive current review. Vol. 17, *BMC Medicine*. BioMed Central Ltd.; 2019.
5. Cataldo F, Montalto G. Celiac disease in the developing countries: a new and challenging public health problem. *World J Gastroenterol*. 2007 Apr;13(15):2153–9.
6. Catassi C, Fabiani E, Räscht IM, Coppa G V, Giorgi PL, Pierdomenico R, et al. The coeliac iceberg in Italy. A multicentre antigliadin antibodies screening for coeliac disease in school-age subjects. *Acta Paediatr Suppl*. 1996 May;412:29–35.
7. Sher KS, Fraser RC, Wicks AC, Mayberry JF. High risk of coeliac disease in Punjabis. Epidemiological study in the south Asian and European populations of Leicestershire. *Digestion*. 1993;54(3):178–82.
8. Roka V, Potamianos SP, Kapsoritakis AN, Yiannaki EE, Koukoulis GN, Stefanidis I, et al. Prevalence of coeliac disease in the adult population of central Greece. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2007;19(11):982–7.
9. Roma E, Roubani A, Kolia E, Panayiotou J, Zellos A, Syriopoulou VP. Dietary compliance

- and life style of children with coeliac disease. *J Hum Nutr Diet.* 2010;23(2):176–82.
10. Fasano A, Berti I, Gerarduzzi T, Not T, Colletti RB, Drago S, et al. Prevalence of celiac disease in at-risk and not-at-risk groups in the United States: a large multicenter study. *Arch Intern Med.* 2003 Feb;163(3):286–92.
 11. Singh P, Arora S, Lal S, Strand TA, Makharia GK. Risk of Celiac Disease in the First- and Second-Degree Relatives of Patients With Celiac Disease: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Am J Gastroenterol.* 2015 Nov;110(11):1539–48.
 12. Kagnoff MF. Celiac disease. A gastrointestinal disease with environmental, genetic, and immunologic components. *Gastroenterol Clin North Am.* 1992 Jun;21(2):405–25.
 13. Kahaly GJ, Frommer L, Schuppan D. Celiac disease and endocrine autoimmunity - the genetic link. *Autoimmun Rev.* 2018 Dec;17(12):1169–75.
 14. Petronzelli F, Bonamico M, Ferrante P, Grillo R, Mora B, Mariani P, et al. Genetic contribution of the HLA region to the familial clustering of coeliac disease. *Ann Hum Genet.* 1997 Jul;61(Pt 4):307–17.
 15. Kahaly GJ, Frommer L, Schuppan D. Celiac Disease and Glandular Autoimmunity. *Nutrients.* 2018 Jun;10(7).
 16. Houlston RS, Tomlinson IP, Ford D, Seal S, Marossy AM, Ferguson A, et al. Linkage analysis of candidate regions for coeliac disease genes. *Hum Mol Genet.* 1997 Aug;6(8):1335–9.
 17. Troncone R, Greco L, Mayer M, Paparo F, Caputo N, Micillo M, et al. Latent and potential coeliac disease. *Acta Paediatr Suppl.* 1996 May;412:10–4.
 18. Molberg O, Mcadam SN, Körner R, Quarsten H, Kristiansen C, Madsen L, et al. Tissue transglutaminase selectively modifies gliadin peptides that are recognized by gut-derived T cells in celiac disease. *Nat Med.* 1998 Jun;4(6):713–7.
 19. van de Wal Y, Kooy Y, van Veelen P, Peña S, Mearin L, Papadopoulos G, et al. Selective deamidation by tissue transglutaminase strongly enhances gliadin-specific T cell reactivity. *J Immunol.* 1998 Aug;161(4):1585–8.
 20. Matysiak-Budnik T, Candalh C, Dugave C, Namane A, Cellier C, Cerf-Bensussan N, et al. Alterations of the intestinal transport and processing of gliadin peptides in celiac disease. *Gastroenterology.* 2003 Sep;125(3):696–707.

