

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

*Ionela-Anca Pinteas-Simon*

*Internal Medicine Resident Physician,*

*Emergency County Hospital Țîrgu Mureș*

*Abstract: Quality of life is a good physical, mental and social condition, and patients' ability to perform activities of daily living. Intestinal inflammatory pathology 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 patients 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 patient need to maintain permanent the relationship with their doctor.*

*Inflammatory bowel pathology 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 înțelept trebuie să socotească sănătatea drept cea mai mare binecuvântare pentru ființa umană” –*

**Hipocrate.**

Progresele din ultimii ani în medicină au determinat îmbunătățirea conduitei terapeutice și orientarea îndeosebi spre relația medic - pacient, astfel creșterea calității vieții devenind un deziderat major.

Patologia inflamatorie intestinală, este considerată ca fiind o boală a unei societăți rafinate, care vine în contact cu agenți din ce în ce mai puțin patogeni. În ceea ce privește

etiopatogenia, se poate vorbi despre un melanj - o predispoziție genetică, la care se adaugă dietele, fumatul și factorii psiho - sociali<sup>1</sup>.

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

Un aspect foarte important al acestor afecțiuni este reprezentat de cronicizarea bolii; studiile atestă transformarea malignă a leziunilor în timp și apariția cancerului colorectal, motiv pentru care este necesară o diagnosticare corectă și precoce a acestei patologii, coroborând astfel aspectul clinic, cu cel endoscopic și histopatologic<sup>2</sup>.

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

- creșterea numărului de boli inflamatorii intestinale în România, în rândul tinerilor;
- diagnosticarea precoce prin endoscopii și prelevare de biopsii;
- impactul acestei patologii asupra calității vieții pacienților.

Boala inflamatorie intestinală face referire la un grup de afecțiuni ale sistemului digestiv, a cărui simptom principal este reprezentat de către inflamație. Colita ulcerativă și boala Crohn sunt principale patologii intestinale inflamatorii<sup>3</sup>. 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 intestinelor subțiri sau la nivelul colonului, de la cavitatea bucală până la anus (leziuni pe sărite)<sup>4</sup>.

Dacă inflamația este severă, se consideră că afecțiunea 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<sup>5</sup>. Simptomele pot varia de la ușoare la severe și pot fi: dureri abdominale, tenesme, inapetență, diaree sangvinolentă, urmată de anemie datorită sângerărilor.

Această patologie afectează cu predilecție persoanele tinere, astfel scade calitatea vieții acestor pacienți, apar schimbări din toate punctele de vedere, atât fizic, psihic, cât și la nivelul vieții personale și profesionale. Pacienții necesită schimbarea stilului de viață și din acest motiv este necesar să acordăm o importanță deosebită atât diagnosticării corecte, cât și o conduită adecvată vis a vis de pacienți, pentru a-i ajuta să-și înțeleagă boala și modul în care pot lupta cu ea și de ce nu, pot să o „învingă”.

Scopul lucrării este de a surprinde calitatea vieții și stilul de viață al pacienților cu patologie inflamatorie intestinală din arealul nostru geografic.

Studiul își propune să demonstreze faptul că impactul dintre calitatea vieții, stilul de viață și „boală” pot influența starea de *normalitate* a pacientului. Coeficientul „timp” declanșează apariția unor tulburări depresiv-anxioase, care apar ca o consecință a evoluției bolii.

<sup>1</sup> Baumgart DC, Carding SR – *Inflammatory bowel disease: cause and immunobiology*, The Lancet, 2007, 369 (9573): 1627-1640.

<sup>2</sup> Wiliam J, Tremaine MD – *Diagnosis and Treatment of Indeterminate Colitis*, Gastroenterol Hepatol, New York, 2011, 7 (12): 826-828.

<sup>3</sup> Stenson WF, Korzenik J – *Inflammatory bowel disease*, Textbook of Gastroenterology, Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2003, 1699-1759.

<sup>4</sup> Ciurezu A.-R, Lupu LD, Olteanu D – *Aspecte actuale în boala Crohn*, Revista Medicală Română, 2009, LVI, 1: 7-14.

