

UNIVERSITATEA PEDAGOGICĂ DE STAT "ION CREANGĂ" DIN CHIȘINĂU
ȘCOALA DOCTORALĂ DE PSIHOLOGIE ȘI ASISTENȚĂ SOCIALĂ

Cu titlu de manuscris

CZU: 159.922.7:616.379-008.64-053.2(043.3)

CUCUI, CORINA

DEZVOLTAREA PSIHO-EMOȚIONALĂ
A COPIILOR CU DIABET ZAHARAT

Specialitatea: 511.02 – Psihologia dezvoltării și psihologia educațională

Teză de doctor în psihologie

Conducător științific: _____ Glavan, Aurelia, prof.univ. dr. hab.

Autor: _____ Cucui, Corina

CHIȘINĂU, 2025

© Cucui, Corina, 2025

CUPRINS

ADNOTARE	5
ANNOTATION	6
LISTA TABELELOR	7
LISTA FIGURILOR	8
LISTA ABREVIERILOR	11
INTRODUCERE	12
1. REPERE TEORETICE ÎN PROBLEMATICA DEZVOLTĂRII PSIHO-EMOȚIONALE A COPIILOR CU DIABET ZAHARAT ȘI DEFINIREA CONCEPTELOR GENERALE	
1.1. Dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu DZ în contextul teoriilor de dezvoltare și al cercetărilor actuale	20
1.2. Diabetul zaharat și dezvoltarea psiho-emoțională: o analiză a impactului	32
1.3. Reziliența asistată și posibilități de creștere a aptitudinilor și abilităților asociate rezilienței .	42
1.4. Concluzii la Capitolul 1	48
2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ ASUPRA NIVELULUI DE AFECTARE PSIHO – EMOȚIONALĂ A COPIILOR CU DIABET ZAHARAT	
2.1. Designul cercetării experimentale constatative	50
2.2. Analiza statistică, prezentarea și interpretarea rezultatelor	61
2.3. Concluzii la Capitolul 2	113
3. PROGRAM DE INTERVENȚIE PSIHOLOGICĂ PRIN REZILIENȚĂ ASISTATĂ PENTRU COPIII CU DIABET ZAHARAT	
3.1. Metodologia și conținutul experimentului formativ	115
3.2. Elaborarea și implementarea programului de intervenție psihologică prin reziliență asistată .	118
3.3. Evaluarea eficienței programului formativ	127
3.4. Concluzii la Capitolul 3	163
CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI	165
BIBLIOGRAFIE	170

ANEXE

Anexa 1.	Instrumente și formulare utilizate în cercetare	197
Anexa 2.	Designul procesului de cercetare	215
Anexa 3.	Analiza rezultatelor cercetării constatative	218
Anexa 4.	Analiza rezultatelor cercetării formative	247
Anexa 5.	Programul de intervenție psihologică prin reziliență asistată	266
Anexa 6.	Activități și exerciții folosite în cadrul programului de intervenție	279
Anexa 7.	Materiale promoționale utilizate în cadrul programul de intervenție	329
Anexa 8.	Resurse video prezentate în program.	331
Anexa 9.	Lista lucrărilor științifice la tema tezei de cercetare	333
	Declarație privind asumarea răspunderii	335
	CV-ul autorului.	336

ADNOTARE

Cucui, Corina. "Dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu diabet zaharat", Teză de doctor în psihologie. Chișinău, 2025

Structura tezei. Teza cuprinde: adnotări (română și engleză), lista abrevierilor, introducere, trei capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie din 282 surse, 10 anexe, 155 pagini text de bază, 18 tabele și 76 figuri. Rezultatele cercetării sunt prezentate în 8 reviste științifice și 3 conferințe naționale și internaționale.

Cuvinte-cheie: copii, diabet zaharat (DZ), dezvoltare psiho-emoțională, reziliență, boală cronică, distres, coping, stil parental, program de intervenție, reziliență asistată, stresori, factori de risc, factori de protecție, calitatea vieții

Domeniul de studiu: psihologia dezvoltării

Scopul cercetării: fundamentarea teoretică și experimentală a dezvoltării psiho-emoționale a copiilor cu DZ privind identificarea particularităților dezadaptative ce conduc la distres și a factorilor de risc implicați, precum și dezvoltarea unui program de intervenție psihologică bazat pe reziliență asistată orientat spre achiziția unui set de abilități reziliante necesare în confruntarea cu viitoarele adversități.

Obiectivele cercetării: studierea și argumentarea reperelor conceptuale privind particularitățile psihologice ale dezvoltării psiho-emoționale ale copilului cu DZ de vârstă școlară și stabilirea impactului diabetului zaharat asupra vieții sale emoționale și sociale, proiectarea și implementarea unei metodologii de investigare comparativă a profilului psiho-emoțional la copiii cu DZ și fără DZ, în vederea identificării diferențelor relevante și a trăsăturilor dezadaptative asociate bolii cronice, identificarea tulburărilor clinice, stresorilor și mecanismelor de coping și analiza relațiilor dintre ele; identificarea principalilor factori de risc ce pot influența negativ dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor diagnosticați cu DZ, dezvoltarea unui program de intervenție psihologică prin reziliență asistată destinat copiilor cu DZ oferindu-le un cadru de suport în depășirea adversităților, formularea unor recomandări practice, bazate pe date empirice, destinate părinților, cadrelor didactice și personalului medical pentru optimizarea intervențiilor educaționale, psihologice și de îngrijire.

Noutatea și originalitatea științifică: fundamentarea teoretică și experimentală a diferențelor dintre profilul psiho-emoțional al copiilor cu DZ și cel al copiilor fără DZ din România, printr-o analiză comparativă unică la nivel național și dezvoltarea unui program bazat pe reziliență asistată destinat copiilor de vârstă școlară cu DZ, ca răspuns la absența unor intervenții care să abordeze integrat nevoile psiho-emoționale ale acestora, într-un context în care politicile actuale din România se concentrează aproape exclusiv pe aspectele medicale. Programul propune o abordare sistemică, oferind sprijin psihologic copilului și familiei, pentru creșterea rezilienței, reglarea emoțională și îmbunătățirea calității vieții.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice constau în elaborarea unui profil psiho-emoțional al copilului cu diabet zaharat, având în vedere atât factorii de risc, cât și cei de protecție care contribuie la particularitățile acestuia în raport cu copiii fără boli cronice. Rezultatele obținute au oferit o înțelegere aprofundată a dificultăților specifice acestui grup, facilitând identificarea variabilelor explicative ale diferențelor individuale și permițând implementarea eficientă a unui program de intervenție psihologică centrat pe dezvoltarea rezilienței.

Semnificația teoretică: evidențierea particularităților dezadaptative specifice copilului cu diabet zaharat și identificarea factorilor de risc și vulnerabilitate în dezvoltarea lui psihologică care contribuie la extinderea cunoștințelor existente în domeniu prin introducerea unor perspective noi asupra impactului psihologic al bolii cronice în copilărie.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în conturarea unui cadru de înțelegere a dezvoltării psiho-emoționale a copiilor cu diabet zaharat și elaborarea unui program de intervenție psihologică bazat pe reziliență asistată care să îmbunătățească adaptarea emoțională a copiilor, contribuind la dezvoltarea unor strategii esențiale în depășirea timpurie a adversității asociate diabetului. Intervenția psihologică propusă completează planul de monitorizare și tratament al diabetului și oferă un model interdisciplinar de intervenție cu aplicabilitate practică, constituind o referință valoroasă pentru specialiștii implicați în îngrijirea și consilierea copiilor cu DZ, în special în domeniul diabetologiei juvenile și în psihologia copilului.

Implementarea rezultatelor științifice s-a concretizat în 8 articole publicate în reviste de specialitate și 3 comunicări științifice sau teze, ce au contribuit la o înțelegere aprofundată a dimensiunilor psihologice asociate diabetului zaharat în copilărie. Acestea au fost prezentate în cadrul conferințelor, în spitale și în școli, sprijinind creșterea gradului de conștientizare a vulnerabilităților psiho-emoționale ale copiilor cu boală cronică, precum și a importanței dezvoltării rezilienței. Programul este utilizat în practica psihologilor specializați care activează în spitale, centre de diabetologie și cabinete de evaluare, consiliere și psihoterapie pentru copii și oferă resurse utile pentru formarea și pregătirea părinților, profesorilor sau cadrelor medicale.

ANNOTATION

Cucui, Corina. "The psycho-emotional development of children with diabetes mellitus", Doctoral thesis in psychology. Chisinau, 2025

Thesis Structure. The thesis includes: annotations (romanian and english), list of abbreviations, introduction, three chapters, general conclusions and recommendations, bibliography of 282 sources, 10 appendices, 155 pages of main text, 18 tables and 76 figures. The research results are presented in 8 scientific journals and 3 national and international conferences.

Keywords: children, diabetes mellitus (DM), psycho-emotional development, resilience, chronic illness, distress, coping, parenting style, intervention program, assisted resilience, stressors, risk and protective factors, quality of life

Field of study: developmental psychology

Research aim: the theoretical and experimental substantiation of the psycho-emotional development of children with diabetes mellitus, focusing on the identification of maladaptive characteristics that lead to distress and the associated risk factors, as well as the development of a resilience-assisted psychological intervention program aimed at acquiring a set of resilient skills necessary in the front of future adversities.

Research objectives: studying and substantiating the conceptual benchmarks regarding the psychological particularities of the psycho-emotional development of school-aged children with diabetes mellitus, and determining the impact of diabetes on their emotional and social life; designing and implementing a methodology for the comparative investigation of the psycho-emotional profile in children with and without DM, with the aim of identifying relevant differences and maladaptive traits associated with chronic illness; identifying clinical disorders, stressors, and coping mechanisms, and analyzing the relationships among them; identifying the main risk factors that may negatively influence the psycho-emotional development of children diagnosed with DM; developing a psychological intervention program based on assisted resilience to provide children with DM a supportive framework for overcoming adversity; and formulating empirically grounded practical recommendations for parents, teachers, and healthcare professionals to optimize educational, psychological, and care-related interventions.

Scientific novelty and originality: development of a national program based on assisted resilience for school-aged children with diabetes, in response to the absence of interventions that address their psycho-emotional needs in an integrated manner, in a context where current policies in Romania focus almost exclusively on medical aspects. The program proposes a holistic and systemic approach, providing psychological support to the child and family, to increase resilience, emotional regulation and improve quality of life. The proposed model contributes to the specialized literature by recognizing the psychological dimension as being as important as the medical one and essential in long-term adaptation.

The results obtained which contribute to solving the scientific problem consist in the development of a psycho-emotional profile of children with diabetes, taking into account both risk and protective factors that influence their specific characteristics in comparison to children without chronic illnesses. These findings provided an in-depth understanding of the particular difficulties faced by this group, facilitated the identification of explanatory variables for individual differences, and enabled the effective implementation of a psychological intervention program focused on resilience development.

Theoretical significance: highlighting the maladaptive characteristics specific to children with diabetes mellitus and identifying risk and vulnerability factors in their psychological development that contribute to expanding existing knowledge in the field by introducing new perspectives on the psychological impact of chronic illness in childhood.

Applied value of the work consists in outlining a framework for understanding the psycho-emotional development of children with diabetes and developing a psychological intervention program based on assisted resilience that would improve children's emotional adaptation, contributing to the development of essential strategies in early overcoming the adversity associated with diabetes. The proposed psychological intervention complements the diabetes monitoring and treatment plan and provides an interdisciplinary model of intervention with practical applicability, constituting a valuable reference for professionals involved in the care and counseling of children with DM, especially in the field of juvenile diabetology and child psychology.

Implementation of scientific results has been concretized through the publication of 8 articles in peer-reviewed journals and 3 scientific communications or theses, contributing to a deeper understanding of the psychological dimensions associated with diabetes in childhood. These findings were presented at conferences, as well as in hospitals and schools, supporting increased awareness of the psychosocial and emotional vulnerabilities of children with chronic illness, and emphasizing the importance of resilience development. The program is applied in the practice of specialized psychologists working in hospitals, diabetes centers and child evaluation, counseling and psychotherapy clinics and it provides valuable resources for the training and education of parents, teachers, and healthcare professionals.

LISTA TABELELOR

- Tabel 2.1.** Distribuția loturilor de copii în funcție de gen și de prezența/absența DZ
- Tabel 2.2.** Distribuția eșantionului în funcție de vârstă
- Tabel 2.3.** Compararea mediei de vârstă la copiii cu DZ și fără DZ
- Tabel 2.4.** Distribuția rangurilor vârstei copiilor
- Tabel 2.5.** Comparatie a distribuțiilor de frecvență a categoriilor de gen
- Tabel 2.6.** Comparatie a distribuțiilor de frecvență a Dificultăților
- Tabel 2.7.** Distribuția nivelurilor de Inteligență emoțională
- Tabel 2.8.** Distribuția nivelurilor Stării de bine la copiii diabetici
-
- Tabel 3.1.** Programul de intervenție centrată pe familie (Părinți)
- Tabel 3.2.** Programul de intervenție centrată pe familie (Părinți - Copii)
- Tabel 3.3.** Programul de intervenție centrată pe copil
- Tabel 3.4.** Omogenitatea grupurilor în funcție de vârstă și gen
- Tabel 3.5.** Indicatori descriptivi ai distribuțiilor Anxietății (MASC) și a sub-scalelor sale pentru lotul cuprins în cercetarea experimentală (N=24)
- Tabel 3.6.** Indicatori descriptivi ai distribuțiilor Depresie (CDI) și a sub-scalelor sale pentru lotul cuprins în cercetarea experimentală (N=24)
- Tabel 3.7.** Tabel de asocierea grupului GC/GE cu nivelul Inteligenței emoționale la momentul test-retest
- Tabel 3.8.** Analiza omogenității grupurilor GC și GE în funcție de variabilele demografice (gen și vârstă)
- Tabel 3.9.** Rezultatele testului Wilcoxon privind diferența dintre nivelurile Inteligenței emoționale în cele două momente test-retest
- Tabel 3.10.** Rezultate obținute la Starea de bine asociată diabetului de către copiii cu DZ din ambele grupuri GC și GE

LISTA FIGURILOR

- Figura 1.1.** Modelul sistemelor ecologice al lui Bronfenbrenner
- Figura 1.2.** Model integrativ al bolii (după Methot și Jourdan-Ionescu, 2006; Jourdan-Ionescu, Methot și St.-Arnaud, 2006; Poneii și Hendricks, 1999)
- Figura 1.3.** Vulnerabilitatea copilului cu DZ
- Figura 2.1.** Distribuția intervalelor de vârstă din lotul de cercetare
- Figura 2.2.** Distribuția intervalelor de vârstă în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.3.** Media intervalelor de vârstă în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.4.** Distribuția de gen în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.5.** Distribuția ponderilor categoriei de gen în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.6.** Distribuția nivelurilor Anxietății (MASC) în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.7.** Nivelurile subscalei Simptome fizice și ale componentelor Tensiune/Neliniște și Somatic/Vegetativ
- Figura 2.8.** Nivelurile subscalei Simptome fizice și ale componentelor Tensiune/Neliniște și Somatic/Vegetativ în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.9.** Nivelurile subscalei Evitarea lezării și ale componentelor Perfecționism și Coping anxios
- Figura 2.10.** Distribuția nivelurilor subscalei Evitarea lezării și ale componentelor Perfecționism și Coping anxios în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.11.** Nivelurile subscalei Anxietății sociale și ale componentelor Umilință/Respingere și Frică de performanță
- Figura 2.12.** Distribuția nivelurilor subscalei Anxietate socială și ale componentelor Umilință/Respingere și Frică de performanță în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.13.** Distribuția nivelurilor Anxietății de separare/Panică în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.14.** Distribuția nivelurilor Indexului Tulburării anxioase în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.15.** Nivelurile subscalei scor total al Depresiei și ale componentelor sale
- Figura 2.16.** Distribuția nivelurilor scor total al Depresiei și ale componentelor sale în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.17.** Distribuția nivelurilor de manifestare a Mecanismelor de coping
- Figura 2.18.** Nivelurilor de manifestare a Mecanismelor de coping în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.19.** Nivelurile subscalei Dificultăți și ale componentelor sale

- Figura 2.20.** Nivelurilor Dificultăților și ale componentelor sale în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.21.** Nivelurile subscalei Amenințări și ale componentelor sale
- Figura 2.22.** Nivelurilor subscalei Amenințări și ale componentelor sale în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.23.** Distribuția nivelului Inteligenței emoționale
- Figura 2.24.** Distribuția nivelului Inteligenței emoționale în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.25.** Distribuția Stilurilor parentale
- Figura 2.26.** Distribuția Stilurilor parentale în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.27.** Distribuția Stilurilor parentale în funcție de gen
- Figura 2.28.** Distribuția Stilurilor parentale în funcție de vârstă
- Figura 2.29.** Distribuția subscalelor Calității vieții (QoL)
- Figura 2.30.** Distribuția nivelurilor subscalelor Calității vieții (QoL) în funcție de prezența/absența DZ
- Figura 2.31.** Distribuția nivelurilor Stării de bine la copiii diabetici
- Figura 2.32.** Distribuția nivelurilor Stării de bine la copiii diabetici în funcție de gen
- Figura 2.33.** Distribuția nivelurilor Stării de bine la copiii diabetici în funcție de vârstă
- Figura 3.1.** Structura multidimensională a rezilienței
- Figura 3.2.** Obiectivele specifice ale cercetării
- Figura 3.3.** Abordarea tridimensională a intervenției terapeutice
- Figura 3.4.** Analiza Anxietății (scor total MACS) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.5.** Analiza Anxietății (scor total MACS) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.6.** Analiza Anxietății (Simptome fizice) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.7.** Analiza Anxietății (Simptome fizice) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.8.** Analiza Anxietății (Evitarea lezării) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.9.** Analiza Anxietății (Evitarea lezării) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.10.** Analiza Anxietății (Anxietatea de separare) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.11.** Analiza Anxietății (Anxietatea de separare) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.12.** Analiza Anxietății (Indice Tulburare anxioasă) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.13.** Analiza Anxietății (Indice Tulburare anxioasă) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.14.** Analiza Anxietății (Anxietate socială) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.15.** Analiza Anxietății (Anxietate socială) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.16.** Analiza Depresiei (scor total CDI) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.17.** Analiza Depresiei (scor total CDI) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.18.** Analiza Depresiei (Dispoziție negativă) Test-Retest pentru grupul GE

- Figura 3.19.** Analiza Depresiei (Dispoziție negativă) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.20.** Analiza Depresiei (Probleme interpersonale) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.21.** Analiza Depresiei (Probleme interpersonale) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.22.** Analiza Depresiei (Ineficiență) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.23.** Analiza Depresiei (Ineficiență) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.24.** Analiza Depresiei (Anhedonie) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.25.** Analiza Depresiei (Anhedonie) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.26.** Analiza Depresiei (Autodevalorizare) Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.27.** Analiza Depresiei (Autodevalorizare) Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.28.** Analiza Inteligenței emoționale Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.29.** Analiza Inteligenței emoționale Test-Retest pentru grupul GC
- Figura 3.30.** Analiza comparativă a Mecanismelor de Coping Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.31.** Analiza comparativă a Mecanismelor de Coping GC vs GE
- Figura 3.32.** Analiza comparativă a Dificultăților Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.33.** Analiza comparativă a Dificultăților GC vs GE
- Figura 3.34.** Analiza comparativă a Amenințărilor Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.35.** Analiza comparativă a Amenințărilor GC vs GE
- Figura 3.36.** Distribuția Stării de bine asociate diabetului ("Diabetes Wellbeing")
- Figura 3.37.** Analiza comparativă a Stării de bine asociate diabetului ("Diabetes Wellbeing") în funcție de gen
- Figura 3.37.** Analiza comparativă a Stării de bine asociate diabetului ("Diabetes Wellbeing") în funcție de vârstă
- Figura 3.38.** Analiza comparativă a Calității vieții Test-Retest pentru grupul GE
- Figura 3.39.** Analiza comparativă a Calității vieții GC vs GE

LISTA ABREVIERILOR

CDI® – Children Depression Inventory

MASC® – Multidimensional Anxiety Scale for Children

CATS – Children’s Automatic Thoughts Scale

SDQ – Strenghts and Difficulties Questionnaire

KINDL^R - Health-Related Quality of Life

KIDCOPE – The KidCope Questionnaire

QoL – Quality of Life

DZ – Diabet zaharat

IE – Inteligența emoțională

GD – Grup copii cu diabet

GnD – Grup copii non-diabet

GE – Grup experimental

GC – Grup de control

N – Număr subiecți

SPSS – Statistical Package for Social Sciences

OMS – Organizația Mondială a Sănătății

CNAS – Casa Națională de Asigurări de Sănătate

OECD – Organizația pentru Cooperare și Dezvoltare Economică

IDF – Federația Internațională de Diabet

WHO – World Health Organisation

APA – American Psychological Association

INTRODUCERE

Actualitatea și importanța temei. Problematika abordată este extrem de actuală, ținând cont de creșterea alarmantă a incidenței diabetului zaharat în lume și de necesitatea de a dezvolta intervenții eficiente care să susțină nu doar sănătatea fizică, ci și pe cea psihologică. DZ reprezintă o problemă de sănătate publică la nivel mondial [272], cu impact major asupra dezvoltării psiho-emoționale și asupra întregului ecosistem din care copilul face parte. Managementul DZ trebuie să depășească aspectul medical, implicând o abordare holistică a situației copilului cu diabet zaharat [148], cu concentrare deosebită asupra motivațiilor, aspirațiilor și trăirilor sale emoționale, atât pentru susținerea responsabilizării progresive, cât și pentru mobilizarea resurselor interne în situații critice [118]. Sprijinul suplimentar este esențial în special, în cazul copiilor de vârstă școlară, pentru dezvoltarea abilităților sociale și emoționale, precum rezolvarea conflictelor, autodisciplina, lucrul în echipă, încrederea, autoeficacitatea sau gestionarea emoțiilor [182, 191].

Datele statistice actuale evidențiază o creștere a prevalenței DZ la copii și adolescenți, atât în România (4081 de cazuri), cât și în Republica Moldova (786 cazuri), unde se observă o tendință ascendentă în rândul copiilor între 0–14 ani [239]. La nivel global, IDF estimează că 1,1 milioane de copii trăiesc cu DZ, cu așteptări de creștere la 2,5 milioane până în 2040. Europa raportează cele mai mari incidente, iar țările cu dezvoltare medie înregistrează cele mai accelerate creșteri. Incidența DZ la copiii sub 15 ani ajunge la 22,9/100.000 în Germania, iar în SUA crește anual cu 1,4% [273]. Costurile de îngrijire sunt ridicate, mai ales în prezența complicațiilor. Aceste date subliniază necesitatea urgentă de intervenții integrate și sisteme de sprijin eficiente, pentru a gestiona povara tot mai mare a DZ și pentru a îmbunătăți calitatea vieții copiilor [37]. În acest context, ținând cont că DZ este o boală restrictivă și invalidantă, studiul abordează acest subiect de maximă actualitate, cu implicații importante pentru politicile de sănătate publică și intervențiile specifice, deschizând noi perspective în cercetare și intervenții pentru sănătatea copiilor [271]. Atât în România, cât și în Republica Moldova se resimte acut lipsa unor programe integrate care să abordeze în mod holistic dezvoltarea rezilienței. Inițiativele existente sunt limitate și se axează preponderent pe psihoeducație, în timp ce intervențiile orientate spre îmbunătățirea calității vieții pe termen lung și susținerea dezvoltării copiilor sunt rare [97]. Planurile naționale din ambele țări vizează în principal aspectele medicale și prevenirea complicațiilor, neglijând aspectele psihologice și necesitatea sprijinirii rezilienței în fața adversităților. Deși există câteva programe educaționale – cum ar fi „Ai diabet – mergi la școală” [278], „Școala pacienților cu DZ” [279], tabere educaționale și programe de telemedicină – acestea nu asigură intervenție psihologică. Pe plan internațional, modele de intervenție, precum Programul SWEET sau The BETTER Project evidențiază eficiența abordărilor multidisciplinare care integrează sănătatea mintală, educația nutrițională, suportul social și terapia fizică în vederea îmbunătățirii calității vieții copiilor cu DZ [277]. Având în vedere lipsa unor intervenții care să includă în mod sistematic afectările psiho-emoționale în tabloul psihologic de dezvoltare al copilului cu DZ,

prezenta cercetare își propune să investigheze următoarea problemă centrală: ***În ce măsură și prin ce metode pot fi sprijiniți copiii cu DZ în dezvoltarea rezilienței?***

Conceptul de abordare multidisciplinară și integrativă în gestionarea DZ la copii se bazează pe conștientizarea complexității bolii și a impactului său asupra sănătății fizice, emoționale și sociale a copilului. Abordarea combină diverse dimensiuni pentru a oferi un suport cuprinzător pentru adaptarea și dezvoltarea optimă a copiilor cu DZ. „*Numai integrarea celor patru dimensiuni: bio-medicală, pedagogică, psihologică și susținerea pacientului și a familiei sale va stimula procesul de autoîngrijire, de adaptare și de transformare a personalului medical, cât și a pacientului*” [8].

Cercetătorii subliniază importanța acestei abordări în gestionarea DZ la copii, esențială pentru a facilita nu doar adaptarea și autoîngrijirea copilului, dar și susținerea persoanelor implicate în îngrijirea acestuia [141]. Abordarea multidisciplinară, suportul psihologic și implicarea activă a familiei sunt esențiale pentru a ajuta copiii să gestioneze eficient boala cronică și să ducă o viață cât mai aproape de normal [182].

În abordarea multidisciplinară, echipa de specialiști include medici, asistente, psihologi, dieteticieni și educatori pentru sănătate, care lucrează împreună pentru a oferi o îngrijire holistică [231]. Suportul psihologic și implicarea activă a familiei sunt esențiale în dezvoltarea abilităților de autoîngrijire, consolidarea rezilienței și asigurarea unei calități a vieții mai bune pentru copil. Reiterăm că îngrijirea centrată pe nevoile copilului cu DZ se referă atât la abordarea de tratament medical, dar și la necesitatea suportului psiho-emoțional prin programe specifice de intervenție dezvoltate și desfășurate de către psihologi. Analizând beneficiile și limitările studiilor actuale, cercetătorii și clinicienii pot sprijini mai bine bunăstarea emoțională și psihologică a copiilor [109, 245].

Prin această teză se propune o abordare inovatoare, de tip holistic și sistemic, care aduce o contribuție semnificativă la literatura de specialitate. Este promovat un model de îngrijire centrat pe nevoile copilului, în care componenta psihologică este tratată cu aceeași importanță ca și cea medicală. Studiul are potențialul de a îmbogăți cunoașterea științifică prin explorarea și analiza complexității vieții psihologice a copiilor cu DZ aflați în dezvoltare, concentrându-se asupra dificultăților psiho-emoționale ale acestora și oferind o perspectivă comparativă cu cea a copiilor non-diabetici. Evaluarea exhaustivă a dimensiunilor psihologice este esențială în formularea unor concluzii solide, ce sunt ulterior integrate în planul de intervenție printr-un program de reziliență asistată, având ca scop creșterea rezilienței și implicit, a calității vieții copiilor cu DZ. Această abordare sistemică recunoaște că problemele de sănătate nu afectează doar individul, ci au un impact substanțial asupra întregii unități familiale. Studiul subliniază importanța implicării părinților în procesul de intervenție. Considerăm că atât dezvoltarea, cât și sănătatea copiilor sunt strâns legate de dinamica familială [33]. De asemenea, integrarea viziunii familiei în studiul despre diabet, este în consonanță cu tendințele actuale din literatura de specialitate care subliniază importanța

sprijinului psihologic și familial în managementul bolilor cronice, așa cum au subliniat și Hood et al. [118] și Young et al. [267].

Intervenția psiho-aplicativă, prin dezvoltarea unui program de reziliență asistată ca răspuns la constatările studiului, reprezintă o inovație importantă, contribuind la crearea de resurse terapeutice specifice, care să sprijine copiii în gestionarea emoțiilor și a stresului asociat cu diabetul zaharat. Avantajul suplimentar constă în faptul că metodologia propusă poate fi extinsă pentru a sprijini orice copil cu boală cronică.

Descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemei de cercetare.

Complexitatea tiparului psihologic al copilului cu DZ este determinată de o multitudine de factori genetici, psihologici, de mediu și contextuali, întărind necesitatea unei evaluări complexe și a unui suport intervențional adaptat [58, 114]. Impactul psihosocial al diabetului încă din copilărie nu afectează doar copilul, ci implică familia, școala și societatea în ansamblu, ceea ce induce necesitatea unei abordări integrate la nivelul politicilor de sănătate publică pentru a sprijini dezvoltarea armonioasă a copiilor afectați [59].

Diagnosticul, dar și intervenția precoce sunt esențiale în prevenirea complicațiilor și asigurarea unei vieți cât mai aproape de normal pentru copiii cu DZ [41]. Suportul psihologic joacă un rol important în gestionarea DZ, prin creșterea rezilienței și îmbunătățirea calității vieții copiilor. De aceea, se impune o evaluare complexă a calității vieții copilului diabetic, care să țină seama de aspecte precum simptomele fizice și managementul bolii, dar și de dezvoltarea psiho-emoțională, punând accent pe creșterea rezilienței [121, 254].

DZ la copii reprezintă o problemă majoră de sănătate ce necesită o abordare multidisciplinară [231]. Copiii cu DZ se confruntă cu numeroase provocări emoționale și psihologice, date de natura cronică a bolii. Aceasta implică necesitatea unei monitorizări constante, disciplină și un management riguros [91]. Printre principalele dificultăți pe care diabetul le creează sunt: stresul, teama de hipoglicemie și responsabilitățile suplimentare [53]; simptome depresive cauzate de boală și/sau izolare; frustrare și resentimente generate de restricțiile alimentare și de rutina strictă; izolare socială datorată monitorizării glicemiei în public și probleme de adaptare la schimbările impuse de boală, cu impact asupra școlii, vieții de familie și relațiilor de prietenie [238].

Copilul cu DZ se confruntă de timpuriu cu provocări emoționale și psihologice semnificative, manifestând uneori apatie și retragere sau chiar devenind ostil și dificil de mulțumit [138]. Modul în care acesta își percepe boala poate determina retragerea de la obligațiile zilnice, dependență față de îngrijitori sau chiar comportamente problematice. Sprijinul echipei medicale, specialiștilor și familiei este esențial pentru bunăstarea copilului cu boală cronică [231, 150]. Copiii nu pot controla situațiile de stres la fel de bine ca adulții, însă resursele lor de adaptare se dezvoltă mult mai de timpuriu pentru a îmbunătăți capacitatea de gestionare a stresului [233].

Teza prezentă s-a bazat pe studiul cercetărilor anterioare care au subliniat legătura dintre diabet și necesitatea adoptării unui stil de viață adaptativ, accentuând importanța creșterii rezilienței pentru a face față bolii sau altor evenimente stresoare viitoare. Reziliența copiilor cu DZ reprezintă un aspect relevant în gestionarea bolii, dar și în menținerea unei calități superioare a vieții. Aceasta se referă la capacitatea copiilor de a face față provocărilor și dificultăților asociate cu boala cronică, dar și distresului, făcându-i să se raporteze pozitiv la situații dificile din viitor [113]. Creșterea rezilienței asigură o mai bună adaptare psihologică pe termen lung și contribuie la gestionarea eficientă a bolii cronice, facilitând astfel, o viață echilibrată și normală.

În literatura de specialitate, cercetările au subliniat eficiența intervențiilor educaționale și psihologice în managementul diabetului prin îmbunătățirea controlului glicemic și reducerea problemelor comportamentale, în special atunci când sunt implementate imediat după diagnostic [99, 174]. Ellis și Bernard [66] au investigat impactul intervențiilor comportamentale și cognitive asupra stărilor emoționale ale copiilor. Rezultatele lor sugerează că intervențiile bine concepute pot reduce ostilitatea și alte emoții negative. Studiile care examinează impactul diabetului asupra stării emoționale a copiilor, cum ar fi lucrările lui Wysocki et al. [265], subliniază importanța abordării aspectelor psihologice și emoționale în managementul diabetului. Conflictele familiale au fost identificate ca predictori ai problemelor comportamentale, întărind importanța abordărilor de echipă în gestionarea bolii [116]. O meta-analiză din 19 studii a arătat că intervențiile de promovare a rezilienței au dus la îmbunătățiri semnificative ale hemoglobinei HbA1c și au redus stresul asociat, demonstrând că astfel de intervenții sunt eficiente pe termen scurt în îmbunătățirea managementului diabetului și a stării psihologice a adolescenților [76]. Teoriile rezilienței subliniază importanța suportului familial, a relațiilor sociale și a strategiilor de coping pozitiv în gestionarea stresului legat de DZ [107, 49]. Cercetările recente din psihologia pozitivă și a sănătății sugerează că factori precum optimismul și autoeficacitatea contribuie la o mai bună adaptare și management al diabetului [241]. Alte studii au evidențiat că copiii cu DZ au o calitate a vieții mai scăzută și niveluri mai ridicate de suferință psihologică în comparație cu copiii non-diabetici, subliniind nevoia de intervenții specifice care să abordeze reglarea emoțională și abilitățile de rezolvare a problemelor [214, 190], în timp ce nivelurile mai ridicate de reziliență sunt asociate cu o mai bună calitate a vieții și niveluri mai scăzute de suferință psihologică [159]. O meta-analiză din 22 de studii a evidențiat că copiii cu DZ sunt mai predispuși la dificultăți psihologice, cum ar fi depresia și anxietatea, în comparație cu copiii sănătoși [208]. Conform acestor studii, efectele au o amploare mică până la medie, totuși este de menționat că, în ciuda utilizării strategiilor de coping adaptativ, cum ar fi rezolvarea de probleme și căutarea de sprijin social, copiii cu boli cronice continuă să experimenteze un nivel ridicat de suferință psihologică [168]. Importanța strategiilor adaptative de coping în gestionarea impactului psihologic al bolilor cronice subliniază necesitatea intervențiilor care să vizeze îmbunătățirea acestor strategii și oferirea sprijinului psihologic pentru reducerea stresului și îmbunătățirea bunăstării generale.

În concluzie, dezvoltarea rezilienței constă în menținerea unei bune calități a vieții și adaptarea la provocările induse de diabet, recomandându-se integrarea strategiilor de coping adaptativ în planul intervențiilor psihologice pentru sprijinirea bunăstării generale a copiilor diagnosticați cu boli cronice [137, 113]. Este deci, necesar să ne concentrăm pe dezvoltarea unor programe de consolidare a rezilienței care să abordeze reglarea emoțională, sprijinul social și abilitățile de rezolvare a problemelor [152].

Scopul cercetării constă în fundamentarea teoretică și experimentală a dezvoltării psiho-emoționale a copiilor cu DZ privind identificarea particularităților dezadaptative ce conduc la distres și a factorilor de risc implicați, precum și dezvoltarea unui program de intervenție psihologică bazat pe reziliență asistată orientat spre achiziția unui set de abilități reziliente necesare în confruntarea cu viitoarele adversități.

În întregul demers științific – teoretic, empiric și aplicativ – am fost ghidați de următoarele **obiective de cercetare**:

1. studierea și argumentarea reperelor conceptuale privind particularitățile psihologice ale dezvoltării psiho-emoționale ale copilului cu DZ de vârstă școlară și stabilirea impactului diabetului asupra vieții sale emoționale și sociale;
2. proiectarea și implementarea unei metodologii de investigare comparativă a profilului psiho-emoțional la copiii cu DZ și cei fără DZ, în vederea identificării diferențelor relevante și a trăsăturilor dezadaptative asociate bolii cronice;
3. identificarea tulburărilor clinice de internalizare/externalizare, a stresorilor și a mecanismelor de coping și analiza relațiilor dintre ele cu impact asupra dezvoltării și a vieții copiilor cu DZ;
4. identificarea principalilor factori de risc ce contribuie negativ la dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor diagnosticați cu DZ;
5. elaborarea unui plan de intervenție psihologică ce vizează creșterea rezilienței la copiii cu DZ, evaluarea eficacității programului privind dezvoltarea mecanismelor și strategiilor adaptative care facilitează adaptarea și schimbarea, oferindu-le un cadru de suport pentru depășirea adversităților;
6. formularea concluziilor și identificarea direcțiilor pentru viitoare cercetări teoretice și empirice, precum și elaborarea recomandărilor utile pentru părinți, educatori, psihologi, alți specialiști și cadre medicale implicate în îngrijirea copiilor cu DZ.

Ipoteza generală a cercetării s-a bazat pe asumția de diferențiere semnificativă între profilul psiho-emoțional de dezvoltare al copiilor cu DZ față de cel al copiilor non-diabetici, presupunând că acesta este puternic determinat de factori de vulnerabilitate psihică și fizică și de prezența unui număr mai mare de factori de risc.

Rezultatele obținute care contribuie la soluționarea problemei științifice constau în elaborarea unui profil psiho-emoțional al copilului cu DZ, având în vedere atât factorii de risc, cât și cei de protecție care contribuie la particularitățile acestuia în raport cu copiii sănătoși. Rezultatele obținute au oferit o

înțelegere aprofundată a dificultăților specifice acestui grup, facilitând identificarea variabilelor explicative ale diferențelor individuale și permițând implementarea eficientă a unui program de intervenție psihologică centrat pe dezvoltarea rezilienței.

Noutatea și originalitatea științifică constau în fundamentarea teoretică și experimentală a diferențelor dintre profilul psiho-emoțional al copiilor cu DZ și cel al copiilor fără DZ din România, printr-o analiză comparativă unică la nivel național și dezvoltarea unui program bazat pe reziliență asistată destinat copiilor cu DZ, ca răspuns la absența unor intervenții care să abordeze integrat nevoile psiho-sociale ale acestora, într-un context în care politicile actuale din România se concentrează aproape exclusiv pe aspectele medicale. Implementarea programului psiho-aplicativ dedicat creșterii rezilienței psihologice, care să poată fi corelat cu planul medical de monitorizare și tratament al diabetului, reprezintă o inovație relevantă atât în psihologia clinică pediatrică, cât și în domeniul managementului bolilor cronice la copil. Această abordare contribuie nu doar la ameliorarea stării emoționale a copiilor, ci și la formarea unor strategii timpurii de adaptare eficientă la boală și la dificultățile asociate, promovând dezvoltarea rezilienței psihologice. Studiul este original prin abordarea integrată a mai multor dimensiuni psihologice oferind valoare exploratorie și potențial de replicare și în alte medii. Contribuția științifică a cercetării constă în integrarea unei abordări sistemice în evaluarea și intervenția asupra dificultăților psiho-emoționale întâlnite la copiii cu DZ, oferind sprijin psihologic copilului și familiei pentru creșterea rezilienței, reglarea emoțională și îmbunătățirea calității vieții.

Semnificația teoretică. Evidențierea particularităților dezadaptative specifice copilului cu diabet zaharat și identificarea factorilor de risc și vulnerabilitate în dezvoltarea lui psihologică care contribuie la extinderea cunoștințelor existente în domeniu prin introducerea unor perspective noi asupra impactului psihologic al bolii cronice în copilărie. Elaborarea unui tablou psihologic extins al copilului cu DZ oferă o perspectivă complexă asupra factorilor care influențează dispoziția afectivă, performanța școlară, funcționarea socială și calitatea vieții. Deși intervențiile medicale sunt fundamentale în managementul bolii, literatura de specialitate subliniază că ele nu pot acoperi în totalitate complexitatea vieții cotidiene a copilului cu DZ [42]. Cercetarea aduce o contribuție semnificativă prin integrarea dimensiunii psihologice și sociale într-un model de intervenție comprehensiv, care vizează dezvoltarea rezilienței. Astfel, studiul propune o extindere a paradigmei dominante medicale, prin completarea acesteia cu date empirice relevante pentru susținerea psihologică. Prin această abordare integrativă, se deschid noi direcții de cercetare și intervenție, cu impact asupra politicilor educaționale, de sănătate publică și de sprijin familial.

Valoarea aplicativă a lucrării constă în conturarea unui cadru de înțelegere a dezvoltării psiho-emoționale a copiilor cu diabet zaharat și elaborarea unui program de intervenție psihologică bazat pe reziliență asistată care să îmbunătățească adaptarea emoțională a copiilor, contribuind la dezvoltarea unor strategii esențiale în depășirea timpurii a adversității asociate diabetului. Intervenția

psihologică propusă completează planul de monitorizare și tratament al diabetului și oferă un model interdisciplinar de intervenție cu aplicabilitate practică, constituind o referință valoroasă pentru specialiștii implicați în îngrijirea și consilierea copiilor cu DZ, în special în domeniul diabetologiei juvenile și în psihologia copilului. Programul de intervenție psihologică duală, care vizează atât copilul, cât și familia, poate servi drept model metodologic pentru specialiștii din domeniu, oferind o structură coerentă pentru organizarea intervențiilor orientate spre îmbunătățirea calității vieții și susținerea dezvoltării echilibrate în contextul unei boli cronice.

Metodologia cercetării științifice a fost structurată și s-a bazat pe **a) metode teoretice** precum studierea cercetărilor din domeniu și a literaturii de specialitate, care ne-a permis identificarea zonelor neexplorate de către cercetători și ajustarea obiectivelor de cercetare, **b) metode empirice** prin aplicarea unor teste și chestionare: Scala Multidimensională de Anxietate pentru Copii (MASC®); Inventarul de Depresie pentru Copii (CDI®); Chestionar pentru Capacități și Dificultăți (SDQ); Scala de gânduri automate pentru copii și adolescenți (CATS); Chestionarul KIDCOPE; Chestionarul KID-KINDL^R; Chestionar privind Stilurile parentale; Test pentru IE, acestea ne-au ajutat să colectăm datele despre participanți și să stabilim variabilele cercetării, **c) metode statistice** prin care datele de cercetare au fost prelucrate: distribuția rezultatelor, tendința centrală, evaluarea abaterilor, omogenitatea eșantioanelor, teste de corelație, de comparare a variabilelor sau de diferențiere, care ne-au oferit o bază solidă de dovezi pentru concluziile cercetării și **d) metode analitice** care au implicat interpretarea și integrarea rezultatelor obținute, permițând o înțelegere aprofundată a relațiilor dintre variabilele studiate și formularea unor concluzii relevante. Abordarea a facilitat identificarea unor pattern-uri și conexiuni semnificative, contribuind la validarea ipotezelor și la dezvoltarea de recomandări bazate pe dovezi. Rezultatele cercetării au fost stabilite prin prelucrare statistică cu ajutorul programului SPSS. Colectarea datelor a fost realizată în perioada 2018 – 2020, iar intervenția psihologică aplicativă și cercetarea experimentală au fost realizate în perioada 2022 – 2024, fiind întrerupte de pandemia cu virusul SARS-Cov 2, din cauza vulnerabilității crescute a pacienților cu diabet la virus. Eșantionul de 200 de copii a fost selectat din școli de pe întreg teritoriul României, ceea ce asigură o reprezentativitate bună la nivel național. La cercetare au participat 100 de copii de vârstă școlară între 8 și 14 ani fără DZ și 100 de copii cu diabet zaharat tip 1, în pondere echivalentă de vârstă și gen, din totalul de 3440 de copii cu diabet cuprinși în evidența CNAS România raportați în anul 2018. Vârsta participanților, între 8 și 14 ani, este relevantă pentru a observa diferențele în dezvoltarea emoțională și socială. Cercetarea include de asemenea, un program de intervenție pe lotul formativ, comparând apoi rezultatele și măsurând reușita programului cu copiii proveniți din lotul experimental general.

Sumarul structurii tezei. Teza cuprinde adnotări, lista abrevierilor, introducere, 3 capitole, concluzii generale și recomandări, bibliografie și anexe.

În **Introducere** sunt argumentate actualitatea, necesitatea, cât și importanța temei de cercetare, pornind de la contextul științific actual al problematicii abordate. Au fost descrise scopul general, obiectivele și ipotezele cercetării, dar și problema centrală la care studiul trebuie să răspundă. A fost expus suportul teoretic conceptual și metodologia cercetării, descrierea situației în domeniul de cercetare și identificarea problemei de cercetare. Accentul a căzut pe noutatea și originalitatea, precum și pe valoarea practico-aplicativă a studiului.

Capitolul 1 denumit *”Repere teoretice în problematica dezvoltării psiho-emoționale a copiilor cu diabet zaharat și definirea conceptelor generale”* reprezintă fundamentarea teoretică a dezvoltării psiho-emoționale ale copiilor diabetici de vârstă școlară și definește conceptele fundamentale pentru înțelegerea problematicii generale. Acesta prezintă în ce măsură DZ afectează dezvoltarea copiilor și de asemenea, explică conceptele principalelor teorii de dezvoltare și ale cercetărilor actuale, inclusiv pe cele legate de vulnerabilitate-stres și de reziliență asistată.

Capitolul 2 denumit *”Cercetarea experimentală asupra nivelului de afectare psiho-emoțională a copiilor cu diabet zaharat”* cuprinde scopul, ipotezele, criteriile de excludere, descrierea eșantionului de cercetare sub aspectul reprezentativității și omogenității, precum și descrierea detaliată a instrumentelor de evaluare administrate copiilor și părinților în faza de strângere a datelor, analiza statistică a datelor, prin compararea, corelarea, prezentarea și interpretarea rezultatelor experimentului constatat.

Capitolul 3 denumit *”Program de intervenție psihologică prin reziliență asistată pentru copiii cu diabet zaharat”* descrie experimentul formativ, împreună cu metodologia de lucru și datele rezultate în urma aplicării programului asupra lotului de copii diabetici vizați. Sunt descrise obiectivele, principiile programului de intervenție, tehnicile și procedeele, etapele și cadrul acestuia. Totodată, am constatat eficiența acestuia prin compararea și evidențierea diferențelor obținute între copiii din grupul de control test și grupul experimental test, din grupul experimental test și cei din grupul experimental retest, copiii din grupul de control test și cei din grupul de control retest.

Teza se finalizează cu prezentarea **Concluziilor generale și Recomandărilor** care sintetizează principalele idei și rezultate științifico-experimentale ale cercetării, ajutându-ne să adresăm recomandări privind direcțiile de cercetare viitoare asupra necesității de sprijin prin programe dedicate ale copiilor diagnosticați cu DZ aflați la vârsta școlară, în plină dezvoltare. Tot aici sunt prezentate provocările și limitele pe care le implică introducerea programului într-un sistem integrat cu cel medical existent și implementarea lui prin specialiști din domeniu.

