QUALITY OF LIFE AND LIFESTYLE – BENCHMARKS IN EVALUATING PATIENTS WITH INFLAMMATORY BOWEL PATHOLOGY

Ionela-Anca Pintea-Simon

Internal Medicine Resident Physician,

Emergency County Hospital Tîrgu Mureș

Abstract:Quality of life is a good physical, mental and social condition, and patients' ability to perform activities of daily living. Intestinal inflammatory patology represent idiopathic, chronic diseases of the bowels, the major representatives being ulcerative colitis and Crohn's disease. The severe treatment and side effects of these diseases have a major impact on quality of life and pacients lifestyle to.

The study aim is to demonstrate that the impact between quality of life and disease can influence the normality of the patient. „Time" triggers the emergence of depressive anxiety disorders that might occur as a consequence of the disease.

Gender distribution was approximately equal, with a slight increase in males compared to females. The analysis revealed that the daily schedule of the patients that answered to the questionnaire, is disrupted at a rate of 80%, plus fatigue and physical inactivity - 90%, lifestyle changes, while the pacient need to maintain permanent the relationship with their doctor.

Inflammatory bowel patology can give a new perspective to patient's quality of life, lifestyle, which is why they need the support of family, friends and especially the doctor, in critical periods of the disease. Besides drug therapy, these patients require also psychotherapy to understand easily these disease.

Keywords: quality of life, lifestyle, intestinal inflammatory pathology, anxiety, depression.

„Un om înţelept trebuie să socotească sănătatea drept cea mai mare binecuvântare pentru fiinţa umană" –
Hipocrate.

Progresele din ultimii ani în medicină au determinat îmbunătăţirea conduitei terapeutice şi orientarea îndeosebi spre relaţia medic - pacient, astfel creşterea calităţii vieţii devenind un deziderat major.

Patologia inflamatorie intestinală, este considerată ca fiind o boală a unei societăţi rafinate, care vine în contact cu agenţi din ce în ce mai puţin patogeni. În ceea ce priveşte

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)

etiopatogenia, se poate vorbi despre un melanj - o predispoziţie genetică, la care se adaugă dietele, fumatul şi factorii psiho - sociali[1].

Bolile inflamatorii intestinale suscită lumea medicală prin complexitatea şi creşterea alarmantă a numărului de cazuri, mai ales în rândul tinerilor.

Un aspect foarte important al acestor afecţiuni este reprezentat de cronicizarea bolii; studiile atestă transformarea malignă a leziunilor în timp şi apariţia cancerului colorectal, motiv pentru care este necesară o diagnosticare corectă şi precoce a acestei patologii, coroborând astfel aspectul clinic, cu cel endoscopic şi histopatologic[2].

Plecând de la aceste premise, am considerat necesar realizarea unui studiu, pornind de la următoarele observaţii:

- creşterea numărului de boli inflamatorii intestinale în România, în rândul tinerilor;
- diagnosticarea precoce prin endoscopii şi prelevare de biopsii;
- impactul acestei patologii asupra calităţii vieţii pacienţilor.

Boala inflamatorie intestinală face referire la un grup de afecţiuni ale sistemului digestiv, a cărui simptom principal este reprezentat de către inflamaţie. Colita ulcerativă şi boala Crohn sunt principale patologii intestinale inflamatorii[3]. Colita ulcerativă se manifestă la nivelul intestinului gros, în timp ce boala Crohn, afectează orice parte a tractului digestiv, însă mai frecvent se manifestă în zona intestiului subţire sau la nivelul colonului, de la cavitatea bucală până la anus (leziuni pe sărite)[4].

Dacă inflamaţia este severă, se consideră că afecţiunea este în stadiu activ, iar dacă bolnavul nu are simptome rezultă că boala este în remisie. Patologia inflamatorie intestinală se caracterizează prin pusee de activitate alternând cu perioade de acalmie[5]. Simptomele pot varia de la uşoare la severe şi pot fi: dureri abdominale, tenesme, inapetenţă, diaree sangvinolentă, urmată de anemie datorită sângerărilor.

Această patologie afectează cu predilecţie persoanele tinere, astfel scade calitatea vieţii acestor pacienţi, apar schimbări din toate punctele de vedere, atât fizic, psihic, cât şi la nivelul vieţii personale şi profesionale. Pacienţii necesită schimbarea stilului de viaţă şi din acest motiv este necesar să acordăm o importanţă deosebită atât diagnosticării corecte, cât şi o conduită adecvată vis a vis de pacienţi, pentru a-i ajuta să-şi înţeleagă boala şi modul în care pot lupta cu ea şi de ce nu, pot să o „învingă”.