<sup>5</sup> Sporea I, Goldis A – *Curs de Gastroenterologie și Hepatologie*, Ed. Victor Babeș, Timișoara, 2012, 28-36.

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

Am realizat un studiu prospectiv pe o perioadă de un an, utilizând cazuistica Spitalului Clinic Județean de Urgență Tîrgu Mureș, iar ca și metode de investigație am folosit observația, conversația, chestionarul și foile de observație clinică. Astfel am distribuit chestionare tuturor pacienților cu boli inflamatorii intestinale (boala Crohn și colită ulcerativă), am identificat grupele de vârstă cele mai afectate, mediul de proveniență și apariția complicațiilor care pot agrava evoluția acestor boli și de asemenea pot avea un impact major în stilul de viață al pacienților.

Colectarea informațiilor anamnestice și a datelor numerice s-a realizat prin intermediul chestionarelor orientate oferite pacienților, pe baza consimțământului informat. Chestionarele au urmărit pe de o parte evoluția simptomelor, a complicațiilor bolii, iar pe de altă parte modificările survenite în calitatea vieții, mai exact impactul pe care îl are această afecțiune asupra pacienților atât din punct de vedere fizic și psihic, cât și social, personal și profesional.

Pacienții au completat un chestionar format din 12 întrebări. Pentru realizarea studiului au fost selecționate 90 de cazuri, dintre care 15 au constituit grupul țintă, prin care am evidențiat impactul bolii asupra calității vieții acestor pacienți.

Principalele informații utilizate în cadrul acestui studiu au fost răspunsurile pacienților la întrebările adresate în următorul chestionar:

### Chestionar privind calitatea vieții pacienților cu patologii inflamatorii intestinale

Vă rog să-mi răspundeți la următoarele întrebări menționând:

- sexul: F / M      - vârstă: \_\_\_\_\_      - mediu de proveniență:  urban /  rural  
 - statusul educațional:  gimnazial     profesional     liceal     postliceal     facultate  
 - statusul social:  angajat     șomer     stat     privat     casnic/ă

1. Considerați că aveți o problemă de sănătate?

- da     nu     nu știu     nu mă interesează    |    Dacă DA, care \_\_\_\_\_?

2. Vă deranjează această problemă?

- da     nu     nu știu     nu mă interesează    |    Dacă DA, când \_\_\_\_\_?

3. Starea de sănătate vă afectează relația cu ceilalți?

- da     nu     nu știu     nu mă interesează    |    Dacă DA, cum \_\_\_\_\_?

4. Programul zilnic vă este perturbat/ a suferit modificări?

<sup>6</sup> Bertaux D – *L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités*, Cahiers internationaux de sociologie, 1980, LXIX, 201.