21. Matysiak-Budnik T, Moura IC, Arcos-Fajardo M, Lebreton C, Ménard S, Candalh C, et al. Secretory IgA mediates retrotranscytosis of intact gliadin peptides via the transferrin receptor in celiac disease. *J Exp Med*. 2008 Jan;205(1):143–54.
22. Forsberg G, Hernell O, Melgar S, Israelsson A, Hammarström S, Hammarström M-L. Paradoxical coexpression of proinflammatory and down-regulatory cytokines in intestinal T cells in childhood celiac disease. *Gastroenterology*. 2002 Sep;123(3):667–78.
23. Brown I, Mino-Kenudson M, Deshpande V, Lauwers GY. Intraepithelial lymphocytosis in architecturally preserved proximal small intestinal mucosa: an increasing diagnostic problem with a wide differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med*. 2006 Jul;130(7):1020–5.
24. RUBIN CE, BRANDBORG LL, PHELPS PC, TAYLOR HCJ. Studies of celiac disease. I. The apparent identical and specific nature of the duodenal and proximal jejunal lesion in celiac disease and idiopathic sprue. *Gastroenterology*. 1960 Jan;38:28–49.
25. Cellier C, Patey N, Mauvieux L, Jabri B, Delabesse E, Cervoni JP, et al. Abnormal intestinal intraepithelial lymphocytes in refractory sprue. *Gastroenterology*. 1998 Mar;114(3):471–81.
26. Zanini B, Caselani F, Magni A, Turini D, Ferraresi A, Lanzarotto F, et al. Celiac disease with mild enteropathy is not mild disease. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc*. 2013 Mar;11(3):253–8.
27. Fry L, Seah PP, McMinn RM, Hoffbrand A V. Lymphocytic infiltration of epithelium in diagnosis of gluten-sensitive enteropathy. *Br Med J*. 1972 Aug;3(5823):371–4.
28. Marsh MN. Gluten, major histocompatibility complex, and the small intestine. A molecular and immunobiologic approach to the spectrum of gluten sensitivity ('celiac sprue'). *Gastroenterology*. 1992 Jan;102(1):330–54.
29. Ferguson A, Arranz E, O'Mahony S. Clinical and pathological spectrum of coeliac disease--active, silent, latent, potential. *Gut*. 1993 Feb;34(2):150–1.
30. Lähteenoja H, Toivanen A, Viander M, Mäki M, Irjala K, Rähä I, et al. Oral mucosal changes in coeliac patients on a gluten-free diet. *Eur J Oral Sci*. 1998 Oct;106(5):899–906.
31. Kemppainen T, Kröger H, Janatuinen E, Arnala I, Kosma VM, Pikkarainen P, et al. Osteoporosis in adult patients with celiac disease. *Bone*. 1999 Mar;24(3):249–55.
32. Shaker JL, Brickner RC, Findling JW, Kelly TM, Rapp R, Rizk G, et al. Hypocalcemia and

- skeletal disease as presenting features of celiac disease. *Arch Intern Med.* 1997 May;157(9):1013–6.
33. Bottaro G, Cataldo F, Rotolo N, Spina M, Corazza GR. The clinical pattern of subclinical/silent celiac disease: an analysis on 1026 consecutive cases. *Am J Gastroenterol.* 1999 Mar;94(3):691–6.
 34. Selby PL, Davies M, Adams JE, Mawer EB. Bone loss in celiac disease is related to secondary hyperparathyroidism. *J bone Miner Res Off J Am Soc Bone Miner Res.* 1999 Apr;14(4):652–7.
 35. Mora S, Weber G, Barera G, Bellini A, Pasolini D, Prinster C, et al. Effect of gluten-free diet on bone mineral content in growing patients with celiac disease. *Am J Clin Nutr.* 1993 Feb;57(2):224–8.
 36. Lubrano E, Ciacci C, Ames PR, Mazzacca G, Oriente P, Scarpa R. The arthritis of coeliac disease: prevalence and pattern in 200 adult patients. *Br J Rheumatol.* 1996 Dec;35(12):1314–8.
 37. Carroccio A, Iannitto E, Cavataio F, Montalto G, Tumminello M, Campagna P, et al. Sideropenic anemia and celiac disease: one study, two points of view. *Dig Dis Sci.* 1998 Mar;43(3):673–8.
 38. Murray JA, McLachlan S, Adams PC, Eckfeldt JH, Garner CP, Vulpe CD, et al. Association between celiac disease and iron deficiency in Caucasians, but not non-Caucasians. *Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc.* 2013 Jul;11(7):808–14.
 39. Carroccio A, Giannitrapani L, Di Prima L, Iannitto E, Montalto G, Notarbartolo A. Extreme thrombocytosis as a sign of coeliac disease in the elderly: case report. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 2002 Aug;14(8):897–900.
 40. Johnston SD, Robinson J. Fatal pneumococcal septicaemia in a coeliac patient. *Eur J Gastroenterol Hepatol.* 1998 Apr;10(4):353–4.
 41. McKinley M, Leibowitz S, Bronzo R, Zanzi I, Weissman G, Schiffman G. Appropriate response to pneumococcal vaccine in celiac sprue. *J Clin Gastroenterol.* 1995 Mar;20(2):113–6.
 42. Cicarelli G, Della Rocca G, Amboni M, Ciacci C, Mazzacca G, Filla A, et al. Clinical and neurological abnormalities in adult celiac disease. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc*