„Ceea ce trebuie să ținem minte, mai presus de toate, în educarea copiilor noștri, este faptul că dragostea lor de viață nu trebuie să scadă niciodată”
(Natalia Ginzburg, The Little Virtues, 1989) [79]

1. REPERE TEORETICE ÎN PROBLEMATICA DEZVOLTĂRII PSIHO-EMOȚIONALE A COPIILOR CU DIABET ZAHARAT ȘI DEFINIREA CONCEPTELOR GENERALE

1.1. Dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu DZ în contextul teoriilor de dezvoltare și al cercetărilor actuale

Dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor de vârstă școlară reprezintă un proces complex, influențat de interacțiunea dintre factorii biologici, psihologici și sociali. În analiza acestui proces, am luat în considerare mai multe teorii esențiale ale dezvoltării umane, printre care teoriile lui Erik Erikson, Lawrence Kohlberg, Jean Piaget, B.F. Skinner, precum și conceptele de inteligență emoțională, stres, reziliență dezvoltate de Daniel Goleman și alți cercetători. Acestea oferă un cadru comprehensiv în înțelegerea modului în care copiii de vârstă școlară își dezvoltă abilitățile sociale și emoționale. Este important de subliniat că dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu diabet zaharat poate prezenta diferențe semnificative față de cea a copiilor non-diabetici, în principal din cauza provocărilor suplimentare asociate cu gestionarea unei afecțiuni cronice. Înțelegerea acestor diferențe ajută la dezvoltarea intervențiilor și a programelor dedicate care să abordeze nevoile specifice ale copiilor cu diabet zaharat, pentru a favoriza o dezvoltare sănătoasă și adaptativă în fața provocărilor cu care se confruntă.

Sentimentul de inferioritate și dezvoltarea sentimentului de competență sunt esențiale în contextul dezvoltării psihosociale a copiilor, în special pentru cei cu DZ. Alfred Adler a definit conceptul de **sentiment de inferioritate** ca fiind o parte normală a experienței umane, care devine problematic atunci când conduce la nevroze sau la comportamente dezadaptative. Această stare psihologică se caracterizează prin percepția unei persoane ca fiind inferioară altora, adesea ca rezultat al comparațiilor sociale [1]. Această percepție poate fi rezultatul unor frustrări, lipsuri sau dificultăți în diverse domenii, cum ar fi aspectul fizic, dizabilități, abilitățile sociale sau realizările academice. Sentimentul de inferioritate influențează negativ stima de sine și conduce la probleme de integrare socială. *“Sentimentele de inferioritate pot fi definite folosind construcțiile empiric stabilite ale stimei de sine, autoeficacității generale și autoeficacității în abținere.”* [143]. Erik Erikson, în teoria sa despre dezvoltarea psihosocială, definește stadiul „Industria vs. Inferioritate” (între 6-12 ani) ca o etapă în care copiii dobândesc sentimentul de **competență prin realizări și recunoașteri personale**. Acest stadiu este deosebit de important pentru construirea unei stime de sine sănătoase și a **autoeficacității**, succesul în activitățile școlare și recunoașterea din partea adulților sunt fundamentale [69]. Această teorie descrie parcursul individului prin existența a

opt stadii de dezvoltare, fiecare fiind definit printr-o criză specifică ce trebuie rezolvată pentru a se asigura o evoluție sănătoasă. Rezolvarea conflictului asociat cu acest stadiu duce la trăiri pozitive, precum **sentimentul de competență**, în timp ce eșecul în depășirea acestuia este corelat cu trăiri negative, precum sentimentul de inferioritate și inadecvarea.

În cazul copiilor cu diabet zaharat, acest stadiu poate fi provocator, deoarece managementul unei boli cronice le poate influența modul în care își percep propriile realizări, accentuând sentimentul de inferioritate. Copiii cu DZ pot resimți că sunt diferiți de ceilalți, din cauza restricțiilor alimentare, a monitorizării constante a glicemiei sau a administrării de insulină. Restricțiile asociate diabetului pot interfera cu participarea la activități sociale și școlare, îngreunând integrarea în grupuri și amplificând sentimentul de excludere prin stigmatizare [184]. Din acest motiv, copiii cu diabet au dificultăți în menținerea unei imagini de sine pozitive, în special în comparație cu egalii lor. *“Copiii cu boli cronice pot dezvolta sentimente de inferioritate, iar acestea pot afecta atât starea lor emoțională, cât și starea de sănătate fizică.”* [247]. Nevoia de competență, așa cum a fost definită și de Ryan & Deci [216], se referă la dorința individului de a se simți eficient în activitățile sale, subliniind importanța de a percepe acțiunile ca având un impact pozitiv, fiind recunoscute și valorizate de către ceilalți. Odată cu începerea școlii, apare prima **comparație socială**. Astfel, o abordare corespunzătoare din partea părinților, dar și a învațătorilor vor dezvolta un simț al competenței sau dimpotrivă, printr-o atitudine necorespunzătoare, pot provoca sentimente de inferioritate [102, 103]. Succesul aduce cu sine un sentiment de încredere în forțele proprii, în timp ce eșecul construiește o imagine de sine negativă, un sentiment de inadecvare și de incapacitate care determină comportamentul ulterior de învățare [68]. Cea mai frecventă greșeală a părinților este de a-și compara permanent copilul cu alți copii, aceste comparații și reacții defavorabile adâncind profund sentimentul de inferioritate și inadecvare. Nerezolvarea corespunzătoare a acestui stadiu va cântări decisiv în rezolvarea satisfăcătoare a următoarei perioade de criză, deosebit de importantă în viziunea lui Erikson și anume, criza adolescenței [67]. Pe măsură ce copiii cresc și intră în adolescență, stadiul „Identitate vs. Confuzie de rol” (între 12-18 ani) devine prioritar. Această etapă este caracterizată de explorarea rolurilor sociale și căutarea identității, puternic influențate de interacțiunile sociale și de condițiile de sănătate [251]. Adolescenții cu diabet se confruntă cu provocări specifice care pot complica formarea identității lor, boala devenind o parte centrală, care generează confuzie între sinele personal și provocările legate de gestionarea diabetului. Adolescenții vor experimenta anxietate legată de apartenență și de acceptarea socială, având dificultăți în a se integra în grupuri datorită limitărilor impuse de diabet. Aceste dificultăți le amplifică percepțiile negative despre propria persoană și le afectează procesul de formare a identității. Sentimentul de inferioritate asociat cu stigmatizarea și excluderea, au un impact profund asupra stimei de sine și a dezvoltării sănatoase a adolescenților cu DZ [143]. Aceste teorii sugerează că sprijinul emoțional adecvat și incluziunea socială ajută copiii cu diabet să depășească sentimentul de inferioritate

și să-și dezvolte un sentiment de competență. Intervențiile multidisciplinare care abordează nevoile psihologice ale acestor copii sunt esențiale în promovarea sănătății mentale și a dezvoltării personale, iar cercetările recente subliniază importanța dezvoltării sentimentului de competență la copiii cu DZ [157]. Sprijinul din partea părinților, prietenilor și personalului medical are un impact deosebit asupra imaginii de sine. Copiii care primesc suport emoțional susținut tind să dezvolte un sentiment mai ridicat de competență și stimă de sine și sunt mai activ implicați în gestionarea bolii. Studiile sugerează că copiii cu DZ care beneficiază de sprijin din partea profesorilor și colegilor și care sunt încurajați să participe activ la activități sociale, dezvoltă un sentiment mai puternic de competență și apartenență [27]. Aceste interacțiuni pozitive ajută la diminuarea sentimentului de inferioritate și la prevenirea depresiei, dar și a altor probleme emoționale. Prin urmare, abordările multidisciplinare, care implică colaborarea între familie, școală, psihoterapeuți și echipa medicală sunt determinante în sprijinirea dezvoltării sentimentului de competență la copiii cu DZ [3]. Aceste strategii nu doar că îmbunătățesc managementul bolii, dar promovează și o imagine de sine pozitivă, permițând copiilor să gestioneze mai eficient provocările legate de boală.

Jean Piaget a propus o teorie a **dezvoltării cognitive**, subliniind importanța stadiilor prin care copiii trec în procesul de învățare. În special, perioada cuprinsă între 7 și 11 ani este caracterizată de stadiul operațiilor concrete, în care copiii își dezvoltă capacitatea de a gândi logic și de a înțelege relațiile cauzale [204]. Acest stadiu este esențial pentru copiii cu DZ, deoarece le permite să facă față provocărilor specifice gestionării bolii. În această etapă, copiii încep să aplice concepte logice în contexte variate, dezvoltând soluții practice pentru problemele cu care se confruntă. De exemplu, un copil cu diabet învață să monitorizeze nivelul glicemiei și să ajusteze regimul alimentar în funcție de rezultatele obținute, ceea ce îi îmbunătățește abilitățile de gestionare a sănătății. Potrivit lui Piaget, gândirea concret-operativă le permite copiilor să înțeleagă mai bine perspectivele altora, aspect important în dezvoltarea relațiilor sociale [198]. Pe măsură ce copiii devin mai conștienți de emoțiile și de nevoile lor, dezvoltarea autocunoașterii devine importantă [220]. Acest lucru nu doar că le îmbunătățește capacitatea de a comunica despre boala lor, ci le și dezvoltă inteligența emoțională, permițându-le să recunoască și să gestioneze emoțiile legate de diabet, cum ar fi teama de hipoglicemie [28, 84]. Aceste abilități contribuie la integrarea socială a copiilor, permițându-le să interacționeze mai eficient cu egalii și adulții [204]. Dezvoltarea abilităților cognitive din stadiul operațiilor concrete contribuie, de asemenea, la creșterea independenței copiilor în gestionarea propriului diabet. Aceasta include administrarea insulinei, monitorizarea glicemiei și planificarea meselor, care dezvoltă încrederea în sine și autonomia. Pe măsură ce copiii își asumă responsabilitatea pentru managementul bolii, ei își întăresc și stima de sine, aspect esențial pentru sănătatea psihosocială. Putem afirma că stadiul operațiilor concrete, conform lui Piaget, este relevant pentru copiii cu DZ, oferindu-le instrumentele necesare pentru a face față provocărilor zilnice. Sprijinul emoțional și educația

adecvată pot ajuta acești copii să dezvolte abilități de coping eficiente și să își îmbunătățească integrarea socială.

Teoria **ecologică a dezvoltării umane** a lui Urie Bronfenbrenner oferă și ea un cadru valoros pentru înțelegerea modului în care copiii cu diabet își dezvoltă abilitățile de socializare, își gestionează emoțiile sau își construiesc relații interumane sănătoase. Această teorie subliniază importanța interacțiunilor dintre diferitele sisteme ecologice în care copilul este integrat, oferind astfel o perspectivă holistică asupra dezvoltării acestuia. Potrivit modelului bio-ecologic al lui Bronfenbrenner, dezvoltarea unui copil este influențată de interacțiunile din mediul său, inclusiv familia, școala și grupul de egali [30], dar și de interacțiunea dintre diferitele sisteme ecologice:

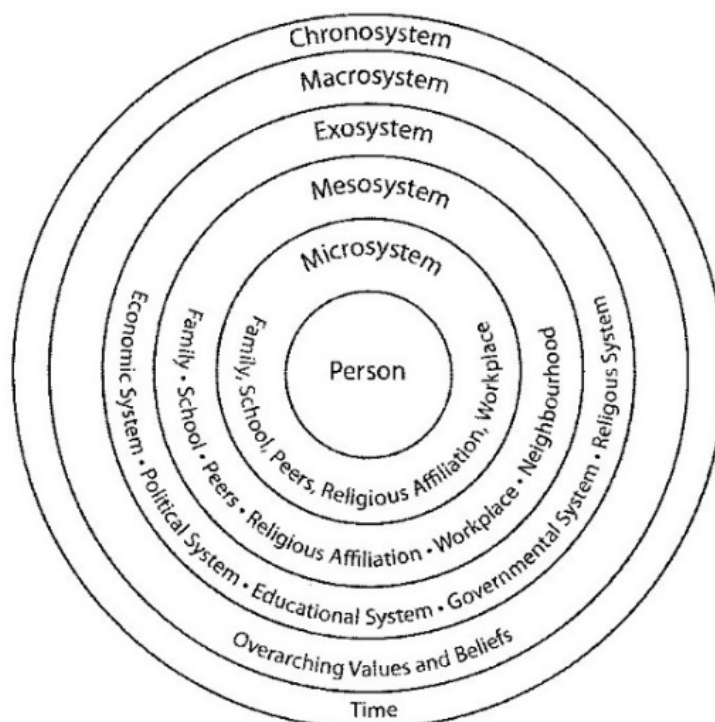


Figura 1.1. Modelul sistemelor ecologice al lui Bronfenbrenner

1. Microsistemul

Familia: Copiii cu DZ depind foarte mult de sprijinul și de înțelegerea familiei. Relațiile strânse cu părinții și frații contribuie la gestionarea adecvată a bolii. Un mediu familial care implică deschiderea și comunicarea despre diabet ajută la reducerea anxietății și la îmbunătățirea autocontrolului.

Școala: În cadrul școlii, interacțiunile cu profesorii și cu colegii influențează semnificativ stima de sine a copilului și felul în care acesta se simte integrat social. Sprijinul din partea educatorilor și a colegilor este important pentru a ajuta copiii cu DZ să se simtă acceptați și să-și dezvolte abilități sociale.

Grupurile de prieteni: Relațiile cu ceilalți copii, în special cu cei care înțeleg provocările diabetului, oferă de asemenea, un sentiment de apartenență și sprijin emoțional. Prietenii joacă un rol important în ajutarea copiilor să își gestioneze boala sau problemele, oferindu-le suport în momente dificile.

2. Mezosistemul

Interacțiunile dintre microsisteme: Relația dintre familia copilului și școală este importantă pentru dezvoltarea acestuia. Comunicarea eficientă între părinți și profesori ajută la adaptarea strategiilor de gestionare a diabetului la școală, asigurându-se că nevoile copilului sunt îndeplinite.

Colaborarea cu specialiștii: Interacțiunile dintre specialiștii din domeniul sănătății, educatori și familii sunt esențiale pentru crearea unui mediu de sprijin care favorizează învățarea și gestionarea diabetului.

3. Exosistemul

Influențe externe: Aspecte ce țin de programul părinților sau de politicile de sănătate publică pot influența disponibilitatea resurselor de sprijin pentru acești copii. De exemplu, un program de muncă flexibil le permite părinților să participe mai activ la gestionarea sănătății copilului și să le ofere suport emoțional mai consistent.

Accesul la îngrijire medicală: Accesul la servicii medicale adecvate este prioritar pentru monitorizarea și gestionarea diabetului. În același timp, o rețea de suport care include medici, dieteticieni și psihoterapeuți poate influența semnificativ sănătatea și bunăstarea copilului.

4. Macrosistemul

Normele culturale și valorile: Culturile diferite oferă abordări diferite în ceea ce privește sănătatea și educația, influențând percepția despre diabet și managementul său. De exemplu, societățile care promovează incluziunea și acceptarea pot reduce stigmatizarea copiilor cu DZ, favorizând mult mai ușor integrarea acestora în grupuri sociale.

Politicile guvernamentale: Legislația influențează major resursele disponibile pentru copiii cu DZ privind programele de educație și cele ce țin de sănătate și acces la medicamente și la servicii de susținere.

5. Cronosistemul

Schimbările din viața copilului: Începerea școlii, mutarea la o nouă școală, schimbările în familia copilului sau anumite evenimente istorice, precum pandemii etc. influențează la rândul lor, modul în care copilul își gestionează diabetul. Schimbările din rutina zilnică le afectează stabilitatea emoțională și capacitatea de adaptare.

Dezvoltarea personală: Pe măsură ce copiii cresc și învață cât mai multe despre boala lor, aceștia își dezvoltă abilități de coping și-și ajustează strategiile de gestionare a diabetului, în acest fel îmbunătățindu-și relațiile sociale și sfera emoțională.

Teoria ecologică a lui Bronfenbrenner ne arată complexitatea dezvoltării copiilor și importanța mediului în care aceștia cresc, iar cercetarile actuale subliniază și ele importanța mediului în dezvoltarea copiilor cu DZ, având un impact semnificativ asupra sănătății lor fizice și emoționale. Hilliard, M.E. și Knafl et al. [114, 132] subliniază importanța sprijinului familial în adaptarea copiilor. Părinții care sunt informați și implicați în managementul bolii ajută la reducerea stresului emoțional al copiilor și la îmbunătățirea rezultatelor lor de sănătate [242]. Potrivit lui Whittemore et al. [261], educația diabetului

în școli contribuie la creșterea conștientizării colegilor și a profesorilor, facilitând integrarea socială a copiilor cu DZ. Programele de formare contribuie la dezvoltarea empatiei și la reducerea stigmatizării. Mussen [175] evidențiază impactul relațiilor cu colegii asupra ajustării psihosociale a copiilor. Aceste relații le oferă suport emoțional și contribuie la dezvoltarea unor abilități de socializare sănătoase. Prin intermediul acestor studii se conturează imaginea copilului cu DZ ca fiind influențat major de multiplele sale medii ecologice.

Teoria comportamentală, în special prin contribuțiile lui B.F. Skinner, oferă un cadru util pentru a înțelege cum copiii, inclusiv cei cu DZ, își dezvoltă comportamentele și motivația. Această teorie subliniază rolul esențial al întăririi în formarea comportamentului, unde comportamentele dorite sunt consolidate prin recompense, iar comportamentele nedorite sunt reduse prin absența întăririlor sau prin aplicarea consecințelor negative. În cazul copiilor cu DZ, întărirea pozitivă poate fi folosită pentru a recompensa comportamentele care respectă regimul de tratament, cum ar fi monitorizarea regulată a glicemiei, respectarea dietei sau administrarea insulinei [133]. Studiile arată că întărirea pozitivă poate îmbunătăți aderența la tratament și comportamentele sanogene [89]. Implementarea unui sistem de recompense poate stimula copiii să se angajeze activ în managementul bolii lor, dezvoltându-le, în același timp, abilități de autoreglare și responsabilizare. **Întărirea negativă** se referă la eliminarea unui stimul neplăcut ca rezultat al unui comportament dorit. Astfel, un copil care se conformează tratamentului și își monitorizează glicemia va evita situațiile de urgență medicală, precum episoadele de hipoglicemie. Această formă de întărire ajută copiii să înțeleagă consecințele comportamentelor lor. Teoria lui Skinner sugerează de asemenea, și importanța modelării comportamentului. Prin observarea și imitarea comportamentului altora, copiii învață cum să-și gestioneze diabetul în mod eficient. De exemplu, un educator sau un părinte care respectă regulile de alimentație și de monitorizare a glicemiei sau a sănătății poate influența în bine comportamentele copilului. În consecință, teoria comportamentală, prin intermediul conceptelor lui B.F. Skinner, oferă instrumente valoroase pentru încurajarea comportamentelor sănătoase ale copiilor cu DZ.

La rândul său, Lawrence Kohlberg a dezvoltat teoria **dezvoltării morale**, pornind de la lucrările lui Jean Piaget. Aceasta reprezintă un cadru important pentru felul în care oamenii își dezvoltă judecățile morale. Kohlberg a propus șase stadii de raționament moral, grupate în trei niveluri: preconvențional, convențional și postconvențional. Conform teoriei sale, în stadiul preconvențional, gândirea se caracterizează prin externalitatea controlului, a instanței morale care judecă și evaluează [135]. Acest nivel este predominant în copilărie și se concentrează pe conformarea la reguli pentru a evita pedeapsa sau pentru a obține recompense. Ca urmare, comportamentele copilului sunt caracterizate prin dependență și supunere. Această teorie, bazată pe etapele de dezvoltare ale judecății morale, poate fi aplicată și pentru a înțelege modul în care copiii cu DZ își formează comportamentele și valorile în contextul gestionării bolii cronice. În stadiul preconvențional, copiii își bazează comportamentele pe evitarea pedepselor sau

pe obținerea de recompense. Copiii cu DZ manifestă o conformare la regulile legate de gestionarea bolii (de exemplu, monitorizarea glicemiei) pentru a evita consecințele negative, cum ar fi hipoglicemia. Cercetările sugerează că copiii care percep gestionarea diabetului ca fiind asociată cu recompense (de exemplu, momentele în care pot mânca ceea ce le place) pot avea un comportament mai pozitiv față de autoîngrijire [102]. În perioada școlară, majoritatea copiilor se află la nivelul moralității convenționale, care pune accent pe respectarea regulilor și pe dorința de a evita dezaprobarea socială. Acest context este deosebit pentru copiii cu diabet, care trebuie să respecte reguli stricte legate de gestionarea bolii, cum ar fi monitorizarea glicemiei și respectarea dietei. Acest proces contribuie nu doar la dezvoltarea conștiinței morale, dar îi și ajută să înțeleagă importanța responsabilității personale. Copiii cu diabet se confruntă adesea cu o supra-responsabilizare suplimentară, care le testează capacitatea de a face alegeri morale. De exemplu, nerespectarea regimului de tratament poate avea consecințe negative nu doar asupra sănătății lor, ci și asupra bunăstării familiei. Această conștientizare le dezvoltă o moralitate bazată pe responsabilitate, atât față de ei înșiși, dar și față de cei din jur. Experiențele legate de diabet pot contribui la o sensibilitate crescută față de suferințele celorlalți. Copiii care se confruntă cu provocări legate de gestionarea diabetului pot dezvolta empatie față de alți copii cu probleme de sănătate, ceea ce conduce la comportamente prosociale, cum ar fi sprijinul colegilor sau implicarea în activități de voluntariat [60]. În stadiul convențional, copiii încep să internalizeze normele sociale și morale și încep să caute aprobarea grupului. Aceasta este o nouă etapă importantă pentru copiii cu DZ, deoarece dorința de acceptare socială influențează modul în care aceștia își gestionează boala. Un studiu de Miller și DiMatteo [169] a demonstrat că copiii cu DZ care se bucură de susținere socială din partea colegilor se simt mai motivați să respecte regimul de tratament și să participe la activități sociale. Pe măsură ce copiii avansează în dezvoltarea morală, aceștia își îmbunătățesc abilitățile de cooperare și de comunicare. De exemplu, copiii cu DZ pot colabora cu colegii lor pentru a participa la activități fizice care respectă regimul lor alimentar, promovând astfel nu doar sănătatea personală, ci și relațiile interumane [135]. În ceea ce privește stadiul post-convențional, copiii încep să-și dezvolte propriile principii morale, inclusiv înțelegerea complexității normelor sociale. Copiii cu DZ, în special în adolescență, încep să conteste regulile externe și să dezvolte o înțelegere mai aprofundată a responsabilității personale. Studii realizate de Jenkinson et al. și Van der Ven et al. [122, 248] subliniază că adolescenții cu diabet care își dezvoltă o identitate personală și o înțelegere a responsabilităților legate de sănătate tind să aibă o mai bună autoeficacitate. Astfel, abordările psihologice care integrează teoria morală a lui Kohlberg pot îmbunătăți nu doar sănătatea fizică, ci și bunăstarea emoțională a copiilor, favorizând o adaptare pozitivă la provocările cu care se confruntă. Prin promovarea empatiei și a responsabilității, copiii vor învăța să fie mai atenți la nevoile colegilor lor și să își dezvolte abilități de coping mai eficiente. Această analiză evidențiază cum dezvoltarea morală a copiilor cu DZ este influențată de responsabilitățile specifice ale bolii, contribuind la o înțelegere mai profundă a empatiei și responsabilității în contextul interacțiunilor sociale.

Modul în care copiii, în special cei cu DZ, își gestionează emoțiile și relațiile interumane este explicat și prin prisma teoriei **inteligenței emoționale**, dezvoltată de Daniel Goleman. Această teorie se bazează pe conceptul inițial de inteligență emoțională formulat de Salovey și Mayer și subliniază importanța abilităților emoționale în dezvoltarea personală și socială a indivizilor. În contextul diabetului, autocunoașterea emoțională permite copiilor să identifice și să-și exprime mai bine emoțiile asociate cu gestionarea bolii, cum ar fi anxietatea sau frustrarea [84, 12]. Această conștientizare îi ajută pe aceștia să facă alegeri mai informate privind tratamentul și să solicite suportul necesar. Deosebit de importantă este capacitatea de a-și controla și regla emoțiile, mai ales în situațiile stresante legate de sănătate, dar nu numai [75]. Programele educaționale care dezvoltă abilități de reglare emoțională ajută copiii să facă mai bine față provocărilor legate de diabet, cum ar fi monitorizarea glicemiei și respectarea dietelor stricte [39]. Empatia sau abilitatea de a înțelege emoțiile altora este importantă pentru construirea relațiilor interumane pozitive [84]. Aceasta ar putea îmbunătăți sprijinul social pentru copiii cu DZ, contribuind la dezvoltarea unor relații mai sănătoase și încurajatoare în comunitatea lor. În ciuda diabetului, copiii învață să-și comunice eficient nevoile, lucru care conduce la obținerea suportului din partea colegilor și a adulților [13]. Integrarea acestor dimensiuni ale inteligenței emoționale în programele psiho-educative pentru copiii cu DZ ar putea favoriza nu doar gestionarea bolii, ci și dezvoltarea unor abilități sociale, esențiale pentru succesul pe termen lung. De exemplu, copiii care își dezvoltă empatia devin mai atenți la nevoile celorlalți, ceea ce le îmbunătățește relațiile interumane și le reduce sentimentul de izolare. În concluzie, teoria inteligenței emoționale a lui Goleman oferă o bază teoretică solidă pentru intervențiile destinate copiilor cu DZ, subliniind importanța dezvoltării competențelor sociale și emoționale în gestionarea sănătății lor. Aceasta le îmbunătățește calitatea vieții, dar contribuie și la formarea unei identități emoționale puternice și sănătoase. De asemenea, cercetările actuale au arătat că programele care integrează abilități de inteligență emoțională pot reduce anxietatea și pot îmbunătăți starea de bine emoțională a copiilor cu DZ, sprijinind astfel un management mai eficient al bolii [77]. O altă viziune subliniază că dezvoltarea empatiei în rândul copiilor cu DZ contribuie la construirea unei rețele sociale de sprijin. De exemplu, un studiu realizat de Pires et al. [199] sugerează că copiii care își dezvoltă abilități empatice sunt mai bine adaptați din punct de vedere social, ceea ce poate reduce sentimentul de izolare și stigmatizare asociat cu boala. Un alt studiu efectuat de Silverstein et al. [231] a evidențiat faptul că abilitățile sociale, precum gestionarea relațiilor și comunicarea eficientă, sunt esențiale pentru succesul copiilor cu DZ. Aceste abilități le permit copiilor să ceară ajutor și să interacționeze pozitiv cu colegii și adulții, contribuind la o mai bună adaptare socială și emoțională.

Teoria atașamentului, dezvoltată de John Bowlby și Mary Ainsworth, evidențiază importanța relațiilor timpurii în formarea atașamentului și influența acestuia asupra dezvoltării psiho-socio-emoționale a copiilor, inclusiv a celor cu DZ. Această teorie subliniază faptul că un atașament sigur, stabilit în copilărie, contribuie la o mai bună gestionare a stresului și emoțiilor, aspecte esențiale pentru

copiii cu boală cronică. Un atașament securizant permite copiilor să-și dezvolte abilități sociale mai complexe, precum empatia și abilități de comunicare, esențiale în gestionarea relațiilor interumane sau a provocărilor legate de diabet [26, 29]. Această abordare este completată de perspectivele lui Jean Piaget, care subliniază progresele intelectuale ale copiilor, dar și de teoria lui Urie Bronfenbrenner, care consideră că influențele contextuale contribuie la dezvoltarea psiho-socio-emoțională a copiilor. Aceste teorii interacționează pentru a oferi o înțelegere holistică a dezvoltării copiilor, subliniind importanța atât a relațiilor de atașament, cât și a mediului social în care aceștia se dezvoltă. Copiii cu DZ care dezvoltă un atașament sigur au șanse mai mari să gestioneze în mod pozitiv emoțiile asociate cu boala. Studiile sugerează că acești copii beneficiază de relații de încredere cu părinții și îngrijitorii, care le oferă suportul emoțional necesar în fața provocărilor. Atașamentele sănătoase favorizează comunicarea deschisă, esențială în abordarea preocupărilor legate de diabet, precum ar fi anxietatea și frustrarea [129]. Un atașament securizant le permite copiilor să formeze relații sociale mai sănătoase cu egali și adulții. Această capacitate de a stabili legături solide contribuie la adaptarea socială, cât și la succesul academic [29]. Copiii care au dobândit un atașament sănătos sunt mai predispuși să colaboreze și să comunice eficient, aspect ce poate îmbunătăți experiența lor educațională. Cercetările recente sugerează că stilurile de atașament influențează semnificativ modul în care copiii cu DZ își gestionează boala. De exemplu, un atașament evitant poate duce la o gestionare mai slabă a diabetului, în timp ce un atașament securizant este asociat cu comportamente mai proactive în controlul bolii [244]. Aceste constatări subliniază importanța intervențiilor care vizează îmbunătățirea calității relațiilor parentale. Pentru a sprijini copiii cu DZ, părinții ar trebui să dezvolte abilități de comunicare și empatie, promovând un mediu de încredere și siguranță. Este bine ca intervențiile să includă formarea părinților în tehnici de comunicare eficientă și înțelegerea stilurilor de atașament și de parenting, pentru a crea un mediu de sprijin care să ajute copiii să se simtă în siguranță și încrezători în gestionarea bolii lor. Promovarea unui atașament sigur în rândul copiilor cu DZ este esențială pentru dezvoltarea lor emoțională și socială în mod sănătos. Astfel, teoria atașamentului oferă și ea un cadru valoros pentru înțelegerea modului în care relațiile parentale influențează abilitățile sociale și gestionarea emoțională a copiilor, evidențiind astfel necesitatea de a aborda aceste aspecte în intervențiile terapeutice.

Conceptul vulnerabilitate-stres explică apariția bolilor ca rezultat al interacțiunii dintre vulnerabilitatea biologică și stresul psihologic. Biochimistul Hans Selye a descris în 1936 [228] răspunsul organismului la stres prin trei faze: faza de alarmă, faza de rezistență și faza de epuizare. Stresul acut stimulează sistemul imunitar, însă stresul cronic afectează echilibrul hormonal și funcția imună, crescând riscul de apariție a bolilor, precum diabetul. Studiile sugerează că evenimentele stresante din copilărie, precum despărțirile sau pierderile, pot tripla riscul de dezvoltare a diabetului zaharat, afectând activitatea antigenilor implicați în autoimunitate [150]. Un studiu suedez realizat de o echipă de cercetare a Universității din Linköping (studiul ABIS) a analizat peste 17.000 de copii cu vârste între 2 și 14 ani pentru a

evalua impactul evenimentelor stresante asupra riscului de diabet zaharat. Evenimentele analizate au inclus conflicte familiale, șomaj, schimbări ale structurii familiei și intervenții din partea serviciilor sociale. La finalul studiului, 58 dintre copii au fost diagnosticați cu diabet zaharat [105]. Diabetul zaharat apare atunci când sistemul imunitar atacă și distruge celulele beta din pancreas, care produc insulina. Cercetătorii au descoperit că stresul psihologic poate contribui la deteriorarea celulelor beta prin creșterea cererii de insulină și a rezistenței la insulină, stimulând eliberarea de cortizol, un hormon al stresului. Evenimentele severe de viață în primii 14 ani de viață au fost corelate cu un risc crescut de DZ, cu un risc relativ de 1,82 pentru copiii care au experimentat astfel de evenimente. Deși cauzele diabetului zaharat sunt complexe și implică atât factori genetici, cât și de mediu, studiile sugerează că stresul psihologic poate fi un factor declanșator [122]. Predispoziția genetică rămâne însă un factor de risc major, copiii cu membri apropiați ai familiei diagnosticați cu diabet având un risc de 12 ori mai mare de a dezvolta boala [113]. Gestionarea diabetului poate fi stresantă atât pentru copii, cât și pentru familiile lor, iar conflictele familiale pot influența negativ adaptarea metabolică a copiilor. Este important ca familiile să fie sprijinite în perioadele de stres pentru a evita impactul pe termen lung asupra sănătății emoționale și fizice a copiilor [45, 47]. Stresul contribuie la simptomele diabetului, iar prezența diabetului adaugă un stres suplimentar, care necesită strategii adaptative eficiente. Hiperprotecția parentală este capabilă, de asemenea, să crească vulnerabilitatea copiilor la depresie [149], evidențiind necesitatea sprijinului adecvat pentru dezvoltarea unor strategii de adaptare sănătoase [166].

Din punct de vedere al sănătății, la această vârstă se fundamentează modalitățile de a face față stresului, numite și **modalități de coping**. Stresul este definit ca un ansamblu de reacții ale organismului față de acțiunea exercitată asupra sa de o serie de agenți sau factori de stres fizici, chimici, biologici, și nu în ultimul rând psihici [228]. Scheniderman et al [221] enumeră condițiile în care o situație poate deveni factor stresor și anume: supraîncărcarea cu sarcini multiple și în condiții de criză de timp, perceperea unei amenințări reale sau imaginare, izolarea sau sentimentul restrângerii libertății și a controlului social, apariția unui obstacol în activitate resimțit ca frustrant, presiunea grupului social generatoare de teamă, eșec sau dezaprobare, perturbări datorate unor agenți fizici, chimici sau biologici (îmbolnăviri) care scad rezistența adaptativă a organismului [45].

Dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu DZ este puternic influențată de capacitatea lor de a dezvolta **reziliență**, definită de Masten [159] ca un proces dinamic prin care indivizii pot face față cu succes unor dificultăți semnificative. În cazul copiilor cu DZ, aceștia sunt expuși la provocări deosebite încă de la o vârstă fragedă, inclusiv prin cerințele specifice gestionării bolii (injecțiile zilnice de insulină, monitorizarea glicemiei, urmarea unui regim alimentar strict). Toate acestea au un impact covârșitor asupra dezvoltării lor emoționale și sociale [282].

Factorii protectivi sunt elemente esențiale pentru susținerea dezvoltării psiho-emoționale sănătoase a copiilor cu DZ. Potrivit lui Masten, aceștia includ suportul social, comunicarea deschisă și sentimentul de control asupra bolii, fiecare având un rol distinctiv:

Suportul social – Familia, prietenii și echipa medicală reprezintă surse esențiale de suport pentru copil, ajutându-l să se simtă înțeles și sprijinit. Suportul familial, în special, este asociat cu o mai bună aderență la tratament și o mai bună reglare emoțională [162].

Comunicarea deschisă – Comunicarea eficientă cu părinții și echipa medicală este importantă pentru dezvoltarea încrederii în sine și pentru menținerea unei atitudini pozitive. Aceasta ajută copiii să-și exprime eficient emoțiile și să înțeleagă boala, oferindu-le un sentiment de siguranță și predictibilitate [73].

Sentimentul de control – Dezvoltarea sentimentului de control asupra bolii contribuie la autoeficacitate, aspect esențial în susținerea adaptării la boală. Copiii care învață să gestioneze boala dezvoltă încredere în capacitățile lor, ceea ce duce la o mai mare autonomie și la un sentiment crescut de competență [11].

Studiile au arătat că copiii cu DZ sunt nevoiți să-și dezvolte abilități de adaptare la o vârstă mai mică decât copiii non-diabetici, ceea ce contribuie la dezvoltarea unor mecanisme de coping mai eficiente, dar și la o serie de vulnerabilități. Copiii cu DZ se confruntă cu stres suplimentar din cauza bolii cronice, însă cu sprijin adecvat, aceștia ajung să dezvolte abilități de coping care contribuie la creșterea rezilienței și la dezvoltarea unui sentiment puternic de competență și autonomie. Conform studiilor, dezvoltarea unor abilități precum gestionarea emoțiilor și rezolvarea de probleme poate avea un impact pozitiv asupra relațiilor sociale, permițând copiilor să-și creeze și să mențină relații pozitive, dar și să se integreze mai bine în mediul social [159, 162].

Pe scurt, **teoria rezilienței** subliniază că prin intervenții care susțin dezvoltarea psiho-emoțională și prin întărirea factorilor protectivi, copiii cu DZ ar putea face față cu succes provocărilor, dezvoltându-și astfel, abilități de adaptare și reziliență ce le vor fi utile pe tot parcursul vieții.

În concluzie, stresul, reziliența, atașamentul, inferioritatea, autoeficacitatea, stilul parental, copingul, inteligența emoțională, competența sunt concepte esențiale în înțelegerea dezvoltării psiho-emoționale a copiilor cu DZ. Acești factori sunt interconectați și joacă un rol critic în modul în care copiii și familiile lor se adaptează la provocările unei boli cronice, cum este diabetul. O abordare holistică care să integreze aceste concepte este esențială pentru sprijinirea dezvoltării rezilienței și abilităților de coping în rândul copiilor cu DZ. Intervențiile bazate pe dovezi pot îmbunătăți nu doar sănătatea mentală a acestor copii, ci și calitatea vieții lor, facilitând o integrare socială reușită și o dezvoltare psihologică sănătoasă [212].

Prin urmare, pentru a contura o imagine de ansamblu, am căutat să definim aceste **concepte-cheie**, care contribuie la formarea unei viziuni integrative asupra nevoilor emoționale și sociale ale copiilor. Acest proces subliniază importanța intervențiilor care iau în considerare complexitatea relațiilor dintre acești factori. Acest tip de abordare este esențială în dezvoltarea de strategii terapeutice adaptate pentru a răspunde eficient nevoilor specifice ale copiilor cu diabet zaharat. Astfel,

- **Stresul** este o reacție comună în gestionarea diabetului zaharat. Copiii cu DZ sunt expuși constant la stres din cauza cerințelor zilnice de monitorizare a glicemiei și a ajustărilor de insulină. Aceste cerințe pot fi copleșitoare, iar stresul cronic poate duce la o sănătate mentală precară, influențând negativ atât copilul, cât și familia sa.

- **Reziliența** este capacitatea de a face față adversității și de a se adapta la circumstanțe dificile. Motti-Stefanidi și Masten [162] subliniază că dezvoltarea rezilienței la copii poate fi facilitată prin strategii de sprijin psihosocial care includ atât rutina familială, comunicarea eficientă, cât și dezvoltarea unor relații apropiate și de susținere. Acești factori contribuie la dezvoltarea unei baze stabile pentru copil, permițându-i să se adapteze mai bine la cerințele bolii.

- **Atașamentul** între părinți și copii este fundamental în procesul de dezvoltare a rezilienței. Un stil de atașament securizant, bazat pe suport emoțional consistent, oferă copilului sentimentul de siguranță necesar pentru a face față stresului asociat diabetului [25]. Totodată, relațiile afective pozitive contribuie la o mai bună reglare emoțională și la dezvoltarea autoeficacității.

- **Inferioritatea** poate apărea ca o reacție psihologică la diferențele față de colegii non-diabetici. Sentimentul de inferioritate poate fi redus prin participarea la activități extra-curriculare și recunoașterea succeselor personale, ajutând copiii să-și dezvolte o imagine de sine sănătoasă [68].

- **Autoeficacitatea**, conform lui Bandura [11], se referă la credința într-o capacitate personală de a îndeplini sarcini specifice. Aceasta joacă un rol esențial în modul în care copiii cu DZ percep și gestionează provocările legate de boală. Cu cât un copil se simte capabil să-și monitorizeze singur glicemia, cu atât va avea o abordare mai pozitivă și mai proactivă față de boală.

- Promovarea **stilurilor parentale** care combină cerințele clare cu suportul emoțional consistent îi ajută pe copii să se simtă competenți și capabili în gestionarea bolii lor. Un stil parental de susținere, care încurajează comunicarea deschisă și empatia, ajută copiii să-și dezvolte o inteligență emoțională mai bună și capacitatea de a face față stresului. Motti-Stefanidi și Masten [162] sugerează că părinții care sprijină dezvoltarea abilităților de coping ale copiilor lor contribuie la îmbunătățirea adaptării lor emoționale.

- **Copingul** este procesul prin care copiii învață să facă față dificultăților. Acesta se referă la strategiile pe care copiii le folosesc pentru a face față stresului și a provocărilor asociate cu diabetul. Studiile arată că dezvoltarea unor strategii eficiente de coping, cum ar fi rezolvarea problemelor sau utilizarea suportului social îmbunătățește semnificativ starea de bine a copiilor cu DZ [235]. Copiii trebuie să învețe să gestioneze atât aspectele medicale ale bolii, cât și provocările emoționale pe care aceasta le aduce.

- **Inteligența emoțională** include abilitățile de a înțelege și a-și gestiona propriile emoții, este esențială în dezvoltarea abilităților de coping [84]. Sprijinul psihosocial facilitează dezvoltarea IE la copiii cu DZ, contribuind la o adaptare mai bună la provocările bolii. Acest lucru este important pentru stabilirea relațiilor sociale pozitive, dar și pentru promovarea unei adaptări sănătoase la viața cu diabet.

- **Competența** este înțeleasă ca fiind abilitatea copiilor de a-și îndeplini sarcinile și de a-și atinge obiectivele, în ciuda dificultăților. Dezvoltarea competenței la copiii cu DZ necesită o abordare integrativă, care include atât intervențiile medicale, cât și pe cele psihosociale, pentru a asigura succesul în gestionarea bolii și dezvoltarea personală armonioasă [65, 27].

Analiza conceptelor fundamentale legate de dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu DZ subliniază importanța unei evaluări cuprinzătoare a tabloului clinic, care să identifice nu doar factorii de risc, ci și pe cei cu rol protectiv și abilitățile esențiale în dezvoltarea rezilienței. Această evaluare este importantă pentru a înțelege cum se interconectează diversele dimensiuni psiho-emoționale și cum influențează acestea adaptarea copiilor la provocările asociate cu boala.

1.2. Diabetul zaharat și dezvoltarea psiho-emoțională: o analiză a impactului

Diabetul zaharat a devenit o importantă boală socială datorită extinderii sale continue pe plan mondial și prin invaliditatea pe care o declanșează, a devenit o problemă de sănătate publică [282].

OMS definește sănătatea ca pe „*integritatea anatomică și funcțională, capacitatea de confruntare cu stresul fizic, biologic, psihic și social, capacitatea de protecție împotriva îmbolnăvirilor și morții premature, confort fizic, psihic, social și spiritual, ca stare de bine*”.

Complexitatea stării de sănătate este dată de dimensiunile, componentele și gradele diferite pe care le presupune:

Dimensiunile sănătății: a) biologică (anatomică, fiziologică și biochimică); b) psihologică (cognitivă, emoțională, comportamentală); c) socio-profesională (roluri, relații, aspirații); d) spirituală (valori, religie, experiențe non-cotidiene).

Componentele sănătății: a) absența bolii, disfuncției și dizabilității; b) rezistență fizică și fiziologică; c) atitudinea pozitivă față de viață (scopul și semnificația vieții); d) asumarea responsabilității propriei vieți; e) acceptarea de sine; f) relaționare socială pozitivă; g) stare subiectivă de bine.

Conceptul de boală. Boala ca și concept, asemeni conceptului de sănătate, este definită în mai multe moduri, în funcție de perspectiva din care este privită: a) formă particulară de existență a materiei vii; b) abatere de la normă; c) consecință a unor agenți patogeni sau traumatici; d) semne, simptome, disfuncții; e) manifestarea eșecului în adaptare. Termenul de boală (ca și condiție obiectivată și diagnosticată de medic) se relaționează cu alte concepte, ca: *deficiență*: orice pierdere sau deviație, datorată unei boli sau traume în funcționarea fizică și psihică optimă a individului; *dizabilitate*: orice restricție în îndeplinirea sarcinilor cotidiene și în abilitățile de auto-îngrijire; *handicap*: orice dezavantaj social indus de deficiență și dizabilitate; *suferință*: experiență subiectivă a simptomelor.

Boala presupune nu doar tratament medical, ci și îngrijire umană, datorită faptului că boala (ca stare obiectivă) este acompaniată de cele mai multe ori cu suferința personală (ca stare subiectivă). Granița dintre starea de sănătate și cea de boală nu este atât de distinctă precum s-ar crede, ea se desfășoară de-a

lungul unui continuum, în care la un pol se situează sănătatea optimă, respectiv starea de bine, iar la celălalt dizabilitatea creată de boală, respectiv uneori moartea prematură [167].

DZ este o boală cronică caracterizată prin creșterea nivelului glucozei în sânge, cauzată de factori genetici și exogeni (precum dieta și stilul de viață). Această afecțiune metabolică este determinată de un proces autoimun, în care sistemul imunitar atacă celulele beta din pancreas, responsabile de producerea insulinei. Insulina este elementară pentru metabolizarea glucozei, iar insuficiența sa duce la acumularea de zahăr în sânge. Atunci când organismul nu mai produce suficientă insulină sau nu o folosește eficient, rezultatul este o stare de hiperglicemie. Glucoza este un carburant vital pentru organism, fiind necesară pentru activitățile zilnice, cum ar fi contracțiile cardiace și funcțiile musculare [170]. În absența insulinei, corpul arde grăsimile pentru energie, ceea ce duce la producerea cetonelor, cu potențiale efecte nocive (cetonemie și cetonurie). Când glicemia depășește 180 mg/dL, glucoza poate fi detectată în urină (glicozurie). Glucoza joacă un rol vital pentru organism, având numeroase funcții benefice în:

- ***Eliberarea energiei:*** Glucoza este principalul combustibil pentru celulele corpului, asigurând energia necesară funcționării organelor și țesuturilor.
- ***Recuperarea fizică:*** Ajută la consolidarea organismului, favorizând recuperarea după efort fizic.
- ***Funcția hepatică:*** Glucoza contribuie la activarea ficatului, care este responsabil de eliminarea toxinelor din organism.
- ***Starea de spirit:*** Conținutul de zahăr din glucoză influențează pozitiv sistemul nervos, contribuind la eliberarea endorfinelor, hormoni care îmbunătățesc starea de bine.
- ***Stimulează circulația:*** Glucoza are un impact pozitiv asupra sistemului circulator.
- ***Funcția cognitivă:*** Este esențială pentru funcționarea creierului, având un rol important în procesele cognitive.
- ***Controlul apetitului:*** Ajută la prevenirea senzației de foame, oferind un sentiment de sațietate.