Scopul lucrării este de a surprinde calitatea vieţii şi stilul de viaţă al pacienţilor cu patologie inflamatorie intestinală din arealul nostru geografic.

Studiul îşi propune să demonstreze faptul că impactul dintre calitatea vieţii, stilul de viaţă şi „boală” pot influenţa starea de *normalitate* a pacientului. Coeficientul „timp” declanşează apariţia unor tulburări depresiv-anxioase, care apar ca o consecinţă a evoluţiei bolii.

---

[1] Baumgart DC, Carding SR – *Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology*, The Lancet, 2007, 369 (9573): 1627-1640.
[2] Wiliam J, Tremaine MD – *Diagnosis and Treatment of Indeterminate Colitis*, Gastroenterol Hepatol, New York, 2011, 7 (12): 826-828.
[3] Stenson WF, Korzenik J – *Inflammatory bowel disease*, Textbook of Gastroenterology, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003, 1699-1759.
[4] Ciurezu A.-R, Lupu LD, Olteanu D – *Aspecte actuale în boala Crohn*, Revista Medicală Română, 2009, LVI, 1: 7-14.
[5] Sporea I, Goldis A – *Curs de Gastroenterologie şi Hepatologie*, Ed. Victor Babeş, Timişoara, 2012, 28-36.

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)

Dimensiunea bolii poate fi evidenţiată atât pe parcursul întregului proces terapeutic, cât şi în relaţia medic-pacient[6]. Cu cât disponibilitatea cadrului medical (medic, asistentă medicală) de a responsabiliza pacientul şi de a-i oferi sprijin în descrierea simptomatologiei clinice, de a fi atent la detaliul în naraţiune, la gestică, mimică şi expresivitate, cu atât mai mult medicul transformă o simplă anamneză[7] direct la o cauză. Astfel, discursul dintre medic şi pacient se mută radical de la simptom la cauză şi de la cauză implicit la evoluţia în timp a acestei cauzei.

Am realizat un studiu prospectiv pe o perioadă de un an, utilizând cazuistica Spitalului Clinic Judeţean de Urgenţă Tîrgu Mureş, iar ca şi metode de investigaţie am folosit observaţia, conversaţia, chestionarul şi foile de observaţie clinică. Astfel am distribuit chestionare tuturor pacienţilor cu boli inflamatorii intestinale (boala Crohn şi colită ulcerativă), am identificat grupele de vârstă cele mai afectate, mediul de proveninţă şi apariţia complicaţiilor care pot agrava evoluţia acestor boli şi de asemenea pot avea un impact major în stilul de viaţă al pacienţilor.

Colectarea informaţiilor anamnestice şi a datelor numerice s-a realizat prin intermediul chestionarelor orientate oferite pacienţilor, pe baza consimţământului informat. Chestionarele au urmărit pe de o parte evoluţia simptomelor, a complicaţiilor bolii, iar pe de altă parte modificările survenite în calitatea vieţii, mai exact impactul pe care îl are această afecţiune asupra pacienţilor atât din punct de vedere fizic şi psihic, cât şi social, personal şi profesional.

Pacienţii au completat un chestionar format din 12 întrebări. Pentru realizarea studiului au fost selecţionate 90 de cazuri, dintre care 15 au constituit grupul ţintă, prin care am evidenţiat impactul bolii asupra calităţii vieţii acestor pacienţi.

Principalele informaţii utilizate în cadrul acestui studiu au fost răspunsurile pacienţilor la întrebările adresate în următorul chestionar:

Chestionar privind calitatea vieţii pacienţilor cu patologie inflamatorie intestinală

Vă rog să-mi răspundeţi la următoarele întrebări menţionând:

- sexul: □F / □M - vârsta:_____ - mediu de proveniență: □ urban / □ rural
- statusul educaţional: □ gimnazial □ profesional □ liceal □ postliceal □ facultate
- statusul social: □ angajat □ şomer □ stat □ privat □ casnic/ă

1. Consideraţi că aveţi o problemă de sănătate?
   □ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, care_____?
2. Vă deranjează această problemă?
   □ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, când_____?
3. Starea de sănătate vă afectează relaţia cu ceilalţi?
   □ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, cum_____?
4. Programul zilnic vă este perturbat/ a suferit modificări?

[6] Bertaux D – *L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentalités*, Cahiers internationaux de sociologie, 1980, LXIX, 201.

[7] Informaţia pe care medicul o preia de la bolnav/ aparţinători pentru a o utiliza în vederea stabilirii diagnosticului. – cf. Bruckner I – *Tehnica examinării bolnavului şi tehnica prezentării de caz*, Ed. FarmaMedia, Târgu mureş, 2008, 9-10.

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)

□ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, în ce sens_____?