- Clin Neurophysiol. 2003 Dec;24(5):311–7.
43. Seissler J, Schott M, Boms S, Wohlrab U, Ostendorf B, Morgenthaler NG, et al. Autoantibodies to human tissue transglutaminase identify silent coeliac disease in Type I diabetes. Vol. 42, Diabetologia. Germany; 1999. p. 1440–1.
 44. Nachman F, Vázquez H, González A, Andrenacci P, Compagni L, Reyes H, et al. Gastroesophageal reflux symptoms in patients with celiac disease and the effects of a gluten-free diet. Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc. 2011 Mar;9(3):214–9.
 45. Thompson JS, Lebwohl B, Reilly NR, Talley NJ, Bhagat G, Green PHR. Increased incidence of eosinophilic esophagitis in children and adults with celiac disease. J Clin Gastroenterol. 2012 Jan;46(1):e6–11.
 46. Breen EG, Coghlan G, Connolly EC, Stevens FM, McCarthy CF. Increased association of ulcerative colitis and coeliac disease. Ir J Med Sci. 1987 Apr;156(4):120–1.
 47. Glas J, Stallhofer J, Ripke S, Wetzke M, Pfennig S, Klein W, et al. Novel genetic risk markers for ulcerative colitis in the IL2/IL21 region are in epistasis with IL23R and suggest a common genetic background for ulcerative colitis and celiac disease. Am J Gastroenterol. 2009 Jul;104(7):1737–44.
 48. Shah A, Mayberry JF, Williams G, Holt P, Loft DE, Rhodes J. Epidemiological survey of coeliac disease and inflammatory bowel disease in first-degree relatives of coeliac patients. Q J Med. 1990 Mar;74(275):283–8.
 49. Green PHR, Yang J, Cheng J, Lee AR, Harper JW, Bhagat G. An association between microscopic colitis and celiac disease. Clin Gastroenterol Hepatol Off Clin Pract J Am Gastroenterol Assoc. 2009 Nov;7(11):1210–6.
 50. Volta U, De Franceschi L, Lari F, Molinaro N, Zoli M, Bianchi FB. Coeliac disease hidden by cryptogenic hypertransaminasaemia. Lancet (London, England). 1998 Jul;352(9121):26–9.
 51. Frustaci A, Cuoco L, Chimenti C, Pieroni M, Fioravanti G, Gentiloni N, et al. Celiac disease associated with autoimmune myocarditis. Circulation. 2002 Jun;105(22):2611–8.
 52. Curione M, Barbato M, De Biase L, Viola F, Lo Russo L, Cardi E. Prevalence of coeliac disease in idiopathic dilated cardiomyopathy. Vol. 354, Lancet (London, England). England; 1999. p. 222–3.