Diabetul zaharat tip 1, cunoscut și sub numele de diabet insulino-dependent sau diabet juvenil, este o boală cronică severă caracterizată prin distrugerea celulelor beta ale pancreasului ce duce la o deficiență absolută de insulină [167]. Această formă de diabet se dezvoltă la copii și tineri și necesită administrarea zilnică de insulină pentru a gestiona glicemia. DZ nu apare brusc, distrugerea celulelor producătoare de insulină se produce treptat pe parcursul mai multor luni. Factori precum infecțiile virale, stresul și anumite substanțe chimice din dietă pot contribui la acest proces autoimun, în contextul unei predispoziții genetice. Când pancreasul devine ineficient, se manifestă simptomele caracteristice ale diabetului, cum ar fi poliuria, polidipsia, scăderea în greutate și oboseala. După inițierea tratamentului insulinic, mulți copii trec prin „luna de miere”, o perioadă temporară în care pancreasul produce o cantitate mică de insulină, necesitând o dozare redusă de insulină. DZ este o boală severă în ciuda aparențelor de benigneitate. Prognosticul sever al bolii ține de existența complicațiilor. DZ este o afecțiune complexă care necesită o gestionare atentă pentru a preveni complicațiile și a asigura o calitate bună a vieții.

Caracteristici ale valorilor glicemice și complicațiile diabetului zaharat. DZ la copiii între 1 și 14 ani evoluează în perioada lor de creștere, fapt ce îl duce la decompensări și la complicații cronice. Simptomele resimțite de copil când glicemia variază la extreme sunt:

- **Hiperglicemia** un nivel prea ridicat al glicemiei, peste 120 mg/dL se face vizibil prin câteva simptome specifice: greață puternică cu vărsături, crampe stomacale, deshidratare treptată a corpului, tulburări de vedere și dificultăți de vorbire, miros de acetonă în respirație, respirație adâncă (respirația Kussmaul), oboseală puternică sau somnolență, sete permanentă, gură uscată, diureză crescută cu urinări dese, senzație de slăbiciune, apetit exagerat, mai ales pentru dulciuri, dispoziție proastă. În hiperglicemie acută celulele nu primesc suficientă energie, pentru că glucoza fără insulină rămâne în sânge. Deci, corpul trebuie să descompună rezervele sale de grăsime, iar în acest proces iau naștere, ca produs secundar, acizii grași, care nu mai pot fi descompuși destul de repede în corpi cetonici pe care organismul să îi elimine prin urină, de aceea inundă sângele, care se supra-acidifică și se ajunge la **cetoacidoză**, ce poate conduce la pierderea cunoștinței, coma diabetică sau chiar la deces.

- **Hipoglicemia** (sub 60 mg/dL) se instalează mai repede decât o hiperglicemia. Simptomele sunt de ordin fizic și neurologic. Primele semne constau în transpirații abundente, piele rece și umedă, palpitații, frisoane, tremurături, paloare, greață, vărsături, tulburări de echilibru, crampe abdominale, tulburări de vedere cu vedere încețoșată, tulburări de concentrare, foame excesivă, scăderea forței musculare, proastă dispoziție generală, în special de tip depresiv, comportament aberant și alte semne ale funcționării defectuoase a creierului. În cazul hipoglicemiei, atât celulele, cât și creierul primesc prea puțină glucoză. Printre primele simptome neuropsihice, datorate carenței de glucoză de la nivelul creierului, mai frecvente sunt: tulburări emoționale și cognitive, alterarea memoriei, gândire neclară, instabilitate emoțională, oboseală generală, somnolență, cefalee și vertij, stări de agitație și panică, depresie, anxietate, negativism, dezamăgire, episoade de plâns, psihoze, tendințe de agresivitate în adolescență.

Managementul diabetului și stilul de viață al copilului cu DZ. Acesta necesită o atenție specială pentru a asigura un echilibru optim între administrarea insulinei, alimentație și activitatea fizică. Pentru un copil cu DZ, controlul glicemiei este esențial în prevenirea complicațiilor pe termen lung și pentru asigurarea unei dezvoltări normale. Controlul glicemiei este deosebit de important pentru evitarea situațiilor de urgență, precum hiperglicemia, dar în special hipoglicemia care pot pune viața în pericol dacă nu sunt gestionate corespunzător [207]. Simptomele hipoglicemiei la copii pot fi polimorfe, ceea ce înseamnă că se pot manifesta sub diverse forme, uneori fiind greu de recunoscut. Cele mai comune simptome includ: lipsa atenției și a puterii de concentrare, mai ales în ultimele ore de școală, către prânz sau seara, copilul poate deveni mai puțin atent și se poate concentra cu dificultate, iritabilitate și tulburări de comportament, transpirații reci care apar brusc și sunt un semnal de alarmă pentru o scădere semnificativă a glicemiei, cefalee, tremurături involuntare și dezorientare, foame intensă sau greață.

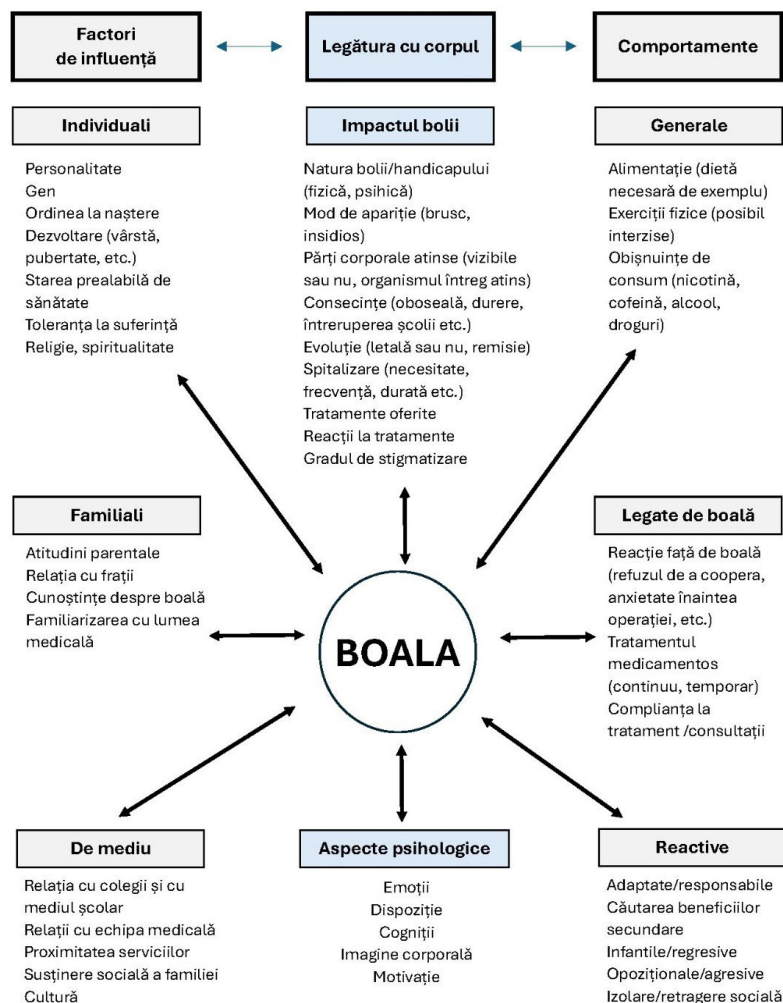


Figura 1.2. Model integrativ al bolii (după Jourdan-Ionescu, 2011)

Cadrul școlar reprezintă și el o provocare serioasă pentru părinții copiilor cu DZ, deoarece aceștia doresc să se asigure că copilul lor este în siguranță și că primește îngrijirea necesară pe parcursul zilei. Anxietatea părinților este adesea amplificată de faptul că multe școli nu sunt suficient de bine informate despre diabet și despre nevoile speciale ale copiilor cu DZ. Cu toate acestea, școlile sunt responsabile pentru siguranța copiilor și trebuie să se asigure că profesorii înțeleg diabetul și potențialele sale pericole. Părinții trebuie să colaboreze îndeaproape cu școala, furnizând informațiile necesare și actualizate despre starea de sănătate a copilului și specificul tratamentului său, stabilind un protocol de urgență care să fie cunoscut și urmat de toți cei implicați în îngrijirea copilului la școală. Un *parteneriat eficient* între părinți și școală este important pentru a asigura siguranța și bunăstarea copilului cu diabet zaharat [276]. Prin educarea și informarea corespunzătoare a personalului școlar, crearea unui plan personalizat de îngrijire și implicarea activă a copilului în gestionarea propriei sănătăți, se poate obține un control glicemic mai bun și o calitate a vieții îmbunătățită [40]. Contactul cu școala poate imprima copilului cu DZ sentimentul

diferenței față de ceilalți copii. O protecție excesivă a profesorilor, o scutire nejustificată de la unele activități școlare îi poate da sentimentul de handicap. De exemplu, trebuie știut că copilul cu DZ poate face orice sport își dorește, de îndată ce a învățat să își controleze valorile glicemice, evitând totuși sporturile de risc sau probele impuse (contra cronometru). Astfel, copilul poate participa în mod normal la activitățile școlare, inclusiv la cele fizice. Deci, nu vor fi excluși de la activitățile fizice și jocurile din școală, întrucât exercițiul fizic și mișcarea sunt importante în tratamentul pacientului cu DZ. La acești copii, hipoglicemia este complicația cea mai severă ce poate apărea pe fondul unui exercițiu prea greu sau după întreruperea lui, pentru că în mod normal, mișcarea regulată scade în mod natural glicemia. Recunoașterea rapidă a acestor simptome de către profesori sau alte persoane din jurul copilului este vitală [274]. Înțelegerea și conștientizarea acestor semne pot preveni hipoglicemiile severe, care conduc la pierderea cunoștinței, contracturi musculare și convulsii sau tulburări respiratorii.

Rolul familiei în managementul bolii. Efectele psihologice ale bolii copilului sunt de lungă durată pentru copil și pentru familia sa [4]. Literatura de specialitate a demonstrat în mod constant că factorii de familie sunt deosebit de importanți în managementul diabetului la copii [57]. Unui copil nu i se poate transfera întreaga responsabilitate pentru metabolismul său și este important să fie organizat programul său zilnic, astfel încât copilul să nu fie limitat în activitățile sale. Un copil cu DZ care stă în casă după-amiază, în timp ce alți copii se joacă sau fac sport, va dezvolta curând probleme psiho-sociale. Este necesar ca părinții să abordeze deschis subiectul bolii și al riscurilor în relație cu copilul, explicându-i acestuia cum sunt calculate cantitățile de insulină și ce anume influențează zahărul din sânge. Educația copilului diabetic începe prin participarea activă la îngrijirea afecțiunii sale. Acest lucru va fi posibil dacă copilul este instruit cu privire la boală și la importanța tratamentului său. Numai așa copilul va ajunge să preia singur răspunderea. Este important să nu existe interdicții, întrucât copilul are voie să mănânce dulce, doar că în cantitate foarte mică și nu de fiecare dată. Copilul trebuie implicat de asemenea, în planuri de urgență, având mereu la îndemână ceva dulce. O relație de colaborare părinte-copil cu responsabilități comune pentru gestionarea diabetului este asociată nu numai cu o mai bună aderență la regim, dar și cu o îmbunătățire a funcționării emoționale [117]. Datele clinice și empirice arată că majoritatea copiilor bolnavi cronic și aparținătorii acestora se confruntă cu aceleași probleme indiferent de diagnosticul exact. În momentul aflării unui diagnostic de boală cronică la copil, viața părintelui va fi complet bulversată și chiar viața întregii familii se va schimba radical. Responsabilitatea cauzează stres emoțional. Reacția firească la aflarea unui asemenea diagnostic devastator este de obicei, supraprotejarea copilului. Imediat după comunicarea diagnosticului, părinții au de parcurs o serie de etape: înțelegerea și acceptarea acestuia, acumularea de cunoștințe extrem de vaste despre ce înseamnă boala, ce implicații are ea, la ce riscuri este expus copilul pe termen scurt și lung. O informare corectă cu privire la complexitatea bolii, modalitățile de abordare posibile, implicările medicale și psihologice, complicațiile și consecințele trebuie să reprezinte priorități imediate după stabilirea diagnosticului. Părinții trebuie să aibă posibilitatea

să-și recapete încrederea în ei înșiși și să poată face față stresului și suprasolicitării, în caz contrar, ar putea fi deficitară chiar îngrijirea acordată copilului. Când părinții se simt depășiți de situație, ei pot deveni furioși, frustrați, să reacționeze inadecvat, să pună accent doar pe nevoile medicale ale copilului, ignorându-le pe cele psihologice. Cel mai important se dovedește a fi crearea unui mediu „normal” copilului, ca acesta să nu se simtă diferit, iar familia din jur să fie funcțională. Atenția excesivă oferită de unele mame poate avea efecte adverse multiple de la hiperprotejarea copilului, care poate să nu-și mai dezvolte abilitățile firești de autoîngrijire, până la faptul că el se va simți tot timpul diferit, poate chiar incapabil față de frații, colegii sau prietenii săi.

Trebuie să punctăm câțiva factori de familie, precum nivelul de coeziune al familiei, acordul asupra responsabilităților de gestionare a diabetului și suportul în ceea ce privește comportamentul de rezolvare a problemelor, aderența la tratament și control glicemic [171]. Familia conflictuală este asociată cu o aderență scăzută la un regim și o glicemie cu un control slab [46]. Prin urmare, trebuie avută în vedere funcționarea generală a familiei (conflict, coeziune, adaptabilitate, psihopatologie parentală) și funcționarea legată de diabet (comunicarea, implicarea și sprijinul părinților, rolurile și responsabilitățile pentru comportamente de autogestionare), în special în perioade de tranziție (la diagnostic, la începutul unui nou plan de tratament, în stări de urgență) [131].

Stilul parental joacă și el un rol esențial în dezvoltarea copilului, influențând o gamă largă de aspecte, de la dezvoltarea emoțională și socială, până la formarea personalității și a comportamentelor [17], dar și în gestionarea bolilor cronice, cum ar fi diabetul zaharat la copii. Studiile au demonstrat că dezvoltarea emoțională și socială a copiilor este puternic influențată de stilul parental. Cercetări precum cele realizate de Laundry et al. [145], Kaufmann et al. [127] și Rossman & Rea [211] subliniază că modul în care părinții interacționează cu copiii lor joacă un rol esențial în formarea abilităților emoționale și sociale ale acestora. Influența stilului parental asupra copiilor cu DZ se manifestă nu doar în sănătatea fizică, ci și în dezvoltarea lor emoțională și psihosocială [232]. În grupul abordărilor tipologice, respectiv cele ce țin de sensibilitate (afecțiune) și de exigență (control), s-au definit patru stiluri parentale de bază:

- **democrat** (relație echilibrată între afecțiune și control)
- **autoritar** (grad scăzut de afecțiune, grad ridicat de control)
- **permisiv** (grad ridicat de afecțiune, puțin control)
- **neimplicat** (grad scăzut de afecțiune și control).

Năstasă & Sala [176] subliniază că nivelul de inteligență emoțională este influențat de cinci stiluri parentale: autoritar, dictatorial, permisiv, democratic și respingător/neglijent, în timp ce Kuppens & Ceulemans [140] au identificat două stiluri congruente, iar studiul lor subliniază că stilul autoritar pozitiv a obținut rezultate mai favorabile decât stilul autoritar neimplicat. Stilul autoritar, deși inițial perceput negativ, poate contribui la dezvoltarea abilităților emoționale în anumite contexte culturale [16]. Studiile lui Gottman et al. [88] au arătat că stilul autoritar poate influența dezvoltarea reglării emoționale prin

cerințele stricte impuse, care pot stimula autodisciplina și autocontrolul emoțional. Cercetările lor au explorat relația dintre stilurile parentale și dezvoltarea IE la adolescenți, arătând că, în anumite contexte, stilul autoritar poate fi asociat cu rezultate pozitive în termeni de autodisciplină și autocontrol emoțional. Potrivit studiului realizat de Davis [57] stilul parental joacă un rol important în adaptarea psihologică și în calitatea vieții copiilor cu DZ. Părinții care adoptă un stil autoritativ sunt mai capabili să-și ajute copiii să dezvolte competențe de auto-gestionare, care sunt esențiale în menținerea unui bun control glicemic [108]. În sens contrar, Shorer et al. [230] au arătat că un stil parental excesiv de controlat (autoritar) poate duce la un sentiment de lipsă de autonomie și la dificultăți în gestionarea diabetului la copii, ceea ce poate crește riscul pentru un control glicemic inadecvat. Pe de altă parte, un stil parental care oferă sprijin și ghidare, fără a fi excesiv de restrictiv, promovează o mai bună auto-gestionare și rezultate pozitive în tratamentul diabetului. Acești autori au investigat impactul stilurilor parentale asupra abilităților emoționale ale copiilor, inclusiv reglarea emoțiilor și comportamentul social, sugerând că stilul autoritar poate oferi structură și direcție necesare pentru dezvoltarea acestor competențe în anumite medii [158]. Acest studiu a examinat impactul stilurilor parentale asupra managementului diabetului la copii și adolescenți. S-a constatat că un stil parental autoritativ (care combină sprijinul emoțional cu reguli clare și consecvență) este asociat cu un control glicemic mai bun și cu o adaptare psihologică mai sănătoasă [124]. În contrast, stilurile autoritare sau permissive au fost asociate cu o aderență mai scăzută la regimul de tratament și cu probleme emoționale [21]. La rândul lor, Wiebe și colab. [262] au explorat modul în care implicarea parentală și stilul de parenting influențează gestionarea diabetului la adolescenți, ei au descoperit că implicarea parentală activă și un stil parental cald și sprijinitor sunt esențiale pentru asigurarea unei bune gestionări a bolii și pentru reducerea stresului asociat cu diabetul.

Toate aceste referințe oferă o bază solidă pentru înțelegerea modului în care stilul parental influențează dezvoltarea inteligenței emoționale, subliniind complexitatea relației dintre stilul parental și IE, și indicând că rezultatele pot varia în funcție de contextul cultural și social.

Acceptarea bolii și complianța la tratament. A trăi și a gestiona diabetul în fiecare zi implică nu doar provocări fizice extraordinare, ci și emoționale. Diagnosticul de DZ reprezintă un șoc major pentru familie și copil, iar acceptarea bolii și complianța la tratament sunt aspecte esențiale pentru o viață echilibrată și sănătoasă. Acceptarea diabetului și complianța la tratament sunt procese care implică atât adaptare emoțională, cât și gestionarea practică a bolii [56]. Un copil diagnosticat cu DZ va avea o serie de reacții și emoții. Reacțiile comune pe care le întâmpină copiii și părinții lor includ șocul, negarea, furia, tristețea, frica și vinovăția. Copiii sunt în general preocupați de ceea ce implică boala lor, iar răspunsurile cele mai comune includ: îngrijorări pentru afecțiune, frica de ace și injecții multiple, un sentiment de a fi copleșit de sarcini care trebuie efectuate zilnic, sentimentul ca sunt o povară pentru familie, frustrare în ceea ce privește fluctuațiile glicemiei, a se simți „diferit”, tratați diferit sau cu menajamente, ca și cum ar fi „altfel”, întrebări parentale constante despre consumul alimentar, despre glicemie, primind o atenție

excesivă, teama de a suferi o hipoglicemie, jenă cu privire la boala lor și posibilele reacții negative ale prietenilor/colegilor lor, dificultăți în a face față reacției emoționale a membrilor familiei. Diagnosticul de DZ este asociat de către cei afectați cu o mare nesiguranță. Conflictul dintre dorința de a avea o viață liberă, fără restricții și condiționare, de "a fi ca ceilalți" și necesitatea respectării unei rigori în planul de alimentație și tratament, are aproape întotdeauna o serie de repercusiuni de ordin psihologic. La copiii diagnosticați înainte de 10-11 ani, cele mai importante reacții de ordin psihic le înregistrează părinții. Spectrul de sentimente pe care aceștia le traversează merge de la teamă și anxietate până la culpabilizare [6]. Reacții ale copilului apar uneori în timp, pe măsură ce copilul înțelege semnificația bolii, și mai ales, restricțiile care i se impun. Reacțiile sale psihice merg până la teamă, resentimente, revoltă, vină, rușine sau resemnare. În acest context, atitudinea față de boală poate fi diferită: ori o preocupare excesivă cu interpretarea eronată a semnelor clinice, mergând până la o adevărată psihoză obsesivă cu importante implicații școlare, familiale, sociale, la extrema cealaltă aflându-se copiii care subestimează importanța respectării principiului fundamental de tratament, expunându-se astfel, la apariția precoce a complicațiilor cronice sau accidente acute de tip cetoacidoză sau comă hipoglicemică.

Privind în structura complexă bio-psiho-socială a copilului cu DZ, o îngrijire excesivă a acestora îi transformă în dependenți psihologic, inducând o hipodezvoltare emoțională și o retardare a maturizării, cu influență negativă asupra adaptării la viața socială [7]. Este foarte important de a se asigura condiții favorabile de desfășurare cvasi-normale ale procesului de școlarizare, a vieții familiale și sociale. Conflictele familiale și sociale ce decurg din noile responsabilități pot naște fenomene psihastenice cu coloratură depresivă. În evoluția diabetului trebuie ținut seama de influența pe care conflictele stresante, inerente vieții, o poate exercita asupra echilibrului metabolic diabetic. În plus, situațiile stresante modifică obiceiurile alimentare și activitatea fizică obișnuită sau respectarea orarului insulinei cu efect negativ asupra stabilității metabolice. S-a constatat o vulnerabilitate psihică în anumite perioade ce marchează salturi în dezvoltarea fiziologică a individului sau perioade de răscruce în procesul de organizare a vieții [34]. Sprijinul emoțional oferit de prieteni, familie și echipa de asistență medicală pentru diabet poate fi foarte util în acest timp și poate îmbunătăți modul în care copiii se confruntă cu boala.

Cunoaștem că în perioada 6-10 ani, se dezvoltă mecanismele de apărare și standardele de comportament social. Copilul își înțelege și își acceptă identitatea de gen și poziția sa în sistemul familial. Învăță să se adapteze la cerințele de integrare social-școlară. Învăță de asemenea, să-și conștientizeze posibilitățile și limitele de care dispune, ceea ce îl ajută în dezvoltarea unei imagini de sine mai clare. Copiii cu DZ pot răspunde la solicitările mediului și la boală fie prin retragere și adaptare lentă, fie prin comportament intens și disproporționat și poate dezvolta tulburări emoționale [253]. Când acestea persistă ele se pot transforma treptat, la vârsta adultă, în depresie sau nevroză. Anumite condiții psihologice afectează debutul diabetului [53]. Situațiile conflictuale și stresul se întâmplă deseori să fie "stînse" cu ajutorul hranei și alimentelor dulci. Datorită foamei constante și a consumului de cantități mari de dulciuri, nivelul

zahărului din sânge devine cronic, iar celulele beta pancreatice se epuizează. Datorită stresului constant, apare lipsa de încredere în sine, conflictul interior, un sentiment acut de foame, care, din nou, este corectat de alimente dulci. Diverse fobii contribuie, de asemenea, la creșterea apetitului. În plus, într-o astfel de situație psihologică, organismul începe să stocheze substanțele nutritive pentru utilizare ulterioară. Deci, se înregistrează o greutate crescută, ceea ce creează premisele pentru continuarea progresiei diabetului. Un sentiment constant de frică și furie duce la un dezechilibru al insulinei în sânge. Rezistența la insulină se dezvoltă și acesta este unul dintre principalii factori în dezvoltarea diabetului insulino-dependent.

Când copiii au parte de reacții negative din partea colegilor sau prietenilor este posibil să aibă dificultăți de aderență și creștere a stresului, care la rândul său agravează controlul glicemiei [81]. Teamă de stigmatizare pare a fi o barieră în dobândirea sprijinului din partea colegilor. Relațiile nesuportive între colegi au fost asociate cu scăderea aderenței la regim și un control glicemic mai slab, în vreme ce suportul familial a prezis un control glicemic mai bun. Stresul cauzat de diabet are diverse efecte asupra vieții copiilor și adolescenților direct sau indirect. Folosind o abordare directă, studiile au arătat că, copiii cu stres de viață ridicat tind să aibă un control glicemic mai slab [10]. De obicei, stresorii cu care se confruntă copiii sunt în legătură cu prietenii/colegii și frații. Cercetările care examinează stilurile de coping au indicat că tinerii din controlul metabolic slab este mai probabil să folosească *neajutorarea învățată* și să se angajeze în a face față prin **evitare ca răspuns la stres** [74], în timp ce tinerii cu un control glicemic bun înregistrează niveluri ridicate de autoeficiență și se angajează în coping activ. Un impact mai mare al diabetului a fost legat de anxietatea crescută, în timp ce credințele despre eficacitatea tratamentului au prezis mai bine autogestionarea bolii.

Copiii cu DZ par să aibă un risc dublu de a manifesta stări depresive. La copil, depresia se manifestă prin: dispoziție tristă menținută pe parcursul mai multor săptămâni în special dimineața, sentimente de lipsă de speranță sau de disperare, lipsa mobilizării, sentimente de vină și inferioritate, lipsa emoțiilor, lipsa bucuriei, răceală afectivă față de evenimente grave, tulburări de somn sau de alimentație, prin lipsa apetitului sau dimpotrivă, prin mâncat excesiv [20]. Copiii cu DZ se confruntă cu o incidență mai mare de depresie, anxietate, stres psihologic și tulburări alimentare decât semenii lor fără diabet [136]. Pe de altă parte, copiii cu un control metabolic cronic, inclusiv cetoacidoză diabetică recurentă sunt mai susceptibili să aibă probleme psihosociale subiacente sau tulburări psihice decât copiii cu un bun control metabolic.

Toleranța scăzută la frustrare reprezintă o nevoie puternică de a elimina disconfortul fără a gândi la consecințe. Ea implică blocarea sau contracararea scopurilor, urmată de insatisfacție. Poate lua mai multe forme la copiii de vârstă școlară: insistență, visare cu ochii deschiși, refuzul îndeplinirii responsabilităților, procrastinare, plângeri, certuri și agitație, timiditate, mâncat compulsiv, neatenție, nerăbdare și evitare. Toleranța scăzută la frustrare poate apărea adițional unui concept de sine deficitar, devalorizant și are consecințe dezadaptative. Un astfel de copil va evita cel mai probabil toate provocările

corespunzătoare vârstei și va reacționa exagerat la problemele cotidiene [14]. Acest lucru poate genera o nouă frustrare și atribuiri negative despre sine. Tulburările asociate frustrării scăzute sunt acompaniate de o serie de procese de sine negative, perfecționism, exagerări, minciună, inhibiție funcțională, anxietate, depresie, tulburări ale comportamentului alimentar, ale impulsului, evitante etc. Copilul cu DZ poate manifesta diferite dificultăți sociale și emoționale precum anxietate, depresie, furie, comportament inadecvat, evitarea generală a responsabilităților, dezorganizare generală și reglare emoțională deficitară.

Conceptul de calitate a vieții (QoL) este complex și multidimensional. Calitatea vieții este definită ca: *”percepția subiectivă a poziției în lume în relație cu standardele și așteptările personale.”* Dimensiunile calității vieții care au relevanță pentru starea de sănătate sunt:

- fizică (mobilitate, îngrijire personală, controlul reflexelor, absența durerii, vitalitate, energie);
- psihică (reacții emoționale, funcționare cognitivă);
- socială (relații interpersonale, comunicare, roluri);
- comportamentală (somn, alimentație, recreere, hobby-uri);
- economică (financiar).

Calitatea vieții este recunoscută drept rezultat central în îngrijirea diabetului. În general, copiii cu DZ își evaluează propria calitate a vieții asemănătoare cu a colegilor sănătoși. Cu toate acestea, părinții tind să evalueze calitatea vieții copilului lor ceva mai scăzută. Calitatea vieții scăzută pare asociată cu tulburări psihice, în special depresie și anxietate și cu conflicte mai ales într-un mediu familial negativ, dar și cu percepțiile tinerilor că diabetul este supărător, dificil de gestionat și stresant [110].

Copiii cu DZ se confruntă cu provocări suplimentare în dezvoltarea lor psiho-emoțională. Gestionarea unei afecțiuni cronice implică:

- **Provocări emoționale:** Copiii experimentează anxietate, frică și nesiguranță legate de gestionarea diabetului, ceea ce le influențează starea emoțională și relațiile interumane.
- **Sentimentul de diferențiere:** Dificultățile în a se adapta la cerințele sociale și educaționale le determină sentimente de inferioritate și izolare socială.
- **Dezvoltarea abilităților sociale:** Dificultățile în interacțiunile sociale poate afecta capacitatea copiilor de a-și dezvolta prietenii și de a se integra în grupuri.

Stima de sine suferă modificări semnificative odată cu intrarea la școală, iar după vârsta de 8 ani se observă o discrepanță între modul în care copiii se percep pe ei înșiși și cum sunt evaluați de către părinți, învățători și colegi [23]. Copiii devin conștienți de așteptările externe, în special în ceea ce privește performanțele școlare, iar evaluările pot genera trăiri complexe. În încercarea de a se conforma cerințelor părinților și profesorilor, copiii pot dezvolta strategii de evitare și evaziune, inclusiv minciuna, pentru a evita dezamăgirile [201]. La copiii cu DZ, stima de sine este influențată și de provocările specifice ale gestionării unei boli cronice. Acești copii se pot simți diferiți din cauza cerințelor suplimentare ale bolii, cum ar fi monitorizarea glicemiei și administrarea insulinei. Această percepție de diferențiere

poate genera anxietate și o presiune suplimentară legată de evaluările pe care le primesc, atât din partea părinților, cât și a profesorilor. Diferențele între așteptările părinților (care pot pune accent pe gestionarea bolii) și cele ale profesorilor (care se concentrează pe performanța academică) pot contribui la o stare de confuzie și anxietate. Copiii cu DZ, confruntându-se cu așteptări copleșitoare, pot recurge la strategii de evitare, inclusiv ascunderea greșelilor pentru a nu dezamăgi [24]. Anxietatea asociată cu gestionarea bolii poate duce, de asemenea, la dezvoltarea mecanismelor de apărare, cum ar fi evitarea sau negarea problemelor de sănătate [225]. Cu toate acestea, sprijinul adecvat din partea părinților, cadrelor didactice și personalului medical permite dezvoltarea unei stime de sine sănătoase. Crearea unui mediu care să promoveze autonomia, încurajând copiii să-și gestioneze boala, poate contribui la creșterea încrederii în sine. Suportul emoțional, validarea sentimentelor și recunoașterea eforturilor sunt importante în combaterea anxietății și pentru îmbunătățirea stimei de sine la copiii cu DZ.

La copiii de vârstă școlară mijlocie cu fragilitate psihică și cu o întârziere în maturizarea biologică se pot manifesta fenomene de inadaptare socială și/sau școlară, când aceștia nu dispun de capacitățile necesare pentru a răspunde rapid și eficient la sistemul de cerințe care se așteaptă de la ei. Un anumit disconfort psihic se manifestă chiar și la copiii cu o precocitate pregnantă în evoluția biologică. Maturizarea precoce sau tardivă a copilului le modifică poziția în colectiv și relaționarea cu acesta, deoarece ei constată că se manifestă diferențe între a fi acceptat, neglijat, respins și prin aceasta, le creează o oarecare nesiguranță și izolare. Același lucru se întâmplă și în cazul copiilor cu deficiențe diverse sau cu boli cronice, precum diabetul, în ceea ce privește percepția celorlalți [210].

În ceea ce privește tipul de relații, școala impune modelele ei de viață, dar și modelele sociale de a gândi și a acționa. Ea creează sentimente sociale și lărgeste viața interioară, cât și condiția de exprimare a acestora, mai ales exprimarea verbală și comportamentală. Adaptarea copilului se centrează pe atenția față de un alt adult decât cei din familie. Acest adult (învățătorul/învățătoarea) începe să joace un rol de prim ordin în viața copilului; el este cel ce veghează la exercitarea regulilor școlare și sociale și cel care antrenează energia psihică, modelează activitatea intelectuală a copilului și îi organizează viața școlară în ansamblul ei [256].

1.3. Reziliența asistată și posibilități de creștere a aptitudinilor și abilităților asociate rezilienței

Termenul de reziliență a fost preluat din științele fizice de către Michael Rutter în 1978, termen care semnifică *”capacitatea unui material, a unui mecanism sau a unui sistem de a-și recăpăta starea inițială când a încetat perturbarea la care a fost supus”*. Înțelegerea conceptului de reziliență a suferit schimbări semnificative în ultimii 30 de ani, ca urmare a cercetărilor din domeniul neurobiologic și psihosocial. Astfel, reziliența se reflectă în capacitatea de adaptare, de transformare și de creștere în fața adversității. Rutter include în acest concept mecanisme psihologice care ne pot proteja împotriva riscurilor inerente în anumite situații, procese ce ar putea reduce consecințele expunerii la situații riscante.

La începutul anilor 60, cercetătorii cognitiv-behavioriști au examinat măsura în care comportamentul uman este moderat prin procesele de gândire și stările emoționale, cercetările privind dezvoltarea copilului s-au centrat pe capacitatea acestora de a-și modera emoțiile și comportamentele atunci când se confruntă cu evenimente stresante [195]. Procesul de reziliență a putut fi studiat în situații foarte diverse: situații cu caracter traumatizant (în sensul tradițional, clasic, al conceptului de traumă) și în situații de adversitate cronică [52].

Studiile au aratat că reziliența emoțională, uneori numită și reglarea emoțională sau reglare afectivă este implicată în capacitatea copiilor de a preveni emoțiile negative disfuncționale și a comportamentelor dezadaptative [208]. Bernard [22] a definit reziliența ca fiind dezvoltarea capacităților copiilor de a utiliza strategii de coping (distragere, modificarea gândurilor, căutarea suportului social etc) pentru a-i ajuta să-și regleze intensitatea emoțiilor negative, dar și abilitatea de a ramane calm la confruntarea cu evenimente adverse. Din punctul său de vedere diferențele la nivelul capacității de coping sunt guvernate de mai mulți factori, cum ar fi factorul genetic al copilului, practicile parentale și sistemul de convingeri în curs de apariție la copil.

Emmy Werner [259] a stabilit trei utilizări generale ale termenului de reziliență: a) o bună dezvoltare în ciuda unui risc ridicat; b) menținerea competențelor în condiții de stres continuu de susținere a abilităților și a capacității de a duce la bun sfârșit lucrurile; c) recuperarea după o traumă, adică întoarcerea la normal după o adversitate. La rândul său, Edith Grotberg [94] definește reziliența drept: *”capacitatea de a face față, de a depăși și chiar de a fi transformat de adversitățile vieții”*.

Psihiatrul și psihanalistul Boris Cyrulnik [55] afirma că reziliența poate fi dezvoltată din resursele proprii fiecăruia prin învățarea unui stil afectiv pe care l-a numit atașament securizant, prin care copilul își dezvoltă încrederea în sine, în funcție de modul în care a interacționat cu modelele sale adulte, concept preluat ulterior și de John Bowlby în teoria atașamentelor, prin care în situații nefavorabile, un atașament securizant permite dezvoltarea capacității de a-și menține încrederea în sine în ciuda dificultăților și de a cauta sprijin.

Reziliența a fost abordată și din perspectiva *psihologiei pozitive* ce îl are ca reprezentant pe Martin Seligman [227] și se concentrează pe abilități, valori și atribute pozitive, și nu pe slăbiciuni și patologii, trecând de la abordarea negativă la abordarea pozitivă a competenței și a comportamentului adaptativ. În domeniul educației, reziliența este studiată din perspectiva elevului, pe baza profilului acestuia și a posibilelor strategii de dezvoltare, pe baza propriei capacități de reziliență și a atitudinilor și strategiilor de dezvoltare a rezilienței în rândul elevilor [237].

Această reziliență, pornind de la caracteristicile individuale și de la interacțiunile intra-familiale și cu persoanele din mediul subiectului, constituie reziliența naturală. Studiul acesteia — precum și cunoașterea factorilor implicați și a proceselor subiacente — a permis trecerea într-o nouă etapă, aceea a construirii rezilienței, de data aceasta împreună cu profesioniștii din domeniul sănătății mentale, ceea ce

a fost definită de Ș. Ionescu ca **reziliență asistată** [120]. Boala unui copil este, într-adevăr, un subiect grav, iar posibilitatea de a pune în practică strategii de reziliență asistată este cu atât mai importantă.

Adversitatea este strâns legată de persoana și de modul în care aceasta interpretează situațiile problematice, decât de situația în sine, de semnificația atașată acesteia, de momentul de viață în care apare, de resursele de care dispunem [70]. Situațiile problematice sunt considerate "**factori de stres**" care pot fi normativi sau nu, previzibili sau nu. Factorii de stres sunt strâns legați de adversitate pentru că sunt legați tacit de lipsa motivației și de afectarea calității vieții, ducând la o vulnerabilitate, care la rândul ei, poate conduce către o criză [185]. Capacitatea de a gestiona boala și efectele sale depinde și de vârsta copilului (un sugar va avea mai puține posibilități de a-și exprima durerea și nevoile, în timp ce un pre-adolescent s-ar putea revolta împotriva a ceea ce i se întâmplă), de percepția pe care o are asupra bolii și de gravitatea acesteia, de îngrijorarea părinților săi [123].

Factorii de risc și factorii dezadaptativi asociați distresului la copiii cu DZ includ:

1. Factori psihologici:

- Anxietatea și depresia – teama de hipoglicemie, de complicații viitoare sau de a fi diferit de ceilalți
- Stima de sine scăzută – perceperea diabetului ca o limitare personală
- Gândirea catastrofică – anticiparea celor mai grave scenarii legate de boală
- Dificultăți de autoreglare emoțională – incapacitatea de a gestiona frustrarea și stresul zilnic
- Sentimentul de neajutorare – lipsa de control asupra bolii și vieții cotidiene

2. Factori familiali:

- Părinți hiperprotectivi sau anxioși – transmiterea fricilor copilului și limitarea autonomiei
- Conflicte familiale – stres emoțional suplimentar care afectează adaptarea copilului
- Lipsa sprijinului emoțional – minimalizarea emoțiilor copilului sau lipsa unor modele de coping sănătoase

3. Factori sociali:

- Stigmatizare și excludere socială – perceperea copilului ca „diferit” de către colegi
- Dificultăți de integrare școlară – profesori sau colegi care nu înțeleg nevoile specifice ale copilului
- Presiunea grupului de egali – tendința de a neglija tratamentul pentru a fi acceptat

4. Factori medicali și de management al bolii:

- Regim strict și rutina medicală – frustrarea legată de monitorizarea constantă și restricțiile alimentare
- Oboseala cronică – cauzată de fluctuațiile glicemice și de gestionarea zilnică a bolii
- Neîncrederea în propriile abilități de autoîngrijire – evitarea asumării responsabilității asupra tratamentului.

Adaptarea reprezintă "*acomodarea de la ceva la altceva, de a face ca ceva să îndeplinească alte funcții decât cele pentru care a fost pregătit*". Reziliența face posibilă adaptarea într-un context de

adversitate, creând condiții ce permit schimbări adaptate situațiilor noi. În lucrarea despre adaptarea la diagnosticul de cancer și la tratamentul său, Newton et al. [178] arată, de altfel, următoarele:

- cu cât sunt mai mici, cu atât copiii au dificultăți mai mari de adaptare;
- un tratament prelungit riscă să antreneze mai multe dificultăți de adaptare;
- în comparație cu băieții, fetele, pentru care presiunea parentală este mai mare, au dificultăți mai mari de adaptare la boală.

Rivet et al. [209] deosebesc mai mulți factori de risc cu care copilul bolnav trebuie să se confrunte: dureri, oboseală, diminuarea capacităților motrice și senzoriale, modificarea aspectului fizic, batjocură, modificarea stilului de viață, diminuarea activităților fizice, supraveghere, regim, tratament, spitalizare și absențare excesivă de la școală. Conform modelului stării psihologice de bine al lui Ryff [217], se poate considera că un copil bolnav se confruntă cu dificultăți în următoarele șase domenii, atunci când:

- pierde controlul asupra mediului său, nu mai este în stare să-și urmeze programul obișnuit (să meargă la grădiniță sau la școală, de exemplu);
- constată oprirea dezvoltării sale (slăbește, nu mai acumulează noi cunoștințe);
- viața sa își pierde sensul și nu mai are obiective;
- copilul își pierde autonomia (în plan fizic, dar mai ales în plan decizional);
- se simte nesatisfăcut de el și i-ar plăcea să fie altfel, sănătos;
- este izolat, își pierde mulți prieteni (mai ales prin absențele școlare repetate) și îi vine greu să aibă încredere în ceilalți, care nu îl mai înțeleg, relațiile sale interpersonale devenind, astfel, frustrante.

Componentele rezilienței. Reziliența nu ar trebui considerată o abilitate, ci un proces, generat de o serie de evenimente din care persoana să poată ieși mai puternică din situație și deci, să poată învăța ceva din experiența sa, acestea sunt numite *proces reziliente*. Chiar dacă mai întâi poate exista un răspuns vulnerabil (șoc, nedumerire, nesiguranță și chiar abandonarea sarcinilor), încetul cu încetul poate avea loc învățarea de noi strategii pentru a face față adversității, precum și găsirea de noi motivații și speranțe. Reziliența a fost conceptualizată ca variații individuale ale răspunsului la stres în care unii oameni cedează în fața unor situații adverse, în timp ce alții sunt capabili să depășească obstacolele [214]. Reziliența și factorii de protecție în rândul indivizilor care se confruntă cu adversitatea severă diferă dramatic [259]. Rutter [215] a descris diferențe constituționale care influențează modul în care copilul reacționează la factorii de stres din mediu, a sugerat că rezistența la stres este relativă, nu absolută și ține atât de mediu, cât și de factorii constituționali care pot afecta reziliența. Gradul de rezistență variază în timp și cu privire la stresorul specific cu care se confruntă individul. El a mai sugerat că nu este neapărat importantă chimia psihologică a momentului, ci modul în care oamenii fac față schimbărilor și adversității și ceea ce fac în aceste circumstanțe care joacă un rol în mecanismele protectoare. Este probabil ca factorii de protecție, atât genetici, cât și experiențiali, să contribuie la reacția copilului atunci când el întâlnește un factor de stres [200].



Figura 1.3. Vulnerabilitatea copilului cu DZ (factori psihosociali relevanți)
(adaptat după Delamater et al, 2001; Masten et al., 2011; Ojovan, V., 2023)

Waugh [257] a identificat anumite caracteristici de personalitate care par să contribuie la adaptarea pozitivă la pierderi sau suferință:

- Perspectivă echilibrată asupra propriei vieți
- Perseverență
- Încredere în sine
- Autonomie personală
- Sens al propriei vieți.

Reziliența integrează competențe emoționale, sociale și orientare spre viitor. **Competențele emoționale** sunt: concepte pozitive despre sine, locus de control intern (autocontrol și reglare a emoțiilor), autonomie personală și simțul umorului. Locusul de control este un factor determinant al rezilienței. Există de asemenea, o strânsă legătură între o stimă de sine ridicată, ca variabilă a rezilienței și trăsături de personalitate precum extroversiunea, amabilitatea și deschiderea către noi experiențe. Calitățile psihologice de bază, cum ar fi stima de sine și eficacitatea pot amortiza adversitatea, permițând dezvoltarea unor comportamente pozitive. **Competența socială** e definită prin capacitatea de a avea relații sociale stabile, astfel comunicarea, sentimentul de apartenență și empatia sunt relevante pentru dezvoltarea rezilienței.

OECD [275] subliniază importanța rezilienței la copii, care include mai mulți factori protectivi interni, deosebit de relevanți pentru copiii care gestionează afecțiuni cronice precum diabetul. Acești factori includ:

- **Stima de sine:** Să se simtă valorizați și încrezători în abilitățile lor.
- **Autoeficacitatea:** Credința că pot gestiona în mod eficient afecțiunea și provocările sale

- **Capacitatea de cooperare:** Colaborarea eficientă cu ceilalți, inclusiv cu familia și furnizorii de îngrijiri medicale
- **Autonomia:** Dezvoltarea independenței în îngrijirea diabetului
- **Autoreglarea:** Gestionarea eficientă a emoțiilor și comportamentelor, esențială pentru o administrare consecventă a diabetului
- **Motivația:** Dorința de a-și menține sănătatea și regimul de tratament
- **Recunoștința și compasiunea:** Dezvoltarea unor relații pozitive și aprecierea sprijinului primit.

Acești factori interni contribuie la construirea rezilienței, permițând copiilor cu DZ să facă față mai bine cerințelor afecțiunii și să mențină o perspectivă pozitivă [2, 267].

Wellbeing (Starea de bine) este de asemenea, un indicator al rezilienței, reflectând capacitatea unei persoane de a se adapta și de a menține o sănătate mentală și emoțională pozitivă, chiar și în fața provocărilor sau a stresului. În contextul copiilor cu DZ, starea de bine ca indicator al rezilienței include mai multe dimensiuni:

- **Sănătatea mentală și emoțională** - Un copil rezilient este capabil să-și gestioneze eficient emoțiile negative, cum ar fi frustrarea, anxietatea sau tristețea, care pot apărea din cauza provocărilor zilnice legate de diabet. Starea de bine este indicată de o stabilitate emoțională, în care copilul nu este copleșit de stres sau anxietate cronică și își poate menține o atitudine optimistă.

- **Sentimentul de competență și auto-eficacitate** - Copiii cu o bună reziliență au încredere în capacitatea lor de a gestiona diabetul și de a face față provocărilor, ceea ce contribuie la un sentiment de competență și autoeficacitate. Starea de bine se reflectă în recunoașterea și marcarea succeselor în gestionarea bolii, ceea ce întărește sentimentul de competență.

- **Relațiile sociale și suport** - Copiii rezilienți mențin relații sănătoase și pozitive cu familia, prietenii și colegii, beneficiind de un suport social important ce contribuie la starea lor de bine. Aceasta se manifestă și prin capacitatea de a se integra și de a participa activ la viața socială, fără a se simți izolați sau excluși din cauza diabetului.