5. Boala vă influenţează viaţa de familie?

□ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, sub ce formă_____?

6. Vă simţiţi obosit/ă?

□ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, când_____?

7. Aţi pierdut în greutate?

□ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, cât_____?

8. Mai puteţi desfăşura activităţi fizice de când aveţi această boală?

□ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, care_____?

Dacă NU, de ce_____?

9. Boala pe care o aveți v-a modificat stilul de viață?

Dacă DA, cum_____?

10. Vă stresează boala pe care o aveţi?

□ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, de ce_____?

11. Consideraţi că este cineva responsabil pentru starea dumneavoastră de boală?

□ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, cine_____?

Dacă NU, de ce_____?

12. Consideraţi că este necesară o relaţie constantă cu medicul curant?

□ da □ nu □ nu ştiu □ nu mă interesează | Dacă DA, de ce_____?

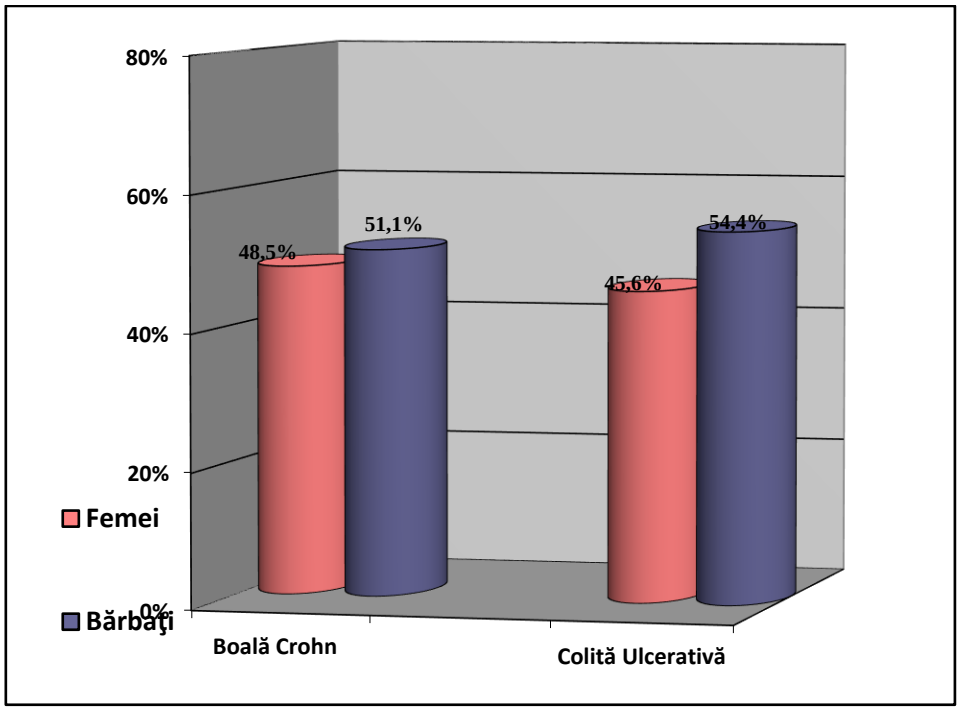
Dacă NU, de ce_____?

Chestionarele efectuate s-au înregistrat într-o bază de date, iar în urma răspunsurilor primite s-a observat că majoritatea pacienţilor, tineri fiind, se prezintă la medic cu o oarecare frustrare, convingerea lor în activitatea medicală fiind din păcate, pe zi ce trece, tot mai redusă, aspect datorat globalizării şi mass mediei, care permanent critică societatea medicală.

S-a observat că nu există o corelaţie între gen (masculin şi feminin) şi tipul de boală, ambele genuri percep la fel starea de „boală”, atât bărbaţii, cât şi femeile evaluează gravitatea problemei şi încearcă să-şi găsească resursele necesare să-i facă faţă. În acest moment intervine factorul „stres”, cei care nu îşi găsesc resursele să lupte cu boala, cei care nu au sprijinul familiei sau pur şi simplu cei care nu se află într-o stare personală de echilibru interior fac cu greu faţă acestei provocări numite „boală”.

Incidenţa patologiei inflamatorii la sexul masculin în lotul studiat este de 54%, fiind mai ridicată decât la sexul feminin 48%, raportul B/F fiind supraunitar.

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)



Corelaţie între sex şi tipul bolii p=0, 6 (nesemnificativ)

În urma studiului efectuat, s-a observat că vârsta afectată cu predilecţie este între 21-30 de ani, urmată de 41-50 de ani. Fiind o patologie care afectează tinerii, ne putem orienta îndeosebi spre „*amprenta*" pe care această patologie o lasă în viaţa lor.