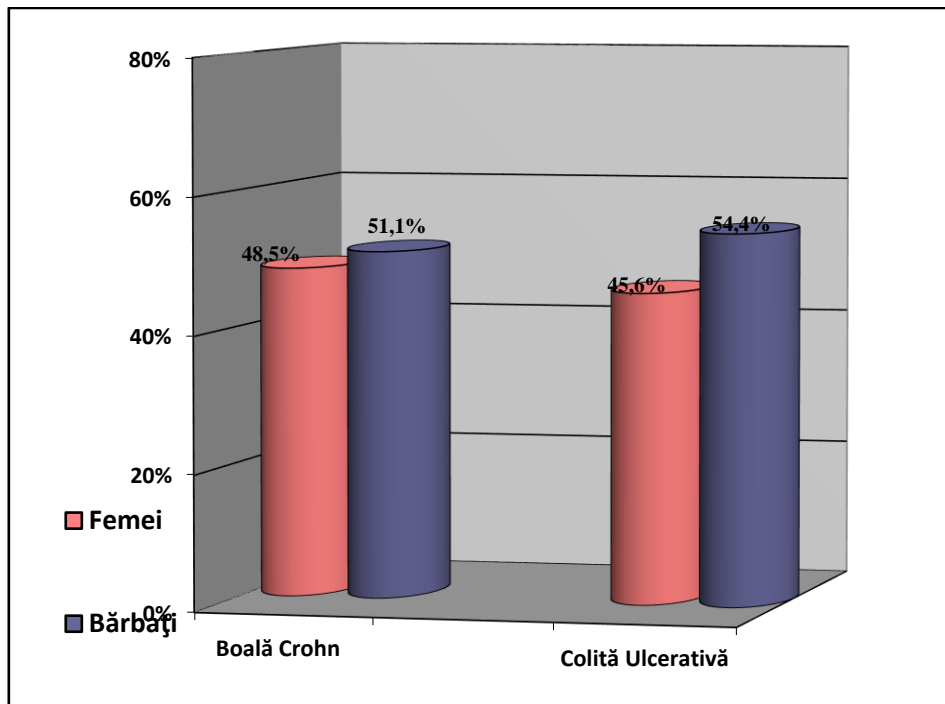
<sup>7</sup> Informația pe care medicul o preia de la bolnav/ aparținători pentru a o utiliza în vederea stabilirii diagnosticului. – cf. Bruckner I – *Tehnica examinării bolnavului și tehnica prezentării de caz*, Ed. FarmaMedia, Tîrgu Mureș, 2008, 9-10.

- da       nu       nu știu       nu mă interesează | Dacă DA, în ce sens\_\_\_\_\_?
5. Boala vă influențează viața de familie?  
 da       nu       nu știu       nu mă interesează | Dacă DA, sub ce formă\_\_\_\_\_?
6. Vă simțiți obosit/ă?  
 da       nu       nu știu       nu mă interesează | Dacă DA, când\_\_\_\_\_?
7. Ați pierdut în greutate?  
 da       nu       nu știu       nu mă interesează | Dacă DA, cât\_\_\_\_\_?
8. Mai puteți desfășura activități fizice de când aveți această boală?  
 da       nu       nu știu       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 aveți?  
 da       nu       nu știu       nu mă interesează | Dacă DA, de ce\_\_\_\_\_?
11. Considerați că este cineva responsabil pentru starea dumneavoastră de boală?  
 da       nu       nu știu       nu mă interesează | Dacă DA, cine\_\_\_\_\_?  
Dacă NU, de ce\_\_\_\_\_?
12. Considerați că este necesară o relație constantă cu medicul curant?  
 da       nu       nu știu       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 pacienților, 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 și mass mediei, care permanent critică societatea medicală.

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

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



Corelație între sex și tipul bolii  $p=0,6$  (neseemnificativ)

În urma studiului efectuat, s-a observat că vârsta afectată cu predilecție 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 viața lor.

Așa cum am menționat 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 resimțit schimbări semnificative în stilul lor de viață, plecând de la stil alimentar până la stil vestimentar; această boală impunându-le oarecum o *obligativitate* a unui stil de viață sănătos, fără alimente picante sau fast food-uri, limitarea consumului de carne, tutun, alcool.