- **Abilitățile de adaptare și rezolvare a problemelor** - Copiii cu o stare de bine bună sunt capabili să adopte o gândire flexibilă, să găsească soluții creative și să se adapteze la situații noi sau dificile. Capacitatea de a face față stresului fără a fi copleșiți sau fără a manifesta reacții negative extreme este un semn clar al stării de bine și al rezilienței.

- **Satisfacția generală** – Starea de bine se manifestă printr-un sentiment general de satisfacție, în care copilul simte că viața sa este semnificativă și plăcută, chiar și în prezența DZ. Capacitatea de a se bucura de activități și experiențe, de a găsi plăcere în viața de zi cu zi, este un alt semn al unei bune stări de bine.

În concluzie, *starea de bine este un indicator esențial al rezilienței*, deoarece reflectă modul în care copiii cu DZ reușesc să se adapteze la provocările bolii și să își mențină o sănătate mentală și

emoțională echilibrată. Aceasta implică o combinație de sănătate mentală și emoțională, relații sociale pozitive, competență și satisfacție cu viața, toate fiind componente cheie ale rezilienței.

Reziliența poate fi modulată de factori de risc și protecție, primii reprezintă variabile personale și de mediu care cresc probabilitatea unor reacții negative în situații adverse, ceilalți reprezintă ansamblul de variabile care cresc capacitatea de a rezista la conflicte și a gestiona stresul (legături familiale suportive, obiceiuri sănătoase, sănătate bună, resurse materiale) [177]. Acești factori se manifestă când riscul este prezent, acționând în mod compensator și protector.

Având în vedere faptul că diabetul devine o constantă medicală în viața persoanei, o bună reziliență conduce către un stil de viață adaptativ și o calitate crescută a vieții, în special a dezvoltării emoționale a copiilor cu DZ și a susținerii unei speranțe bune de viață [170]. Bolile cronice din copilărie – cum ar fi astmul, diabetul, cancerul etc. – s-a considerat de mult timp că au un efect negativ ca impact asupra calității vieții copiilor.

1.4. Concluzii la Capitolul 1

Prin investigația teoriilor de dezvoltare a copilului și a literaturii de specialitate referitoare la problematica dezvoltării psiho-emoționale a copiilor cu DZ am relevat o serie de concluzii importante care ne-au direcționat spre acțiunile investigative și intervenționale ale lucrării. Iată câteva dintre acestea:

1. Copilul cu DZ se confruntă cu provocări care îi influențează în mod specific dezvoltarea cognitivă, socială și emoțională. Diabetul nu este doar o condiție medicală, ci un factor care impune o adaptare continuă la cerințe zilnice complexe. Acesta se suprapune peste cea mai critică perioadă a dezvoltării copiilor, în care se conturează abilitățile emoționale și sociale și identitatea de sine. Această perioadă de dezvoltare implică o adaptare continuă la provocările vârstei care, în cazul copiilor cu DZ, se adaugă necesității de a gestiona boala cronică. Aceasta reprezintă o povară suplimentară pentru ei, iar dezvoltarea rezilienței devine esențială în fața provocărilor asociate cu boala și asigurarea adaptării la adversități pe termen lung.
2. Profilul psihologic al copilului cu DZ este determinat de o multitudine de factori genetici, psihologici, de mediu și contextuali, care impun necesitatea unei evaluări complexe în vederea depistării factorilor de risc și stabilirea unui cadru precis de intervenție în scopul creșterii rezilienței. Intervențiile care susțin dezvoltarea psiho-emoțională prin întărirea factorilor protectivi, odată cu reducerea factorilor de risc, oferă copiilor abilități de adaptare și reziliență utile în perioada adultă, dar și pe tot parcursul vieții. Reziliența pune accent pe abilități, valori și attribute pozitive, care contribuie la formarea competenței și a unor comportamente adaptative. Reziliența poate fi crescută cu ajutorul factorilor care o influențează. Unii copii și adolescenți reușesc în mod natural să fie rezilenți, în timp ce alții devin

vulnerabili, având nevoie de ajutorul profesioniștilor din domeniul sănătății mentale pentru restabilirea balanței dintre “factorii de risc” și “factorii de protecție” și dobândirea rezilienței.

3. Suportul social și familial reprezintă un factor de protecție important în construirea rezilienței și asigurarea dezvoltării. Intervențiile care implică familia în procesul terapeutic sunt mai eficiente în îmbunătățirea rezultatelor. Sprijinul parental și familial este benefic pentru creșterea rezilienței copiilor, iar programele de reziliență asistată care se concentrează pe încurajarea dialogului deschis în familie și pe dezvoltarea abilităților de coping conduc la îmbunătățirea stării emoționale și a calității vieții copiilor prin crearea unui mediu de susținere.

4. Teoriile dezvoltării ne-au oferit cadrul necesar pentru înțelegerea complexității condițiilor de dezvoltare psiho-emoțională a copiilor cu DZ și pentru proiectarea unei intervenții eficiente de creștere a rezilienței copiilor în fața unei boli cronice, îmbunătățirea autoreglării emoționale și a competențelor de autogestionare, dezvoltarea unui coping adaptativ, consolidarea suportului familial și social, prevenirea problemelor psihopatologice și a complicațiilor și, în cele din urmă, îmbunătățirea calității vieții copiilor cu DZ. Dezvoltarea psiho-emoțională a copilului cu DZ este rezultatul unor interacțiuni complexe între resursele interne ale copilului, contextul familial, social și etapele de dezvoltare, iar teoriile dezvoltării ne-au conturat un cadru științific solid de a înțelege modul în care factorii de risc și de protecție influențează dezvoltarea competențelor emoționale, morale și sociale. În concordanță cu aceste teorii, cercetările din domeniu au demonstrat că intervențiile psihologice cât mai de timpuriu adresate copiilor cu DZ au un impact semnificativ asupra capacității acestora de adaptare la boală și de a dezvolta abilități eficiente pentru reziliență. Copiii nu au, de obicei, maturitatea psiho-emoțională necesară pentru a face față provocărilor, ceea ce subliniază încă o dată necesitatea intervențiilor psihologice pe termen lung ca strategie durabilă de adaptare.

2. CERCETAREA EXPERIMENTALĂ ASUPRA NIVELULUI DE AFECTARE PSIHO-EMOȚIONALĂ A COPIILOR CU DIABET ZAHARAT

2.1. Designul cercetării experimentale constatative

Scopul experimental al cercetării privind dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu DZ s-a centrat pe identificarea particularităților psihologice dezadaptative ce conduc la distres, analizând factorii de risc implicați, dar și pe cei de protecție, ce conturează tabloul lor psihologic. În acest sens,

Obiectivele cercetării au fost următoarele:

- identificarea problemelor de internalizare (afective) și cele de externalizare (comportamentale) la copiii cu DZ și la cei non-diabetici
- determinarea particularităților psihologice ale copilului cu DZ și ale metodelor de coping de care acesta dispune
- identificarea relațiilor dintre componentele măsurate cum ar fi: factori demografici, informații de diagnostic, strategiile de coping, stilul parental, inteligența emoțională etc. și modul în care acestea influențează viața copilului cu DZ
- conturarea unui profil psiho-emoțional al copilului cu DZ prin identificarea caracteristicilor relevante de dezvoltare
- realizarea unei analize comparative între copiii cu DZ și cei non-diabetici pentru evidențierea diferențelor

Ipoteza generală a cercetării s-a bazat pe asumția de diferențiere semnificativă între profilul psiho-emoțional de dezvoltare al copiilor cu DZ față de cel al copiilor non-diabetici, presupunând că acesta este puternic determinat de factori de vulnerabilitate psihică și fizică și de prezența unui număr mai mare de factori de risc.

Prin prezenta cercetare ne dorim să verificăm următoarele **ipoteze operaționale**, presupunând că:

- 01.** Copiii cu DZ înregistrează niveluri semnificativ mai mari de anxietate și depresie în comparație cu copiii non-diabetici
- 02.** Copiii cu DZ dispun de mai puține strategii adaptative și utilizează preponderent metode de coping dezadaptativ în comparație cu copiii non-diabetici
- 03.** Copiii cu DZ experimentează niveluri mai ridicate de distres psihologic și se confruntă cu dificultăți și amenințări mai mari decât copiii non-diabetici
- 04.** Copiii cu DZ înregistrează niveluri mai scăzute ale reglării emoționale comparativ cu copiii non-diabetici
- 05.** Stilul parental adoptat în cazul copiilor cu DZ este mai implicat decât în cazul copiilor fără diabet, influențând pozitiv dezvoltarea emoțională și formarea strategiilor de coping
- 06.** Copiii cu DZ au un nivel calitativ al vieții mai redus decât cel al copiilor fără DZ

Criterii de includere a copiilor în lotul de cercetare

- Diagnostic medical – 100 copii diagnosticați cu DZ, fără alte afecțiuni asociate și 100 copii fără niciun diagnostic medical
- Vârstă – intervalul de vârstă între 8 și 14 ani
- Acordul părinților/tutorei legal – participarea s-a făcut pe baza consimțământului informat
- Capacitatea de a completa chestionarele – părinții trebuie să răspundă la întrebări, să ofere informațiile relevante despre copii. În cadrul studiului a participat activ părintele care reprezintă principalul reper de atașament pentru copil. În cazul copiilor cu DZ, părintele de referință în ceea ce privește atașamentul este de regulă, adultul care înțelege cel mai bine nevoile copilului, răspunde prompt la ele și îl ajută să facă față provocărilor generate de boală.
- Disponibilitate pentru urmarea unui program de monitorizare psihologică.

Criterii de excludere a copiilor din lotul de cercetare

- Prezența altor afecțiuni cronice severe asociate sau tulburări neurologice de dezvoltare care pot influența rezultatele
- Refuzul de participare a unuia dintre părinți sau a copilului prin lipsa consimțământului informat
- Utilizarea unui tratament experimental care ar putea introduce variabile necontrolate în studiu
- Lipsa aderenței la protocolul de cercetare (absențe de la ședințele de evaluare/reevaluare, nerespectarea condițiilor impuse de studiu).

Eșantionul cercetării. Experimentul de constatare a fost realizat în perioada 2018 – 2020, la acesta participând 100 de copii non-diabetici cu vârste cuprinse între 8 și 14 ani încadrați în școli din învățământul național de masă și 100 de copii cu DZ din toată țara cu vârste cuprinse între 8 și 14 ani, aflați în evidența Casei de Asigurări de Sănătate, a medicilor din Spitalul de Diabetologie "Sanamed", Clinicii "Sănătatea Ta", dar și ai Centrului Medical Clinic de Evaluare și Recuperare pentru Copii și Adolescenți "Cristian Șerban" - Buziaș. Având în vedere numărul total de 3440 al populației de copii cu DZ tip 1 incluși în Programul Național de Diabet Zaharat al Casei Naționale de Sănătate din România [281], considerăm că eșantionul de cercetare ales aleatoriu este unul reprezentativ, reflectând caracteristicile populației de școlari cu DZ tip 1, ținând cont și de criteriul obligatoriu de includere referitor la genul și vârsta subiecților, respectiv copii de vârstă școlară între 8 și 14 ani.

Analiza structurii eșantionului

Lotul de cercetare a fost constituit din 200 de subiecți, copii de vârstă școlară între 8 și 14 ani, băieți și fete, distribuiți în mod 100/100 din punct de vedere al prezenței/absenței diagnosticului de DZ. Analiza structurii s-a făcut comparativ între cele două grupuri.

Tabel 2.1. Distribuția loturilor de copii în funcție de gen și prezența/absența DZ

			Sex		Total
			Masculin	Feminin	
Diabet zaharat	fără DZ	N	55	45	100
		%	55.0%	45.0%	100.0%
	cu DZ	N	50	50	100
		%	50.0%	50.0%	100.0%
Total		N	105	95	200
		%	52.5%	47.5%	100.0%

Distribuția în raport de vârstă a subiecților cercetării

Distribuția după vârstă a copiilor din lotul de cercetare

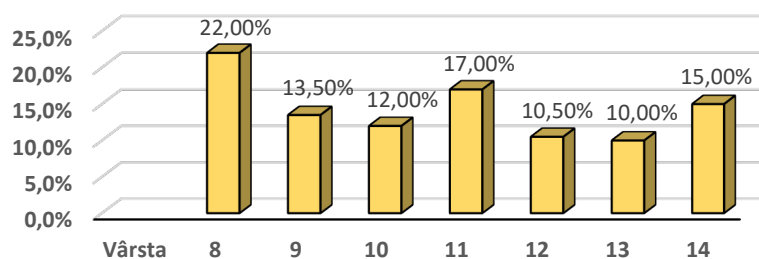


Figura 2.1. Distribuția intervalelor de vârstă din lotul de cercetare

Din punct de vedere al vârstei copiilor, acestea au variat între 8 și 14 ani, cu o vârstă medie de aproximativ 11 ani ($M = 10.71$; $SD = 2.10$), cu o simetrie aproximativă ($Sk = 0.19$), dar cu o eterogenitate ridicată ($K = -1.27$), aspect ce asigură o percepția asupra echilibrată a diferitelor vârste (Tabel 2.2.).

Tabel 2.2. Distribuția eșantionului în funcție de vârstă

	<i>N</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	<i>m</i>	<i>sd</i>	<i>Sk</i>	<i>K</i>
Varstă copil	200	8.00	14.00	10.71	2.10	0.19	-1.27

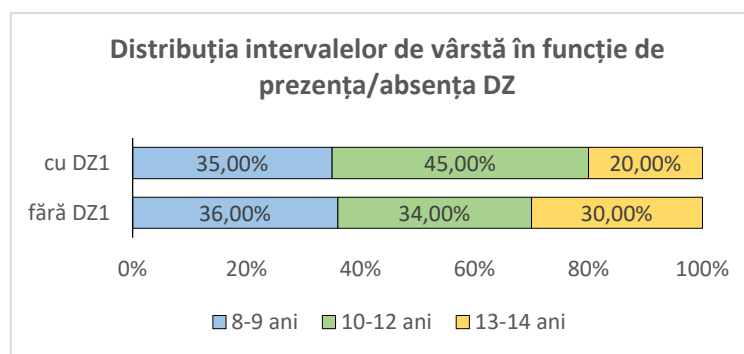


Figura 1.2. Distribuția intervalelor de vârstă în funcție de prezența/absența DZ

Privind grupat, avem o pondere de 35.5% a copiilor cu vârste de 8 și 9 ani (36% în cazul copiilor fără DZ și 35% în cazul celor cu DZ), intervalul 10-12 ani având o pondere de 39.5% (34% în cazul celor fără DZ și 45% în cazul celor cu DZ), iar cei cu vârste de 13 și 14 ani având o pondere de 25% (30% în cazul celor fără DZ și 20% în cazul celor cu DZ).

Tabel 2.3. Compararea mediei de vârstă la copiii cu DZ și fără DZ

	Diabet zaharat	N	Media	Abaterea std.	Eroarea std.
Vârstă copil	fără DZ	100	10.81	2.241	0.224
	cu DZ	100	10.60	1.964	0.196

Diferența de distribuție a intervalelor de vârstă în funcție de prezența/absența DZ nu este semnificativă statistic ($\chi^2_{(df=2)}=3.55$; $p=0.170$) (Tabel 2.4).

Tabel 2.4. Distribuția rangurilor vârstei copiilor

		Fără DZ (N=100)		Cu DZ (N=100)		Test independență Hi-pătrat		
Factor socio-demografic	Categorie	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Sex	Băieți	55	55.0%	50	50.0%	0.50	1	0.286
	Fete	45	45.0%	50	50.0%			
Interval de vârstă	8 – 9 ani	36	36.0%	35	35.0%	3.55	2	0.170
	10 – 12 ani	34	34.0%	45	45.0%			
	13 – 14 ani	30	30.0%	20	20.0%			

Distribuția în raport de vârstă și de prezența/absența DZ

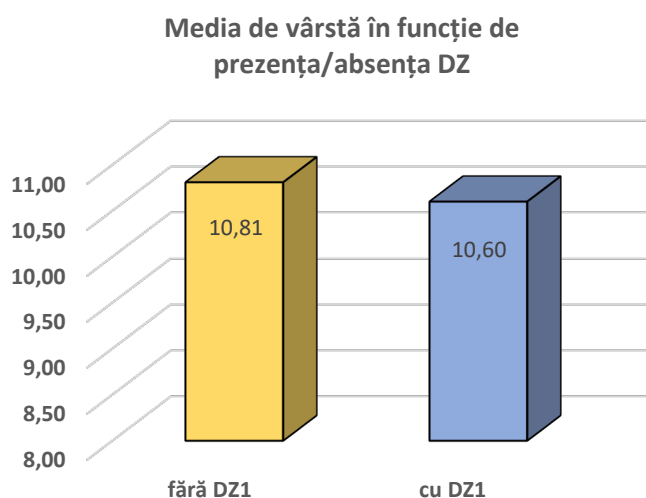


Figura 2.3. Media intervalelor de vârstă în funcție de prezența/absența DZ

Distribuția în raport de gen a subiecților cercetării

Distribuția de gen a copiilor din lotul de cercetare

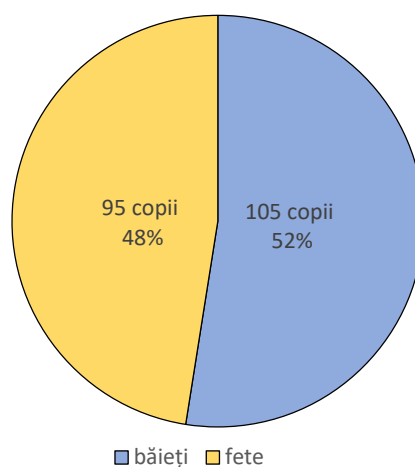


Figura 2.4. Distribuția de gen a copiilor

Din punct de vedere al genului, cele două categorii sunt aproximativ egal reprezentate ($\chi^2_{(df=1)}=0.50$; $p=0.480$). Această egalitate se menține și în cazul diferențierii în funcție de prezența sau absența bolii DZ ($\chi^2_{(df=1)}=0.50$; $p=0.286$). În ansamblu, băieții reprezintă 52.5% din eșantion cu o pondere de 55.0% în cazul copiilor fără DZ și 50% în cazul celor cu DZ, în timp ce fetele reprezintă 47.5% din eșantion, respectiv 45% dintre copiii fără DZ și 50% dintre cei diagnosticați cu DZ (vezi Tabel 2.3). Din situația Centrului Național de Statistică în sănătate publică [280], repartitia pe gen a înregistrat până în anul 2013 o pondere mai mare pentru fete, iar începând cu 2014 proporția s-a schimbat, înregistrându-se mai multe cazuri la băieți, ceea ce confirmă faptul că eșantionul analizat reflectă evoluția cazurilor de DZ în populația generală.

Tabel 2.5. Comparatie a distribuțiilor de frecvență a categoriilor de gen

			Gen		χ^{2a}
			Feminin	Masculin	
DZ	cu DZ	n	50	50	0.50 $p=0.571$
		%	50.0%	50.0%	
	fără DZ	n	45	55	
		%	45.0%	55.0%	
Total		n	95	105	
		%	47.5%	52.5%	

Distribuția în raport de gen și prezența/absența DZ

În urma aplicării testului de omogenitate Chi-square pentru tabelul de asociere dintre prezența DZ și gen nu s-a identificat o diferență semnificativă statistic ($\chi^2=0.50$, $df=1$, $p>0.05$) între distribuțiile ponderilor celor două categorii de gen în funcție de prezența sau absența bolii DZ. Putem spune astfel, că distribuțiile între fete și băieți sunt comparabile în ceea ce privește prezența DZ.

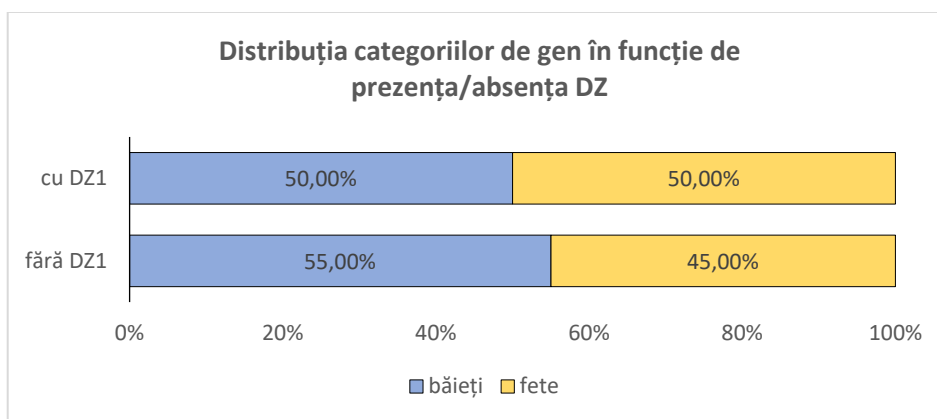


Figura 2.5. Distribuția categoriilor de gen în funcție de prezența/absența DZ

Variabilele cercetării. Am considerat ca variabile concludente pentru confirmarea/infirmarea ipotezelor de cercetare următoarele:

- **variabile dependente:** Anxietatea manifestată prin: simptome fizice, tensiune/neliniște, simptome somatice/vegetative, evitarea lezării, perfecționism, coping anxios, anxietate socială, umilință/respingere, frica de performanță, anxietate de separare/panică, scor total anxietate, indexul clinic al tulburării anxioase, Depresia manifestată prin: dispoziție negativă, probleme interpersonale, ineficiență, anhedonie, stima de sine scăzută, scor total depresie; Dificultăți reprezentate de: distres emoțional, dificultăți comportamentale, hiperactivitate/dificultăți de concentrare, dificultăți relaționale, comportament prosocial, impact general, scor total dificultăți, Amenințări reprezentate de: amenințare fizică, amenințare socială, eșec personal, ostilitate, Mecanismele de coping precum: distragerea atenției, rugăciune (coping spiritual), autoculpabilizare, retragere socială, suport social, restructurare cognitivă, reglare emoțională, wishful thinking (gândire magică), culpabilizarea celorlalți, resemnare, rezolvare de probleme și IE.

- **variabile independente:** prezența DZ, vârsta, genul și stilul parental

Instrumentele de lucru. Pentru realizarea obiectivelor propuse, am determinat și administrat o serie de metode și instrumente care să examineze cel mai bine variabilele supuse cercetării. Astfel, instrumentele folosite în cadrul cercetării au fost:

Acordul (Consimțământul) informat al părintelui/tutorelui (Anexa A1.1.) pentru participarea la programul de "Intervenție psihologică prin Reziliență asistată" este un instrument necesar și obligatoriu pentru înscrierea copilului în program conform Codului deontologic al profesiei de psiholog din România. Având în vedere faptul că managementul diabetului se află încă la părinți la această vârstă a

copilului, acordul de participare a fost solicitat ambilor părinți, însă un singur părinte s-a auto-desemnat să participe activ alături de copil în cadrul programului. Această participare a avut în vedere management emoțional constant pentru copil prin tehnici de sprijin, consolidarea abilităților învățate în terapie prin aplicarea lor în mediul de acasă, modelarea comportamentelor și strategiilor de coping eficient, dezvoltarea unui climat familial predictibil și suportiv și creșterea sentimentului de competență parentală [82].

Chestionarul de informații anamnestice ale copilului (Anexa A1.2) construit de autor și bazat pe conceptele lui John Bowlby a fost completat de părintele însoțitor. Este de asemenea, un instrument utilizat în scopul obținerii unor informații relevante despre istoricul medical, psihologic, social și familial al copilului. Aceste informații sunt necesare pentru a înțelege mai bine contextul și nevoile copilului și pentru a verifica criteriul de includere al copilului în program.

Scala Multidimensională de Anxietate pentru Copii (MASC®) – dezvoltată de John March, (Anexa A 1.3) este un instrument psihometric adaptat pe populația de copii români care evaluează dimensiunile majore ale anxietății la copii și adolescenți. Constă din 39 itemi distribuiți în patru scale de bază: Simptome fizice cu subscalele Tensiune/Neliniște și Simptome somatice; Evitarea lezării cu subscalele Perfecționism și Coping anxios; Anxietate socială cu subscalele Frica de Umilire/Respingere, Frica de performanță și Scala de Separare/Panică. Mai include o scală ce măsoară anxietatea totală sub forma unui Indice al Tulburării Anxioase, util în identificarea subiecților care se încadrează în categorii diagnostice și un Indice de Inconsistență util în identificarea răspunsurilor aleatoare. Este utilizat pentru copiii între 8 și 19 ani și se bazează pe o scală Likert în patru trepte cu gama de răspunsuri: 0 - niciodată, 1 - rareori, 2 - uneori și 3 - des. Cotele T au o medie de 50 și o abatere standard de 10, cotele T utilizate pentru MASC sunt cote liniare. Dacă niciun scor T nu depășește valoarea de 65, MASC nu indică prezența unei anxietăți crescute cu semnificație clinică. Scorul global oferit de MASC reflectă nivelul general al simptomatologiei anxioase. Un scor T mai mare de 66 este considerat semnificativ ridicat, indicând o anxietate mult sau foarte mult peste media populației generale. Testul a fost adaptat pentru populația românească de Cristian Sîrbu, Ph.D.

Inventarul de Depresie pentru Copii (CDI®) – dezvoltat de Maria Kovacs, PhD (Anexa A 1.4) și etalonat pe populația de copii români oferă informații utile cu privire la gradul și severitatea simptomelor depresive la copiii cu vârste cuprinse între 7 și 17 ani. Este o scală de autoevaluare focalizată asupra simptomelor, alcătuită din 27 itemi, cu trei variante de răspuns, destinată copiilor de vârstă școlară și adolescenților și a fost dezvoltată în 1977 și publicată în 1992. Fiecare fiind cuantificat între 0 și 2 puncte, scorul final posibil fiind între 0 - 54 puncte. Valorile sub 9 puncte sugerează absența depresiei, scorul peste 9 puncte este sugestiv pentru depresia clinică, iar scorurile peste 16 sunt considerate de autoarea testului ca fiind caracteristice unei depresii severe. Scala discriminează între copiii diagnosticați cu tulburare depresivă majoră, tulburare distimică sau alte condiții psihiatrice și copiii de vârstă școlară fără diagnostice clinice. Forma lungă folosită în evaluare conține 27 de itemi care pot fi înțeleși cu ușurință

de copii și cuantifică diferite simptome depresive, inclusiv dispoziția afectivă negativă, starea de nemulțumire, disfuncții ale sistemului vegetativ, stima de sine scăzută, deznădejdea și problemele de comportament interpersonal. Testul poate fi de asemenea, administrat și de către părinți sau profesori. Scorurile T sunt scoruri standardizate cu o medie de 50 și o abatere standard de 10, însă există o diferență importantă din punct de vedere clinic între un scor T de 55 și unul de 56. Scalele factoriale măsurate de CDI sunt: Dispoziția negativă, Probleme interpersonale, Ineficiență personală, Anhedonie, Stima de sine scăzută și Scorul total al depresiei. Este folosit atât în mediile clinice, în vederea setării tratamentului, în evaluarea progresului general al dispoziției și în domeniul cercetării. Testul a fost etalonat pentru populația românească de Cristian Sîrbu, Ph.D și Daniela Iliescu, M.D.

Chestionar pentru Capacități și Dificultăți (SDQ) este un scurt chestionar de screening comportamental pentru copiii între 2-17 ani (Anexa A 1.6). Există în mai multe versiuni pentru a satisface nevoile cercetătorilor, clinicienilor și educatorilor. Toate versiunile au 25 de atribute, unele pozitive și altele negative. Acești 25 de itemi sunt împărțiți pe 5 scale: simptome emoționale (5 itemi); probleme de conduită (5 itemi); hiperactivitate/neatenție (5 itemi); probleme de relație cu egalii (5 itemi); comportament pro-social (5 itemi). Aceiași 25 de itemi sunt incluși în chestionare pentru completarea de către părinții sau profesorii copiilor de la 4-17 ani (prof. Robert Goodman, 1997). În eșantioanele cu risc scăzut sau în populația generală, poate fi mai bine să se utilizeze o diviziune alternativă pe trei subscale a SDQ în „probleme de internalizare” (simptome emoționale 10 itemi), „probleme de externalizare” (simptome de conduită + hiperactivitate 10 itemi + scala prosocială (5 itemi) și un supliment de impact [86]. Chestionarul SDQ evaluează deci, cinci domenii: dificultăți emoționale, relaționale, de comportament, hiperactivitate/inatenție și comportament pro-social. Se obține un scor total al dificultăților (prin cumularea primelor patru subscale), la care se adaugă evaluarea impactului funcțional și comportamentul pro-social ca factor protector. Evaluarea cu SDQ arată nivelul de dificultate pe o scară numerică, fiecare atribut psihologic este punctat pe o scară de la 0 la 10. Un scor de 0 este cel mai bun rezultat în ceea ce privește câmpurile emoționale, conduită, hiperactivitate și relație cu semenii. Acest scor se inversează pentru pro-social/comportament amabil și util, unde un scor de 10 arată cea mai mică dificultate. Intervalele scorului total: cel normal care indică o bună adaptare emoțională și comportamentală, cel moderat: sugerează prezența unor dificultăți care pot necesita atenție, dar nu sunt severe și cel abnormal care indică dificultăți semnificative, ce pot necesita intervenție psihologică sau terapeutică. Sunt disponibile mai multe versiuni față-verso ale SDQ, cu cele 25 de articole despre punctele forte și dificultăți pe fața paginii și un supliment de impact pe spate. Aceste versiuni extinse ale SDQ întreabă dacă respondentul crede că tânărul are o problemă și, dacă răspunsul e afirmativ, se pun întrebări suplimentare despre cronicitate, suferință, deficiență socială și povară pentru alții. Acest lucru oferă informații suplimentare utile pentru clinicienii și cercetătorii interesați de cazurile psihiatrice și determinanții utilizării serviciilor [87].

Scala de gânduri automate pentru copii și adolescenți (CATS) dezvoltată de Schniering & Rapee [222] este un chestionar de auto-raportare cu 40 de itemi, conceput pentru a măsura gândurile negative ale copiilor (Anexa A 1.7). A fost conceput inițial pentru a evalua afirmațiile negative despre sine la copii și adolescenți. Cu toate acestea, gândurile pozitive joacă, de asemenea, un rol major în tulburările copilăriei, cum ar fi anxietatea și depresia. Prin urmare, declarațiile de sine pozitive au fost adăugate la CATS. CATS-N/P a fost administrat unui eșantion comunitar de 554 de copii cu vârsta cuprinsă între 8 și 18 ani. Rezultatele unei analize factoriale de confirmare au arătat că afirmațiile de sine pozitive au format un factor separat și sănătos din punct de vedere psihometric. Fiabilitatea test-retest intern și pe termen scurt a fost bună. Băieții au raportat mai multe gânduri ostile decât fetele; iar copiii mai mici au raportat mai multe gânduri negative cu privire la amenințarea fizică, amenințarea socială și eșecul decât copiii mai mari. În concluzie, rezultatele studiului actual susțin utilizarea CATS-N/P pentru măsurarea gândurilor pozitive și negative la copii. Aplicarea CATS-N/P poate facilita cercetările suplimentare asupra factorilor cognitivi în diferite tulburări ale copilăriei.

Chestionarul KIDCOPE este o scurtă listă de verificare clinică (Anexa A 1.10), concepută pentru a verifica adaptarea cognitivă și comportamentală și pentru a evalua utilizarea și eficacitatea strategiilor de coping la copii și adolescenți cu vârsta cuprinsă între 7 și 18 ani [235]. În afară de auto-raportarea copilului, părinților și profesorilor li se cere adesea să ofere informații despre modul de adaptare al copiilor. Acestea sunt, în general, mai cuprinzătoare, deoarece măsoară adesea adaptarea în diferite contexte, de exemplu, modul în care se observă că copilul folosește strategiile de coping în mediul de acasă vs mediul școlar [64]. Măsura a fost utilizată pentru copiii și adolescenții care se confruntă cu dezastre naturale [187, 203, 252]; traumă [130]; boală fizică [43]; stresul post-traumatic [156] și în cadrul populației generale [193]. Într-un context australian, KidCOPE a fost folosit pentru a evalua strategiile de coping la copiii de 6-13 ani care primesc terapie muzicală pentru a reduce suferința în timpul terapiei cu radiații [15]. Folosind o scară Likert de 4 puncte, KIDCOPE evaluează 11 strategii de coping prin auto-raportare: distragerea atenției, rugăciune, autoculpabilizare, retragere socială, restructurare cognitivă, culpabilizarea celorlalți, rezolvare de probleme, reglare emoțională, wishful thinking, sprijin social și desemnare. În ciuda numărului limitat de itemi, KIDCOPE demonstrează o fiabilitate acceptabilă a test-retestului pe intervale scurte [38]. Examinarea validității concomitente a demonstrat corelații moderate până la ridicate între alte scale standardizate de coping și KIDCOPE [98]. Poate fi folosit și pentru versiunea părintelui. Conține 16 itemi cu răspuns dihotomic de recunoaștere da/nu și pentru verificare trei variante de răspuns (deloc, puțin, mult) la întrebarea "Cât de mult te ajută?".

Chestionarul KINDL^R pentru copii și adolescenți (Anexa A 1.9) descris mai jos a fost elaborat și testat cu scopul de a remedia discrepanța dintre urgența subiectului „calitatea vieții la copii și adolescenți” și lipsa măsurilor adecvate [205]. Chestionarul constă din 24 de itemi cotați pe o scară Likert cu 5 variante de răspuns: ”nu, rar, uneori, adesea, tot timpul”, asociați cu șase dimensiuni: bunăstare fizică, bunăstare

emoțională, stima de sine, familie, prieteni și funcționare zilnică (școală/grădiniță). Subscalele acestor șase dimensiuni pot fi combinate pentru a produce un scor total. Scopul a fost proiectarea unui chestionar scurt, adecvat metodologic și flexibil de instrumente care ar putea fi completate atât de către copii/adolescenți, cât și de către părinți, disponibil pentru diferite grupe de vârstă și stadii de dezvoltare, care ar putea fi folosit pentru copii sănătoși și bolnavi (abordare generică), ce ar putea fi extinsă pentru diferite clase de boli și care ar putea fi utilizate în diferite tipuri de studiu, și anume: studii epidemiologice privind situația copiilor și adolescenților; studii clinice care tratează efectele terapeutice măsurate privind calitatea vieții copiilor bolnavi acut și cronic și în reabilitare, analizând efectele programelor de reabilitare – și în fiecare caz din perspectiva copiilor și a părinților lor. Chestionarul a fost până acum folosit și testat într-o serie de studii pe o perioadă de până la trei ani în care au fost implicați peste 3000 de copii sănătoși și bolnavi cronic, precum și părinții acestora. Rezultatele psihometrice relevă un grad ridicat de fiabilitate (Cronbach 0,70 pentru majoritatea subscalelor și eșantioanelor) și o validitate convergentă satisfăcătoare a procedurii, dincolo de care acceptarea măsurii de către copii și adolescenți este mare [206]. Rezultatele inițiale ale utilizării chestionarului KINDL^R la copiii bolnavi cronic arată că măsura este capabilă să facă distincția între diferențele de afectare a calității vieții legate de sănătate la copiii cu diferite boli (astm, neurodermatită, obezitate etc), atât la nivel de subscală, cât și din punct de vedere al punctajului său total. Chestionarul a fost capabil să facă distincția între copiii cu diferite tulburări fizice și cei fără. În general, testul s-a dovedit a fi o metodă flexibilă, modulară, acceptabilă din punct de vedere psihometric de măsurare a calității vieții la copii prin intermediul unui modul central care acoperă aspectele generice ale calității vieții copiilor măsurând, de asemenea, sarcinile specifice asociate bolilor în copilărie prin module suplimentare. Are două versiuni atât pentru copii, cât și pentru părinți. Versiunea pentru copii conține 24 itemi, iar versiunea pentru părinți conține încă 22 itemi suplimentari.

Chestionar privind stilurile parentale dezvoltat de Jody Pawel & Pam Dillon în The Parent's Tool-shop® book (Anexa A 1.5) este un instrument adresat părinților care cuprinde 11 întrebări cu câte 5 variante de răspuns și identifică 5 stiluri parentale: autoritar, perfecționist, democratic, permisiv și neimplicat. Scorul cel mai mare obținut indică stilul parental dominant [193]. Chestionarul a fost completat de către părintele de referință, respectiv adultul care se ocupă direct de îngrijirea copilului, de managementul bolii și care exercită cea mai mare influență asupra sa.

Test pentru IE (varianta pentru copii) adaptat de Mihaela Roco după Daniel Goleman și modificat de Chiperi Victoria în 2010 (Anexa A 1.8). Testul constă în 10 întrebări ce prezintă unele situații (scenarii) în care se poate afla un copil. Completarea testului are în vedere, pe de o parte, asigurarea pe cât posibil a transpunerii copilului în situația respectivă, iar pe altă parte, alegerea uneia dintre variantele de răspuns din cele patru posibile, care reprezintă unele modalități concrete de a reacționa în situațiile indicate de întrebări. Modul de notare și interpretare a răspunsurilor la testul de inteligență emoțională constă în a aduna punctele corespunzătoare celor patru variante de răspuns de la cei zece itemi, iar apoi punctajul

obținut se raportează la etalon rezultând următoarele tipuri de punctaj: sub-mediu, mediu, peste mediu și extraordinar.

Analiza statistică, respectiv organizarea datelor, prelucrarea și testarea statistică a ipotezelor s-a realizat cu ajutorul programului SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) care este un software de analiză statistică dezvoltat de IBM. Acest program este larg utilizat în domeniile cercetării sociale, științelor comportamentale, marketingului etc. pentru analiza și prelucrarea datelor. Analiza descriptivă a inclus diferențe, medii, procente, abateri standard, corelații Spearman's rho, Chi pătrat. Analiza descriptivă a distribuțiilor obținute pentru factorii socio-demografici (gen, vârstă și prezența/absența diabetului zaharat) și a variabilelor cercetării (Stilul parental, IE, Anxietatea – MASC, Depresia – CDI, Mecanismele de coping, Dificultăți, Amenințări, Calitatea vieții și Starea de bine), a fost realizată cu ajutorul:

- Indicatorilor descriptivi ai distribuțiilor: M , SD , Mdn , Sk , K , și valoarea testului de normalitate Kolmogorov-Smirnov (KS)
- Distribuția de frecvență a categoriilor variabilelor categoricale ordinale, și rezultatul testului comparativ Hi-pătrat cu distribuția de echiprobabilitate raportat prin valoarea testului (χ^2) și a nivelului de semnificație statistică.

Analiza comparativă a nivelului Inteligenței emoționale, Dificultăților, Amenințărilor, Calității vieții și utilizării Mecanismelor de coping în funcție de prezența/absența DZ a fost testată cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat (Pearson) pentru care s-au raportat valoarea testului χ^2 , gradele de libertate df și nivelul de semnificație statistică p . Asumarea diferenței s-a făcut în cazul $p < 0,05$.

În cazul analizei impactului factorilor socio-demografici (gen, vârstă), testarea a fost realizată cu ajutorul analizei de regresie logistică binară în cazul variabilelor binare (manifestarea Mecanismelor de coping, Amenințări) și regresia logistică ordinală în cazul variabilelor ordinale cu mai mult de două categorii (Anxietate, Depresie, Inteligență emoțională, Dificultăți, Calitatea vieții). Rezultatele obținute au fost raportate prin valoarea semnificației modelului de regresie utilizat (χ^2 , df), și nivelul de semnificație statistică p . S-a asumat modelul pentru $p < 0,05$.

Pentru analiza impactului diferenței de gen sau de vârstă s-au utilizat coeficienții estimați ai ecuațiilor de regresie (B ; SE), astfel pentru valori negative s-a considerat un impact pozitiv – în sensul asocierii categoriei de gen feminin, sau al unui nivel ridicat de vârstă, cu nivelul ridicat al variabilei analizate, într-un raport de șansă ($\text{Exp}(B)$). Semnificația statistică a impactului s-a analizat pe baza valorii testului Wald (χ^2) și a nivelului de semnificație p .

Pentru realizarea graficelor și figurilor s-a folosit programul Excel (diagramă radială, grafic cu linii, grafic cu bare).

2.2. Analiza statistică, prezentarea și interpretarea rezultatelor

Ipoteza 1. *Copiii cu DZ înregistrează niveluri semnificativ mai mari de Anxietate și Depresie în comparație cu copiii non-diabetici*

Evaluarea nivelurilor de anxietate și depresie a fost realizată prin aplicarea chestionarelor MASC (pentru anxietate) și CDI (pentru depresie). Scorurile brute obținute au fost transformate în scoruri T și ulterior interpretate calitativ, conform următoarelor intervale standardizate, astfel:

< 30 – nivel foarte mult sub medie (1); 30 – 34 – nivel mult sub medie (2); 35 – 39 – nivel sub medie (3); 40 – 44 – nivel ușor sub medie (4); 45 – 55 – nivel mediu (5); 56 – 60 – nivel ușor deasupra mediei (6); 61 – 65 – nivel deasupra mediei (7); 66 – 70 – nivel mult deasupra mediei (8); > 70 – nivel foarte mult deasupra mediei (9). Aceste intervale reflectă distribuția normală a scorurilor T, unde media este 50, cu un ecart standard de 10, fiind utilizate în practica clinică pentru a încadra severitatea simptomelor de anxietate și depresie la copii și adolescenți.

Interpretarea ulterioară a valorilor, în vederea determinării unui profil psiho-emoțional al copilului cu DZ, s-a realizat prin recodificarea scorurilor calitative într-un sistem simplificat pe 4 niveluri: un scor < 3 indică un nivel sub medie al simptomatologiei, scorurile între 3 și 5 indică un nivel mediu, scorurile între 6 și 7 indică un nivel peste medie, iar scorurile > 7 sunt considerate sugestive pentru un nivel clinic, corespunzând unor simptome mult sau foarte mult deasupra mediei.

Ipoteza 1 fost operaționalizată în două ipoteze specifice în baza dimensiunilor globale ale instrumentelor folosite. Pentru fiecare dimensiune în parte, Anxietate și Depresie, au fost efectuate analize comparative detaliate, vizând atât scorurile generale, cât și scorurile pentru fiecare dintre subscalele instrumentelor și a componentelor acestora. Astfel,

A. Presupunem existența unei diferențe semnificative statistic a nivelului Anxietății la copiii cu vârste între 8 și 14 ani în funcție de prezența/absența DZ.

Valorile obținute pentru **scorul total al Anxietății** au variat pe întreg intervalul de variație al scalei T, de la un nivel foarte mult sub medie ($T < 30$), până la un nivel foarte mult peste medie ($T > 70$). Valoarea medie a eșantionului s-a încadrat în intervalul de mijloc al scalei ($M = 5.33$; $SD = 1.74$), indicând per ansamblu, un nivel mediu al anxietății în populația investigată. (Anexa 3, Tabel 1).

La nivelul întregului lot de participanți, scorurile privind anxietatea indică o predominanță a nivelului mediu, cu o pondere semnificativă statistic ($\chi^2(df=3) = 138.12$; $p < 0.001$) mai mare decât ponderile celorlalte niveluri. Astfel, 55.5% dintre participanți s-au încadrat în intervalul mediu de anxietate, urmați de 32.5% care au prezentat un nivel peste medie. *Nivelurile sub medie și clinic au înregistrat ponderi semnificativ mai reduse, de 3.0%, respectiv 9.0%.* Aceste date sugerează o tendință generală spre valori

normative ale anxietății în cadrul eșantionului analizat. (Anexa 3, Tabel 3). La rândul lor, Herzer and Hood (2010) au constatat că anxietatea este mai mare doar la copiii diabetici cu control metabolic slab sau cu monitorizare inconstantă [109]. Copiii cu monitorizare frecventă și aderență ridicată au înregistrat niveluri scăzute ale anxietății.

În urma aplicării testului de independență Hi-pătrat nu s-au identificat diferențe semnificative statistic între copiii cu DZ și cei fără diabet în ceea ce privește nivelurile de Anxietate (scor total MASC) la o valoare a testului de $(\chi^2(df=3) = 0.91; p = 0.822)$. Diferențele între cele două grupuri au fost foarte reduse, fiind similare atât pentru ponderea copiilor cu nivel de anxietate mediu (56% în cazul copiilor fără DZ și 55% în cazul celor cu DZ), cât și pentru ponderea celor cu nivel peste medie (33% pentru copiii fără DZ și 32% pentru cei cu DZ). O tendință similară a fost observată și în cazul nivelului clinic ($T > 70$), cu o pondere mai mică a copiilor cu DZ de 8%, comparativ cu cei fără DZ de 10% (Figura 2.6). Aceste rezultate sugerează o distribuție relativ echilibrată a nivelurilor de anxietate în ambele grupuri, fără diferențe semnificative asociate cu prezența bolii DZ. (Anexa 3, Tabel 4)

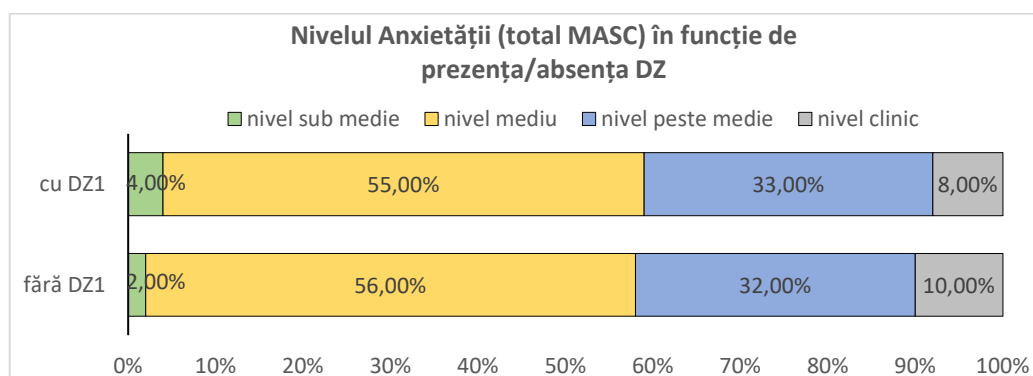


Figura 2.6. Distribuția nivelurilor anxietății (MASC) în funcție de prezența/absența DZ

Pentru analiza modului în care factorii socio-demografici (gen și vârstă) alături de prezența/absența DZ pot constitui un model predictiv al Anxietății s-a aplicat analiza de regresie logistică ordinală. Rezultatele n-au indicat relații semnificative între niciunul dintre factorii considerați și nivelul de anxietate ($LR \chi^2(df=3) = 2.32; p = 0.509$). Aceste constatări sugerează că factorii socio-demografici și prezența DZ nu sunt predictorii semnificativi ai nivelului de anxietate în acest eșantion (Anexa3, Tabel 5).