Aşa cum am menţionat mai sus, grupele de vârstă cel mai frecvent afectate sunt reprezentate de către tineri, care recunosc că de când suferă de această patologie, a cărei simptomatologie principală este reprezentată de scaunele diareice, cu mucus sau striuri sangvinolente, au resimţit schimbări semnificative în stilul lor de viaţă, plecând de la stil alimentar până la stil vestimentar; această boală impunându-le oarecum o *obligativitate* a unui stil de viaţă sănătos, fără alimente picate sau fast food-uri, limitarea consumului de carne, tutun, alcool.

Din momentul în care pacienţii simt schimbări în stilul lor de viaţă, practic din punct de vedere psihologic, boala vs anormalitate, crează acel disconfort psihic şi fizic ce aduce disfuncţionalitatea, pe o peridoadă de timp limitativ sau nu, fapt observat mai ales în relaţia cu familia sau apartenenţa la comunitate[8].

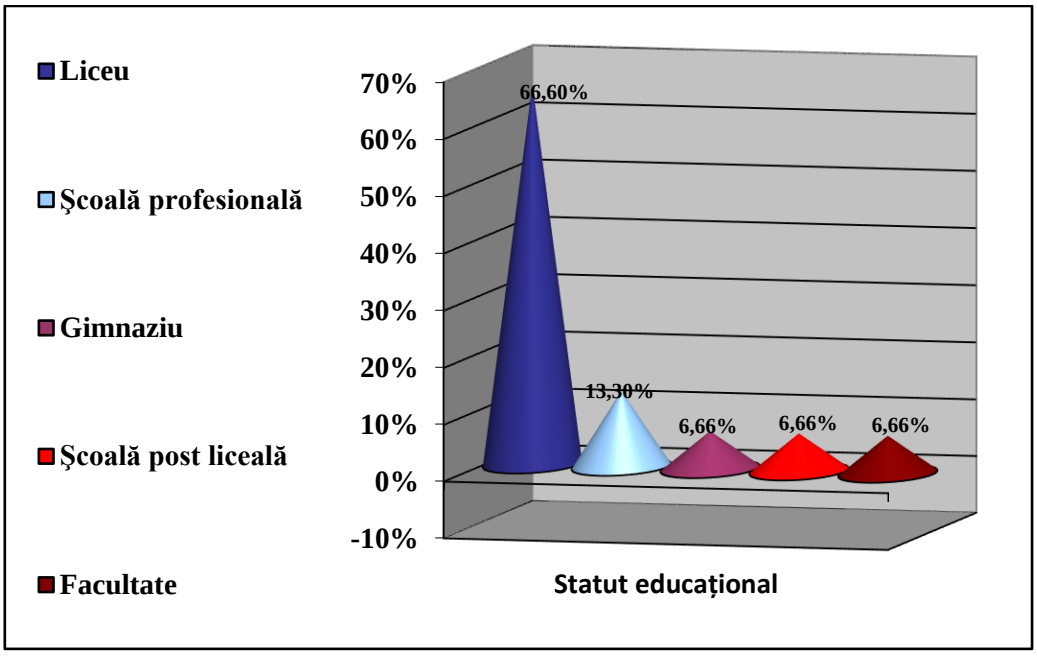
Dacă ne focusăm atenţia asupra mediului de provenienţă al tinerilor, se evidenţiază faptul că majoritatea provin din mediul rural, în raport de 68%.

Repartiţia cazurilor în funcţie de mediul de provenienţă

	Procent	Raport B/F
Mediul urban	**31,12%**	**2,21**
Mediul rural	**68,88%**	

[8] Paşca MD – *Elemente de psihopedagogie nutriţională*, Ed. University Press, Târgu Mureş, 2009.

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)



Din punct de vedere a statusului educaţional se observă un pick de 66% a pacienţilor care au absolvit liceul şi un procent relativ mic de pacienţi cu studii superioare. Deşi majoritatea dintre aceştia erau tineri, doar o treime erau încadraţi pe piaţa muncii deoarece boala în evoluţia ei, datorită complicaţiilor, *ţintuieşte* pacientul la domiciliu, acesta fiind dependent de *casă şi implicit de familie, prieteni*, de unde apare şi nevoia permanentă de sprijin moral.

Analizând treptat răspunsul la întrebările din chestionar, majoritatea dintre cei chestionaţi sunt conştienţi că suferă de o boală şi pe aproximativ 90% dintre ei această stare îi deranjează, le creează un disconfort atât fizic, cât și social, psihic şi în timp îi izolează de cei apropiaţi.