53. Caio G, Volta U, Sapone A, Leffler DA, De Giorgio R, Catassi C, et al. Celiac disease: A comprehensive current review. *BMC Med.* 2019;17(1):1–20.
54. Green PHR, Fleischauer AT, Bhagat G, Goyal R, Jabri B, Neugut AI. Risk of malignancy in patients with celiac disease. *Am J Med.* 2003 Aug;115(3):191–5.
55. Meyer S, Rosenblum S. Activities, participation and quality of life concepts in children and adolescents with celiac disease: A scoping review. *Nutrients.* 2017;9(9):1–15.
56. Fueyo-Díaz R, Montoro M, Magallón-Botaya R, Gascón-Santos S, Asensio-Martínez Á, Palacios-Navarro G, et al. Influence of compliance to diet and self-efficacy expectation on quality of life in patients with celiac disease in Spain. *Nutrients.* 2020;12(9):1–15.
57. Casellas F, Rodrigo L, Lucendo AJ, Fernández-Bañares F, Molina-Infante J, Vivas S, et al. Benefit on health-related quality of life of adherence to gluten-free diet in adult patients with celiac disease. *Rev Esp Enfermedades Dig.* 2015;107(4):196–201.
58. Zingone F, Swift GL, Card TR, Sanders DS, Ludvigsson JF, Bai JC. Psychological morbidity of celiac disease: A review of the literature. *United Eur Gastroenterol J.* 2015;3(2):136–45.
59. Chellan D, Muktesh G, Vaiphei K, Berry N, Dhaka N, Sinha SK, et al. Effect of gluten-free diet and compliance on quality of life in pediatric celiac disease patients. *JGH Open.* 2019;3(5):388–93.
60. Deepak C, Berry N, Vaiphei K, Dhaka N, Sinha SK, Kochhar R. Quality of life in celiac disease and the effect of gluten-free diet. *JGH Open.* 2018;2(4):124–8.
61. Wieser H, Ruiz-Carnicer Á, Segura V, Comino I, Sousa C. Challenges of monitoring the gluten-free diet adherence in the management and follow-up of patients with celiac disease. *Nutrients.* 2021;13(7):9–13.
62. Casellas F, Rodrigo L, López Vivancos J, Riestra S, Pantiga C, Baudet JS, et al. Factors that impact health-related quality of life in adults with celiac disease: A multicenter study. *World J Gastroenterol.* 2008;14(1):46–52.
63. Leffler DA, Dennis M, Edwards George JB, Jamma S, Magge S, Cook EF, et al. A Simple Validated Gluten-Free Diet Adherence Survey for Adults With Celiac Disease. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2009;7(5):530–6.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ

(Το παρόν ερωτηματολόγιο είναι ανώνυμο και τα δεδομένα που θα προκύψουν θα χρησιμοποιηθούν για την εκπόνηση της Μεταπτυχιακής Εργασίας με τίτλο: 'Συσχέτιση της συμμόρφωσης σε δίαιτα ελεύθερη γλουτένης με την επίδραση αυτής στην ποιότητα ζωής ασθενών με κοιλιοκάκη')

Στα παρακάτω ερωτήματα σημειώστε την απάντηση που σας αντιπροσωπεύει

1. Φύλο Άνδρας Γυναίκα

2. Ηλικία

3. Χρόνος από τη διάγνωση της κοιλιοκάκης

4. Υπάρχει στην οικογένεια σας άλλο άτομο με κοιλιοκάκη;

ΝΑΙ

ΟΧΙ

5. Νιώθατε σωματικά αδύναμος/η τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Ποτέ

Ελάχιστες φορές

Λίγες φορές

Πολλές φορές

Συνεχώς

6. Είχατε πονοκεφάλους τις τελευταίες 4 εβδομάδες;

Ποτέ

Ελάχιστες φορές

Λίγες φορές

Πολλές φορές

Συνεχώς

7. Μπορώ να ακολουθήσω διατροφή ελεύθερη γλουτένης όταν τρώω έξω.

Συνεχώς Πολλές φορές Λίγες φορές Ελάχιστες φορές Ποτέ

8. Πρίν κάνω κάποια τροποποίηση στη διατροφή που ακολουθώ σκέφτομαι προσεκτικά τις συνέπειες.

Συνεχώς Πολλές φορές Λίγες φορές Ελάχιστες φορές Ποτέ

9. Θεωρώ ότι δεν έχω αποτύχει σχετικά με τη διατροφή που πρέπει να ακολουθώ.