În cele ce urmează, analiza a urmărit testarea diferențelor determinate de prezența/absența DZ pentru nivelurile subscalelor instrumentului MASC și ale componentelor acestora: Simptome fizice (Tensiune/Neliniște, Somatic/Vegetativ), Evitarea lezării (Perfecționism, Coping anxios), Anxietate socială (Umilință/respingere, Frica de performanță) și Anxietatea de separare/Panică.

În cazul subscalei **Simptome fizice** corespunde nivelului mediu al scalei ($M=5.20; SD=1.71$), nivel ce corespunde și subscalelor sale. Această valoare reflectă, în esență, două dimensiuni interne: Tensiune/Neliniște ($M=5.03; SD=1.81$) și Somatic/Vegetativ ($M=5.18; SD=1.59$) (Anexa 3, Tabel 1).

Nivelul mediu al subcalei este confirmat de ponderea observată a acestui nivel mai mare (66.5%) decât ponderile celorlalte niveluri, adică majoritatea copiilor prezintă un grad moderat de simptome fizice asociate anxietății (Figura 2.7). Nivelul sub medie a prezentat o pondere foarte redusă (2.0%), indicând o incidență foarte scăzută a simptomelor minime, în timp ce nivelurile *peste medie* (19.5%) și *clinic* (12.0%) au fost observate într-o pondere cumulată de aproximativ 31.5%, ceea ce sugerează că aproape o treime dintre copii au manifestat simptome semnificative legate de anxietate, subliniind importanța monitorizării și intervenției timpurii pentru a gestiona aceste simptome fizice (Anexa 3, Tabel 6).

Componentele **Tensiune/Neliniște** și **Somatic/Vegetativ** prezintă, de asemenea, o pondere semnificativ ridicată a nivelului mediu (63.5% în cazul Tensiune/Neliniște și 63.5% în cazul Somatic/Vegetativ), cu o pondere cumulată a nivelurilor peste medie mai ridicată (28%) în cazul Somatic/Vegetativ, comparativ cu Tensiune/Neliniște (21.5%) (Anexa 3, Tabel 6).

Rezultatele arată că, deși majoritatea copiilor cu DZ prezintă simptome fizice de anxietate la un nivel mediu, există o proporție semnificativă care experimentează simptome mai severe, de tipul nivelurilor *peste medie* și *clinic* (Figura 2.8). Rezultatele obținute au fost semnificative statistic ($\chi^2(df=3)=196.04$; $p<0.001$), ceea ce confirmă că diferențele observate între nivelurile subscalei Simptome fizice nu sunt întâmplătoare, ci reflectă o distribuție reală și semnificativă a simptomelor, cu o prevalență mai ridicată a nivelului mediu. Simptomele fizice ale anxietății la copiii cu DZ au fost documentate în numeroase studii științifice [109]. Printre simptomele raportate cel mai des de copiii cu DZ sunt: dureri musculare, oboseală cronică și dureri gastrice recurente, dureri de cap, probleme gastrointestinale, dureri abdominale, greață, palpitații și insomnie. Acestea sunt însă, adesea, dificil de diferențiat de manifestările fiziologice ale hipoglicemiei. Aceste constatări sugerează că intervențiile terapeutice și de sprijin pentru copiii cu DZ ar trebui să includă abordări care vizează reducerea simptomelor fizice ale anxietății, întrucât anxietatea și hipoglicemia pot produce același tip de manifestări fizice, iar confuzia dintre cele două poate duce la riscuri medicale ce afectează siguranța copilului cu DZ.

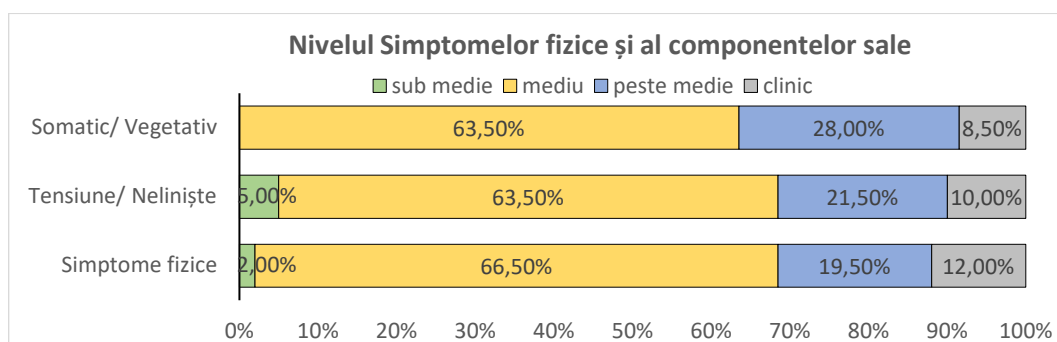


Figura 2.7. Nivelurile subscalei Simptome fizice și ale componentelor Tensiune/Neliniște, Somatic/Vegetativ

Rezultatul testului de independență Chi-pătrat privind relația dintre prezența/absența DZ și nivelul simptomelor fizice ale anxietății a indicat lipsa unei diferențe semnificative statistice între cele două grupuri ($\chi^2(df=3) = 0.59$; $p = 0.900$). Nivelul simptomelor fizice s-a încadrat preponderent în categoria medie, atât în cazul copiilor fără DZ (64%), cât și al celor cu DZ (69%), ceea ce sugerează o distribuție relativ

uniformă între grupuri. Nu există deci dovezi suficiente pentru a susține o asociere între diagnosticul DZ și distribuția nivelurilor simptomelor fizice ale anxietății, indicând că diabetul nu pare să influențeze mai mult severitatea acestor simptome fizice asociate anxietății (Anexa 3, Tabel 7).

Aceeași lipsă de diferențiere statistică a fost observată și în cazul componentelor subscalei Simptome fizice, astfel, pentru componenta Tensiune/Neliniște, analiza Chi-pătrat a indicat un rezultat nesemnificativ ($\chi^2(df=3) = 3.12$; $p = 0.373$), la fel ca în cazul componentei Somatic/Vegetativ ($\chi^2(df=3) = 1.87$; $p = 0.393$), confirmând uniformitatea descriptivă. Totuși, o diferență notabilă, dar nesemnificativă din punct de vedere statistic, a fost observată în distribuția nivelurilor Tensiune/Neliniște, unde copiii fără DZ au înregistrat o pondere cumulată mai mare pentru nivelurile **peste medie** și **clinic** de 37%, comparativ cu 26% în cazul copiilor cu DZ. Pe de altă parte, copiii cu DZ au prezentat o frecvență mai ridicată a nivelului mediu de 68%, comparativ cu 59% în cazul copiilor fără DZ. În privința planului Somatic/Vegetativ, la copiii cu DZ, cele mai frecvente sunt cazurile de intensitate medie a simptomelor, însă se poate observa o proporție ușor mai mare de cazuri **peste medie**, comparativ cu cei fără DZ. Aceste rezultate susțin ideea că, din perspectiva simptomelor fizice ale anxietății și componentelor acestora, *nu există diferențe semnificative între copiii cu și fără DZ*. Deși prezența DZ poate influența ușor distribuția severității unor simptome de anxietate, fără a schimba însă dramatic tiparul general, se remarcă unele tendințe diferențiate care pot justifica explorări suplimentare sau studii ulterioare cu eșantioane mai mari sau metode complementare, care să investigheze dacă aceste tendințe devin semnificative în timp sau în condiții particulare.

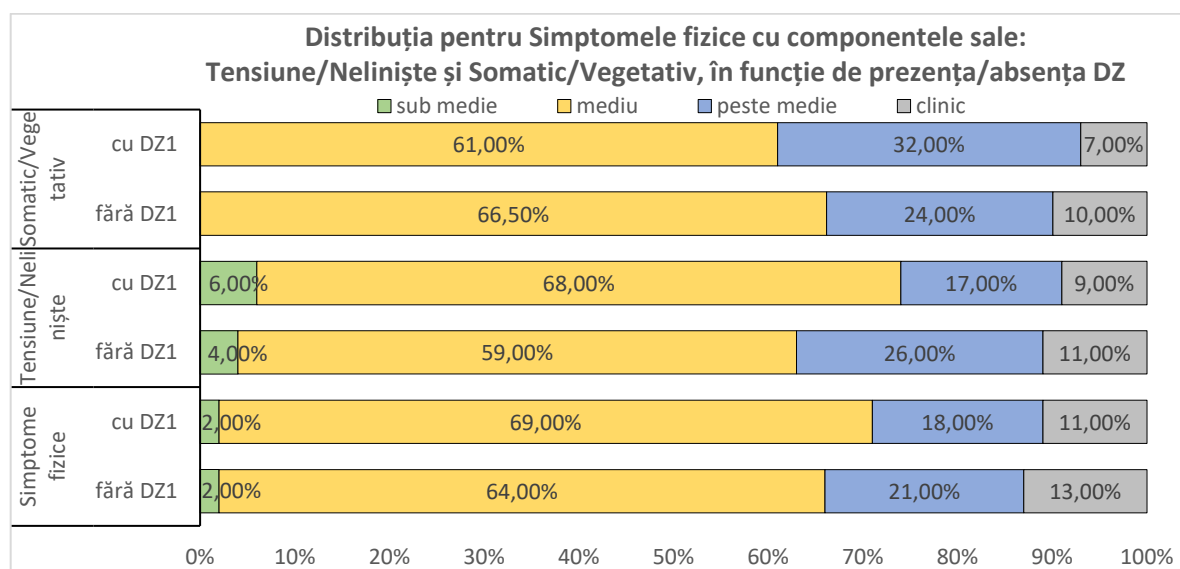


Figura 2.8. Distribuția nivelurilor Simptomelor fizice și ale componentelor Tensiune/Neliniște și Somatic/Vegetativ în funcție de DZ

Testarea modelului de regresie logistică care a inclus factorii socio-demografici de gen și vârstă, alături de prezența/absența DZ în predicția nivelului Simptomelor fizice și a componentelor sale, Tensiune/Neliniște și Somatic/Vegetativ a generat următoarele rezultate:

- În cazul predicției nivelului general al **Simptomelor fizice**, modelul nu a fost semnificativ statistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=2.32$; $p=0.509$), motiv pentru care vom considera faptul că între factorii analizați și indicatorul Simptomelor fizice nu există o relație semnificativă;
- Lipsa de semnificație statistică este obținută și în cazul **Tensiune/Neliniște** (LR $\chi^2_{(df=3)}=2.16$; $p=0.541$), ceea ce susține concluzia absenței unor relații predictive relevante între variabilele incluse (Anexa 3, Tabel 9);
- Pentru predicția nivelului **Somatic/Vegetativ** modelul logistic format din factorii socio-demografici de gen, vârstă și prezența/absența DZ este semnificativ (LR $\chi^2_{(df=3)}=7.84$; $p=0.050$), sugerând existența unui efect semnificativ al unuia dintre predictorii introduși în model (Anexa 3, Tabel 10). Prin urmare, nu există dovezi că factorul vârstă și prezența DZ ar explica variabilitatea nivelului simptomelor fizice ale anxietății. Analiza efectelor individuale a arătat că *genul este singurul predictor semnificativ* (Wald $\chi^2(df=1)=7.33$; $p=0.007<0.010$), fetele prezentând un nivel mai ridicat de simptome de tip somatic/vegetativ, comparativ cu băieții. Raportul de șanse ($\text{Exp}(B) = 1.28$; IC95%: 1.07 – 1.52) indică faptul că fetele au o probabilitate cu aproximativ 1.3 ori mai mare de a manifesta simptome fizice asociate anxietății, aceasta poate însemna că fetele sunt mai susceptibile la manifestări fizice asociate cu stresul sau alte condiții psihologice. Întrucât capacitatea de a explica variația în plan Somatic/Vegetativ este limitată, înseamnă că sunt necesare mai multe variabile sau factori pentru a explica cu precizie ceea ce influențează planul Somatic/Vegetativ.

Nivelul subscalei **Evitarea lezării** se situează în zona medie ($M=5.39$; $SD=1.60$), similar cu scorurile obținute pentru componentele sale Perfecționism ($M=4.72$; $SD=1.59$) și Coping anxios ($M=5.23$; $SD=1.56$). (Anexa 3, Tabel 1) Nivelul mediu al Evitării lezării este confirmat de ponderea observată a acestui nivel de 48.50%, iar un procent semnificativ de 39.00% se află peste medie (Figura 2.9). Aceste niveluri sunt semnificativ mai frecvente ($\chi^2(df=3)=117.32$; $p<0.001$), comparativ cu cele sub medie de 3.50% și *clinic* de 9.00% (Anexa 3, Tabel 12).

În mod similar, **Perfecționismul** și **Copingul anxios** indică o predominanță a nivelului mediu în rândul participanților. Pentru Perfecționism, 66.00% dintre copii s-au încadrat în această categorie, iar pentru Coping anxios, procentul a fost de 64.00%. Comparativ, nivelurile *peste medie* și *clinic* au înregistrat ponderi mai scăzute: 27.50% pentru Perfecționism și 34.00% pentru Coping anxios. Aceste rezultate sugerează o tendință generală de manifestare moderată a acestor forme de anxietate, fără accente clinice pronunțate, ceea ce sugerează o predominanță a reacțiilor de tip precaut-evitant în rândul participanților, asociată cu niveluri moderate până la ridicate ale sensibilității față de posibile consecințe negative.

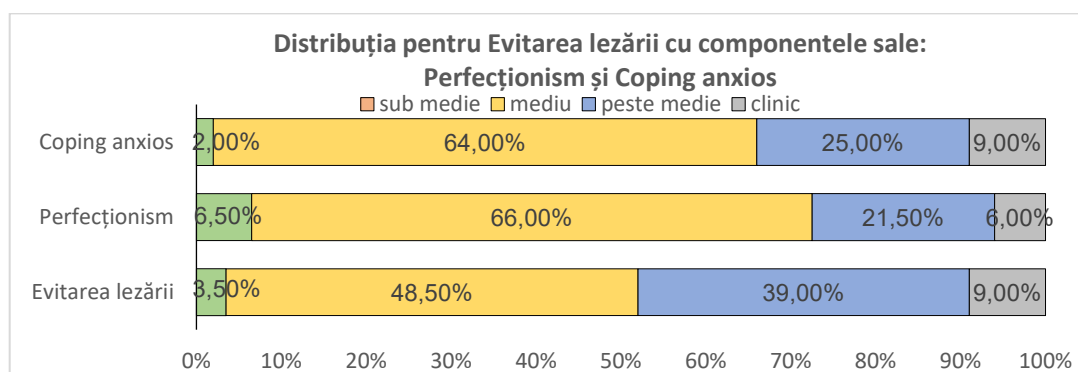


Figura 2.9. Nivelurile subscalei Evitarea lezării și ale componentelor Perfecționism și Coping anxios

Rezultatul testării relației dintre prezența/absența DZ și nivelul de Evitare a lezării cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat a indicat absența unei diferențe semnificative între cele două grupuri ($\chi^2(df=3)=0.43$; $p=0.935$). Această constatare sugerează un nivel similar de manifestare a evitării lezării atât în rândul copiilor cu DZ, cât și în cel al copiilor fără DZ (Figura 2.10). Pentru ambele grupe, nivelul mediu este predominant, cu o pondere de 48% în cazul copiilor fără DZ și de 49% în cazul celor cu DZ. (Anexa 3, Tabel 13) Nivelurile *peste medie* și *clinic* corespund nivelului mediu la toți copiii.

În cazul Perfecționismului diferența dintre grupele de copii este semnificativă statistic ($\chi^2(df=3)=10.49$; $p=0.015<0.050$). Deși nivelul mediu este aproximativ egal reprezentat în ambele categorii: 64% în cazul absenței DZ și 68% în cazul prezenței DZ, se observă o pondere cumulată mai mare a nivelurilor ridicate, *peste medie* și *clinic*, în rândul copiilor fără DZ (34%, respectiv 25% peste medie și 9% clinic), comparativ cu copiii cu DZ (21%, respectiv 18% peste medie și 3% clinic). Luarea în considerare a unui nivel mai redus al Coping-ului anxios în cazul copiilor cu DZ este susținută prin rezultatul testului de independență ($\chi^2(df=3)=9.61$; $p=0.022<0.050$, confirmându-se o diferență semnificativă statistic între grupuri. Acesta prezintă o pondere cumulată mai ridicată a nivelurilor *peste medie* și *clinic* de 40% în cazul copiilor fără DZ, comparativ cu ponderea obținută în cazul copiilor cu DZ de 28%, copii care prezintă însă, un nivel mediu într-o proporție mai ridicată de 70%, comparativ cu proporția acestui nivel observată în cazul celor fără DZ de 58%.

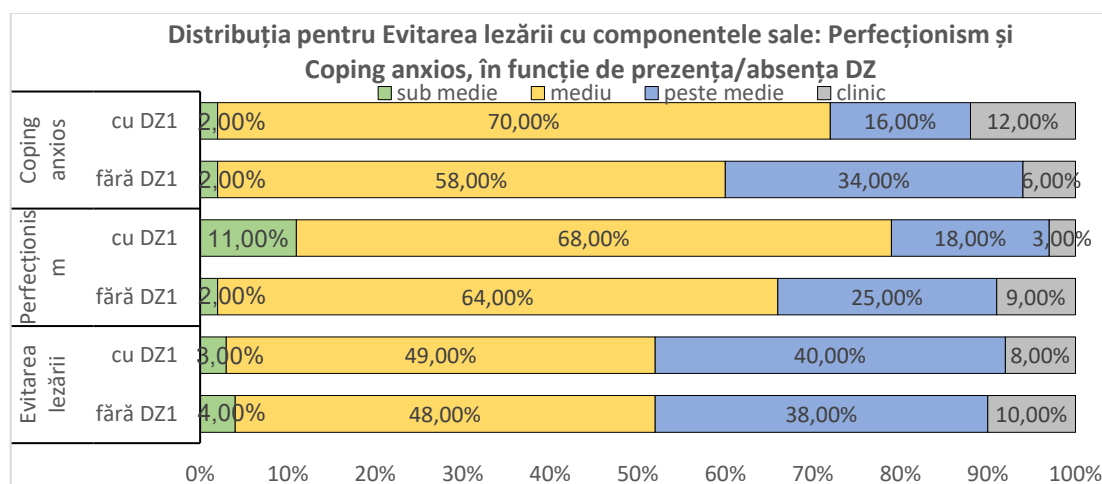


Figura 2.10. Distribuția nivelurilor de Evitarea lezării și ale componentelor Perfecționism și Coping anxios în funcție de prezența/absența DZ

Testarea modelului logistic constituit din factorii socio-demografici de gen și vârstă, alături de prezența/absența DZ în predicția nivelului Evitării lezării și a componentelor sale, Perfecționism și Copingul anxios a indicat următoarele (Anexa 3, Tabel 14 - Tabel 19):

- În cazul predicției nivelului **Evitării lezării** modelul este semnificativ statistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=9.73$; $p=0.021$), factorul cu capacitate de predicție semnificativă statistic îl reprezintă *vârsta* (Wald $\chi^2_{(df=1)}=7.12$; $p=0.008<0.010$) *ca predictor negativ* ($B=-0.17$; $SE=0.06$) în sensul unui raport de șansă de 0.84 ($\text{Exp}(B)=0.84$; IC95%: 0.75 – 0.96) mai mică de a prezenta un nivel mai ridicat de Evitare a lezării pentru fiecare creștere de nivel de vârstă. În copilărie, comportamentele de evitare (evitarea confruntărilor, a procedurilor medicale, a situațiilor stresante) sunt frecvente și adaptative. Cu vârsta, dacă nu sunt tratate sau gestionate, aceste comportamente pot deveni dezadaptative sau se pot diminua în funcție de dezvoltarea rezilienței și a mecanismelor de coping. În adolescență, potrivit modelului neurodezvoltării propus de Steinberg, 2008 [236], sistemul limbic (care gestionează emoțiile și recompensa) se dezvoltă mai rapid decât cortexul prefrontal (responsabil de raționament și control), ceea ce duce la *creșterea comportamentelor de risc și diminuarea evitării* [219]. În acest context, adolescenții sunt mai predispuși în a căuta noutatea și să subestimeze riscurile, iar legătura dintre vârstă și evitarea lezării impune necesitatea unor intervenții diferențiate în funcție de etapa de dezvoltare în care se află copilul (Figura 2.11). *Diferența de gen reprezintă un predictor marginal* (Wald $\chi^2_{(df=1)}=2.99$; $p=0.084<0.10$), în sensul că în cazul fetelor ($B=-0.17$; $SE=0.10$) s-a identificat un raport de șansă de 0.8 ori mai mic ($\text{Exp}(B)=0.84$; IC95%: 0.70 – 1.02) de a prezenta un nivel ridicat al Evitării lezării, comparativ cu băieții, în concordanță parțială cu cercetările din domeniul psihologiei dezvoltării, neuropsihologiei și psihopatologiei copilului și adolescentului. Deși multe studii indică tendința generală ca fetele să manifeste comportamente de evitare mai frecvent decât băieții din cauza diferențelor biologice, educaționale și chiar de socializare, fiind în general mai sensibile la pericolele percepute, totuși rezultatul actual fiind unul de o diferență marginală și nesemnificativă statistic nu este suficient de robust să susțină contrariul, putând reflecta faptul că pot exista factori contextuali, individuali sau sociali care să influențeze eșanșionul investigat (Anexa 3, Tabel 14-15).

- În cazul predicției nivelului de **Perfecționism** modelul este semnificativ statistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=15.34$; $p=0.002<0.010$), factorul cu o bună capacitate de predicție, semnificativă statistic, îl reprezintă *prezența DZ* (Wald $\chi^2_{(df=1)}=10.65$; $p=0.001<0.010$) *ca predictor pozitiv* ($B=0.30$; $SE=0.09$) în sensul unui raport de șansă de 1.4 ($\text{Exp}(B)=1.35$; IC95%: 1.13 – 1.61) mai mare de a prezenta un nivel mai ridicat al Perfecționismului în cazul copiilor cu DZ comparativ cu cei non-diabetici. Acest rezultat sugerează o legătură între caracteristicile legate de gestionarea unei afecțiuni cronice și tendințele perfecționiste, ceea ce poate reflecta dorința de control asupra unui aspect al vieții care poate părea mai imprevizibil sau mai greu de gestionat, precum o boală cronică. Molnar și colab. [172] oferă un model teoretic pentru explicarea modului în care perfecționismul poate fi un factor de risc

pentru adaptarea și sănătatea deficitară în contextul bolilor cronice. Ei subliniază importanța atât a proceselor intrapsihice, cât și a proceselor interpersonale care leagă perfecționismul de importante rezultate ale sănătății precum, simptome fizice și comportamente de sănătate, prin amplificarea stresului și mecanismelor de coping dezadaptativ. Perfecționismul este frecvent întâlnit la copiii cu DZ și a fost identificat în mai multe studii ca un factor psihologic semnificativ, cu efecte pozitive și negative asupra gestionării bolii și sănătății mintale. Conform unui studiu realizat de Kewitt & Flett [111] se susțin aceste concluzii, evidențiind faptul că perfecționismul este asociat cu un nivel mai ridicat de stres psihologic. Perfecționismul a fost asociat cu dificultăți în adaptarea emoțională la boală. Literatura de specialitate a mai evidențiat faptul că perfecționismul este o trăsătură frecvent întâlnită la copiii cu boli cronice, inclusiv DZ, având un rol ambivalent în adaptarea psihologică. Pe de o parte, perfecționismul contribuie la respectarea riguroasă a regimului de tratament, iar pe de altă parte, poate crește vulnerabilitatea la stres și stresori emoțional. Acestui factor i se adaugă *vârsta* copiilor (Wald $\chi^2(df=1)=3.33$; $p=0.068<0.10$) și *diferența de gen* (Wald $\chi^2(df=1)=3.25$; $p=0.072<0.10$) ca *predictori marginali*, ceea ce sugerează că deși există o tendință, efectul nu este suficient de puternic. În cazul fetelor s-a identificat un raport de șansă de 0.9 ori mai mic ($Exp(B)=0.85$; IC95%: 0.71 – 1.01) de a prezenta un nivel ridicat al perfecționismului, comparativ cu băieții. *Vârsta reprezintă și ea un predictor negativ* în sensul unui raport de șansă de 0.9 ori mai mic ($Exp(B)=0.90$; IC95%: 0.80 – 1.01) de a prezenta un nivel ridicat la fiecare creștere de nivel de vârstă, ceea ce sugerează că pe măsură ce copiii cresc, există o tendință ușoară de a prezenta un nivel mai scăzut de perfecționism, probabil datorită unei mai bune gestionări a așteptărilor și a schimbărilor psihologice datorate dezvoltării. Cu fiecare an de creștere, riscul de a manifesta un nivel ridicat de perfecționism scade cu aproximativ 10% (Anexa 3, Tabel 16-17).

- Pentru predicția nivelului de **Coping anxios** modelul este semnificativ statistic (LR $\chi^2(df=3)=11.70$; $p=0.008$), iar *vârsta este din nou un predictor negativ semnificativ* (Wald $\chi^2(df=1)=9.24$; $p=0.002<0.010$). Coeficientul negativ ($B=-0.18$; $SE=0.06$) indică faptul că o vârstă mai mare este asociată cu șanse mai mici de a manifesta un nivel ridicat de Coping anxios. Raportul de șansă este de 0.83 ($Exp(B)=0.83$; IC95%: 0.74 – 0.94) ceea ce reflectă o reducere cu 17% a șanselor pentru fiecare an suplimentar de vârstă. Aceasta poate fi explicat prin faptul că, pe măsură ce copiii cresc, crește și capacitatea lor de a înțelege, raționaliza și gestiona factorii declanșatori ai anxietății, devenind mai capabili să facă față anxietății într-un mod mai adaptativ și mai puțin dependenți de strategiile de coping anxios (Anexa 3, Tabel 19).

- În cazul subscalei **Anxietate socială**, nivelul obținut corespunde predominant nivelului mediu ($M=5.17$; $Sd=1.57$), nivel obținut și în cazul subscalelor sale: Umilință/Respingere ($M=4.89$; $SD=1.82$) și Frică de performanță ($M=5.15$; $SD=1.75$) (Anexa 3, Tabel 1). Nivelul Anxietății sociale este preponderent mediu cu o pondere de 58.0% semnificativ mai ridicată ($\chi^2(df=3)=151.08$; $p<0.001$), comparativ cu ponderile nivelului *peste medie* de 30.5% și cu nivelul *clinic* de 9.5%. (Anexa 3, Tabel

20). Astfel, 2% prezintă scoruri *sub medie*, indicând un număr mic de copii cu anxietate socială scăzută, 58% sunt în zona medie, ceea ce reflectă un nivel de anxietate socială considerat normativ pentru populația generală de copii, 30.5% sunt *peste medie*, un procent destul de mare, semnalând o anxietate socială moderat crescută în aproape o treime din eșantion, 9.5% ating nivelul *clinic*, sugerând un grup cu risc semnificativ pentru tulburări anxioase. Aproape 40% dintre copii (30.5% + 9.5%) prezintă un nivel crescut sau clinic de anxietate socială, ceea ce indică o *prevalență importantă a dificultăților sociale* în eșantionul studiat (Figura 2.12).

Componentele sale, **Umilință/Respingere** și **Frica de performanță** prezintă, de asemenea, o pondere ridicată de 62.0% în cazul Umilinței/Respingerii, exprimând un nivel normativ de sensibilitate la feedback social negativ și de 64.0% în cazul Fricii de performanță, ceea ce arată o frecvență tipică a îngrijorărilor legate de evaluările publice (ex. a vorbi în fața clasei). Se observă totodată, ponderea cumulată a nivelurilor de 31.50% în cazul Umilință/Respingere, respectiv 22.5% cu scoruri *peste medie*, ce indică o vulnerabilitate crescută la interpretarea negativă a interacțiunilor sociale și cei 9% din zona *clinică*, care poate indica anxietate legată de rușine, respingere sau umilință. De asemenea, 35.00% în cazul Fricii de performanță, respectiv 24.5% *peste medie*, sugerând un nivel crescut de disconfort în situații de evaluare socială și cei 10.5% ce ating un nivel *clinic*, indicând posibile dificultăți funcționale semnificative.

Cu toate acestea, modelul general de regresie pentru predicția Anxietății sociale nu atinge pragul de semnificație statistică ($F=2.29$, $p=0.088$), *singura componentă semnificativă fiind prezența bolii DZ* ($B=-0.47$, $t=-2.12$, $p=0.035$), indicând un nivel mai scăzut de anxietate socială la copiii cu DZ. Efectul explicativ este însă redus ($R^2=0.034$). Acesta indică faptul că, în pofida complexității fenomenului anxietății sociale, un factor specific precum boala cronică DZ poate avea un impact mai mare asupra comportamentului și percepțiilor sociale ale copilului, în comparație cu alți factori care nu se regăsesc ca semnificativi în model, ce pot fi influențați de alte variabile psihologice, familiale sau de mediu. Aceasta ar putea deschide calea pentru investigații suplimentare care să analizeze alți factori contextuali sau psihologici care pot modula anxietatea socială în rândul copiilor cu DZ. Întrucât copiii cu DZ se confruntă cu provocări care necesită adaptare continuă, acest rezultat poate fi totuși interpretat prin prisma experienței copiilor cu necesitățile bolii ce poate impune o mai bună capacitate de a face față anxietății în general, inclusiv în contexte sociale. Deși s-ar putea presupune că un diagnostic de boală cronică, precum diabetul zaharat, ar putea contribui la o creștere a anxietății sociale în rândul copiilor, unele studii longitudinale și multicentrice contrazic această ipoteză. Spre exemplu, într-o meta-analiză ce cuprinde date longitudinale, au fost raportate niveluri comparabile sau chiar mai reduse de anxietate socială la copiii cu DZ față de cei sănătoși, în special în cazurile în care managementul bolii este eficient și copilul beneficiază de suport familial și medical constant [208]. De asemenea, Hoey et al. (2001), într-un studiu derulat în 17 țări pe un eșantion de tip DCCT (Diabetes Control and Complications Trial), au evidențiat faptul că calitatea

îngrijirii și susținerea psiho-socială pot influența pozitiv adaptarea psihologică, reducând riscul dezvoltării anxietății sociale [115]. Aceste date susțin ideea că contextul de suport, încrederea în propriile abilități de gestionare a bolii și normalizarea experienței cronice pot funcționa ca factori protectivi în fața dezvoltării unor simptome anxioase severe, chiar și în rândul populației pediatrice afectate de DZ.

Procentul celor aflați în zona clinică (9–10.5%) este comparabil între subscale, sugerând o coerență simptomatică. Distribuția relativ uniformă între nivelurile *mediu* și *peste medie/clinic* sugerează nevoia de monitorizare și intervenții preventive, mai ales pentru dezvoltarea abilităților sociale și de expunere la situații anxiogene într-un mod adaptativ.

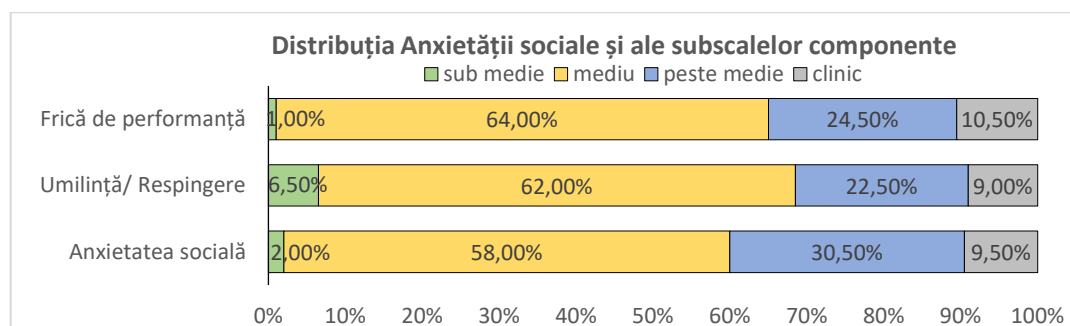


Figura 2.11. Nivelurile subscalei Anxietății sociale și ale componentelor Umilință/Respingere și Frică de performanță

Rezultatele testului de independență Hi-pătrat indică un nivel semnificativ mai redus al subscalei **Anxietate socială** la copiii diagnosticați cu DZ, comparativ cu cei non-diabetici ($\chi^2(df=3)=13.31$; $p=0.004<0.010$). În cazul copiilor cu DZ, ponderea nivelurilor *peste medie* și *clinic* a fost de 33%, în timp ce în cazul copiilor non-diabetici aceasta a fost de 47% (Anexa 3, Tabel 21). Aceste rezultate în cazul lor, sugerează o posibilă asociere între experiența trăirii cu DZ și dezvoltarea unor mecanisme adaptative care diminuează anxietatea socială. Literatura de specialitate relevă faptul că prezența unei boli cronice poate determina reducerea sensibilității la evaluarea socială negativă, prin normalizarea unor comportamente vizibile (injecții, măsurători) și interiorizarea unei atitudini de acceptare de sine.

- În ceea ce privește componenta **Umilință/Respingere**, nu s-a identificat o diferență semnificativă între grupuri ($\chi^2(df=3)=6.85$; $p=0.077$), nivelurile cumulate *peste medie* și *clinic* fiind apropiate: 30% în cazul copiilor cu DZ și 33% în cazul celor non-diabetici. Această apropiere procentuală și lipsa semnificației statistice sugerează că sentimentele de umilință sau respingere socială nu sunt influențate direct de prezența unei boli cronice, ci pot ține mai mult de factori sociali, familiali sau individuali. Cu alte cuvinte, percepția respingerii și evaluării negative din partea celorlalți poate fi o experiență comună în rândul copiilor de vârstă școlară, indiferent de starea lor medicală. Este posibil ca ambele tipuri de copii să experimenteze în mod similar presiuni sociale și comportamente de respingere din partea colegilor, dar acest lucru nu pare să fie influențat în mod semnificativ de prezența diabetului (Figura 2.13).

- În schimb, pentru componenta **Frică de performanță**, diferența este semnificativă statistic ($\chi^2(df=3)=10.73$; $p=0.013$), copiii non-diabetici prezintă o pondere mai ridicată a nivelurilor *peste medie*

și **clinic** (40%), comparativ cu cei cu DZ (30%). Aceste rezultate susțin ipoteza conform căreia expunerea timpurie și constantă la situații solicitante, împreună cu experiențele adaptative asociate cu gestionarea DZ pot reduce anumite forme de anxietate specifică, în special cele legate de performanță. Conform lui Scniederman et al., expunerea frecventă și sistematică la stresori medicali, cum ar fi monitorizarea glicemiei, administrarea injecțiilor și vizitele medicale, poate conduce la un proces de desensibilizare față de alte forme de stres, în special cel legat de performanță [221]. În acest context, copiii diagnosticați cu DZ resimt o presiune mai redusă în ceea ce privește rezultatele academice sau performanțele sportive. Astfel, copiii cu DZ pot deprinde mai devreme strategii de coping funcționale și o toleranță mai mare la incertitudine sau efort, comparativ cu copiii fără boală cronică, pentru care performanța rămâne o sursă centrală de stres și evaluare.

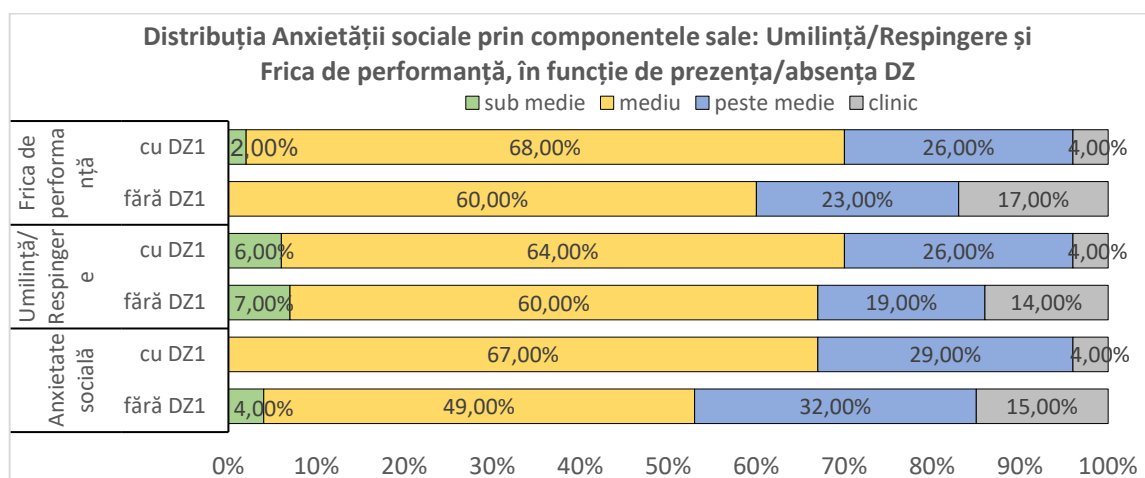


Figura 2.12. Distribuția nivelurilor Anxietății sociale și ale componentelor Umilință/Respingere și Frica de performanță în funcție de prezența/absența DZ

Testarea modelului logistic constituit din factorii socio-demografici de gen și vârstă, alături de prezența/absența DZ în predicția nivelului Anxietății sociale și al componentelor sale, Umilință/Respingere și Frica de performanță a indicat următoarele (Anexa 3, Tabel 20 - Tabel 27):

- În cazul predicției nivelului **Anxietății sociale** modelul este semnificativ statistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=10.29$; $p=0.016<0.050$). Printre predictorii semnificativi se regăsește *prezența DZ*, care *acționează ca un factor protector* (Wald $\chi^2_{(df=1)}=4.12$; $p=0.0042<0.050$). Concret, copiii cu DZ au o probabilitate cu 18% mai mică de a prezenta un nivel ridicat de anxietate socială ($B = -0.19$; $SE = 0.10$; $\text{Exp}(B) = 0.82$; $\text{IC95\%}: 0.68 - 0.99$), ceea ce sugerează că, în ciuda provocărilor legate de diabet, copiii nu experimentează în mod semnificativ niveluri mai ridicate de umilință sau respingere, comparativ cu alții. Rezultatul contrazice ipotezele tradiționale privind vulnerabilitatea psihologică crescută în rândul copiilor cu boli cronice, dar este în concordanță cu ipoteza dezvoltării unor mecanisme adaptative emoționale naturale. Experiențele asociate cu gestionarea unei afecțiuni cronice, cum ar fi DZ, pot contribui la diminuarea sensibilității față de situații evaluative sau sociale făcându-i pe copii să învețe abilități care să îi ajute să facă față situațiilor de umilință/respingere. Aceștia pot experimenta mai puține sentimente de umilință și/sau respingere dacă se simt sprijiniți și acceptați în cercul lor social sau dacă

familia, școala, echipa medicală și comunitatea le oferă sprijin adecvat și acceptare [50]. Aceste constatări corelează cu literatura privind dezvoltarea rezilienței la copii cu boli cronice, cum ar fi studiile lui Masten et al, 1990 [160], care arată că în condiții de adversitate stabilă și sprijin social adecvat, copiii pot dezvolta strategii de coping eficiente care contribuie la adaptarea pozitivă, inclusiv în plan social [174]. Ca factor de risc, *vârsta a fost un predictor pozitiv* semnificativ ($B=0.14$; $SE=0.06$; Wald $\chi^2(df=1)=5.42$; $p=0.020<0.050$), fiecare unitate de creștere a vârstei fiind asociată cu o probabilitate cu 16% mai mare de a manifesta anxietate socială ($B = 0.14$; $SE = 0.06$; $\text{Exp}(B) = 1.16$; IC95%: 1.02 – 1.30). În acest sens, adolescența induce o creștere a capacității de auto-reflectare și autocritică, dar și a conștiinței de sine și presiunii sociale, nevoia de apartenență și validare socială devine mai pronunțată, iar diferențele percepute amplifică preocupările legate de evaluarea socială. Totodată și cerințele sociale sau academice mai mari pot influența nivelul în creștere al anxietății sociale odată cu vârsta.

- Pentru componenta **Umilință/Respingere**, modelul a prezentat semnificație statistică ((LR $\chi^2_{(df=3)}=10.26$; $p=0.016<0.050$), dintre factorii de risc ai modelului *genul feminin a reprezentat un predictor pozitiv* semnificativ statistic ($B=0.24$; $SE=0.10$; Wald $\chi^2(df=1)=5.56$; $p=0.018<0.050$) în sensul unui raport de șansă de 1.3 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.27$; IC95%: 1.04 – 1.55) ca fetele să aibă manifeste niveluri mai ridicate de Umilință și/sau Respingere, comparativ cu băieții. Acest lucru ar putea fi influențat de diferite aspecte psihologice și sociale, inclusiv de presiuni sociale și așteptări legate de gen, care de obicei, amplifică experiențele de Umilință și/sau Respingere în rândul fetelor. De asemenea, se observă o relație semnificativă pozitivă în cazul *vârstei* ($B=0.12$; $SE=0.07$), care participă *ca predictor marginal* (Wald $\chi^2(df=1)=3.41$; $p=0.065<0.10$) în sensul unui raport de șansă de 1.13 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.13$; IC95%: 0.99 – 1.28) de a prezenta un nivel ridicat de Umilință/Respingere pentru fiecare creștere de nivel de vârstă. Rezultatele evidențiază deci, vulnerabilități crescute în rândul fetelor și al copiilor mai mari în ceea ce privește sentimentul de umilință și/sau respingere (Anexa 3, Tabel 25).

- Pentru predicția nivelului **Fricii de performanță** modelul logistic format din factorii socio-demografici de gen, vârstă și prezența/absența DZ este de asemenea, semnificativ ((LR $\chi^2_{(df=3)}=9.35$; $p=0.025<0.050$). Dintre toți factorii analizați, *prezența DZ a avut un efect semnificativ* (Wald $\chi^2(df=1)=6.88$; $p=0.009<0.010$), care determină o diferențiere semnificativă a nivelului Fricii de performanță resimțită, în sensul că prezența DZ prezintă un nivel mai scăzut într-un raport de șansă de 0.8 ori mai redus, indicând o probabilitate cu 22% mai mică de a manifesta frică de performanță la copiii cu DZ ($\text{Exp}(B)=0.78$; IC95%: 0.64 – 0.94), comparativ cu cei non-diabetici. Acest lucru ar putea indica că gestionarea unei afecțiuni cronice este capabilă să influențeze percepția și reacția la cerințele performanței. Acești copii sunt deja expuși la stres și provocări legate de gestionarea bolii, ceea ce le poate scădea sensibilitatea la frica de performanță. Este posibil ca aceștia să dezvolte o perspectivă diferită asupra cerințelor și evaluărilor de performanță. Genul și vârsta nu au avut efecte semnificative în acest model, ceea ce indică

faptul că doar prezența DZ este factorul distinctiv în diferențierea nivelului Fricii de performanță (Anexa 3, Tabel 27).

În cazul subscalei **Separare/Panică** nivelul obținut corespunde și el nivelului mediu cu un scor de $M=5.32$ și $SD=1.97$. (Anexa 3, Tabel 1) Analizând distribuția nivelurilor de severitate (Figura 2.14), se observă o pondere semnificativ mai mare a nivelului mediu, reprezentând 52.0% din total, comparativ cu celelalte niveluri de severitate ($\chi^2(df=3)=86.88$; $p<0.001$), ceea ce indică o reacție emoțională moderată în rândul întregului eșantion. Ponderea cumulată a nivelurilor *peste medie* și *clinic* pentru Separare/Panică este de 37.2% (Anexa 3, Tabel 28).

Rezultatul testării relației dintre prezența/absența DZ și nivelul de Separare/Panică cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat nu a arătat diferențe semnificative ($\chi^2(df=3)=2.70$; $p=0.440$). Astfel, copiii cu și fără DZ au prezentat un nivel similar la subscala Separare/Panică. În mod specific, la copiii fără DZ, ponderea celor cu niveluri peste medie și clinic a fost de 39%, în timp ce în cazul copiilor cu DZ, ponderea a fost de 41%. Această diferență, deși numerică, nu este semnificativă statistic, sugerând că prezența diabetului nu influențează în mod direct severitatea fricii de separare și/sau a reacțiilor de panică în cadrul acestui eșantion (Anexa 2, Tabel 29). Aceste date sugerează că frica de separare și reacțiile de panică în contextul separării de figurile de atașament nu sunt direct influențate de prezența diabetului, acestea tind să fie constante la copiii de vârstă școlară, indiferent de sarcinile și stresorii de boală (Figura 2.15).

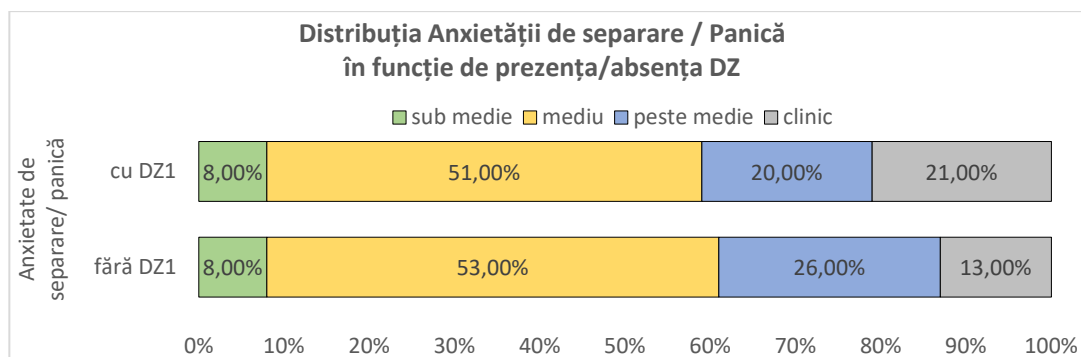


Figura 2.13. Distribuția nivelurilor Anxietății de separare/Panică în funcție de prezența/absența DZ

Testarea modelului logistic constituit din factorii socio-demografici de gen și vârstă, alături de prezența/absența DZ în predicția Separării/Panicii nu a indicat o semnificație statistică ($LR \chi^2_{(df=3)}=5.59$; $p=0.133$), motiv pentru care vom considera că nu există relații semnificative între acești factori și nivelul de Separare/Panică în cazul copiilor cu DZ și a celor fără diabet (Anexa 3, Tabel 30).