Din cele prezentate anterior, ne oprim asupra faptului că din totalul de pacienţi (întrebarea 3) 53% au răspuns că boala le afectează relaţiile cu cei din jur, 75% din cazuri se izolează, 50% spun că au avut loc schimbări majore ale stilului de viaţă, atât profesional, social, cât şi personal, iar 25% dintre pacienţi susţin că sunt foarte epuzaţi, capacitatea de muncă este tot mai scăzută.

Din totalul de pacienţi 80% au răspuns că boala nu le influenţează viaţa personală, dar cu toate acestea 20% susţin că viaţa lor s-a schimbat mult, sunt obosiţi, frustraţi; dintre aceştia 70% susţin că de când sunt bolnavi se simt vinovaţi, simt că sunt o „povară” pentru cei dragi şi nu un sprijin.

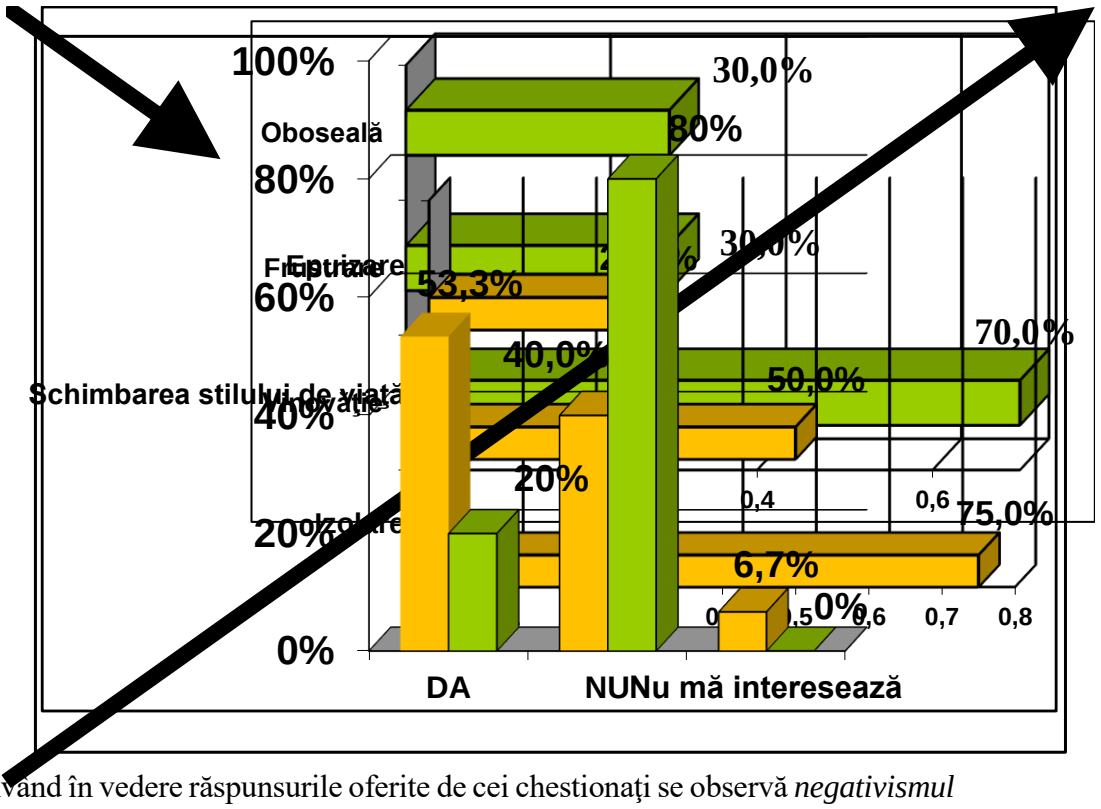
În urma acestor răspunsuri este important pentru pacient şi pentru noi să ştim să ne recunoaştem gândurile, emoţiile, relaţiile noastre şi să fim conştienţi că orice stare de *anormalitate* poate avea un impact major asupra propriului nostru corp. Emoţiile noastre ne influenţează starea mentală precum şi starea de sănătate, afectându-ne în special tubul digestiv[9].

3. Starea de sănătate vă afectează relaţia cu ceilalţi? Cum?

4. Boala vă influenţează viaţa de familie? Sub ce formă?

[9] Luca G.M – *Applied narrative medicine. when patients narrate about themselves*, JRLS 9/2016, 118.