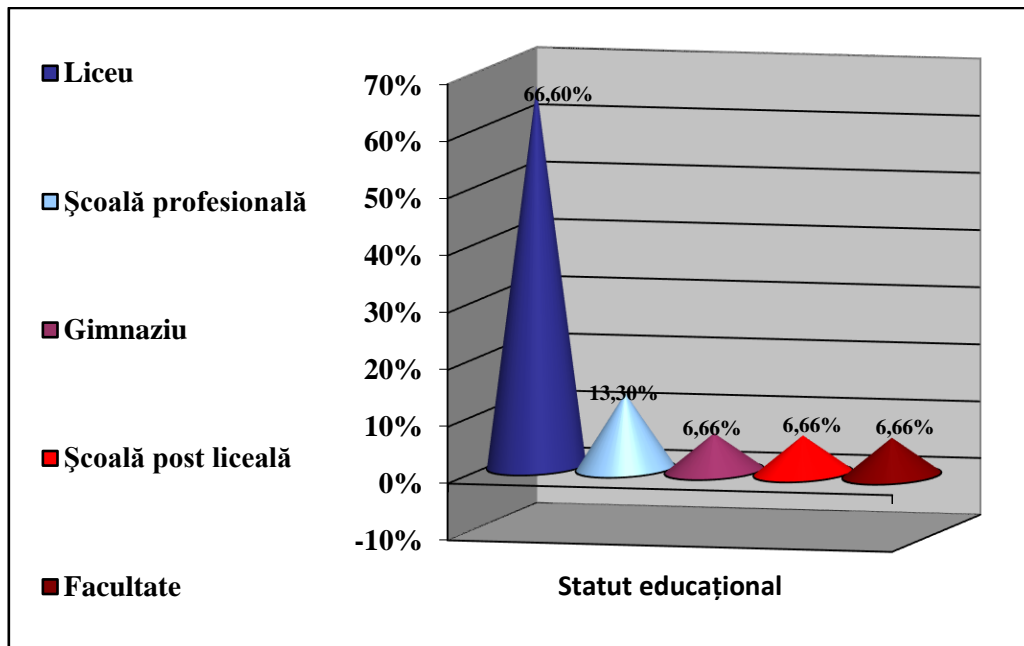
Din momentul în care pacienții simt schimbări în stilul lor de viață, practic din punct de vedere psihologic, boala vs anormalitate, crează acel disconfort psihic și fizic ce aduce disfuncționalitatea, pe o perioadă de timp limitativ sau nu, fapt observat mai ales în relația cu familia sau apartenența la comunitate<sup>8</sup>.

Dacă ne focusăm atenția asupra mediului de proveniență al tinerilor, se evidențiază faptul că majoritatea provin din mediul rural, în raport de 68%.

#### Repartiția cazurilor în funcție de mediul de proveniență

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

<sup>8</sup> Pașca MD – *Elemente de psihopedagogie nutrițională*, Ed. University Press, Târgu Mureș, 2009.



Din punct de vedere a statusului educațional se observă un pick de 66% a pacienților care au absolvit liceul și un procent relativ mic de pacienți cu studii superioare. Deși majoritatea dintre aceștia erau tineri, doar o treime erau încadrați pe piața muncii deoarece boala în evoluția ei, datorită complicațiilor, *întuiește* pacientul la domiciliu, acesta fiind dependent de *casă și implicit de familie, prieteni*, de unde apare și nevoia permanentă de sprijin moral.

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

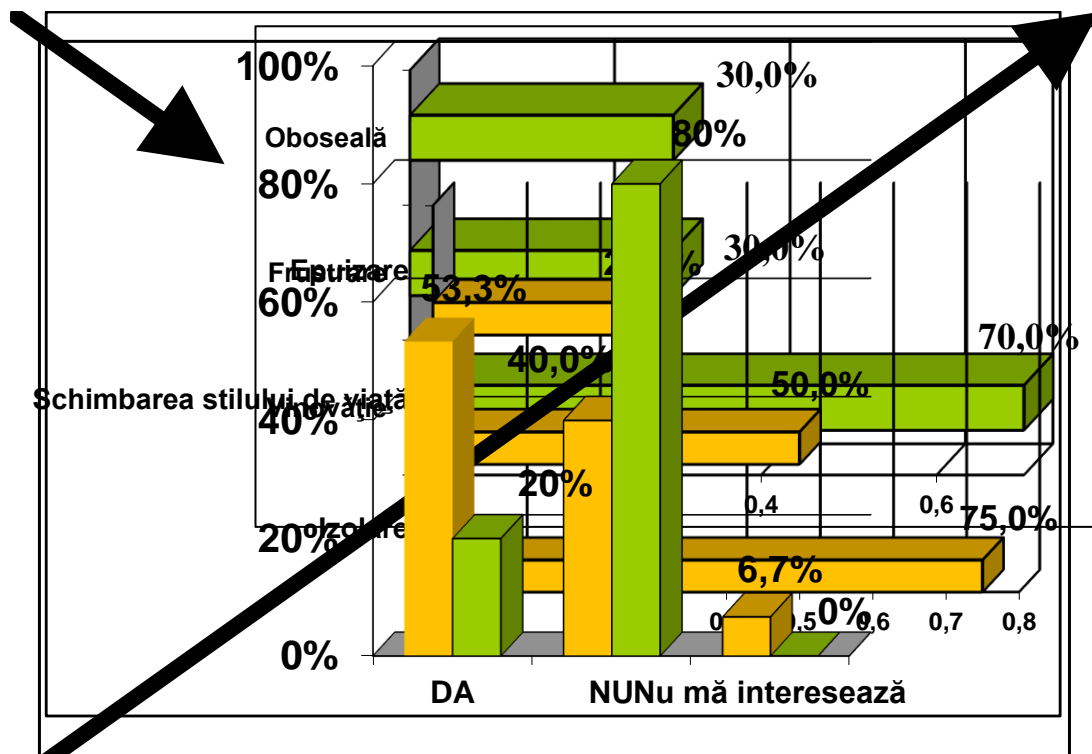
Din cele prezentate anterior, ne oprim asupra faptului că din totalul de pacienți (întrebarea 3) 53% au răspuns că boala le afectează relațiile cu cei din jur, 75% din cazuri se izolează, 50% spun că au avut loc schimbări majore ale stilului de viață, atât profesional, social, cât și personal, iar 25%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