Συνεχώς Πολλές φορές Λίγες φορές Ελάχιστες φορές Ποτέ

10. Πόσο σημαντική θεωρείτε πως είναι για την υγεία σας η έκθεση στη γλουτένη;

Πολύ σημαντική Σχετικά σημαντική Ουδέτερη Λίγο σημαντική Καθόλου σημαντική

11. Τις τελευταίες 4 εβδομάδες πόσες φορές καταναλώσατε εσκεμμένα τρόφιμα που περιείχαν γλουτένη;

0 1-2 3-5 6-10 Περισσότερες από 10

ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΠΟΙΟΤΗΤΑΣ ΖΩΗΣ ΚΟΙΛΙΟΚΑΚΗΣ

Παρακαλώ σκεφτείτε την καθημερινότητα σας τον τελευταίο μήνα (30 ημέρες) και διαβάστε τις παρακάτω ερωτήσεις. Κάθε πρόταση έχει πέντε πιθανές απαντήσεις. Για κάθε πρόταση, παρακαλώ επιλέξτε σε κάθε σειρά αυτό που περιγράφει καλύτερα τα συναισθήματα σας.

1. Αισθάνομαι ότι η πάθηση αυτή με περιορίζει.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

2. Ανησυχώ ότι θα υποφέρω από αυτήν τη πάθηση.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

3. Ανησυχώ ότι αυτή η πάθηση θα μου προκαλέσει και άλλα προβλήματα υγείας.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

4. Ανησυχώ για τον αυξημένο κίνδυνο καρκίνου από την πάθηση.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

5. Αισθάνομαι κοινωνικά στιγματισμένος που έχω αυτή τη πάθηση.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

6. Αισθάνομαι περιορισμένος στο να γευματίζω με τους συναδέλφους μου

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

7. Αισθάνομαι ότι δεν μπορώ να φάω συγκεκριμένα φαγητά όπως τούρτες σε γενέθλια και πίτσες.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

8. Αισθάνομαι ότι η διαίτα ΔΕΝ είναι επαρκής για τη θεραπεία της αρρώστιας μου.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

9. Αισθάνομαι ότι δεν υπάρχουν πολλές επιλογές για τη θεραπεία .

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

10. Αισθάνομαι στεναχωρημένος λόγω της πάθησης.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

11. Αισθάνομαι φοβισμένος που έχω αυτήν τη πάθηση.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

12. Νομίζω ότι δε ξέρω αρκετά για αυτή τη πάθηση.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

13. Αισθάνομαι καταβεβλημένος που έχω αυτή τη πάθηση.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

14. Έχω πρόβλημα στις κοινωνικές επαφές εξαιτίας της πάθησης μου.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

15. Το βρίσκω δύσκολο να ταξιδεύω ή να κάνω μακρινά ταξίδια εξαιτίας της πάθησης μου.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

16. Αισθάνομαι ότι δε μπορώ να ζήσω μια φυσιολογική ζωή εξαιτίας της πάθησης μου.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

17. Αισθάνομαι ότι φοβάμαι να φάω έξω γιατί το φαγητό μου μπορεί να είναι μολυσμένο.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

18. Ανησυχώ από τον αυξημένο κίνδυνο να έχει κοιλιοκάκη κάποιο μέλος της οικογένειάς μου.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

19. Αισθάνομαι ότι σκέφτομαι συνεχώς το φαγητό.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

20. Ανησυχώ ότι θα επηρεαστεί η υγεία μου σε βάθος χρόνου.

Καθόλου Ελάχιστα Μέτρια Αρκετά Πολύ

21. Πως θα βαθμολογούσατε τη ποιότητα ζωής σας σε σχέση με τη νόσο; (Παρακαλώ επιλέξτε ένα από τα παρακάτω)

Άριστη Πολύ καλή Καλή Μέτρια Κακή

ΕΥΧΑΡΙΣΤΩ ΠΟΛΥ ΓΙΑ ΤΟ ΧΡΟΝΟ ΣΑΣ

Copyright 2010 by the Rome Foundation.