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)



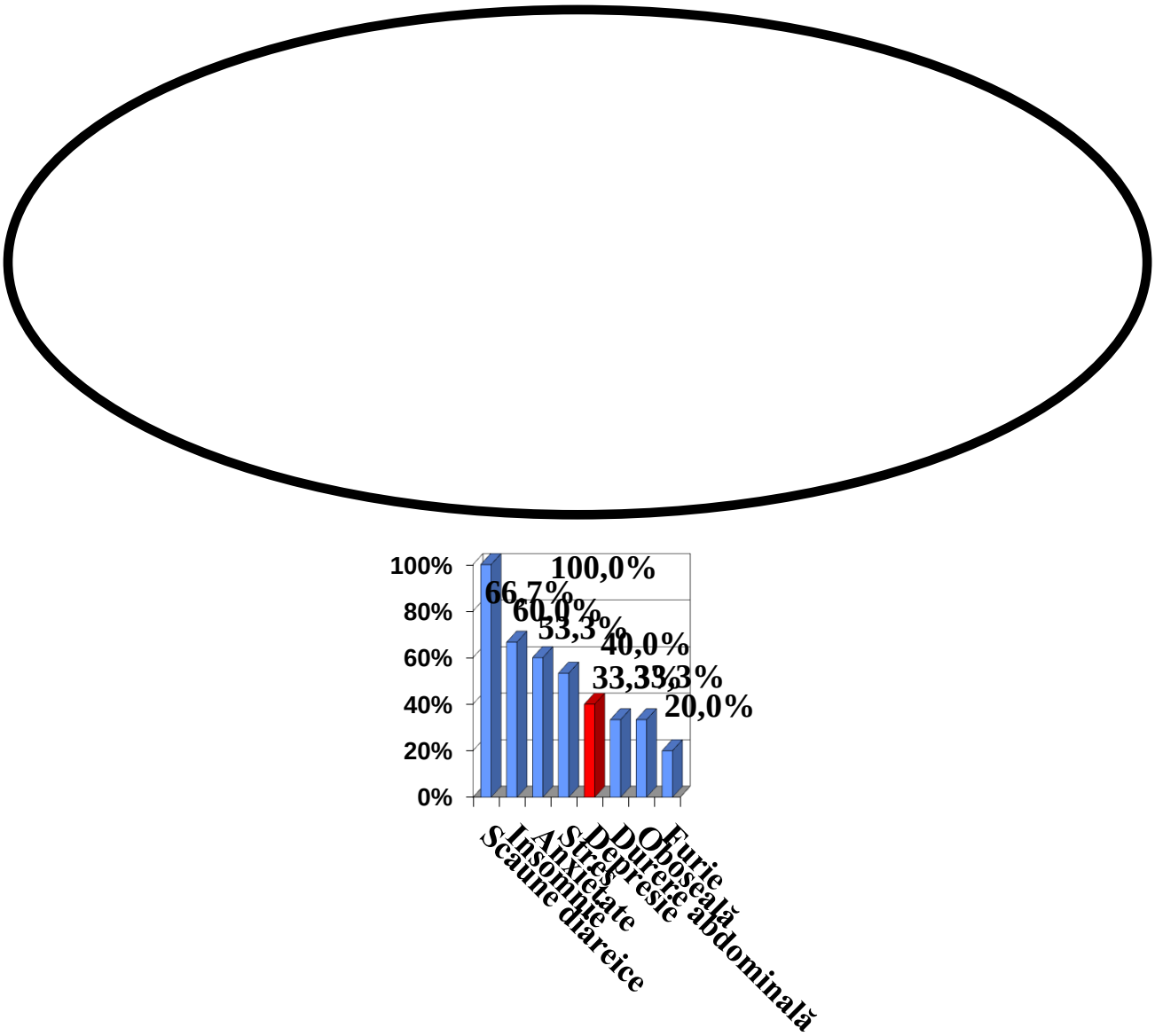
Având în vedere răspunsurile oferite de cei chestionaţi se observă *negativismul* cu care pacienţii privesc boala şi se remarcă cum această stare a pus la început stăpânire pe corp şi treptat pe suflet şi psihic, de unde sentimental de *disperare*, senzația de neşansă şi evidenta întrebare *De ce eu?*

Celelalte întrebări au accentuat mai pronunţat starea de boală, 80% dintre pacienţi susţin că programul lor zilnic s-a schimbat complet, 60% au susţinut ca activităţiile lor zilnice sunt limitate, mulţi au afirmat că sunt dependenţi de toaletă (caracteristica generală a patologiei inflamatorii intestinale fiind diareea) şi un număr relativ mic au avut internări frecvente. De aici putem concluziona că această cronicizare a bolii duce în timp la neîncrederea pacientului în tratament, remedii, motiv pentru care de la an la an adresabilitatea bolnavilor la medic scade; pacientul îşi asumă oarecum starea de boală şi se *culpabilizează* de aceasta.