Din totalul de pacienți 80% au răspuns că boala nu le influențează viața personală, dar cu toate acestea 20% susțin că viața lor s-a schimbat mult, sunt obosiți, frustrați; dintre aceștia 70% susțin că de când sunt bolnavi se simt vinovați, simt că sunt o „povară” pentru cei dragi și nu un sprijin.

În urma acestor răspunsuri este important pentru pacient și pentru noi să știm să ne recunoaștem gândurile, emoțiile, relațiile noastre și să fim conștienți că orice stare de *anormalitate* poate avea un impact major asupra propriului nostru corp. Emoțiile noastre ne influențează starea mentală precum și starea de sănătate, afectându-ne în special tubul digestiv<sup>9</sup>.

3. Starea de sănătate vă afectează relația cu ceilalți? Cum?
4. Boala vă influențează viața de familie? Sub ce formă?

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

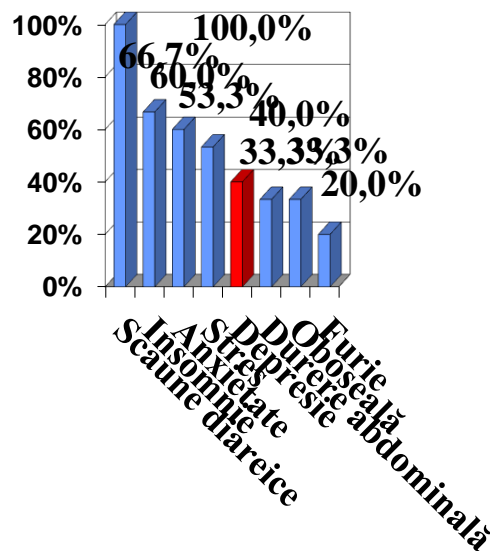
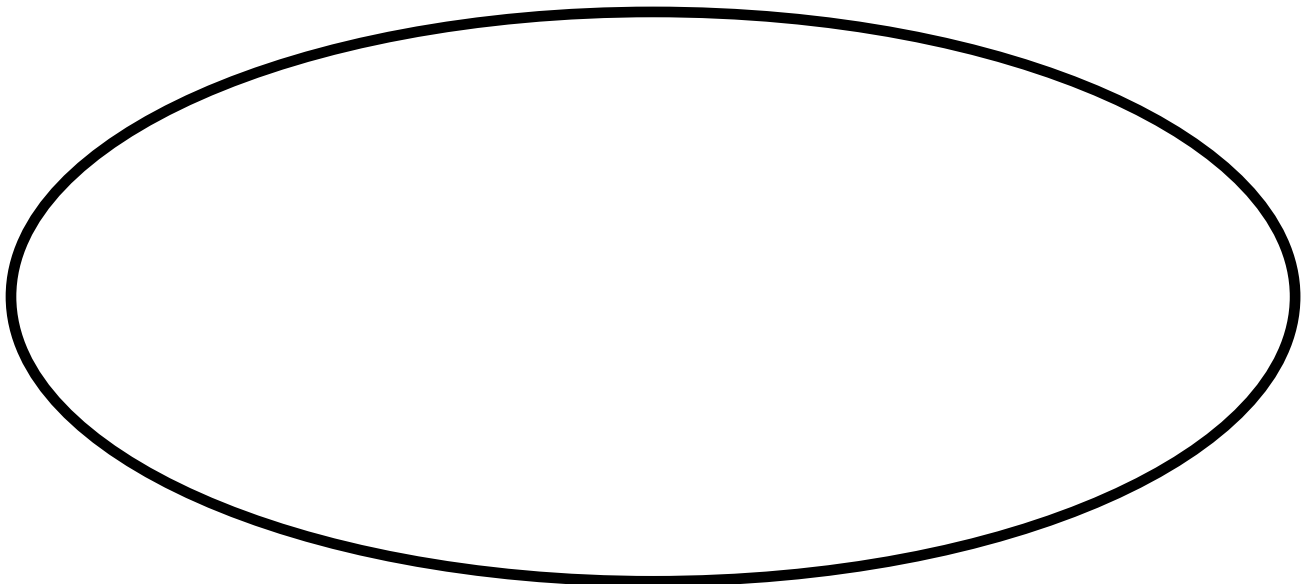