Indexul tulburării anxioase ($M=4.95$; $SD=1.54$) prin ponderea observată a acestui nivel semnificativ statistic ($\chi^2(df=3)=153.48$; $p<0.001$) de 59.0%, mai mare decât ponderile celorlalte niveluri confirmă o prevalență dominantă a anxietății moderate. Se observă de asemenea, o pondere cumulată a nivelurilor *peste medie* și *clinic* de 34.5%, adică aproximativ o treime dintre copiii din eșantion prezintă un risc crescut de tulburare anxioasă. (Anexa 3, Tabel 31).

Rezultatul testării relației dintre prezența/absența DZ și nivelul Indexului tulburării anxioase cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat a indicat asumarea unui nivel semnificativ mai mare ($\chi^2(df=3)=8,06$; $p=0.045$) al tulburării anxioase în cazul copiilor non-diabetici. Ponderea nivelului cumulat *peste medie* și *clinic* în cazul copiilor non-diabetici a fost de 42%, comparativ cu 27% pentru copiii cu DZ. Acest rezultat sugerează că prezența DZ ar putea fi asociată cu un nivel global mai scăzut de simptomatologie anxioasă, posibil ca urmare a dezvoltării unor mecanisme de adaptare la provocările impuse de boala cronică și a sprijinului oferit în mediul familial, educațional și medical, lucru confirmat de studiile de specialitate care confirmă că, în ciuda poverii bolii, copiii cu DZ pot manifesta niveluri mai scăzute de anxietate, datorită unei reduceri a vulnerabilității psihologice. Acest efect este mediat de expunerea timpurie și continuă la situații stresante, care contribuie la întărirea rezilienței și autoreglării emoționale [116]. Anxietatea apare frecvent în forme *subclinice*, dar afectează calitatea vieții și motivația pentru autogestionarea bolii [58]. De aceea, evaluarea periodică a simptomelor anxioase este recomandată în cadrul monitorizării psihosociale (Anexa 3, Tabel 32).

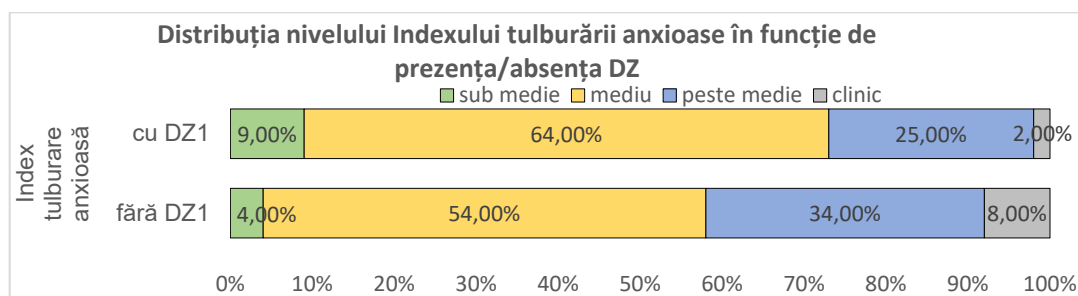


Figura 2.14. Distribuția nivelurilor Indexului tulburării anxioase în funcție de prezența/absența DZ

Testarea modelului logistic constituit din factorii socio-demografici de gen și vârstă, alături de prezența/absența DZ în predicția nivelului **Indexului tulburării anxioase** a indicat asumarea capacității de predicție ($LR \chi^2(df=3)=24.17$; $p<0.001$), factorii semnificativi pentru model fiind: *prezența DZ* (Wald $\chi^2(df=1)=9.41$; $p=0.002<0.010$) care reprezintă un predictor negativ ($B=-0.28$; $SE=0.09$) în sensul unui raport de șansă de 0.8 de ori mai mică ($Exp(B)=0.76$; $IC95\%: 0.64 - 0.91$), indicând o probabilitate mai mică de a prezenta un nivel ridicat de anxietate în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu cei fără DZ. Faptul că prezența DZ este asociată cu un nivel mai scăzut de tulburare anxioasă poate fi explicat prin suportul social și emoțional permanent de care beneficiază copiii cu DZ care le poate influența pozitiv starea de anxietate [268]. Studiile au arătat că copiii cu DZ își auto-dezvoltă adesea anumite strategii de coping eficiente care le poate reduce semnificativ nivelul anxietății [112]. Suportul social poate juca de asemenea, un rol important în reducerea anxietății și în îmbunătățirea stării emoționale a copiilor cu afecțiuni cronice [179]. Anumite studii au demonstrat de asemenea, că educația și managementul eficient al diabetului pot contribui la o scădere a anxietății și la o mai bună adaptare emoțională [125].

Genul feminin a reprezentat un predictor pozitiv semnificativ statistic ($B=0.37$; $SE=0.09$; Wald $\chi^2(df=1)=16.75$; $p<0.001$) în sensul unui raport de șansă de 1.4 ori mai mare ($Exp(B)=1.44$; $IC95\%:$

1.21 – 1.72), ceea ce sugerează o probabilitate mai mare pentru fete, comparativ cu băieții, de a prezenta un nivel ridicat al tulburării anxioase [137]. Acest lucru este în concordanță cu literatura de specialitate care subliniază o prevalență crescută a tulburărilor de anxietate în rândul fetelor, în parte cauzate de factori biologici, vulnerabilități emoționale sau de presiuni sociale [147]. De exemplu, studiile arată că fetele pot experimenta mai mult stres și pot manifesta mai frecvent simptome de anxietate din cauza normelor sociale și a așteptărilor legate de gen. (Anexa 3, Tabel 33)

B. Presupunem existența unei diferențe semnificative statistic a nivelului Depresiei la copiii cu vârste între 8 și 14 ani în funcție de prezența/absența DZ.

Valorile obținute pentru **scorul total al Depresiei** au variat pe întreg intervalul de variație al scalei, cu excepția nivelului mult sub medie care nu a fost reprezentat în eșantion, iar valoarea medie a fost $M=4.97$; $SD=1.67$. Acesta corespunde unui nivel mediu pe scală, confirmat de ponderea semnificativ statistic mai ridicată ($\chi^2(df=3)=182.20$; $p<0.001$) de 64% pentru acest nivel, comparativ cu celelalte niveluri. Nivelul cumulat superior format din nivelul **peste medie** și **clinic** a fost observat în 33% dintre cazuri, sugerând prezența unui risc crescut pentru simptomatologie depresivă semnificativă din punct de vedere psihologic sau clinic. Nivelul mediu al depresiei este semnificativ pentru toate subscalele componente ale Depresiei, fiind prezent în proporții ridicate între 53% și 70% dintre cazuri (Anexa 3, Tabel 35). Se confirmă un nivel moderat de simptomatologie depresivă la majoritatea copiilor, în timp ce o treime dintre ei prezintă simptome ce pot indica risc de depresie semnificativă sau clinică (Figura 2,16).

În cazul **Dispoziției negative** nivelul mediu prezintă o pondere de 63.5%, nivelurile superioare – **peste medie** și **clinic** fiind observate într-o proporție cumulată de 34.5%. **Problemele interpersonale** și **Ineficiența** prezintă un nivel mediu în proporție de 57%, cu niveluri superioare – **peste medie** și **clinic** în proporție de 36.5% în cazul problemelor interpersonale și 35.5% în cazul Ineficienței. **Anhedonia** prezintă cea mai ridicată pondere a nivelului mediu de 70%, în timp ce nivelurile superioare au fost prezente într-o pondere cumulată de doar 25.5%, ce sugerează o simptomatologie mai puțin severă în această dimensiune. **Autodevalorizarea** prezintă un nivel mediu într-o proporție de 53%, dar și cel mai ridicat nivel de severitate dintre toate subscalele cu 39.5% cazuri – **peste medie** și **clinic**, ceea ce poate indica o vulnerabilitate crescută în ceea ce privește imaginea de sine negativă.

Rezultatul susține prezența unui profil depresiv moderat în eșantion, cu o pondere consistentă a simptomelor de nivel **peste medie** și **clinic** în toate subscalele (între 25% și 40%). Auto-devalorizarea, Problemele interpersonale și Ineficiența sunt cele mai afectate dimensiuni, indicând un risc crescut pentru afectarea stimei de sine, relațiilor sociale și funcționării academice. Deși simptomele severe nu predomină, prevalența simptomelor subclinice ridică semne de întrebare asupra stării de bine emoțională a copiilor și justifică monitorizarea periodică și intervenții preventive timpurii.

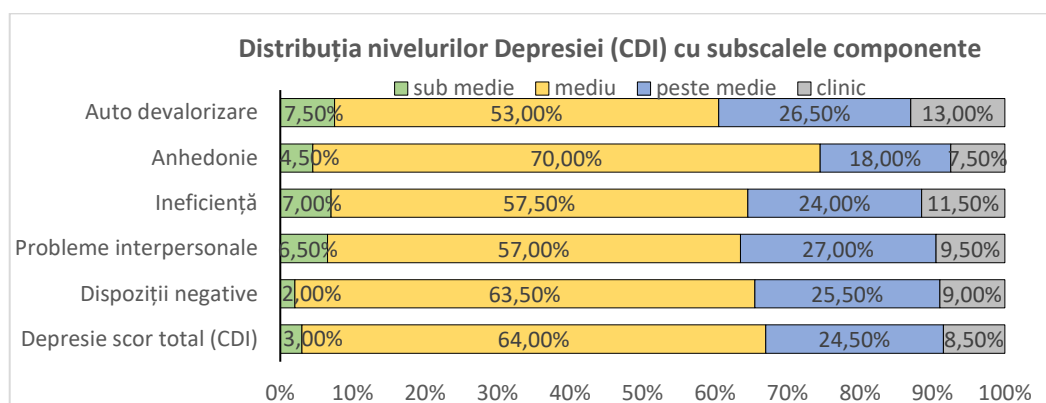


Figura 2.15. Nivelurile scor total al Depresiei și ale subscalelor componente

Prin analiza comparativă a distribuțiilor de nivel ale Depresiei (scor total) și a subscalelor acesteia determinate de prezența/absența DZ și realizată cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat, rezultatele obținute au indicat următoarele diferențe semnificative statistic (Anexa 3, Tabel 37):

- În cazul **Depresiei (scor total)** nivelurile superioare – *peste medie* și *clinic*, au prezentat o pondere cumulată semnificativ mai ridicată de 42% în cazul copiilor non-diabetici, comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor cu DZ de 24% (Figura 2.18). Această diferență a fost semnificativă statistic pentru o valoare a testului de ($\chi^2(df=3)=13.54$; $p=0.004<0.010$). Rezultatul sugerează o asocierie semnificativă între prezența DZ și nivelul simptomatologiei depresive, în sensul unui risc mai scăzut de depresie severă în rândul copiilor cu DZ. Mai multe studii confirmative au relevat faptul că în cazul copiilor cu DZ suportul constant al familiei și al echipelor medicale, pot contribui la o protecție împotriva simptomelor de depresie severă [91]. Deși numeroase studii arată o prevalență mai mare a depresiei la copiii cu DZ, anumite cercetări recente sugerează că nu toți copiii cu DZ sunt mai deprimați, iar în unele cazuri, scorurile de depresie pot fi chiar mai mici decât la copiii fără boli cronice [138]. Potrivit studiului lui Helgeson et al., 2007 în unele eșantioane, adolescenții cu DZ nu au prezentat scoruri mai mari de depresie față de grupurile de control, iar în subgrupuri (ex. băieți), scorurile au fost chiar mai mici, sugerând un posibil efect de adaptare crescută la stresul cronic [107], iar Hilliard et al., 2012 susțin că nu toți copiii cu DZ dezvoltă tulburări emoționale și că percepția asupra sprijinului și sentimentul de control personal pot reduce semnificativ riscul depresiv [113].

- **Dispoziția negativă** a prezentat un nivel superior într-o pondere cumulată de 43%, semnificativă statistic conform testului ($\chi^2(df=3)=7.56$; $p=0.050$), mai mare decât ponderea cumulată observabilă în cazul copiilor cu DZ (doar 26%), ceea ce indică faptul că copiii non-diabetici au o prevalență mai mare a nivelurilor superioare de depresie, comparativ cu cei diabetici. Acest rezultat sugerează că, în rândul copiilor cu DZ, nivelul dispoziției negative este mai scăzut comparativ cu cei fără diabet. Dispoziția negativă este adesea definită ca o dimensiune afectivă ce reflectă tendința de a experimenta emoții precum tristețe, furie, iritabilitate, vinovăție sau teamă. Acest rezultat este în concordanță cu literatura de specialitate, care arată că, în prezența unor factori protectivi, afectul negativ poate fi semnificativ diminuat potrivit lui Helgeson et al., 2012 [105]. Reynolds K.A. & Helgeson V.S. [208] au arătat că

dispoziția negativă este semnificativ mai scăzută la copiii cu familie suportivă și stabilitate emoțională în jur. Această diferență poate reflecta un efect protector al rețelelor de sprijin pe multiple niveluri — psihosocial, familial, social și medical — pe care copiii cu DZ îl primesc în mod constant în cadrul managementului bolii, contribuind astfel la menținerea unui echilibru emoțional mai bun. Studiile au confirmat că, deși copiii cu DZ experimentează provocări emoționale, suportul adecvat și constant îi ajută în menținerea unei stări emoționale echilibrate [142].

- **Problemele interpersonale**, de asemenea, au prezentat un nivel superior într-o pondere cumulată de 42%, semnificativă statistic ($\chi^2(df=3)=16.31$; $p=0.001$) mai mare în cazul copiilor fără diabet, decât ponderea cumulată observată în cazul copiilor cu DZ de 31%. Copiii fără diabet prezintă semnificativ mai multe dificultăți în relațiile cu ceilalți față de cei cu DZ. În consecință, rețeaua de suport familială, socială și medical integrată în îngrijirea diabetului joacă un rol protector esențial [126], explicând parțial de ce în studiul nostru copiii cu DZ au înregistrat mai puține dificultăți interpersonale decât copiii non-diabetici, toți copiii fiind în monitorizare.

- O diferență semnificativ mai ridicată ($\chi^2(df=3)=15.74$; $p=0.001$) a fost identificată și în cazul **Ineficienței**, care a prezentat o pondere cumulată mai ridicată a nivelurilor superioare de 47% în cazul copiilor fără diabet, comparativ cu copiii cu DZ, caz în care nivelurile superioare au fost observate într-o pondere cumulată de doar 24%. Cercetările au indicat faptul că, în anumite condiții, acești copii cu DZ dezvoltă un simț mai ridicat al autoeficacității, responsabilității și autodisciplinei, comparativ cu copiii sănătoși de aceeași vârstă. *„Responsabilitățile zilnice legate de gestionarea diabetului pot contribui la dezvoltarea unei percepții de eficiență personală mai ridicate, ceea ce se reflectă în scoruri mai scăzute la subscala de ineficiență”* [224] .

- **Auto-devalorizarea (Stima de sine scăzută)** a prezentat niveluri superioare *peste medie* și *clinic* într-o proporție cumulată de 52% în cazul copiilor non-diabetici, pondere semnificativă statistic mai ridicată ($\chi^2(df=3)=19.74$; $p<0.001$), comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor cu DZ de doar 27%. Astfel, putem concluziona că experiența zilnică de a gestiona o boală cronică, împreună cu structurile de sprijin asociate (familial, medical, psihologic), pot avea efecte protectoare asupra stimei de sine. Studiile recente susțin de asemenea, faptul că, copiii cu DZ au raportat o stimă de sine mai ridicată și un nivel mai scăzut al autodevalorizării în condițiile unor relații de calitate care sunt asociate cu niveluri reduse de dispoziție negativă și cu o percepție pozitivă asupra sinelui. Helgeson et al. [106] vorbesc despre faptul că copiii cu DZ care își asumă responsabilitatea pentru tratament au o autoeficacitate și o stimă de sine mai ridicată, precum și niveluri mai scăzute ale depresiei. Implicarea în îngrijirea propriei boli promovează sentimentul de control și reduce autodevalorizarea. Un studiu a arătat că copiii mai mici (7-11 ani), în special fetele au raportat o stimă de sine mai bună în comparație cu copiii sănătoși, dar numai în prezența sprijinului parental [208]. OECD [275] a ajuns la concluzia că "*copiii cu boli cronice*

care primesc sprijin sistemic și învață să gestioneze boala pot dezvolta niveluri ridicate de autoeficacitate și stimă de sine, comparabile sau mai mari decât colegii lor sănătoși".

- În cazul **Anhedoniei** diferența de nivel între copiii cu DZ și cei non-diabetici nu este semnificativă statistic ($\chi^2(df=3)=0.88$; $p=0.830$), motiv pentru care putem asuma faptul că cele două categorii de copii prezintă un nivel similar de Anhedonie. Nu există dovezi statistice că prezența DZ influențează nivelul de anhedonie. Ambele grupuri manifestă grade similare de reducere a plăcerii și interesului. Anhedonia – ca simptom afectiv – nu a fost semnificativ prezentă la copiii cu DZ incluși în eșantionul nostru, în concordanță cu literatura de specialitate. Hilliard et al. [113] au raportat o adaptare psihologică la copiii cu DZ în condiții de sprijin, suportul parental pozitiv acționează ca factor protectiv esențial împotriva simptomelor afective, inclusiv a anhedoniei. În ciuda riscului perceput de depresie în rândul copiilor cu boli cronice, participanții cu DZ au raportat un nivel conservat al capacității de a experimenta plăcere și implicare, nivelurile de interes față de activitățile cotidiene (școală, hobby-uri, interacțiuni sociale) au rămas constante. De asemenea, într-un studiu realizat de Northam et al. [181] s-a arătat că la 12 luni după diagnostic, majoritatea copiilor cu DZ prezentau adaptare emoțională bună și niveluri nesemnificative de anhedonie.

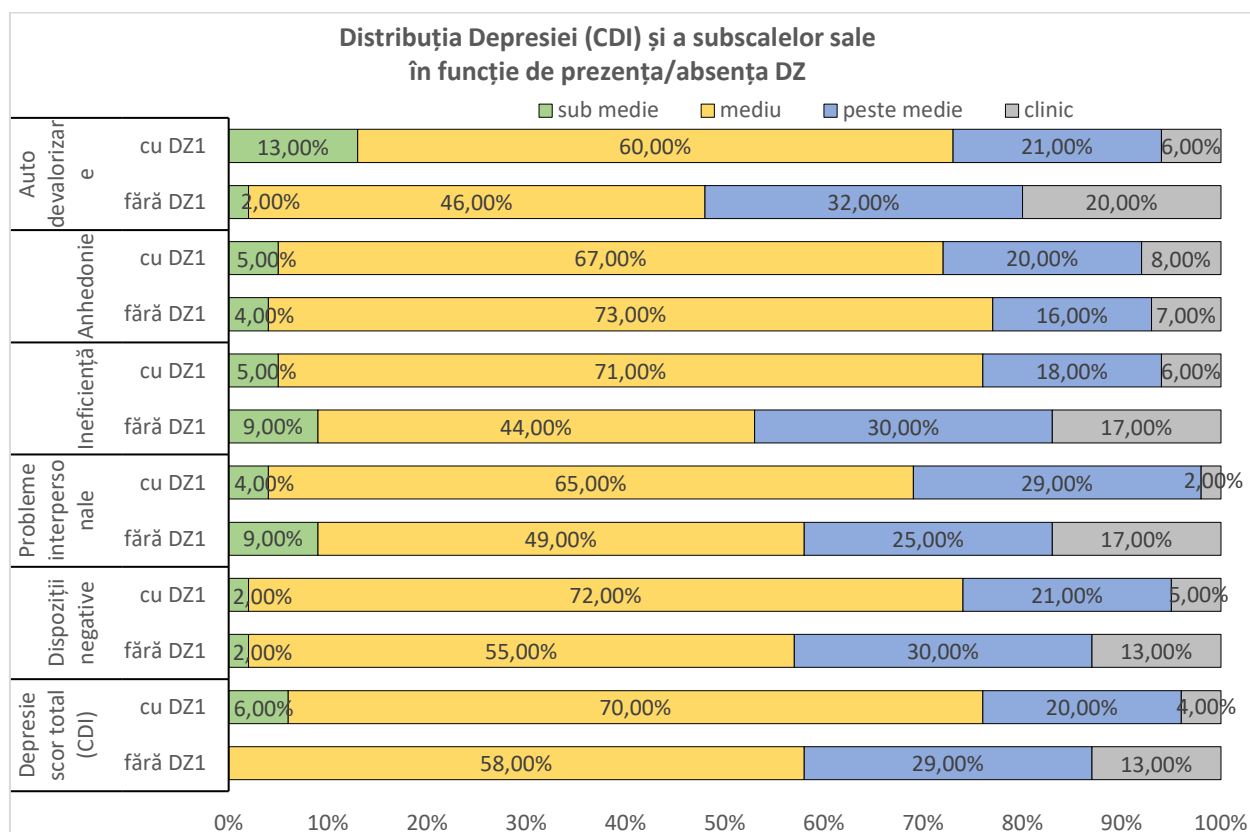


Figura 2.16. Distribuția nivelurilor Depresiei și ale componentelor sale în funcție de prezența/absența DZ

Testarea modelului logistic constituit din factorii socio-demografici de gen și vârstă, alături de prezența/absența DZ în predicția nivelului Depresiei și a componentelor sale, a indicat următoarele (Anexa 3, Tabel 38 – Tabel 52):

- În cazul predicției nivelului **Depresiei (scor total CDI)**, modelul este semnificativ statistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=22.64$; $p<0.001$), ceea ce indică faptul că predictorii incluși contribuie semnificativ la explicarea variației scorului de depresie. Factorii semnificativi pentru model fiind *prezența DZ* (Wald $\chi^2_{(df=1)}=12.47$; $p<0.001$) care *reprezintă un predictor negativ* ($B=-0.32$; $SE=0.09$) în sensul unui raport de șansă de 0.72 de ori mai mic ($\text{Exp}(B)=0.72$; IC95%: 0.60 – 0.87) de a prezenta un nivel ridicat de depresie în cazul prezenței DZ. Coeficientul $B = -0.32$ ($SE = 0.09$) indică o relație inversă între DZ și probabilitatea de depresie ridicată. Copiii cu DZ experimentează simptome de depresie care sunt mai puțin severe sau chiar prezintă depresie subclinică, care nu se încadrează în criteriile de diagnostic complet pentru depresie majoră, însă chiar și cu scoruri scăzute la CDI, este important să se monitorizeze în mod regulat starea emoțională a copiilor cu DZ. Simptomele pot fluctua în timp sau pot deveni mai pronunțate în anumite perioade de stres sau de schimbări majore în viață. Studiile au arătat că, deși boala cronică reprezintă un factor de stres important, aceasta nu cobduce în mod automat la depresia clinică, poate doar influența stări de depresie subclinică și mecanisme de adaptare emoțională a copiilor. Prezența diabetului nu determină în mod automat depresie clinică, ci mai degrabă **influențează vulnerabilitatea emoțională**, iar adaptarea depinde de factori precum sprijinul familial, autoeficacitatea și strategiile de coping [208, 231]. *Vârsta a reprezentat un predictor pozitiv semnificativ statistic* ($B=0.16$; $SE=0.06$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=7.63$; $p=0.006<0.010$) în sensul unui raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.18$; IC95%: 1.05 – 1.32) de a prezenta un nivel mai ridicat de depresie la fiecare creștere de nivel de vârstă. Datorită conștientizării de sine și a dezvoltării cognitive crește vulnerabilitatea la gânduri negative, ruminații și autoevaluare critică. *Diferența de gen a indicat o relație pozitivă* în cazul fetelor ($B=0.16$; $SE=0.09$), *reprezentând în un predictor marginal* (Wald $\chi^2_{(df=1)}=3.13$; $p=0.077<0.10$), în sensul unui raport de șansă 1.2 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.18$; IC95%: 0.98 - 1.41) al fetelor de a prezenta un nivel crescut al scorului total al depresiei, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 38 – 39). Și literatura de specialitate susține vulnerabilitatea crescută a fetelor la diferite simptome depresive, în special în perioada preadolescenței și adolescenței [180].

- În cazul predicției **Dispoziției negative** modelul de regresie logistică a prezentat semnificație statistică (LR $\chi^2_{(df=3)}=11.76$; $p=0.008<0.010$), ceea ce indică faptul că variabilele incluse contribuie semnificativ la explicarea variației scorului la această dimensiune afectivă. Dintre factorii modelului doar *prezența DZ a reprezentat un predictor negativ* semnificativ statistic ($B=-0.25$; $SE=0.09$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=7.32$; $p=0.007<0.010$) în sensul unui raport de șansă de 0.8 ori mai mic ($\text{Exp}(B)=0.78$; IC95%: 0.65 – 0.93), ca copiii cu DZ să manifeste niveluri ridicate de dispoziție negativă (ex., stări emoționale proaste, iritabilitate, tristețe). Această asociere este susținută de un interval de încredere de 95% (0.65 – 0.93), care nu include valoarea 1, confirmând semnificația și robustețea statistică a efectului. Coeficientul negativ indică o relație inversă, iar semnificația statistică susține validitatea acestei asocieri. În cazul *diferenței de gen*, în cazul fetelor s-a identificat o relație pozitivă ($B=0.18$; $SE=0.09$), însă *ca predictor*

slab și marginal (Wald $\chi^2(df=1)=3.83$; $p=0.060<0.10$) în sensul unui raport de șansă de 1.2 ori mai mare al fetelor ($\text{Exp}(B)=1.20$; IC95%: 1.00 – 1.44) de a prezenta un nivel ridicat al dispozițiilor negative, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 42-43).

- Pentru predicția nivelului **Problemelor interpersonale** modelul logistic format din factorii socio-demografici de gen, vârstă și prezența/absența DZ este semnificativ (LR $\chi^2(df=3)=33.39$; $p<0.001$). Pe baza coeficienților ecuației de regresie logistică am reținut faptul că și de data aceasta *genul feminin reprezintă un predictor pozitiv* ($B=0.25$; $SE=0.10$) semnificativ statistic (Wald $\chi^2(df=1)=6.77$; $p=0.009<0.010$) în sensul unui raport de șansă de 1.3 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.29$; IC95%: 1.06 – 1.56) ca fetele să prezinte un nivel mai ridicat al problemelor interpersonale, în comparație cu băieții. *Prezența DZ* (Wald $\chi^2(df=1)=3.98$; $p=0.046<0.050$) care determină o diferențiere semnificativă a nivelului problemelor personale resimțite, în sensul că prezența DZ prezintă un nivel mai scăzut într-un raport de șansă de 0.8 ori mai redus ($\text{Exp}(B)=0.82$; IC95%: 0.68 – 1.00) decât absența DZ, însemnând că copiii cu DZ prezintă un risc mai mic de a întâmpina probleme interpersonale, comparativ cu cei fără diabet. Acest fenomen poate fi explicat printr-o tendință crescută spre comportamente de compromis. Acești copii au o nevoie mai mare de acceptare socială, o motivație internă puternică de a nu fi percepuți ca fiind diferiți sau vulnerabili și depun un efort conștient de a reduce diferențele față de ceilalți, de aceea copiii adoptă un stil interpersonal mai conciliant și empatic și recurg la o mobilizare a comportamentului prosocial pentru a-și facilita apartenența la grup. Astfel, riscul de a întâmpina probleme interpersonale poate fi chiar mai redus în cazul acestor copii, comparativ cu cei care nu se află în situație de boală cronică [106]. *Vârsta copiilor reprezintă un predictor pozitiv* ($B=0.31$; $SE=0.06$) semnificativ statistic (Wald $\chi^2(df=1)=24.50$; $p<0.001$) în sensul creșterii raportului de șansă de 1.4 ori ($\text{Exp}(B)=1.37$; IC95%: 1.21 – 1.55) de a prezenta un nivel ridicat al problemelor interpersonale pentru fiecare creștere a nivelului de vârstă. (Anexa 3, Tabel 44-45). Această tendință poate fi asociată cu schimbările specifice perioadei adolescenței, cum ar fi nevoia crescută de autonomie, intensificarea emoțiilor, conflictele de rol și presiunile sociale, care pot accentua tensiunile în relațiile interpersonale.

- Pentru predicția nivelului de **Ineficiență** modelul logistic format din factorii socio-demografici de gen, vârstă și prezența/absența DZ este semnificativ (LR $\chi^2(df=3)=48.27$; $p<0.001$). Pe baza coeficienților ecuației de regresie logistică am reținut faptul că *genul feminin reprezintă un predictor pozitiv* ($B=0.45$; $SE=0.10$) semnificativ statistic (Wald $\chi^2(df=1)=21.00$; $p<0.001$) în sensul unui raport de șansă de 1.6 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.57$; IC95%: 1.29 – 1.90) de a prezenta un nivel mai ridicat al ineficienței, în comparație cu băieții. Rezultatul sugerează că fetele pot experimenta un sentiment mai acut de ineficiență tradusă prin autocritică, îndoială personală sau percepții negative asupra propriei performanțe, fenomen descris și în literatura de specialitate ce a studiat diferențele de gen în sănătatea mintală [180]. *Prezența DZ* (Wald $\chi^2(df=1)=9.01$; $p=0.003<0.010$) determină o diferențiere semnificativă a nivelului ineficienței resimțite, în sensul că prezența DZ prezintă un nivel mai scăzut într-un raport de șansă de 0.7 ori mai

redus ($\text{Exp}(B)=0.74$; IC95%: 0.61 – 0.90) decât absența DZ, însemnând că copiii cu DZ au un risc cu 26% mai mic de a experimenta ineficiență, comparativ cu copiii fără diabet. Cercetările arată că acceptarea bolii și necesitatea îngrijirii în diabet se asociază cu o percepție mai crescută a propriei eficiențe și cu o funcționare emoțională mai bună. *Vârsta copiilor reprezintă un predictor pozitiv* ($B=0.31$; $SE=0.06$) semnificativ statistic (Wald $\chi^2(df=1)=23.49$; $p<0.001$) în sensul creșterii raportului de șansă de 1.4 ori ($\text{Exp}(B)=1.36$; IC95%: 1.20 – 1.54) de a prezenta un nivel ridicat al ineficienței pentru fiecare creștere suplimentară a nivelului de vârstă. (Anexa 3, Tabel 46-47) În concluzie, fetele și copiii mai mari au un risc crescut de percepere a ineficienței, iar prezența DZ pare să protejeze împotriva resimțirii acestei dificultăți.

- În cazul **Anhedoniei** modelul a prezentat semnificație statistică (LR $\chi^2(df=3)=7.71$; $p=0.050$), dintre factorii modelului doar *vârsta a reprezentat un predictor pozitiv* semnificativ statistic ($B=0.15$; $SE=0.06$; Wald $\chi^2(df=1)=6.48$; $p=0.011<0.050$). Aceasta sugerează că fiecare creștere a vârstei este asociată cu un raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.17$; IC95%: 1.04 – 1.31) de a prezenta un nivel ridicat al anhedoniei, indicând o relație directă între înaintarea în vârstă și o predispoziție crescută către anhedonie. (Anexa 3, Tabel 48 - 49). Relația dintre vârstă și anhedonie a fost documentată în mai multe studii, în special în contextul dezvoltării psihologice. În adolescență și la începutul vârstei adulte apar modificări importante în sistemul dopaminergic, implicat direct în recompensă și motivație. Studiile arată că în această perioadă pot exista dezechilibre între reactivitatea sistemului limbic (emoțional) și controlul prefrontal (rațional), ceea ce poate contribui la vulnerabilitatea emoțională și la apariția simptomelor anhedonice. Vârsta, prin urmare, nu este doar un factor cronologic, ci și un indicator indirect al expunerii crescute la factori de stres psihosocial și neurobiologic.

- Pentru predicția nivelului de **Autodevalorizare** (stimă de sine scăzută) modelul a prezentat semnificație statistică (LR $\chi^2(df=3)=20.95$; $p<0.001$), dintre factorii modelului doar *prezența DZ a reprezentat un predictor negativ* semnificativ statistic ($B=-0.49$; $SE=0.11$; Wald $\chi^2(df=1)=20.41$; $p<0.001$) în sensul unui raport de șansă de 0.6 ori mai mic ($\text{Exp}(B)=0.61$; IC95%: 0.61 – 0.76) de a prezenta un nivel ridicat de Autodevalorizare, comparativ cu copiii non-diabetici (Anexa 3, Tabel 49 - 50). Deși teoretic copiii cu boli cronice sunt mai vulnerabili la probleme legate de probleme de stimă de sine sau auto-devalorizare, studiile sugerează contrariul, anume că mulți dintre aceștia dezvoltă mecanisme de reziliență mai bune și un simț accentuat al responsabilității personale comparativ cu copiii sănătoși [107] explicate prin influența suportului familial, atenției medicală constante și a implicării în îngrijirea propriei afecțiuni, ceea ce întărește sentimentul de autoeficacitate. Potrivit teoriei lui Bandura a controlului și autoeficacității [11], gestionarea diabetului contribuie la întărirea sentimentului de autoeficacitate, iar un copil care simte că poate controla o boală serioasă este mai puțin predispus să se perceapă ca „inferior” sau lipsit de valoare. Tocmai acest sentiment de control poate reduce tendințele autodevalorizante. Potrivit studiului lui Wiebe et al. (2016), copiii care se implică activ în gestionarea

bolii dezvoltă o identitate pozitivă în raport cu DZ, care servește drept factor protector împotriva autodevalorizării, prin internalizarea unui sentiment de control [262].

 Rezultatele studiului nu au identificat diferențe semnificative între cele două grupuri în privința simptomelor depresive, ale anxietății generale sau ale componentelor lor specifice. Totuși, la copiii cu DZ s-au observat simptome moderate de tensiune, neliniște sau manifestări somato-vegetative, fără însă a atinge pragul de semnificație statistică. Copiii cu DZ prezintă un risc mai scăzut de anxietate socială, inclusiv de frică de performanță, comparativ cu cei fără diabet. Analiza de regresie a confirmat că prezența DZ reprezintă un predictor negativ al anxietății, copiii cu DZ fiind, per ansamblu, mai puțin predispuși la a manifesta anxietate față de copiii fără DZ. De asemenea, nu s-au constatat deosebiri semnificative între cele două grupuri în privința perfecționismului sau a coping-ului anxios, deși analiza multivariată a scos la iveală un efect subtil al diabetului asupra perfecționismului. Pe de altă parte, copiii cu DZ au manifestat niveluri mai scăzute ale dispoziției negative, o stimă de sine mai ridicată, autodevalorizare și ineficiență mai scăzute, precum și mai puține dificultăți în relațiile cu ceilalți. Aceste concluzii sunt susținute de analiza multivariată, care arată că prezența DZ reprezintă un predictor negativ al depresiei, cât și al anxietății sociale, sugerând că, spre deosebire de copiii non-diabetici, cei cu DZ beneficiază de resurse reziliante emoționale mai bune. În concluzie, deși ipoteza 1 a fost respinsă, rezultatele se aliniază studiilor și cercetărilor actuale care susțin ideea că sprijinul familial, comunicarea deschisă, reziliența dezvoltată de copiii cu diabet, precum și asistența multidisciplinară contribuie la un risc mai scăzut de anxietate sau depresie comparativ cu copiii fără DZ.

Ipoteza 2. *Copiii cu DZ dispun de mai puține strategii adaptative și utilizează preponderent metode de coping dezadaptativ în comparație cu copiii non-diabetici.*

La nivelul întregului lot al cercetării s-au identificat niveluri foarte reduse (<50%) pentru manifestarea celor 11 metode de coping, cea mai redusă pondere a manifestării fiind observată în cazul Reglării emoționale (8.5%). Ponderi ridicate de utilizare au fost observate în cazul Distragerii atenției (44%), Culpabilizarea celorlalți (39.5%) și Rezolvarea de probleme (39%), urmate de Suportul social (37.5%) și Retragerea socială (37%), Autoculpabilizarea (33%), Wishful thinking (26.5%), Resemnarea (26%), Restructurarea cognitivă (23.0%) și Rugăciunea (14.0%). Doar în cazul Distragerii atenției manifestarea acestui mecanism de coping este exprimată într-o proporție (44.0%) ce se apropie de pragul semnificativ ($\chi^2_{(df=1)}=2.88$; $p=0.090$) de 50% (Anexa 3, Tabel 51).

Analiza metodelor de coping la copii relevă o utilizare variată a strategiilor de gestionare a stresului și a dificultăților emoționale [152] (Figura 2.19). Astfel, mecanismele slab manifestate (sub 30% de manifestare activă) au fost: **Reglarea emoțională** (8,5%) are cea mai mică pondere de utilizare, indicând că copiii au dificultăți semnificative în gestionarea și reglementarea propriilor emoții într-un mod

adaptativ. Aceasta sugerează că există o nevoie critică de intervenții care să dezvolte aceste abilități fundamentale pentru sănătatea emoțională și gestionarea stresului [72]. Copingul religios sau **Rugăciunea** (14%) poate fi o strategie adaptativă pentru unii, este puțin utilizat. **Resemnarea** (26%) implică acceptarea pasivă a situației și lipsa de acțiune pentru a schimba circumstanțele, ceea ce indică a fi un semn al lipsei de motivație sau al sentimentului de frustrare. Resemnarea și **Wishful thinking** (26,5%) sunt mecanisme pasive, ce sugerează o utilizare scăzută a evitării iluzorii sau a acceptării necritice. **Restructurarea cognitivă**, deși o strategie adaptativă, ca reevaluare pozitivă a situației, este subutilizată. Mecanismele de manifestare activă utilizate moderat (30-40%) au fost: **Suportul social** se bazează pe căutarea și utilizarea sprijinului din partea altora pentru a face față dificultăților. Aceasta include discuții cu prietenii, familia sau cu alte persoane de încredere. Rezultatul arată un nivel moderat de solicitare a sprijinului social, o strategie adaptativă asociată rezilienței. **Rezolvarea de probleme** este cea mai adaptativă și eficientă în rezolvarea și gestionarea stresului, se bazează pe căutarea de soluții și este folosită în proporție de 39%. Rezultatul arată un nivel relativ scăzut de aplicare a acestui mecanism activ și eficient în gestionarea stresului. **Culpabilizarea celorlalți** implică atribuirea responsabilității problemelor întâmpinate către alții, ceea ce poate reduce temporar sentimentul de presiune. **Autoculpabilizarea** presupune preluarea răspunderii totale pentru problemele întâmpinate, ceea ce duce la scăderea stimei de sine și la întărirea sentimentului de neputință. Ambele sunt mecanisme disfuncționale, dar relativ frecvente, indicând tendința participanților de a atribui vina în mod extern sau intern. **Retragerea socială** implică retragerea din interacțiuni sociale și este folosită pentru a evita situațiile stresante, dar de regulă, conduce la izolare și însingurare. Este un mecanism de evitare, cu o frecvență semnificativă. Mecanismele cel mai frecvent manifestate au fost: **Distragerea atenției** (44%) este cea mai frecvent utilizată și implică devierea atenției de la problema sau stresorul actual, pentru a reduce impactul acestuia. Distragerea include activități plăcute sau angajamente care distrag atenția de la sursa de stres. Poate fi adaptativă pe termen scurt, însă folosită în exces poate semnala evitare și dezimplicare.

Aproape toate celelalte mecanisme sunt declarate ca fiind utilizate în proporție majoritar „slab manifest”, sugerează o utilizare redusă a strategiilor de coping active și adaptative, precum restructurarea cognitivă, rezolvarea de probleme sau reglarea emoțională, ceea ce poate conduce la dificultăți în gestionarea eficientă a stresului. Se observă o prevalență mai mare a mecanismelor de evitare sau pasive, precum distragerea atenției, retragerea socială, autoculpabilizarea și wishful thinking. Culpabilizarea, atât a propriei persoane cât și a altora, este semnificativ manifestată, ceea ce sugerează posibile distorsiuni cognitive și conflicte interpersonale sau intrapsihice. Rezultatele subliniază nevoia de intervenții psihoterapeutice centrate pe dezvoltarea mecanismelor de coping adaptativ, în special pe reglarea emoțională, restructurarea cognitivă și rezolvarea de probleme.

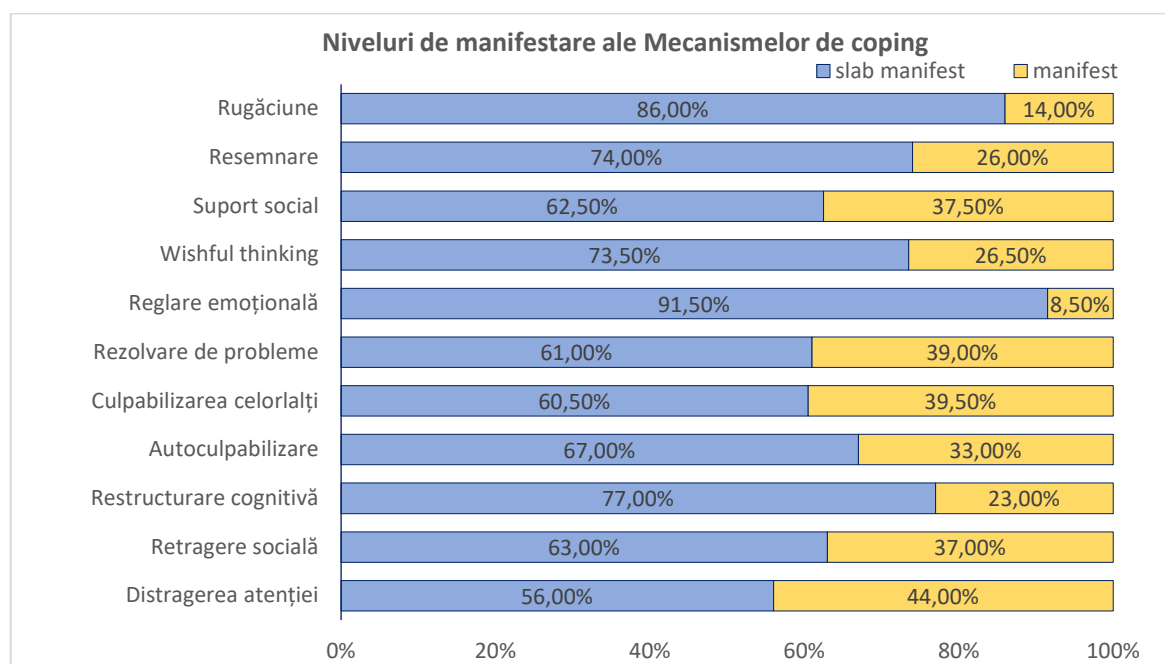


Figura 2.17. Distribuția nivelului de manifestare a Mecanismelor de coping

Prin analiza comparativă a distribuțiilor de nivel de manifestare a **Mecanismelor de coping** determinate de prezența/absența DZ (Figura 2.20) realizată cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat, rezultatele obținute au indicat următoarele diferențe semnificative statistic (Anexa 3, Tabel 52):

- În cazul **Rezolvării de probleme**, manifestarea acestui mecanism de coping este mai prezentă în cazul copiilor non-diabetici cu o pondere semnificativ mai ridicată de 51%, comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor cu DZ de doar 27%, diferență semnificativă statistic pentru o valoare a testului ($\chi^2(df=1)=12.11$; $p=0.001<0.010$). Copiii fără diabet sunt aproape de două ori mai predispuși să folosească strategia de rezolvare de probleme pentru gestionarea stresului, comparativ cu copiii cu DZ. În timp ce copiii fără diabet se confruntă adesea cu probleme concrete și tranzitorii, mai ușor de abordat activ, copiii cu DZ se confruntă cu stresori cronici și relativ incontrollabili, precum restricțiile alimentare, monitorizarea glicemiei sau administrarea de insulină, unde strategiile centrate pe problemă pot părea mai puțin eficiente [49]. Scăderea utilizării strategiei de rezolvare de probleme în rândul copiilor cu DZ sugerează că aceștia ar trebui să beneficieze de intervenții psihoeducaționale dedicate dezvoltării abilităților de "problem-solving".
- În cazul **Reglării emoționale**, manifestarea acestui mecanism de coping este mai prezentă în cazul copiilor cu DZ cu o pondere semnificativ mai ridicată de 17%, comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor non-diabetici (0.0%), diferență semnificativă statistic pentru o valoare a testului ($\chi^2(df=1)=18.58$; $p=0.001<0.010$), ce indică că există o asocieră reală între diagnosticul de DZ și tendința de a folosi reglarea emoțională ca strategie de coping. Copiii cu DZ au raportat un nivel mai ridicat de reglare emoțională, ceea ce poate indica o adaptare progresivă la boală și o dezvoltare a competențelor de autoreglare afectivă. Această pondere mai mare a reglării emoționale în rândul copiilor cu DZ sugerează că, pe măsură ce învață să își gestioneze boala cronică, ei dezvoltă și capacitatea de a-

și modula răspunsurile emoționale [31]. Literatura din domeniu arată că gestionarea eficientă a unei boli cronice stimulează dezvoltarea autoreglării emoționale, mai ales atunci când este susținută de intervenții psihoeducaționale, sprijin familial și o relație pozitivă cu echipa medicală [196]. Astfel, utilizarea mai frecventă a acestei strategii în rândul copiilor cu DZ poate fi privită ca un indicator al rezilienței emoționale dobândite în contextul confruntării continue cu provocările impuse de boală [269].