Datorită scaunelor multiple, în perioada de activitate a bolii, 90% dintre pacienţi sunt obosiţi, apare o stare de oboseală marcată, apar insomniile şi astfel rutina zilnică suferă modificări majore, care necesită a fi manageriate cu multă răbdare, voinţă şi în cele din urmă cu *acceptare.*

Ce vă deranjează cel mai mult la boala pe care o aveţi?

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)



Din totalul de pacienţi chestionaţi majoritatea au susţinut că scaunele diareice multiple sunt problema majoră, sunt manifestarea clinică care îi deranjeaza cel mai mult; tot legat de scaune, dar într-un procent mai mic 66% sunt insomniile, mulţi pacienţi având scaune nocturne. Dintre pacienţi 53% susţin că au devenit mai anxioşi, mai stresaţi, chiar 40% dintre aceştia au dezvoltat tulburări depresiv-anxioase. Alţi factori incriminaţi au fost oboseala şi durerea abdominală în procent de 33%, datorită acestora activitățiile fizice fiind limitate.

Apariţia depresiei în patologia inflamatorie intestinală concordă cu datele din literatura de specialitate[10]. Unele studii chiar au încercat să introducă în schema de tratament a pacienţilor tratamentul cu antidepresive[11], studiu care a avut rezultate satisfăcătoare, însă nu se recomandă utilizarea în practica curentă a antidepresivelor dat fiind faptul că este un studiu calitativ[12].

[10] Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T et al – *Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study*, Psychosom Med., 2004, 66: 79-84.
[11] Deter H-C, Keller W, von Wietersheim et al – *Psychological treatment may reduce the need for healthcare in patients with Crohn's disease*, Inflammatory Bowel Disease, 2007, 13: 745-752.
[12] Mikocka-Walus AA, Gordon AL, Stewart BJ et al – *A magic pill? A qualitative analysis of patients' views on the role of antidepressant therapy in inflammatory bowel disease (IBD)*, BMC Gastroenterology, 2012, 12: 93-95.

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)

La întrebarea dacă cineva este responsabil de *starea lor de boală*, 73% din pacienţii chestionaţi afirmă că nimeni nu este responsabil, 20% dintre aceştia se autoculpabilizează, fiind fumători cronici, şi un procent mic 7% lasă totul pe umerii sorţii... *așa a vrut soarta...* - de unde reiese că în cele din urmă apare acceptarea, *resemnarea,* necesitatea de *compasiune* din partea familiei, apropiaților[13].

La ultima întrebare referitoare la relaţia *medic – pacient*, toţi pacienţii chestionaţi susţin că relaţia cu medicul curant trebuie să fie foarte bună, sunt de părere că fără îndrumarea medicului şi un tratament corect, evoluţia clinico-biologică a bolii ar fi nefavorabilă, motiv pentru care o relaţie constantă cu medicul este un prim pas spre vindecare, acceptare a stării de boală.

În ciuda faptului că toţi au răspuns că este necesară o relaţie strânsă cu medicul curant, s-a observat că pacienţii se adresează cadrului medical mai mult cu resemnare decât cu convingere.

Atât comunicarea, cât şi relaţia medic – pacient necesită multă implicare, devotament, tact şi profesionalism pentru a reuşi să deschizi *uşa sufletului* celui cu care medicul relaţionează[14].

Conform juramântului lui Hipocrate fiecare cadru medical trebuie să fie neutru vis a vis de pacient, să nu existe diferenţe de etnie, religie, grad de handicap deoarece rolul esenţial al medicului este acela de a diagnostica şi trata corespunzător fiecare pacient, indiferent de natura patologiei, fără să ţină cont de celelalte aspecte.

Este o dorinţă general valabilă a tuturor pacienţilor, aceea de a fi trataţi de medici cu blândeţe, cu răbdare, calm, să se acorde o importanţă deosebită comunicării, o atenţie sporită în cele relatate de pacient deoarece acesta oferă informații preţioase pentru conduita terapeutică ulterioră.

În concluzie, în urma studiului efectuat, s-a observat că în viaţa fiecărui pacient au intervenit modificări atât în stilul de viaţă, cât şi în atitudinea lor prinvind alimentaţia, vestimentaţia, relaţionarea cu cei din jur. Dacă la început majoritatea dintre ei au perceput aceste *interziceri alimentare, fizice și psihice* ca nişte *frustrări*, în timp au observat că prin punerea lor în practica de zi cu zi, apar îmbunătăţiri semnificative în ceea ce priveşte boala şi automat ce odată li se părea că este anormal în timp a devenit... *o stare de normalitate și acceptare*[15].