Având în vedere răspunsurile oferite de cei chestionați se observă *negativismul* cu care pacienții privesc boala și se remarcă cum această stare a pus la început stăpânire pe corp și treptat pe suflet și psihic, de unde sentimental de *disperare*, senzația de neșansă și evidentă întrebare *De ce eu?*

Celelalte întrebări au accentuat mai pronunțat starea de boală, 80% dintre pacienți susțin că programul lor zilnic s-a schimbat complet, 60% au susținut ca activitățile lor zilnice sunt limitate, mulți au afirmat că sunt dependenți de toaletă (caracteristica generală a patologiei inflamatorii intestinale fiind diareea) și 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 își asumă oarecum starea de boală și se *culpabilizează* de aceasta.

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

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



Din totalul de pacienți chestionați majoritatea au susținut că scaunele diareice multiple sunt problema majoră, sunt manifestarea clinică care îi deranjează cel mai mult; tot legat de scaune, dar într-un procent mai mic 66% sunt insomniile, mulți pacienți având scaune nocturne. Dintre pacienți 53% susțin că au devenit mai anxioși, mai stresați, chiar 40% dintre aceștia au dezvoltat tulburări depresiv-anxioase. Alți factori incriminați au fost oboseala și durerea abdominală în procent de 33%, datorită acestora activitățile fizice fiind limitate.

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

<sup>10</sup> 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.

<sup>11</sup> 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.

<sup>12</sup> 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.

La întrebarea dacă cineva este responsabil de *starea lor de boală*, 73% din pacienții chestionați afirmă că nimeni nu este responsabil, 20% dintre aceștia se autoculpabilizează, fiind fumători cronici, și un procent mic 7% lasă totul pe umerii sorții... *așa a vrut soarta...* - de unde reiese că în cele din urmă apare acceptarea, *resemnarea*, necesitatea de *compasiune* din partea familiei, apropiaților<sup>13</sup>.

La ultima întrebare referitoare la relația *medic – pacient*, toți pacienții chestionați susțin că relația cu medicul curant trebuie să fie foarte bună, sunt de părere că fără îndrumarea medicului și un tratament corect, evoluția clinico-biologică a bolii ar fi nefavorabilă, motiv pentru care o relație constantă cu medicul este un prim pas spre vindecare, acceptare a stării de boală.