- În cazul **Wishful Thinking**, manifestarea acestui mecanism de coping este mai prezentă în cazul copiilor cu DZ cu o pondere semnificativ mai ridicată de 36%, comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor non-diabetici de 17%, diferență semnificativă statistic pentru o valoare a testului ($\chi^2(df=1)=9.27$; $p=0.002<0.010$), ceea ce sugerează o asociere clară între prezența unei boli cronice și tendința de a apela la strategii de coping pasive sau evitante. Această prevalență crescută a acestei strategii în rândul copiilor cu DZ poate fi înțeleasă în contextul naturii cronice, incontrolabile și invazive a bolii. Astfel, gândirea de tip „*ar fi bine dacă nu aș avea diabet*” devine o strategie psihologică de evitare a realității percepute ca fiind dureroasă sau imposibil de schimbat. Studiile anterioare susțin această tendință, de exemplu, Compas et al., 2001 arată că, în rândul copiilor cu afecțiuni cronice, există o frecvență mai ridicată a strategiilor de coping pasiv, în special când copilul nu are suficiente resurse cognitive, emoționale sau sociale pentru a adopta strategii orientate pe rezolvare activă [48].

- Și în cazul **Rugăciunii**, ca și coping spiritual, manifestarea acestui mecanism de coping este mai prezentă în cazul copiilor cu DZ cu o pondere semnificativ mai ridicată de 20%, comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor non-diabetici de 8%, diferență semnificativă statistic pentru o valoare a testului ($\chi^2(df=1)=5.98$; $p=0.012<0.050$). În fața unor stresori percepuți ca fiind externi, durabili și greu de influențat, strategiile de coping centrate pe spiritualitate, precum rugăciunea, devin o resursă internă de alinare și speranță. Deși rugăciunea este uneori clasificată ca strategie de coping pasiv, literatura sugerează că ea poate avea funcții importante în reglarea emoțională, întrucât oferă sens și semnificație suferinței, reduce anxietatea și izolarea, întărește reziliența psihologică în familiile unde credința are un rol central. [188]. Frecvența mecanismelor de tip Wishful thinking și Rugăciune la copiii cu DZ reflectă nevoia de a face față stresului continuu generat de o boală percepută ca având aspecte necontrolabile.

- În cazul celorlalte mecanisme de coping analizate, respectiv **Distragerea atenției, Retragerea socială, Restructurarea cognitivă, Autoculpabilizarea, Culpabilizarea celorlalți, Suportul social și Resemnarea** nu a fost identificată o diferență semnificativă statistic între cele două grupe de copii, motiv pentru care vom considera nivelul de manifestare ca fiind aproximativ egal pentru ambele categorii. Faptul că strategiile disfuncționale, precum Retragerea socială, Resemnarea sau Autoculpabilizarea, nu prezintă variații semnificative în funcție de condiția de sănătate, indică faptul că vulnerabilitatea emoțională față de stres nu este specifică unui diagnostic medical, ci pare a fi comună tuturor copiilor aflați în contexte dificile, mai ales în absența unui suport psiho-emoțional adecvat [128].

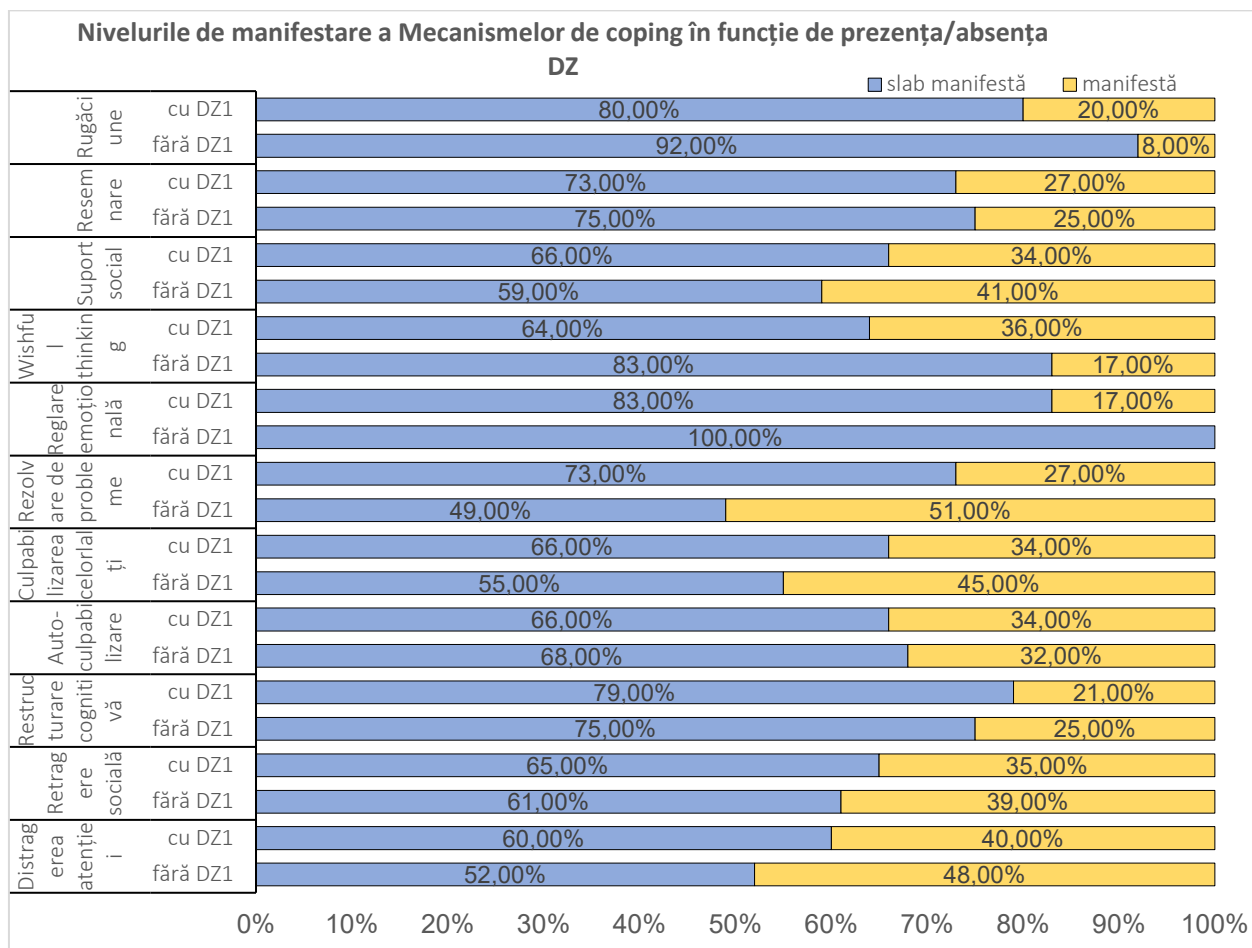


Figura 2.18. Nivelurile Mecanismelor de coping în funcție de prezența/absența DZ

Analiza de regresie logistică binară efectuată cu scopul identificării factorilor socio-demografici ce determină alături de prezența/absența DZ diferențe în manifestarea mecanismelor de coping a permis asumarea următoarelor relații semnificative:

- În cazul manifestării **Distragerii atenției** modelul este semnificativ statistic ($LR \chi^2_{(df=3)}=35.73$; $p<0.001$), dintre factorii modelului doar *genul feminin a reprezentat un predictor negativ* semnificativ statistic ($B=-0.04$; $SE=0.06$; $Wald \chi^2_{(df=1)}=34.03$; $p<0.001$) în sensul unui raport de șansă de 0.7 ori mai mic ($Exp(B)=0.69$; $IC95\%: 0.61 - 0.78$) de manifestare a distragerii atenției, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 53 - 54). Fetele au fost deseori descrise în literatură ca având o capacitate de autocontrol mai mare și o abilitate mai bună de a-și menține atenția pe termen lung, în comparație cu băieții [213]. Astfel, fetele pot avea o abilitate crescută de a rămâne implicate emoțional și cognitiv în procesarea stresului, chiar și în situații dificile.
- Nivelul de manifestare a **Autoculpabilizării** este diferențiat în mod semnificativ de modelul logistic ($LR \chi^2_{(df=3)}=20.56$; $p<0.001$), pentru care doar *genul feminin a reprezentat un predictor pozitiv* semnificativ statistic ($B=0.23$; $SE=0.06$; $Wald \chi^2_{(df=1)}=13.14$; $p<0.001$), în sensul unui raport de șansă de 1.3 ori mai mare ($Exp(B)=1.26$; $IC95\%: 1.11 - 1.43$) de a prezenta un nivel ridicat al autoculpabilizării, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 57 - 58). Acest lucru este în concordanță cu literatura care arată că fetele tind să interiorizeze mai mult emoțiile negative și să-și asume vina în

contexte stresante. Fetele pot fi mai predispuse să-și asume responsabilitatea personală pentru problemele cu care se confruntă sau să se învinovățească în mod excesiv, în comparație cu băieții. Literatura arată că factorii de gen influențează stilurile de coping, iar fetele sunt mai susceptibile să manifeste autoculpabilizare comparativ cu băieții, din cauza normelor sociale și a diferitelor presiuni psihologice [180].

- În cazul **Retragerii sociale**, modelul constituit din factorii socio-demografici: gen, vârstă și prezența/absența DZ nu a prezentat o semnificație statistică în predicția nivelului de manifestare a acestui mecanism de coping (LR $\chi^2_{(df=3)}=2.91$; $p=0.405>0.050$). Rezultatele sugerează că modelul statistic format din variabilele sex, vârstă și prezența/absența diabetului zaharat nu a reușit să diferențieze în mod semnificativ utilizarea retragerii sociale ca mecanism de coping la copii. În încercarea de a contura un cadru teoretic solid, explorând influența limitată a factorilor demografici asupra retragerii sociale ca strategie de coping, o serie de cercetări anterioare au analizat influența altor factori care să explice variația în utilizarea strategiilor de coping, precum retragerea socială [9, 226]. În literatura de specialitate, retragerea socială a fost analizată în relație cu factori suplimentari, cum ar fi suportul social și trăsăturile individuale, care par să joace un rol mai important decât factorii demografici simpli în predicția utilizării acestui mecanism de coping (Anexa 3, Tabel 55).

- Nivelul de manifestare a **Culpabilizării celorlalți** este diferențiat în mod semnificativ de modelul logistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=20.56$; $p<0.001$), pentru care doar *genul feminin a reprezentat un predictor negativ* semnificativ statistic ($B=-0.19$; $SE=0.07$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=7.68$; $p=0.006<0.010$) în sensul unui raport de șansă de 0.8 ori mai mic ($\text{Exp}(B)=0.83$; IC95%: 0.73 – 0.95) de culpabilizare a celorlalți, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 59 - 60). Culpabilizarea celorlalți este o strategie de coping mai puțin adaptivă. Fetele tind să manifeste un nivel mai scăzut de culpabilizare a celorlalți, poate și din cauza unor norme sociale sau diferențe în stilul de gestionare a problemelor. Culpabilizarea celorlalți se referă la tendința de a da vina pe alții pentru problemele personale sau pentru dificultățile proprii [146]. Acest rezultat susține ipoteza că băieții ar putea apela mai frecvent la mecanisme de coping externalizante, cum este învinuirea altora, în timp ce fetele se orientează mai des spre coping internalizant.

- În cazul **Restructurării cognitive**, modelul constituit din factorii socio-demografici: gen, vârstă și prezența/absența DZ nu a prezentat semnificație statistică în predicția nivelului de manifestare a acestui mecanism de coping (LR $\chi^2_{(df=3)}=4.22$; $p=0.239>0.050$). Rezultatele sugerează că modelul statistic format din variabilele sex, vârstă și prezența/absența diabetului zaharat nu a prezentat o semnificație statistică în predicția utilizării restructurării cognitive ca mecanism de coping. Aceasta indică faptul că acești factori, luați împreună sau în interacțiune, nu sunt predictori semnificativi pentru utilizarea restructurării cognitive ca mecanism de coping în eșantionul studiat. Rezultatele sugerează că alte variabile, cum ar fi contextul familial, suportul social sau trăsături psihologice individuale, ar putea avea

un rol mai mare în explicarea utilizării acestui mecanism de coping. La randul lor, Compas et al., Lazarus & Folkman și Seiffge-Krenke [48, 146, 226] au explorat rolul altor factori în utilizarea restructurării cognitive. (Anexa 4. Tabel 56). Restructurarea cognitivă este o strategie matură, adaptativă, corelată pozitiv cu sănătatea mentală, o formă de coping orientată spre control intern. Aceasta este mai puternic influențată de factori intrapersonali (autoreglare, inteligență emoțională) decât de factori demografici. Intervențiile psihologice care promovează această strategie pot îmbunătăți semnificativ adaptarea copiilor la stres.

- Pentru manifestarea **Rezolvării de probleme** prezența DZ reprezintă un predictor negativ semnificativ statistic ($B=-0.23$; $SE=0.07$; Wald $\chi^2(df=1)=11.89$; $p=0.001$) în sensul unui raport de șansă de 0.8 ori mai mic ($Exp(B)=0.80$; IC95%: 0.70 – 0.91) de a prezenta un nivel ridicat de rezolvare activă de probleme, comparativ cu copii non-diabetici (Anexa 3, Tabel 61-62). Acest rezultat este în concordanță cu literatura de specialitate care arată că boala cronică, mai ales la vârste fragede, favorizează o reducere a copingului activ și adoptarea unor forme de coping mai pasive sau emoționale (resemnare, rugăciune, wishful thinking), aspect care poate îngreuna adaptarea psihologică și aderența la tratament.

- Pentru manifestarea **Reglării emoționale** prezența DZ reprezintă un predictor pozitiv semnificativ statistic ($B=0.17$; $SE=0.04$; Wald $\chi^2(df=1)=21.35$; $p<0.001$) în sensul unui raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($Exp(B)=1.19$; IC95%: 1.10 – 1.28) de a prezenta un nivel ridicat al reglării emoționale, comparativ cu copii non-diabetici (Anexa 3, Tabel 63 - 64). Cu toate acestea, doar 17% dintre participanți au prezentat un nivel clar de reglare emoțională, iar toți aceștia fac parte din categoria copiilor cu DZ. Această pondere redusă sugerează că, deși prezența diabetului este asociată statistic cu o utilizare mai frecventă a reglării emoționale, majoritatea copiilor cu DZ întâmpină dificultăți semnificative în gestionarea emoțiilor, întrucât boala cronică impune un nivel constant de stres și presiune psihologică, care contribuie la perturbarea mecanismelor sănătoase de reglare afectivă. În general, copiii cu afecțiuni cronice, precum DZ, experimentează dificultăți mai mari în reglarea emoțională din cauza stresului suplimentar și a provocărilor asociate cu boala [80]. Studiile au arătat că regimul riguros de gestionare a diabetului și impactul pe termen lung al bolii le poate afecta copiilor abilitatea de a-și gestiona emoțiile [237]. În acest context, se conturează un fenomen de maturizare emoțională accelerată, în care copiii sunt nevoiți să-și dezvolte prematur strategii de autoreglare pentru a face față presiunii bolii. În concluzie, deși DZ poate stimula dezvoltarea unor abilități de autoreglare emoțională, efortul necesar pentru menținerea acestui echilibru este ridicat, iar eficiența sa este adesea limitată de presiunea emoțională cronică, ceea ce poate compromite adaptarea emoțională și psihosocială pe termen lung.

- Pentru manifestarea **Wishful thinking** prezența DZ reprezintă un predictor pozitiv semnificativ statistic ($B=0.20$; $SE=0.06$; Wald $\chi^2(df=1)=10.58$; $p<0.001$) în sensul unui raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($Exp(B)=1.22$; IC95%: 1.08 – 1.37) de a prezenta un nivel ridicat al Wishful thinking (Anexa 3, Tabel 65 - 66). Acest rezultat sugerează că, în rândul copiilor cu DZ există o manifestare mai pronunțată

a efectului studiat, comparativ cu cei fără DZ. *Wishful thinking*, definită ca tendința de a imagina scenarii pozitive sau dezirabile în locul confruntării directe cu realitatea, poate funcționa ca un mecanism psihologic compensatoriu în fața stresului cronic și a cerințelor constante impuse de gestionarea bolii. Utilizarea frecventă a acestei strategii poate limita dezvoltarea unor mecanisme de coping active și eficiente, precum rezolvarea de probleme sau restructurarea cognitivă [243]. Literatura de specialitate sugerează că această formă de coping evitant poate fi influențată de un nivel redus de suport emoțional sau de o capacitate scăzută de control perceput asupra situației [238]. În acest context, *wishful thinking* poate fi înțeleasă ca o formă de refugiu psihologic, care, deși poate avea o funcție de protecție emoțională temporară, nu contribuie activ la adaptarea funcțională pe termen lung. Intervențiile psihologice ar trebui să vizeze înlocuirea sau transformarea acestei strategii pasive în forme mai adaptative de reglare emoțională și coping, cum ar fi reevaluarea cognitivă, dezvoltarea abilităților de rezolvare de probleme și consolidarea sentimentului de autoeficacitate în gestionarea bolii cronice.

- Pentru manifestarea căutării **Suportului social**, *vârsta reprezintă un predictor negativ* semnificativ statistic ($B=-0.13$; $SE=0.04$; Wald $\chi^2(df=1)=9.13$; $p=0.003<0.010$) în sensul unui raport de șansă de 0.9 ori mai mic ($Exp(B)=0.88$; IC95%: 0.81 – 0.96) de a prezenta un nivel ridicat al Suportului social la fiecare creștere de nivel de vârstă (Anexa 3, Tabel 67 - 68). Această tendință este în concordanță cu literatura de specialitate, care subliniază că, odată cu înaintarea în vârstă, copiii și adolescenții experimentează modificări în structura și funcționalitatea rețelelor de sprijin social. Pe măsură ce trec prin etapele dezvoltării, aceștia pot deveni mai autonomi și mai reticenți în a solicita ajutor, fie din dorința de independență, fie din teama de stigmatizare sau de a fi percepuți ca vulnerabili. De asemenea, creșterea responsabilităților, schimbările în dinamica relațiilor și influența tehnologiei asupra modului de comunicare pot contribui la diminuarea accesării resurselor sociale de sprijin. În mod frecvent, cercetările privind dezvoltarea socială și psihologică evidențiază faptul că, odată cu avansarea în vârstă, rețelele de suport tind să se restrângă, iar interacțiunile devin mai selective și mai complexe [119].

- Pentru manifestarea **Resemnării**, *genul feminin reprezintă un predictor pozitiv* semnificativ statistic ($B=0.21$; $SE=0.06$; Wald $\chi^2(df=1)=11.58$; $p=0.001$) în sensul unui raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($Exp(B)=1.23$; IC95%: 1.09 – 1.38) ca fetele să adopte această strategie de coping, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 69 - 70). Resemnarea este definită ca o formă de coping pasiv și se referă la o atitudine de acceptare pasivă a situațiilor dificile, în care persoana se simte lipsită de puterea de a schimba circumstanțele. Rezultatul obținut reflectă diferențe de gen în strategiile de reglare emoțională și adaptare la stres, fiind susținut de literatura de specialitate, care evidențiază tendința mai accentuată a fetelor de a recurge la strategii pasive precum resemnarea sau ruminația în fața situațiilor stresante [35]. Această diferență poate fi explicată prin factori socioculturali și psihologici, precum socializarea diferențiată a emoțiilor, normele de gen privind exprimarea emoțională, dar și prin vulnerabilități cognitive și afective distincte între fete și băieți.

- Pentru manifestarea **Rugăciunii**, ca și coping spiritual și religios, *prezența DZ reprezintă un predictor pozitiv* semnificativ statistic ($B=0.11$; $SE=0.05$; Wald $\chi^2(df=1)=5.50$; $p=0.019<0.050$) în sensul unui raport de șansă de 1.1 ori mai mare ($Exp(B)=1.12$; IC95%: 1.02 – 1.23), în sensul unui nivel mai ridicat de manifestare a rugăciunii în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici (Anexa 3, Tabel 71 - 72). Modelul statistic confirmă faptul că prezența unei boli cronice precum DZ are un impact semnificativ asupra utilizării copingului religios. Aceasta înseamnă că persoanele cu DZ au mai multe șanse să recurgă la rugăciune ca metodă de coping comparativ cu cei fără această afecțiune. Rugăciunea, în acest context, este interpretată ca o strategie adaptativă de reglare emoțională, prin care copilul caută sprijin spiritual, alinare și sens în fața dificultăților generate de boală. În literatura de specialitate, copingul religios, inclusiv rugăciunea, sunt adesea studiate în contextul bolilor cronice. Studiile sugerează că persoanele cu afecțiuni cronice, precum diabetul, folosesc rugăciunea sau alte practici religioase ca mijloc de a face față stresului și provocărilor legate de boală [134]. Astfel, rugăciunea poate acționa atât ca formă de sprijin psihologic intern, cât și ca mecanism de reglare emoțională, oferind copiilor o ancoră stabilă în fața incertitudinilor legate de evoluția bolii.

 Analiza comparativă a mecanismelor de coping a scos la iveală diferențe semnificative între copiii cu DZ și cei fără DZ. Pe de o parte, copiii cu DZ apelează într-o măsură mai mică la rezolvarea de probleme ca strategie de a face față situațiilor stresante. Analiza de regresie a arătat că prezența DZ reprezintă un predictor negativ pentru rezolvarea de probleme, scăzând probabilitatea de a folosi această strategie, comparativ cu copiii fără diabet. Acest lucru indică o capacitate redusă de a aborda activ situațiile stresante. Pe de altă parte, diabetul apare ca un predictor pozitiv pentru reglarea emoțională, wishful thinking sau rugăciune, sugerând o tendință a copiilor cu DZ de a se orienta spre strategii de coping centrate pe emoții sau de natură spiritual-religioasă. Pentru celelalte mecanisme de coping nu s-au observat diferențe semnificative între cele două grupuri, manifestarea lor fiind aproximativ similară. Ipoteza 2 a fost confirmată parțial, copiii cu DZ folosesc o combinație de strategii, unele adaptative, altele mai puțin adaptative. Putem afirma că DZ influențează ponderea unor strategii de coping, orientându-le spre cele centrate pe emoții, în detrimentul celor de rezolvare de probleme. Studiile lui Compas, B.E., Jaser S.S et al [49] au arătat că copiii cu diabet zaharat folosesc adesea strategii de coping centrate pe emoții, spre deosebire de copiii sănătoși, care apelează mai mult la rezolvarea de probleme. Acest pattern poate fi explicat prin faptul că diabetul, fiind o afecțiune cronică, poate limita abilitatea copiilor de a face față unor situații prin rezolvarea de probleme, determinându-i să adopte strategii de coping emotive sau de evitare. Un alt studiu, realizat de Jaser S.S. & White L.E. (2010), a evidențiat o dependență mai mare de coping centrat pe emoții la adolescenții cu diabet, comparativ cu cei fără diabet, sugerând că boala cronică poate influența stilul de coping, orientându-l spre strategii emotive. De asemenea, Grey, M. și Jaser, S.S. et al [90] subliniază că strategiile de coping orientate spre rezolvarea de probleme sunt asociate cu un

control metabolic mai bun, în timp ce copiii care folosesc predominant strategii centrate pe emoții sau wishful thinking prezintă o adaptare mai dificilă.

Ipoteza 3. *Copiii cu DZ experimentează niveluri mai ridicate de stres psihologic și se confruntă cu dificultăți și amenințări mai mari decât copiii non-diabetici.*

Ipoteza prezentată mai sus a fost operaționalizată în vederea testării prin două ipoteze de lucru, astfel: **A.** Copiii cu DZ experimentează niveluri mai ridicate ale dificultăților și **B.** Copiii cu DZ experimentează niveluri mai ridicate ale amenințărilor.

A. Copiii cu DZ experimentează niveluri mai ridicate ale Dificultăților

Tabel 2.6. *Comparație a distribuțiilor de frecvență a Dificultăților*

		Nivel		
		<i>normal</i>	<i>moderat</i>	<i>abnormal</i>
Distres emoțional	n	56	90	54
	%	28.0	45.0	27.0
Dificultăți comportamentale	n	93	72	35
	%	46.5	36.0	17.5
Hiper activitate/Dificultăți de concentrare	n	104	76	20
	%	52.0	38.0	10.0
Dificultăți relaționale	n	82	84	34
	%	41.0	42.0	17.0
Comportament pro-social	n	106	75	19
	%	53.0	37.5	9.5
Impact	n	84	82	34
	%	42.0	41.0	17.0
Scor total Dificultăți	n	80	84	36
	%	40.0	42.0	18.0

Testul de comparație non-parametrică cu distribuția uniformă Hi-pătrat indicat următoarele tendințe semnificative statistice (Anexa 3, Tabel 70):

- Nivelul **Dificultăților**, în baza scorului total (Figura 2.21), corespunde nivelului preponderent moderat, ponderile nivelurilor normal și moderat fiind ridicate și aproximativ egale (40% normal și 42% moderat). Ponderea nivelului abnormal fiind semnificativ mai redusă ($\chi^2_{(df=2)}=21.28$; $p<0.001$).
- Nivelul moderat al **Distresului emoțional** este predominant (45%), fiind semnificativ mai frecvent ($\chi^2_{(df=2)}=12.28$; $p=0.002<0.010$), decât cel normal (28%) și cel abnormal (27%). Doar 28% sunt în zona normală, iar 72% prezintă niveluri de stres emoțional, dintre care 27% la un nivel sever. Această distribuție semnalează o vulnerabilitate emoțională ridicată, care, deși nu întotdeauna de intensitate clinică, necesită o evaluare psihologică suplimentară și în multe cazuri, implementarea unor intervenții

psihoterapeutice specifice, orientate spre dezvoltarea abilităților de reglare emoțională. Prevalența crescută a distresului emoțional poate reflecta dificultăți de adaptare în fața stresului cronic, cum este cazul unei boli cronice precum diabetul zaharat, dar și alți factori contextuali, cum ar fi presiunea academică, relațiile familiale tensionate sau lipsa suportului social adecvat.

- În cazul **Dificultăților comportamentale** ponderile normal (46.5%) și moderat (36.0%) fiind aproximativ apropiate și semnificativ mai mari ($\chi^2_{(df=2)}=25.87$; $p<0.001$) decât ponderea nivelului abnormal (17.5%) arată că aproape 1 din 5 copii prezintă dificultăți comportamentale semnificative într-o formă moderată sau severă. Acestea pot include agresivitate, opoziționism sau încălcarea regulilor, fiind relevante în contextul intervențiilor parentale și comportamentale. Prezența acestor comportamente este relevantă în special în contextul dezvoltării unor intervenții psihologice timpurii, incluzând intervenții comportamentale, suport parental și strategii educaționale pentru gestionarea și prevenirea escaladării acestor probleme.

- În cazul **Hiperactivității / Dificultăților de concentrare** nivelul corespunde celui normal (52%), nivel cu o pondere semnificativ mai ridicată ($\chi^2_{(df=2)}=54.88$; $p<0.001$) decât nivelul moderat (38%) și cel abnormal (10%) Acest profil sugerează că mai mult de jumătate dintre copii se încadrează la un nivel funcțional optim de concentrare și activitate, fără manifestări semnificative de deficit de atenție sau impulsivitate, iar 48% dintre ei prezintă dificultăți moderate sau severe de hiperactivitate sau concentrare care le pot afecta performanța școlară, relațiile sociale sau autoreglarea comportamentală.

- **Dificultățile relaționale** au prezentat un nivel preponderent moderat, ponderile nivelurilor normal (41%) și moderat (42%) fiind ridicate și aproximativ egale, dar semnificativ mai mari ($\chi^2_{(df=2)}=24.04$; $p<0.001$) decât nivelul anormal (17%), deci peste jumătate dintre copii (59%) au dificultăți relaționale, moderate sau anormale, cum ar fi retragere socială, probleme de integrare, anxietate socială ceea ce sugerează posibile probleme de integrare sau interacțiune socială și care le poate afecta adaptarea școlară și relațiile cu colegii.

- **Comportamentul prosocial** a prezentat un nivel normal (53%), pondere semnificativ mai ridicată ($\chi^2_{(df=2)}=58.33$; $p<0.001$) decât ponderile nivelurilor moderat (37.5%) și abnormal (9.5%) Majoritatea copiilor au comportamente pro-sociale dezvoltate, doar 9,5% sunt într-o zonă de risc. Acest rezultat reflectă capacități adecvate de empatie, ajutorare și cooperare, aspecte esențiale pentru integrarea socială și reziliență.

- **Impactul total al dificultăților** emoționale și comportamentale asupra funcționării zilnice a prezentat un nivel preponderent moderat, proporțiile celor aflați în zona normală (42%) și moderată (41%) sunt aproximativ egale și semnificativ mai mari decât nivelul abnormal (17%), diferența fiind semnificativă statistic ($\chi^2_{(df=2)}=24.04$; $p<0.001$). Acest profil sugerează că 58% dintre copii resimt un anumit grad de afectare funcțională în viața cotidiană, fie la nivelul performanței școlare, relațiilor familiale, sociale sau în activitățile de zi cu zi. Aproximativ 1 din 5 copii (17%) prezintă un impact sever

asupra funcționării, ceea ce semnaleză o afectare semnificativă a calității vieții și justifică inițierea unor intervenții psihologice specializate.

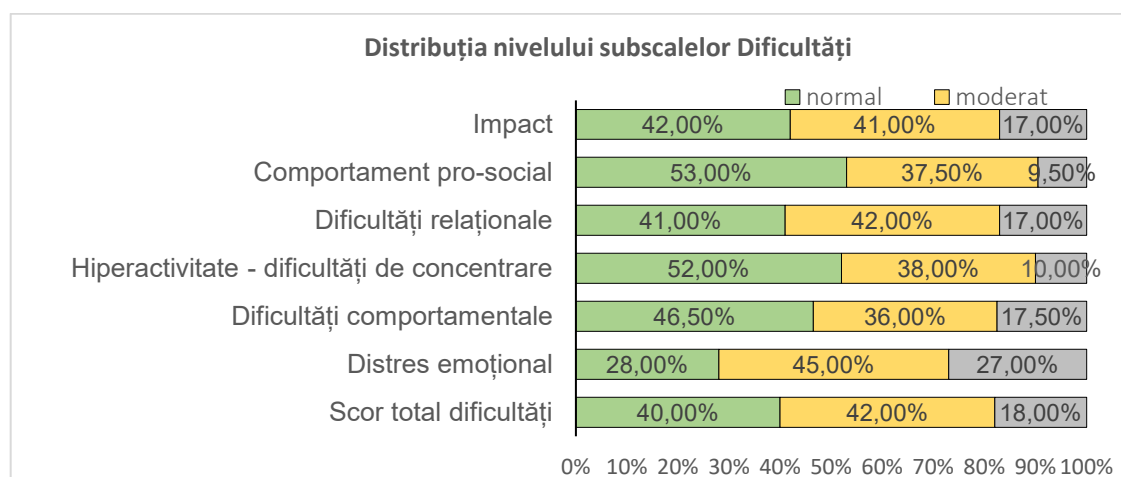


Figura 2.19. Nivelurile subscalei Dificultăți și ale subscalelor sale

Datele prezentate indică diferențe semnificative statistic între copiii cu DZ și cei fără DZ în ceea ce privește dificultățile emoționale și comportamentale, sugerând un profil psihologic distinct pentru fiecare grup (Figura 2.22). Analiza comparativă a distribuțiilor de nivel determinate de prezența/absența DZ realizată cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat, rezultatele obținute au indicat următoarele diferențe semnificative statistic (Anexa 3, Tabel 74):

- În cazul **scorului total al Dificultăților** se observă în cazul copiilor diabetici o pondere semnificativ mai ridicată a nivelurilor moderat și abnormal cu o pondere cumulată de 70%, comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor fără DZ de 50%, diferență semnificativă statistic pentru o valoare a testului de ($\chi^2(df=2)=8.97$; $p=0.011<0.050$). Aceasta relevă impactul cronic al diabetului zaharat asupra funcționării psiho-emoționale a copiilor. Managementul prelungit al bolii și posibilele complicații pot acționa ca un factor de stres cronic, afectând resursele de adaptare ale copiilor [265]. În plus, diabetul zaharat poate avea implicații neurobiologice, de exemplu, episoadele de hipoglicemie sau hiperglicemie pot influența funcționarea unor regiuni ale creierului implicate în reglarea emoțiilor sau a comportamentelor [164], contribuind astfel la manifestarea unor dificultăți.
- În cazul **Distresului emoțional** se observă o pondere ridicată a nivelelor moderat sau anormal (75%) la copiii cu DZ, comparativ cu cei fără diabet. Însă, testul Chi-pătrat nu a atins pragul de semnificație statistică ($\chi^2(df=2)=4.98$; $p=0.083>0.05$). Acest rezultat sugerează că ponderea mai mare a dificultăților emoționale la copiii cu DZ poate reflecta o tendință spre vulnerabilitate, care, cu un eșantion mai mare sau cu metode de măsurare mai sensibile, ar putea deveni semnificativă.
- Nivelul moderat și abnormal al **Hiperactivității / Dificultăților de concentrare** este semnificativ mai ridicat în pondere cumulată de 57% în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu cei non-diabetici de 39%, semnificație statistică indicată de valoarea testului ($\chi^2(df=2)=6.68$; $p=0.035<0.050$). Această diferență poate fi explicată prin faptul că gestionarea zilnică a diabetului presupune o atenție constantă și o monitorizare riguroasă, ceea ce poate duce la oboseală psihică sau suprasolicitare cognitivă, afectând

capacitatea de concentrare. În plus, episoadele de hipoglicemie pot avea un impact direct asupra funcționării cognitive pe termen scurt, provocând dificultăți de atenție, iritabilitate sau comportamente hiperactive, contribuind astfel la un profil mai vulnerabil din punct de vedere neuropsihologic. Studiile și cercetările au arătat că episoadele de hipoglicemie (valori scăzute ale glicemiei) pot provoca tulburări temporare de atenție, concentrare, iritabilitate și confuzie. Copiii cu DZ prezintă, în medie, dificultăți ușoare, dar semnificative în menținerea atenției susținute, comparativ cu copiii sănătoși [181]. Susținând aceste concluzii, o meta-analiză extinsă a evidențiat că DZ este asociat cu un risc crescut de dificultăți în atenție și autoreglare, mai ales în cazurile cu variabilitate mare a glicemiei și episoade severe de hipoglicemie. De asemenea, diagnosticul de DZ la o vârstă fragedă (sub 5 ani) este un predictor important al întârzierilor neurocognitive ulterioare, inclusiv al dificultăților de concentrare [116].

- Nivelul de afectare moderat și abnormal al **Impactului** asupra funcționării este ușor mai frecvent în cazul copiilor cu DZ (59%), comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor non-diabetici (57%), diferență care a atins semnificație statistică pentru o valoare a testului ($\chi^2(df=2) = 6.67$; $p = 0.036 < 0.050$). Deși diferența procentuală este relativ mică, aceasta indică o vulnerabilitate funcțională ușor crescută în rândul copiilor cu DZ. Această afectare poate reflecta dificultăți în adaptarea la cerințele zilnice – inclusiv școlare, sociale și familiale – ca urmare a stresului continuu asociat monitorizării bolii, restricțiilor de rutină și preocupării constante pentru menținerea echilibrului glicemic. Chiar și în contextul unui sprijin familial și medical consistent, presiunea gestionării unei boli cronice poate contribui la un nivel mai ridicat de afectare a funcționării generale.

- Pentru scalele **Comportament pro-social, Dificultăți relaționale și Dificultăți comportamentale**, testul Chi-pătrat nu a evidențiat diferențe semnificative statistic între copiii cu DZ și cei fără diabet ($p > 0,05$). Astfel, ponderea acestor dificultăți nu variază semnificativ între cele două grupuri de copii. Analiza de regresie logistică binară efectuată cu scopul identificării factorilor socio-demografici ce determină alături de prezența/absența DZ diferențe în predicția nivelului Dificultăților și subscalelor sale a permis asumarea următoarelor relații semnificative statistic:

- În cazul nivelului **scorului total al Dificultăților** modelul nu este semnificativ statistic (LR $\chi^2(df=3)=6.32$; $p=0.097$), însă *prezența DZ diferențiază semnificativ* nivelul dificultăților în sensul că prezența DZ se asociază cu un nivel ridicat al dificultăților ($B=0.29$; $SE=0.10$; Wald $\chi^2(df=1)=8.32$; $p=0.004<0.010$). Copiii cu DZ prezintă șanse semnificativ mai mari de a manifesta un nivel ridicat al dificultăților generale. Aceasta poate reflecta stresul cotidian asociat autogestionării bolii, dar și sensibilitatea crescută față de stimuli externi (presiuni sociale, reguli alimentare) sau interni (variații ale glicemiei). *Diferența de gen a reprezentat un predictor pozitiv marginal* ($B=0.16$; $SE=0.10$; Wald $\chi^2(df=1)=2.67$; $p=0.100$) în sensul unui raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($Exp(B)=1.18$; IC95%: 0.97 – 1.44) în cazul fetelor de a prezenta un nivel mai ridicat al dificultăților, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 75 – 76).

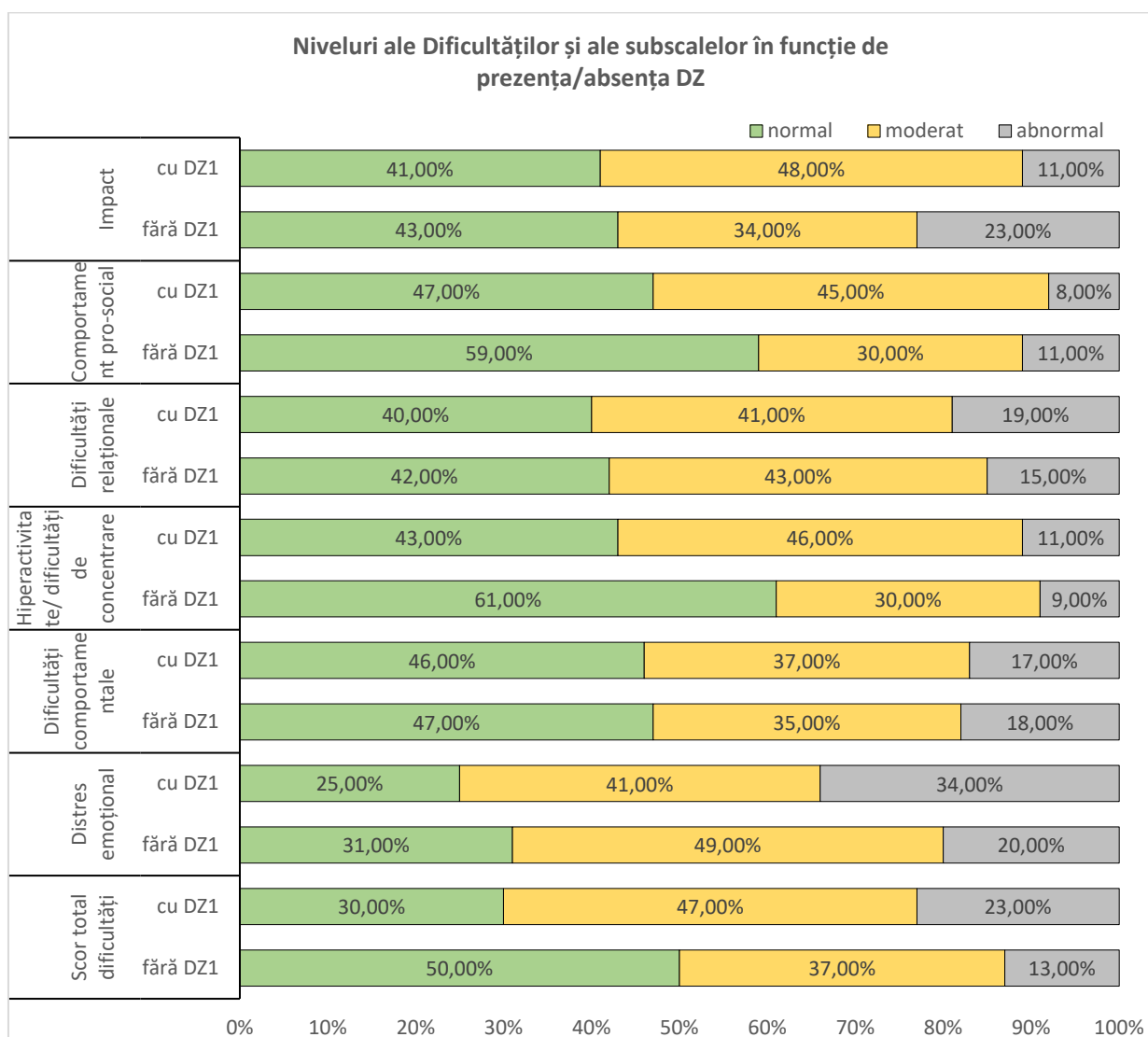


Figura 2.20. Nivelurile Dificultăților și ale subscalelor sale în funcție de prezența/absența DZ

- Nivelul **Distresului emoțional** de modelul logistic propus este semnificativ statistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=12.55$; $p=0.006<0.010$), ceea ce indică faptul că variabilele incluse contribuie semnificativ la explicarea variației acestui indicator. *Genul feminin a reprezentat un predictor pozitiv* semnificativ statistic ($B=0.23$; $SE=0.10$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=5.24$; $p=0.022<0.050$) în sensul unui raport de șansă de 1.3 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.26$; IC95%: 1.03 – 1.54) de a prezenta un nivel ridicat al distresului emoțional, comparativ cu băieții. Studiile recente atestă și ele că fetele tind să experimenteze niveluri mai mari de distres emoțional decât băieții [208]. În schimb, *vârsta reprezintă un predictor negativ* ($B=-0.13$; $SE=0.07$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=3.97$; $p=0.046<0.050$), în sensul că nivelul mai ridicat de vârstă se asociază într-un raport de șansă de 0.9 ori mai mic cu nivelul ridicat al distresului emoțional la fiecare creștere de nivel de vârstă, fiecare an suplimentar scăzând șansele distresului. Acest lucru indică o capacitate de reglare emoțională mai dezvoltată odată cu înaintarea în vârstă. *Prezența bolii DZ, ca predictor pozitiv marginal* ($B=0.18$; $SE=0.10$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=3.00$; $p=0.083<0.10$) s-a asociat într-un raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.19$; IC95%: 0.98 – 1.46) cu nivelul ridicat al distresului emoțional, comparativ cu copiii non-diabetici. (Anexa 3, Tabel 77 - 78). O revizuire sistematică a literaturii a arătat

că până la 33% dintre copiii cu DZ pot experimenta distres psihologic semnificativ, iar suportul psihologic este esențial în cadrul echipei de tratament, iar o meta-analiză privind distresul specific diabetului, a identificat o relație clară între distresul emoțional, autocontrolul slab al glicemiei și calitatea redusă a vieții [116, 122]. Evaluarea psihologică periodică și intervențiile personalizate sunt esențiale pentru a sprijini starea de bine și funcționarea emoțională a acestor copii [246]. Distresul emoțional este deci, mai frecvent la fete și la copiii mai mici, iar prezența DZ crește semnificativ riscul de distres.

- Nivelul **Dificultăților comportamentale** este diferențiat în mod semnificativ prin modelul logistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=13.01$; $p=0.005<0.010$), pentru care doar *genul feminin a reprezentat un predictor negativ* semnificativ statistic ($B=-0.37$; $SE=0.10$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=13.20$; $p<0.010$) în sensul unui raport de șansă de 0.7 ori mai mic ($\text{Exp}(B)=0.69$; IC95%: 0.56 – 0.84) de a prezenta un nivel ridicat de dificultăților comportamentale, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 79 - 80). Rezultatul sugerează că băieții sunt mai predispuși la dificultăți comportamentale comparativ cu fetele. Acest rezultat este în acord cu literatura care arată o incidență mai mare a comportamentelor externalizate (agresivitate, impulsivitate) în rândul băieților. Băieții au scoruri semnificativ mai mari la comportamente externalizate (agresivitate, probleme de conduită), în timp ce fetele tind să aibă scoruri mai mari la comportamente internalizate (anxietate, depresie). Alți autori au concluzionat că băieții sunt mai predispuși la manifestări vizibile de comportament problematic, în timp ce fetele exprimă distresul prin simptome internalizate [107]. Cercetările din domeniu arată că prevalența tulburărilor de comportament este mai mare la băieți în eşantioanele clinice și comunitare.

- Pentru nivelul **Hiperactivității și/sau Dificultăților de concentrare**, *prezența DZ reprezintă un predictor pozitiv* semnificativ statistic ($B=0.20$; $SE=0.09$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=4.65$; $p=0.031<0.050$) în sensul unui raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($\text{Exp}(B)=1.22$; IC95%: 1.02 – 1.47) de a prezenta un nivel ridicat al acestor dificultăți de concentrare, comparativ cu copii non-diabetici (Anexa 3, Tabel 81 - 82). Rezultatul subliniază faptul că persoanele cu DZ au un risc mai mare de a experimenta dificultăți de concentrare. Acest lucru reflectă impactul potențial al gestionării bolii și al efectelor secundare asupra funcționării cognitive și comportamentale. Acestea sunt în acord cu literatura de specialitate, ce sugerează că copiii cu DZ prezintă un risc crescut de dificultăți de concentrare și hiperactivitate, din cauza interacțiunii între factori biologici (glicemie, neurodezvoltare) și factori psihosociali (stres, responsabilități de autogestionare) [95].

- Pentru **Dificultățile de relaționare**, de asemenea, *genul feminin reprezintă un predictor negativ* semnificativ statistic ($B=-0.49$; $SE=0.10$; Wald $\chi^2_{(df=1)}=26.11$; $p<0.001$) în sensul unui raport de șansă de 0.6 ori mai mic ($\text{Exp}(B)=0.61$; IC95%: 0.56 – 0.74) de a prezenta un nivel ridicat al dificultăților relaționale, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 83 - 84). Rezultatul sugerează că fetele sunt mai puțin susceptibile de a experimenta dificultăți relaționale severe comparative cu băieții care sunt mai predispuși să experimenteze dificultăți peer-to-peer. Această constatare este în acord cu literatura de specialitate,

care subliniază diferențele de gen în ceea ce privește dezvoltarea și exprimarea competențelor sociale. Studiile arată că, în general, fetele manifestă abilități mai dezvoltate de comunicare interpersonală, empatie și reglare emoțională, ceea ce contribuie la relații interpersonale mai stabile și mai puține conflicte în relațiile cu egali [65]. În contrast, băieții tind să manifeste mai frecvent comportamente externalizate, inclusiv impulsivitate sau agresivitate, ceea ce poate afecta negativ calitatea relațiilor sociale și poate duce la conflicte cu colegii sau la izolare socială [223].