Astfel, pacienţii sunt convinşi că pentru un rezultat terapeutic de succes este necesară implicarea activă a bolnavului la actul de *vindecare,* munca medicului ar fi în zadar dacă ar lupta singur pentru a uşura suferinţa pacientului. Din acest motiv bolnavul trebuie să înceteze să se culpabilizeze şi să intervină activ în procesul lui de vindecare, el trebuie să respecte întocmai tratamentul prescris, dieta recomandată pentru că până la urmă vindecarea sau în acest caz aducerea bolii în stare de acalmie este de fapt un efort de echipă medic – pacient/aparţinători, iar credinţa şi speranţa că totul o să fie bine este de bun augur.

Multe studii, cât şi practica medicală curentă ne demonstrează că pacienţii care *cred,* care luptă cu toate resursele de care dispun, care gândesc pozitiv şi îşi focuzează eforturile spre *vindecare* au mai multe şanse de reuşită comparativ cu cei care dau dovadă de un *negativism cronic*, în care îşi văd boala în *alb* şi *negru*, fără nici o luminiţă la capătul tunelului.

[13] Paşca MD – *Comunicarea în relația medic - pacient*, Ed. University Press, Târgu Mureş, 2012, 109-111.
[14] Paşca MD – *Psihologia uşii*, Ed. Ardealul, Târgu Mureş, 2008.
[15] Paşca MD – *Comunicarea în relația medic – pacient,* 164-166.

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)

Dacă între pacient şi medic apare conceptul de *încredere* reciprocă, atunci termenii în care se discută nu sunt doar clari, sunt chiar evocatori pentru ceea ce va urma în conduita terapeutică şi astfel şansele de reuşită cresc semnificativ, astfel putem vorbi de o prevenţie secundară, cu cât relaţia dintre medic şi pacient este mai consolidată, mai *cristalină*, cu atât respectul dintre cele două părţi este definitoriu pentru evoluţia bolii în timp şi spaţiu.

Pacienţii trebuie să îşi accepte boala ca pe o stare de normalitate şi să încerce să o controleze cât mai eficient posibil. Normalitate înseamnă să nu rămâi prizonierul durerii tale şi a bolii, să nu te laşi învins, ci să-ţi doreşti din tot sufletul să mergi mai departe pentru că până la urmă poţi să te bucuri de viaţă chiar dacă eşti bolnav, până la urmă starea de boală este normalitatea ta ca şi pacient pe care ţi-o asumi şi cu care convieţuieşti.

BIBLIOGRAPHY

1. Baumgart DC, Carding SR – *Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology*, The Lancet, 2007, 369 (9573): 1627-1640.
2. Bertaux D – *L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentalités*, Cahiers internationaux de sociologie, 1980, LXIX, 201.
3. Bruckner I – *Tehnica examinării bolnavului şi tehnica prezentării de caz*, Ed. FarmaMedia, Târgu mureş, 2008, 9-10.
4. Ciurezu A.-R, Lupu LD, Olteanu D – *Aspecte actuale în boala Crohn*, Revista Medicală Română, 2009, LVI, 1: 7-14.
5. Deter H-C, Keller W, von Wietersheim et al – *Psychological treatment may reduce the need for healthcare in patients with Crohn's disease*, Inflammatory Bowel Disease, 2007, 13: 745-752.
6. Luca, G.M – *Applied narrative medicine. when patients narrate about themselves*, JRLS 9/2016.
7. Mikocka-Walus AA, Gordon AL, Stewart BJ et al – *A magic pill? A qualitative analysis of patients' views on the role of antidepressant therapy in inflammatory bowel disease (IBD)*, BMC Gastroenterology, 2012, 12: 93-95.
8. Mittermaier C, Dejaco C, Waldhoer T et al – *Impact of depressive mood on relapse in patients with inflammatory bowel disease: a prospective 18-month follow-up study*, Psychosom Med., 2004, 66: 79-84.
9. Paşca MD – *Comunicarea în relația medic - pacient*, Ed. University Press, Târgu Mureş, 2012.
10. Paşca MD – *Elemente de psihopedagogie nutrițională*, Ed. University Press, Târgu Mureş, 2009.
11. Paşca MD – *Psihologia uşii*, Ed. Ardealul, Târgu Mureş, 2008.
12. Sporea I, Goldis A – *Curs de Gastroenterologie şi Hepatologie*, Ed. Victor Babeş, Timişoara, 2012, 28-36.
13. Stenson WF, Korzenik J – *Inflammatory bowel disease*, Textbook of Gastroenterology, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003, 1699-1759.
14. Wiliam J, Tremaine MD – *Diagnosis and Treatment of Indeterminate Colitis*, Gastroenterol Hepatol, New York, 2011, 7 (12): 826-828.

BDD-A25716 © 2017 Arhipelag XXI Press
Provided by Diacronia.ro for IP 216.73.217.34 (2026-11-14 00:06:35 UTC)