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

Atât comunicarea, cât și relația *medic – pacient* necesită multă implicare, devotament, tact și profesionalism pentru a reuși să deschizi *ușa sufletului* celui cu care medicul relaționează<sup>14</sup>.

Conform jurământului lui Hipocrate fiecare cadru medical trebuie să fie neutru vis a vis de pacient, să nu existe diferențe de etnie, religie, grad de handicap deoarece rolul esențial al medicului este acela de a diagnostica și trata corespunzător fiecare pacient, indiferent de natura patologiei, fără să țină cont de celelalte aspecte.

Este o dorință general valabilă a tuturor pacienților, aceea de a fi tratați de medici cu blândețe, cu răbdare, calm, să se acorde o importanță deosebită comunicării, o atenție sporită în cele relatate de pacient deoarece acesta oferă informații prețioase pentru conduita terapeutică ulterioară.

În concluzie, în urma studiului efectuat, s-a observat că în viața fiecărui pacient au intervenit modificări atât în stilul de viață, cât și în atitudinea lor privind alimentația, vestimentația, relaționarea cu cei din jur. Dacă la început majoritatea dintre ei au perceput aceste *interziceri alimentare, fizice și psihice* ca niște *frustrări*, în timp au observat că prin punerea lor în practica de zi cu zi, apar îmbunătățiri semnificative în ceea ce privește boala și automat ce odată li se părea că este anormal în timp a devenit... *o stare de normalitate și acceptare*<sup>15</sup>.

Astfel, pacienții sunt convinși 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 ușura suferința pacientului. Din acest motiv bolnavul trebuie să înceteze să se culpabilizeze și 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/apartinători*, iar credința și speranța că totul o să fie bine este de bun augur.

Multe studii, cât și practica medicală curentă ne demonstrează că pacienții care *cred*, care luptă cu toate resursele de care dispun, care gândesc pozitiv și își focalizează eforturile spre *vindecare* au mai multe șanse de reușită comparativ cu cei care dau dovadă de un *negativism cronic*, în care își văd boala în *alb și negru*, fără nici o lumină la capătul tunelului.

<sup>13</sup> Pașca MD – *Comunicarea în relația medic - pacient*, Ed. University Press, Târgu Mureș, 2012, 109-111.

<sup>14</sup> Pașca MD – *Psihologia ușii*, Ed. Ardealul, Târgu Mureș, 2008.

<sup>15</sup> Pașca MD – *Comunicarea în relația medic – pacient*, 164-166.

Dacă între pacient și 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 și astfel șansele de reușită cresc semnificativ, astfel putem vorbi de o prevenție secundară, cu cât relația dintre medic și pacient este mai consolidată, mai *cristalină*, cu atât respectul dintre cele două părți este definitoriu pentru evoluția bolii în timp și spațiu.

Pacienții trebuie să își accepte boala ca pe o stare de normalitate și să încerce să o controleze cât mai eficient posibil. Normalitate înseamnă să nu rămâi prizonierul durerii tale și a bolii, să nu te lași învins, ci să-ți dorești din tot sufletul să mergi mai departe pentru că până la urmă poți să te bucuri de viață chiar dacă ești bolnav, până la urmă starea de boală este normalitatea ta ca și pacient pe care ți-o asumi și cu care conviețuiești.

## 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 potentialités*, Cahiers internationaux de sociologie, 1980, LXIX, 201.
3. Bruckner I – *Tehnica examinării bolnavului și tehnica prezentării de caz*, Ed. FarmaMedia, Târgu mureș, 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, Dejacó 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. Pașca MD – *Comunicarea în relația medic - pacient*, Ed. University Press, Târgu Mureș, 2012.
10. Pașca MD – *Elemente de psihopedagogie nutrițională*, Ed. University Press, Târgu Mureș, 2009.
11. Pașca MD – *Psihologia uzii*, Ed. Ardealul, Târgu Mureș, 2008.
12. Sporea I, Goldis A – *Curs de Gastroenterologie și Hepatologie*, Ed. Victor Babeș, Timișoara, 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.