- Și pentru nivelul **Comportamentului prosocial**, *genul feminin reprezintă un predictor negativ semnificativ statistic* ($B=-0.30$; $SE=0.09$; $Wald \chi^2(df=1)=11.06$; $p=0.001$), în sensul unui raport de șansă de 0.7 ori mai mic ($Exp(B)=0.74$; $IC95\%: 0.62 - 0.88$) de a prezenta un nivel ridicat al comportamentului prosocial, comparativ băieții (Anexa 3, Tabel 85 - 86). În mod paradoxal, genul feminin este asociat cu o probabilitate mai mică de a avea un nivel ridicat al comportamentului prosocial. Totuși, această discrepanță poate reflecta nu realitatea comportamentală, ci percepții diferite sau criterii mai exigente aplicate fetelor în evaluarea comportamentului prosocial. Rezultatul ar putea semnala o modificare a tendințelor comportamentale în rândul fetelor din noile generații, marcate de nevoia de afirmare individuală și autonomie, ceea ce poate diminua frecvența comportamentelor de conformism social, dintre care comportamentele prosociale fac parte. În concluzie, acest rezultat ridică întrebări importante privind modul în care sunt înțelese, evaluate și raportate comportamentele prosociale în funcție de gen și sugerează nevoia unei analize calitative suplimentare pentru a înțelege mai bine aceste dinamici [199].
- În cazul **Impactului general** asupra funcționării și dezvoltării, niciunul dintre factorii socio-demografici analizați nu are capacitatea de diferențiere semnificativă statistic ($LR \chi^2_{(df=3)}=1.51$; $p=0.681$) (Anexa 3, Tabel 87).

B. Copiii cu DZ experimentează niveluri mai ridicate ale Amenințărilor

În cazul **Amenințărilor** (Figura 2.23), datele indică faptul că majoritatea participanților din lotul de cercetare se încadrează în intervalul normal (Anexa 3, Tabel 88). Mai exact, 64,5% au raportat un nivel normal al **Amenințării fizice**, în timp ce 35,5% au înregistrat un nivel ridicat, ceea ce poate reflecta anxietate legată de sănătatea sau integritatea fizică – aspect deosebit de relevant în cazul copiilor diagnosticați cu DZ. De asemenea, 64,0% au raportat un nivel normal al **Amenințării sociale**, însă 36% au înregistrat un nivel ridicat, ceea ce poate indica temeri legate de respingere sau de excluziune socială. În ceea ce privește **Ostilitatea**, 58,5% se încadrează în zona normală, în timp ce 41,5% înregistrează un nivel ridicat, sugerând un grad crescut de tensiune interpersonală sau de conflicte percepute. În cazul **Eșecului personal**, 55,5% au raportat un nivel normal, iar 44,5% unul ridicat, ceea ce evidențiază un nivel crescut de autoevaluare negativă și sentimente de inadecvare. Aceste rezultate evidențiază prezența unui nivel semnificativ de stres emoțional în rândul unei părți considerabile a eșantionului, cu implicații

directe pentru dezvoltarea unor intervenții psihologice orientate spre consolidarea mecanismelor de reglare emoțională și a rezilienței.

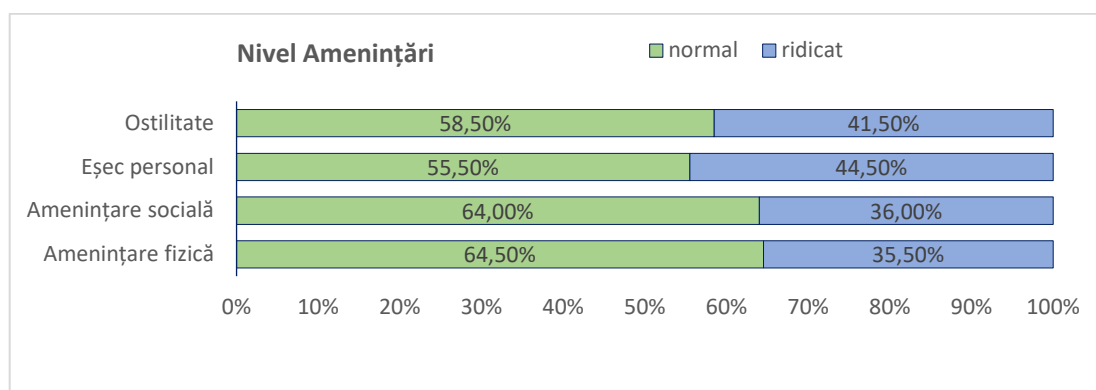


Figura 2.21. Nivelurile subscalei Amenințări și ale subscalelor sale

Testul de comparație non-parametrică cu distribuția uniformă Hi-pătrat indicat următoarele tendințe semnificative statistic:

- Nivelul **Amenințării fizice** corespunde în mod preponderent unui nivel normal, ponderea acestui nivel fiind ridicat (64.5%), diferența fiind semnificativă statistic ($\chi^2_{(df=1)}=16.82$; $p<0.001$).
- Nivelul **Amenințării sociale** este de asemenea, preponderent normal, ponderea acestui nivel (64.0%) fiind semnificativ mai ridicată ($\chi^2_{(df=1)}=15.68$; $p<0.001$) decât ponderea nivelului ridicat (36.0%);
- În cazul **Eșecului personal** și al **Ostilității** nivelul normal (55.5% eșec personal, 58.5% ostilitate) nu a prezentat o pondere semnificativ statistic mai mare decât nivelul ridicat (44.5% eșec personal și 41.5% ostilitate), ($\chi^2_{(df=2)}=2.42 - 5.78$; $p>0.050$).

Rezultatele sugerează că, deși majoritatea copiilor percep amenințările fizice și sociale la un nivel normal, o proporție considerabilă experimentează niveluri ridicate, în special în ceea ce privește ostilitatea și eșecul personal, unde diferențele nu sunt suficient de mari pentru a fi semnificative statistic. Acest fapt poate indica o distribuție relativ echilibrată a percepțiilor negative în aceste două dimensiuni și poate justifica intervenții psihologice adaptate pentru a sprijini autoeficacitatea și gestionarea tensiunilor interpersonale.

Analiza comparativă a distribuțiilor de nivel pentru **Amenințări și subscalelor sale** determinate de prezența/absența DZ (Figura 2.24) realizată cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat, rezultatele obținute au indicat următoarele diferențe semnificative statistic (Anexa 3, Tabel 89):

- În cazul **Amenințărilor fizice** s-a identificat, în cazul copiilor cu DZ o pondere semnificativ mai mare a nivelului ridicat (53%), comparativ cu ponderea observată în cazul copiilor non-diabetici (18%), diferență semnificativă statistic pentru o valoare a testului ($\chi^2_{(df=1)}=26.75$; $p<0.001$). Diferența este foarte marcantă, iar acest rezultat sugerează că percepția asupra riscurilor fizice este mai accentuată la

copiii cu DZ [51], fiind direct corelată cu experiențele lor medicale frecvente și cu îngrijorările privind integritatea corporală.

- Nivelul **Eșecului personal** este semnificativ mai ridicat cu o pondere de 52% în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu cei non-diabetici (37%), semnificație statistică indicată de valoarea testului ($\chi^2(df=2)=4.56$; $p=0.023<0.050$), ceea ce indică o tendință accentuată spre autoevaluare negativă la copiii cu DZ și poate reflecta o percepție accentuată a inadecvării sau a nereușitei în rândul celor cu DZ.
- Nivelurile **Amenințării sociale** și **Ostilității** nu sunt semnificativ diferențiate de prezența/absența diabetului ($\chi^2(df=1)=1.39 - 1.67$; $p>0.050$), indicând că aceste dimensiuni nu sunt influențate semnificativ de prezența bolii. Totuși, la nivel descriptiv, 46% dintre copiii cu DZ prezintă scoruri ridicate la dimensiunea Ostilitate, comparativ cu 37% dintre copiii fără diabet. Studiile comparative între copii cu boli cronice cu normele sănătoase au concluzionat că copiii cu boli cronice manifestă comportamente mai puțin ostile și mai supuse, fără diferențe semnificative între diagnostice [190]. Restricțiile fizice și durerea au fost asociate cu o participare socială redusă. Se recomandă totuși, sprijin suplimentar pentru copiii retrași sau prea supuși, din cauza riscului crescut de dificultăți în dezvoltarea socială.

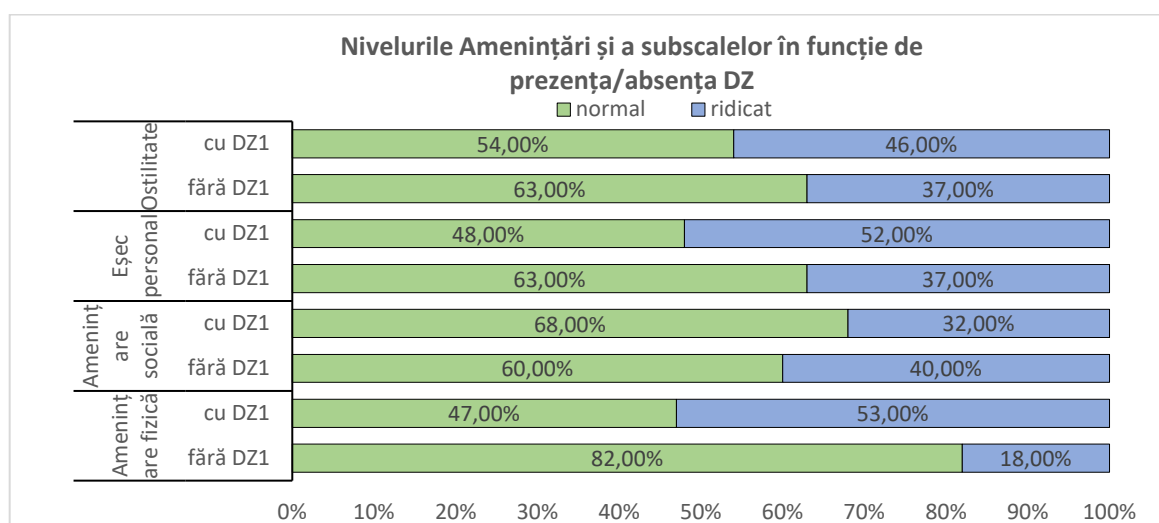


Figura 2.22. Nivelurile subscalei Amenințări și ale subscalelor sale în funcție de prezența/absența DZ

Analiza de regresie logistică binară efectuată cu scopul identificării factorilor socio-demografici ce determină alături de prezența/absența DZ diferențe în predicția nivelurilor subscalelor Amenințărilor a permis asumarea următoarelor relații semnificative:

- În cazul nivelului **Amenințărilor fizice** ($LR \chi^2(df=3)=31.88$; $p<0.001$), doar *prezența DZ este un predictor semnificativ* al unui nivel ridicat al Amenințărilor fizice, în sensul că prezența DZ se asociază cu un nivel ridicat al amenințărilor fizice ($B=0.34$; $SE=0.06$; $Wald \chi^2(df=1)=29.94$; $p<0.001$). Copiii cu DZ au o probabilitate semnificativ crescută de a percepe un nivel ridicat de amenințări fizice, independent de gen sau vârstă. (Anexa 5, Tabel 90), ceea ce sugerează că percepția amenințării fizice este mai degrabă legată de condiția medicală, decât de caracteristici demografice. Această percepție a unui nivel crescut

de amenințare fizică poate alimenta anxietăți somatice sau comportamente de evitare, afectând adaptarea emoțională și calitatea vieții.

- În cazul nivelului **Amenințării sociale** modelul logistic propus nu este semnificativ statistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=3.00$; $p=0.392>0.050$), ceea ce indică faptul că variabilele analizate (gen, vârstă sau prezența DZ) nu influențează semnificativ această dimensiune (Anexa 3, Tabel 92). Aceasta sugerează că percepția amenințării sociale este influențată mai degrabă de factori contextuali sau relaționali, decât de variabilele personale sau medicale incluse în analiză. Este posibil ca dinamica socială specifică fiecărui grup de copii sau percepțiile subiective ale relațiilor interpersonale să joace un rol mai important în această dimensiune.

- Nivelul **Eșecului personal** este diferențiat în mod semnificativ prin modelul logistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=15.66$; $p=0.001<0.010$), pentru care *genul feminin a reprezentat un predictor pozitiv* semnificativ statistic ($B=0.23$; $SE=0.07$; Wald $\chi^2(df=1)=11.32$; $p=0.010$) în sensul unui raport de șansă de 1.3 ori mai mare ($Exp(B)=1.26$; IC95%: 1.10 – 1.43) de a prezenta un nivel ridicat al eșecului, comparativ cu băieții. Fetele sunt deci, mai susceptibile la autocritică, perfecționism sau internalizare a eșecului, aspecte susținute de literatura de specialitate în psihologia dezvoltării. La acest factor se adaugă și *prezența DZ ca predictor pozitiv* ($B=0.14$; $SE=0.07$; Wald $\chi^2(df=1)=4.21$; $p=0.040<0.050$) în sensul unui raport de șansă de 1.2 ori mai mare ($Exp(B)=1.15$; IC95%: 1.01 – 1.31) de a prezenta un nivel ridicat al eșecului de către copiii cu DZ, comparativ cu non-diabeticii (Anexa 3, Tabel 93 - 94). Diabetul este asociat cu un risc crescut de eșec personal și poate fi asociat cu dificultăți de adaptare, sentimente de inadecvare, stigmatizare sau vinovăție legată de controlul bolii, ceea ce evidențiază nevoia unui suport psihologic specific axat pe dezvoltarea rezilienței și a unei imagini de sine pozitive.

- Nivelul **Ostilității** este diferențiat în mod semnificativ prin modelul logistic (LR $\chi^2_{(df=3)}=8.22$; $p=0.042<0.050$), pentru care *singurul predictor negativ semnificativ statistic este genul* ($B=-0.17$; $SE=0.07$; Wald $\chi^2(df=1)=6.49$; $p=0.011<0.050$) cu un raport de șansă de 0.8 ori mai mic ($Exp(B)=0.84$; IC95%: 0.73 – 0.96) ca fetele să prezinte un nivel ridicat de ostilitate, comparativ cu băieții. Rezultatul sugerează că fetele sunt mai puțin susceptibile de a experimenta comportamente sau atitudini ostile, în comparație cu băieții, fiind în concordanță cu literatura de specialitate, care indică faptul că băieții sunt mai înclinați să exprime emoțiile negative prin comportamente externe. Prezența DZ nu influențează semnificativ acest tip de amenințare percepută, sugerând că ostilitatea nu este o reacție psihologică specifică în contextul diabetului zaharat (Anexa 3, Tabel 95 – 96).

 Rezultatele arată că copiii cu DZ prezintă un nivel de distres psihologic semnificativ mai ridicat comparativ cu copiii fără DZ, ceea ce confirmă pe deplin ipoteza 3. Acest distres se manifestă prin dificultăți emoționale resimțite ca stare de disconfort sau suferință emoțională și probleme de concentrare, amenințări fizice și sentiment de eșec personal, cu o pondere mai mare la copiii cu DZ. Analiza multivariată a identificat DZ ca un predictor pozitiv pentru apariția acestor dificultăți, crescând probabilitatea de a manifesta un distres general ridicat și un nivel ridicat al amenințărilor fizice. În schimb, dimensiunile

amenințării sociale și ostilității, comportamentul prosocial, dificultățile comportamentale și relaționale nu par să fie influențate semnificativ de diabet.

Ipoteza 4. *Copiii cu DZ înregistrează niveluri mai scăzute ale inteligenței emoționale comparativ cu copiii non-diabetici*

Nivelul inteligenței emoționale este în proporție semnificativ ridicată peste medie (53.5%), semnificația statistică fiind confirmată de testul comparativ Hi-pătrat ($\chi^2_{(df=2)}=45.79$; $p<0.001$) (Anexa 3, Tabel 97).

Tabel 2.7. *Distribuția nivelurilor de Inteligență emoțională*

Nivel	n	%	Cumulat %
Sub medie	29	14.5	14.5
Medie	64	32.0	46.5
Peste medie	98	49.0	95.5
Excepțional	9	4.5	100

Distribuția nivelurilor Inteligenței emoționale

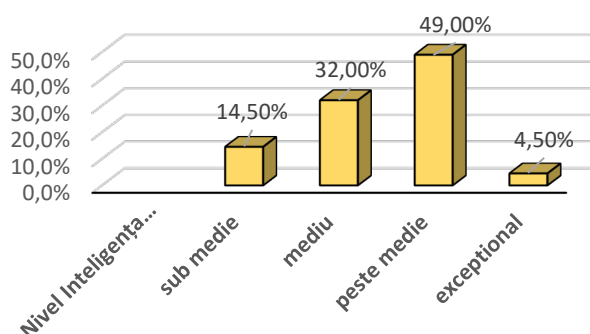


Figura 2.23. *Distribuția nivelului Inteligenței emoționale*

Se observă un nivel mediu cu o pondere de 32% și peste medie cu o pondere de 49% al IE. Nivelul sub medie, este prezent în proporție de 14.5%, iar cel excepțional în doar 4.5% dintre cazuri. Un procent semnificativ de 32,0% se încadrează în nivelul mediu, indicând o IE adecvată pentru funcționarea zilnică, dar cu potențial de dezvoltare. În schimb, nivelurile sub medie, sunt prezente în 14,5% dintre cazuri, ceea ce ar putea semnala dificultăți în gestionarea emoțiilor și stresului, aspecte ce pot influența negativ relațiile sociale și starea de bine generală. Nivelul excepțional de IE este observat în doar în 4,5% dintre cazuri, reflectând o capacitate rar întâlnită la copii de a manevra complexitatea emoțională și de a folosi eficient aceste abilități în diverse contexte. Aceste date subliniază importanța dezvoltării IE, atât la nivel educațional, cât și în cadrul intervențiilor psihologice, pentru a sprijini un echilibru emoțional și social sănătos. Impactul reglării emoțiilor poate fi observat în creșterea capacității de a gestiona situațiile stresante, în îmbunătățirea relațiilor, persoana având un control mai bun asupra acțiunilor și reacțiilor sale (Pânișoară, 2024) [194].

Din punct de vedere al diferenței determinate de prezența/absența DZ în nivelul **Inteligenței emoționale** s-a identificat, în urma aplicării testului de independență Hi-pătrat, lipsa unei diferențe semnificative statistice ($\chi^2_{(df=2)}=2.26$; $p=0.323$). Aceste date sugerează o ușoară deplasare a distribuției spre nivele mai scăzute de IE la copiii cu DZ (Figura 2.27). Chiar dacă majoritatea se află la “peste medie”, ponderea celor cu “sub medie” este mai mare la copiii cu DZ, în timp ce ponderea celor “excepționali” este mai mică. DZ, fiind o afecțiune cronică, poate influența dezvoltarea unor abilități psiho-emoționale, posibil din cauza unor factori de stres cronic, a unor dificultăți de adaptare sau a unor resurse de coping diminuate. Totuși, rezultatele sugerează că prezența unei boli cronice nu determină automat un deficit în sfera emoțională. Nivelul de dezvoltare a competențelor emoționale este comparabil cu cel al copiilor fără diabet. (Anexa 3, Tabel 98). Studiile care au avut în vedere importanța IE și a reglării emoționale la copiii cu DZ au ajuns la concluzia că IE este un factor protectiv și un predictor al adaptării psihosociale și al controlului glicemic totodată [96]. Nivelurile ridicate de IE (empatie, autocontrol și exprimarea emoțiilor) sunt asociate cu aderență crescută la tratament, reducerea stresului și motivație intrinsecă de a avea grijă de sine [185]. Dezvoltarea IE reprezintă o cale eficientă de consolidare a reglării emoționale, de adaptare sănătoasă la boală și de menținere a unor indicatori optimi de control metabolic.

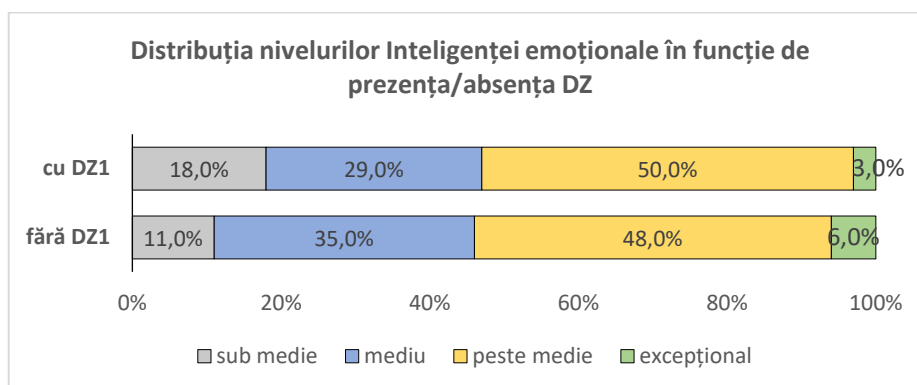


Figura 2.24. Distribuția nivelului Inteligenței emoționale în funcție de prezența/absența DZ

Analiza de regresie logistică indică faptul că un model logistic format din factorii socio-demografici (gen, vârstă) și prezența/absența DZ este semnificativ statistic ($\chi^2_{(df=3)}=11.39$; $p<0.010$), singurul factor semnificativ statistic a fost *genul feminin, care a reprezentat un factor predictiv negativ* ($B=-0.24$; $SE=0.10$; $Wald=5.56$; $df=1$; $p=0.018$), în sensul unui raport de șansă de 0.8 ori mai mic de a prezenta un nivel ridicat de inteligență emoțională, comparativ cu băieții (Anexa 3, Tabel 99 - 100). Concluzia că fetele au o șansă mai mică de a manifesta un nivel ridicat de IE este coerent cu anumite constatări din literatura internațională, mai ales dacă instrumentul pune accent pe încrederea în propriile abilități emoționale și reglarea emoțională activă, unde băieții tind să raporteze scoruri mai mari. Mayer, Salovey & Caruso (2004) au arătat că deși global IE poate părea similară, fetele și băieții pot avea puncte forte diferite, ceea ce poate explica scorurile mai scăzute la fete în unele situații dacă subscala dominantă în măsurare nu corespunde stilului lor emoțional [163]. Alte studii au arătat că fetele au scoruri mai mari la percepția

emoțională, iar băieții la reglarea emoțională, ceea ce confirmă ideea de diferențiere pe dimensiuni specifice ale IE, nu pe nivelul global. Nici vârsta, nici prezența DZ nu s-au dovedit predictorii semnificativi, aceste două variabile nu influențează în mod direct și semnificativ probabilitatea de a manifesta un nivel înalt de IE.

📖 Rezultatele confirmă parțial ipoteza 4, conform căreia copiii cu DZ prezintă, în medie, un nivel mai scăzut de IE, comparativ cu copiii sănătoși. Acest lucru se reflectă prin ponderea mai mare a celor situați “sub medie” și ponderea mai mică a celor “excepționali” în grupul copiilor diabetici. Prezența DZ apare, așadar, asociată cu un control emoțional mai precar, copiii cu DZ fiind mai vulnerabili la dificultăți de reglare emoțională. Aceste dificultăți pot avea consecințe asupra controlului metabolic (hemoglobina A1c crescută) și asupra calității vieții, contribuind la o adaptare mai dificilă la boala cronică.

Ipoteza 5. *Stilul parental adoptat în cazul copiilor cu DZ este mai implicat decât în cazul copiilor fără diabet, influențând pozitiv dezvoltarea emoțională și formarea strategiilor de coping*

Stilul parental a fost codificat astfel încât să indice gradul de implicare activă și de control exercitat de părinți asupra comportamentului copiilor, plecând de la stilurile neimplicat și permisiv, trecând prin stilul democratic și ajungând la stilurile perfecționist și autoritar. Stilul parental este fundamental în viața copiilor cu DZ, influențând modul în care aceștia își gestionează boala și își dezvoltă abilitățile necesare pentru a face față provocărilor pe termen lung.

Stilul parental democratic reprezintă stilul parental principal resimțit de copiii din lotul de cercetare (37%) în contrast cu stilul autoritar, cu cea mai redusă prezență (6.5%), diferență semnificativă statistic ($\chi^2_{(df=4)}=48.00$; $p<0.001$). Stilurile cu grad redus de implicare, cel neimplicat și cel permisiv sunt manifestate într-o pondere cumulată de 39%, pondere semnificativ mai mare decât ponderea cumulată a stilurilor cu grad ridicat de autoritate, perfecționist și autoritar (24%) (Anexa 3, Tabel 101).

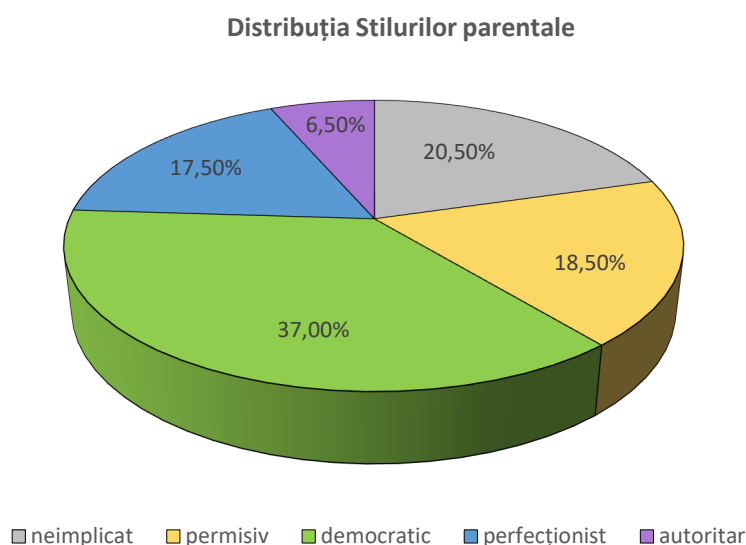


Figura 2.25. *Distribuția stilurilor parentale*

În cazul distribuției stilurilor parentale se observă deci, o pondere ridicată a stilului parental democratic (37.0%), urmat de stilul neimplicat (20.5%), permisiv (18.5%) și perfecționist (17,5%). **Stilul democratic** este cel mai frecvent întâlnit, ceea ce poate fi corelat cu un climat familial mai pozitiv și favorabil dezvoltării sănătoase a copilului. Acest stil este asociat în cercetări cu o mai bună reglare emoțională, autonomie și autoeficacitate, factori esențiali în managementul diabetului zaharat. Goleman, D. arată în teoria inteligenței emoționale, că un climat parental empatic și suportiv, caracteristic stilului democratic, favorizează dezvoltarea competențelor precum autoreglarea emoțională, empatia și motivația internă, toate esențiale în viața unui copil cu o boală cronică. **Stilul parental neimplicat**, prezent în 20,5% din cazuri, indică o lipsă de implicare și de supraveghere sau un interes scăzut față de nevoile emoționale și comportamentale ale copilului, ceea ce poate avea consecințe negative asupra dezvoltării acestuia, pentru că acest stil provoacă insecuritate, lipsă de ghidaj și dificultăți emoționale la copii. **Stilul permisiv**, cu o pondere de 18,5%, sugerează că unii părinți preferă să fie mai puțin restrictivi, lăsând copilului libertate extinsă în luarea deciziilor, însă cu riscul de a nu stabili limite clare. Deși sunt calzi și afectuoși, aceasta poate duce la lipsă de autocontrol la copii. **Stilul perfecționist**, identificat în 17,5% dintre cazuri, reflectă o tendință a părinților de a impune standarde foarte înalte copilului, ceea ce poate duce la presiuni crescute și stres pentru acesta. Acest stil poate contribui la dezvoltarea anxietății de performanță, dar și la o motivație internă în unele cazuri. **Stilul parental autoritar**, cel mai puțin frecvent folosit, cu o pondere de 6,5%, indică o abordare rigidă și strictă, lipsită de căldură, cu așteptări clare și adesea cu impunerea voinței părintești fără a se lua în considerare opinia copilului. Acesta poate duce la obediență pe termen scurt, dar și la dezvoltarea unei stime de sine devalorizantă. De asemenea, poate conduce la un conformism de suprafață, dar și la respingerea autorității, în special în adolescență.

Analiza comparativă a distribuției stilurilor parentale în funcție de prezența bolii DZ (Figura 2.29) indică o diferențiere semnificativă ($\chi^2=19.33$; $df=4$; $p=0.001$), diferențe semnificative fiind identificate la stilul parental neimplicat care are o pondere mai ridicată (32.0%) în cazul copiilor fără DZ, la stilul perfecționist (23.0%) și respectiv, democratic (44.0%) ce au ponderi mai ridicate în cazul copiilor cu DZ. Stilul permisiv apare într-o proporție ușor mai mare la copiii fără DZ (20%) față de cei cu DZ (17%), iar stilul autoritar se menține relativ scăzut în ambele grupuri (6-7%) fără a prezenta o diferență semnificativă (Anexa 3, Tabel 104). În gestionarea bolii copilului, părinții adoptă mai degrabă strategii mai structurate și orientate spre susținerea și controlul atent al copilului, ca răspuns la nevoile suplimentare generate de gestionarea unei afecțiuni cronice precum diabetul. În același timp, stilul perfecționist în rândul părinților copiilor cu DZ poate fi explicat prin nevoia de a impune standarde ridicate și de a menține un control strict asupra aspectelor legate de sănătate și rutină, datorită aceluiași cerințe ale bolii. Un stil parental neimplicat arată că părinții copiilor fără DZ tind să fie mai puțin implicați în gestionarea vieții copilului, posibil din lipsa unor provocări medicale care să necesite o supraveghere atentă, iar stilul democratic, care este predominant în acest grup, indică o abordare echilibrată, în care părinții își sprijină

copiii în gestionarea bolii, promovând autonomia acestora, dar în același timp oferindu-le sprijin și îndrumare constantă.

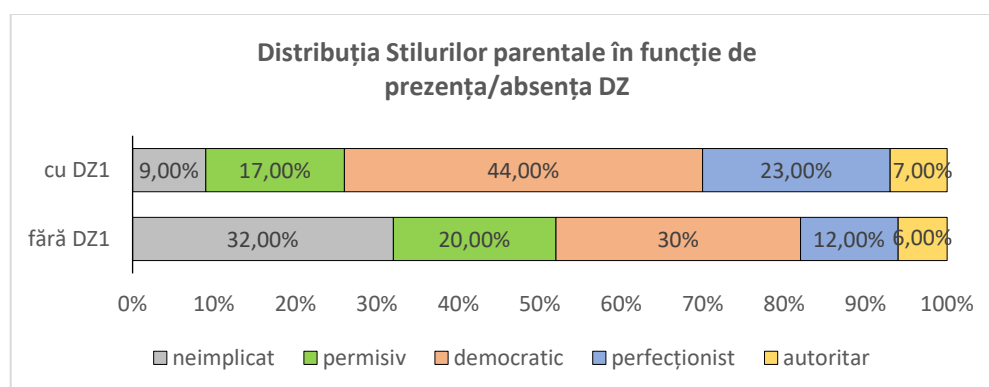


Figura 2.26. Distribuția Stilurilor parentale în funcție de prezența/absența DZ

În cazul comparării stilului parental adoptat în cazul băieților și în cazul fetelor (Figura 2.30), a fost identificată o diferențiere semnificativă statistic ($\chi^2_{(df=4)}=13.59$; $p=0.004<0.01$) (Anexa 3, Tabel 102). Diferențele observate între ponderile stilurilor parentale care pot fi asociate categoriilor de gen, indică:

- Prezența în mai mare măsură a stilurilor neimplicat (22.9%) și permisiv (21.9%) în cazul băieților. Studiile (Baumrind, 1991) asociază permisivitatea parentală cu scăderea autocontrolului și creșterea comportamentelor problematice.
- Stilul parental perfecționist este mult mai puternic prezent în cazul fetelor (27.4%), decât în cel al băieților (8.6%).
- Prezența stilurilor parentale democratic și autoritar nu este diferențiată de acest factor.

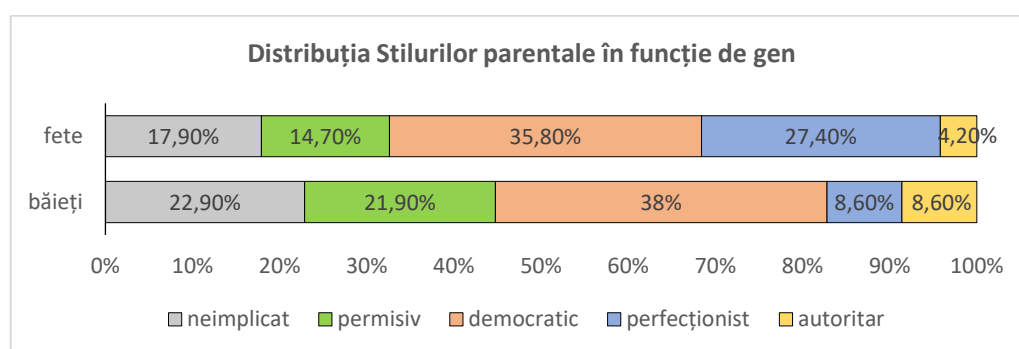


Figura 2.27. Distribuția Stilurilor parentale în funcție de gen

Astfel, analiza comparativă a distribuției stilurilor parentale în funcție de categoriile de gen indică o diferențiere semnificativă ($\chi^2=13.59$; $df=4$; $p=0.009$), diferențe semnificative fiind identificate la stilul parental perfecționist care are o pondere mai ridicată (27.4%) în cazul fetelor, față de băieți pentru care acest stil este prezent în doar 8.6%. Diferențele semnificative se observă în cazul stilului parental perfecționist și stilului permisiv. Stilul permisiv este mai prezent în cazul băieților (21.9%), decât în cazul fetelor pentru care s-a observat o pondere de 14.7%, caracterizat prin mai multă libertate și mai puțină supraveghere strictă, ceea ce sugerează că părinții băieților ar putea fi mai înclinați să adopte o abordare

mai relaxată, poate încurajând independența și explorarea liberă, conform unor stereotipuri tradiționale de gen care asociază băieții cu comportamente mai autonome și mai puțin constrânse de reguli stricte, în timp ce stilul perfecționist are o pondere semnificativ mai mare în cazul fetelor de 27,4%, acest lucru poate sugera faptul că părinții fetelor au tendința de a pune un accent mai mare pe standarde ridicate, așteptări și performanță, ceea ce reflectă stereotipuri sau așteptări sociale legate de gen, unde fetele sunt percepute ca fiind mai susceptibile la a se conforma normelor și regulilor stricte [153]. Aceste observații subliniază modul în care percepțiile și așteptările legate de gen pot influența abordările parentale, având un impact asupra modului în care copiii sunt ghidați și sprijiniți în dezvoltarea lor.

În cazul vârstei copiilor nu s-a identificat o diferențiere semnificativă a stilului parental ($\chi^2_{(df=8)}=5.21$; $p=0.735>0.05$).

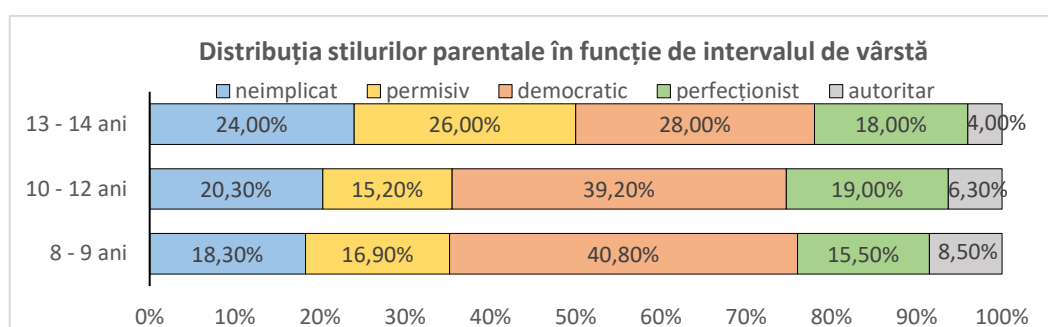


Figura 2.28. Distribuția stilurilor parentale în funcție de vârstă

Cercetările de specialitate subliniază că **stilul parental** reprezintă un factor de mediu deosebit de important în formarea competențelor psiho-emoționale, inclusiv a inteligenței emoționale la copii. În contextul copiilor cu DZ, stilul parental influențează major modul în care aceștia gestionează emoțiile sau dezvoltă abilități de autoreglare. Pentru testarea ipotezei care vizează influența stilului parental asupra diferențelor semnificative în nivelul de inteligență emoțională și în manifestarea mecanismelor de coping între copiii cu DZ și cei non-diabetici, s-a aplicat analiza de regresie logistică. În continuare sunt prezentate doar rezultatele semnificative statistic):

- **IE peste medie** este prezentă într-un raport de șansă de 0.6 ori mai mic în cazul copiilor cu DZ ($B=-0.46$; $SE=0.19$; $Wald=5.78$; $df=1$; $p=0.016$; $Exp(B)=0.63$), comparativ cu copiii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental perfecționist. Aceasta denotă că prin cerințele excesive, părinții perfecționiști subminează încrederea copilului în sine și capacitatea de a-și înțelege și regla emoțiile. Masten & Motti-Stefanidi (2020) subliniază că criticile parentale frecvente inhibă dezvoltarea stabilității emoționale [162].

- Pentru copiii diagnosticați cu DZ, **mecanismele de coping** dețin un rol esențial în aderența la tratament, reglarea emoțională și, în special, în managementul pe termen lung al afecțiunii cronice [90]. În contextul acestei boli, stilul parental reprezintă un factor de mediu cu influență semnificativă asupra formării, calității și eficacității mecanismelor de coping, devenind, alături de resursele individuale, un determinant al adaptării psiho-sociale a copilului (Jaser & Grey, 2010). Rolul familiei, în special al

părinților, este de a furniza un cadru de suport, de a deveni un model de coping pozitiv (Bandura, 1997) și de a stimula autonomia, exprimarea emoțiilor, căutarea de ajutor sau rezolvarea de probleme [49]. Toate aceste mecanisme contribuie la o adaptare optimă, permițându-le copiilor cu DZ să facă față mult mai eficient provocărilor generate de boala cronică, să mențină o calitate a vieții ridicată, să aibă un control metabolic mai bun și să-și dezvolte, pe termen lung, reziliența [121].

- Manifestarea **Distragerii atenției** este prezentă într-un raport de șansă de 0.7 ori mai mic în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental permisiv ($B=-0.35$; $SE=0.15$; $Wald=5.10$; $df=1$; $p=0.024$; $Exp(B)=0.71$) și perfecționist ($B=-0.36$; $SE=0.17$; $Wald=4.81$; $df=1$; $p=0.028$; $Exp(B)=0.70$). Atât permisivitatea (lipsa structurii), cât și perfecționismul (standardele rigide) pot limita oportunitățile copilului de a învăța strategii simple de relaxare și divertisment.

- Manifestarea **Rugăciunii** (coping spiritual și religios) este prezentă într-un raport de șansă de 1.5 ori mai mare în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental neimplicat ($B=0.38$; $SE=0.12$; $Wald=10.25$; $df=1$; $p=0.001$; $Exp(B)=1.47$), deci șanse mai mari să apeleze la rugăciune dacă stilul parental este neimplicat. Aceasta arată că în absența sprijinului emoțional adecvat, copiii caută resurse în afara familiei (spiritualitate, credință) pentru a-și regla afectul.

- Manifestarea **Autoculpabilizării** este prezentă într-un raport de șansă de 1.4 ori mai mare în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental perfecționist ($B=0.31$; $SE=0.16$; $Wald=3.62$; $df=1$; $p=0.050$; $Exp(B)=1.37$) și într-un raport de șansă de 0.6 ori mai mic în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu cei non-diabetici în cazul prezenței unui stil parental autoritar ($B=-0.57$; $SE=0.20$; $Wald=8.00$; $df=1$; $p=0.005$; $Exp(B)=0.57$). Copiii cu DZ sunt mai predispuși să se învinovățească, pentru că perfecționismul parental amplifică criticile interne ale copilului (“dacă eu greșesc, totul e din vina mea”), în timp ce stilul autoritar, deși dur, oferă explicații rigide de tip “regulă/consecință” care pot desensibiliza tendința la autocritică.

- Manifestarea **Retragerii sociale** este prezentă într-un raport de șansă de 0.6 ori mai mic în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental neimplicat ($B=-0.43$; $SE=0.18$; $Wald=6.18$; $df=1$; $p=0.013$; $Exp(B)=0.65$), deci copiii cu DZ sub influența unui stil parental neimplicat manifestă 0.6 ori șanse mai mici de retragere socială față de cei non-diabetici. Studiile disting între retragerea voluntară, ca și coping adaptativ și cea impusă de anxietatea socială.

- Manifestarea **Căutării suportului social** este prezentă într-un raport de șansă de 0.7 ori mai mic în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental democratic ($B=-0.35$; $SE=0.11$; $Wald=10.03$; $df=1$; $p=0.002$; $Exp(B)=0.71$). Deși stilul democratic încurajează deschiderea, copiii cu DZ pot resimți stigmatizare și se pot reține să ceară sprijin chiar și într-un mediu suportiv. Jaser et al. (2010) raportează că copiii cu DZ subestimează uneori disponibilitatea sprijinului, de teamă să nu devină o povară [121].

- **Restructurarea cognitivă** este prezentă într-un raport de șansă de 0.8 ori mai mic în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental democratic ($B=-0.23$; $SE=0.10$; $Wald=5.76$; $df=1$; $p=0.016$; $Exp(B)=0.79$) și de 0.5 ori mai mic în cazul prezenței unui stil parental autoritar, în care criticile sau deciziile parentale ferme pot împiedica copilul să-și reinterpreteze gândurile negative („am nevoie de diabet” → „pot gestiona boala”). Delamater et al. (2014) arată că restructurarea necesită încurajare expresă și dialog ghidat, nu doar reguli și sprijin emoțional pasiv [59].
- **Reglarea emoțională** este prezentă într-un raport de șansă de 1.3 ori mai mare în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental democratic ($B=0.30$; $SE=0.08$; $Wald=12.58$; $df=1$; $p=0.001$; $Exp(B)=1.34$). Echilibrul între limite clare și afecțiune sprijină dezvoltarea competențelor de autoreglare (conștientizare, auto-încurajare) [240]. Studiile asociază stilul democratic cu scăderea „*diabetes distress*” și cu un HbA1c mai bun.
- **Wishful thinking** (gândirea magică sau dorința intensă ca o situație să se schimbe de la sine) este prezentă într-un raport de șansă de 1.4 ori mai mare în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental democratic ($B=0.37$; $SE=0.10$; $Wald=13.90$; $df=1$; $p=0.001$; $Exp(B)=1.44$) și de 1.5 ori mai mare în cazul prezenței unui stil parental autoritar. În fața unei boli cronice, dorința magică „să dispară” poate coexista cu suportul emoțional; în prezența stilului parental autoritar, gândirea magică poate semnifica un refugiu. Skinner et al. (2011) susțin că acesta e un coping tranzitoriu, util pentru reducerea anxietății imediate [233].
- **Rezolvarea de probleme** este prezentă într-un raport de șansă de 0.8 ori mai mic în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu copii non-diabetici, în cazul prezenței unui stil parental democratic ($B=-0.24$; $SE=0.10$; $Wald=5.85$; $df=1$; $p=0.016$; $Exp(B)=0.79$) și într-un raport de șansă de 0.6 ori mai mic în cazul copiilor cu DZ, comparativ cu cei non-diabetici în cazul prezenței unui stil perfecționist ($B=-0.49$; $SE=0.16$; $Wald=9.45$; $df=1$; $p=0.002$; $Exp(B)=0.62$). Copiii cu DZ pot evita abordarea directă a problemelor (management glicemic) chiar și când părinții oferă autonomie, în cazul în care se confruntă cu temeri de eșec. Masten & Motti-Stefanidi (2020) subliniază că rezolvarea de probleme oferă un cadru în care greșelile sunt văzute ca învățare, nu ca eșec definitiv [162].

📖 În cadrul studiului nostru ipoteza 5 a fost doar parțial confirmată. DZ, dar și stilul parental democratic și perfecționist pot limita abilitatea copiilor de a folosi strategii de rezolvare a problemelor, întrucât aceștia se confruntă cu o situație cronică, dificil de controlat, care induce un sentiment de neputință. Importanța stilului parental apare tocmai în modul în care poate accentua sau atenua aceste tendințe. Astfel, rezultatele arată că prezența DZ, corelată cu stilul perfecționist, poate inhiba folosirea rezolvării de probleme, în timp ce stilul democratic poate susține reglarea emoțiilor, dar, în același timp, poate stimula wishful thinking, ca formă de coping pasiv. Pe de o parte, copiii cu DZ folosesc într-o proporție mai mare strategii centrate pe emoții — reglarea emoțională, wishful thinking, rugăciune — însă aceste strategii

reflectă un control emoțional precar, o dificultate de a face față la stres prin acțiuni constructive. Totodată, dezvoltarea inteligenței emoționale la copii este strâns legată de calitatea relației părinte-copil, de stilul parental predominant în familie [144]. Un stil democratic, caracterizat prin căldură, flexibilitate, comunicare deschisă, poate susține formarea unor mecanisme de reglare emoțională adaptative, contribuind la o inteligență emoțională mai ridicată. În contrast, stilurile autoritar, perfecționist, neimplicat sau permisiv pot reprezenta un factor de risc [18], fiind asociate cu o inteligență emoțională scăzută, dificultăți de adaptare, vulnerabilitate la stres sau la apariția unor strategii de coping ineficiente [241].

Ipoteza 6. *Copiii cu DZ au un nivel calitativ al vieții mai redus decât cel al copiilor fără DZ*

Rezultatele analizei nivelurilor pentru subscalele **Calității vieții (QoL)** indică o prevalență semnificativă ($\chi^2(df=2)=12.52 - 97.09$; $p<0.010$) a nivelului moderat în toate ariile investigate, ceea ce sugerează că majoritatea copiilor evaluați nu se încadrează nici în extreme pozitive, nici în cele negative ale QoL (Anexa 3, Tabel 105). După cum se poate observa și în Figura 2.32 s-au obținut ponderi mai ridicate ale nivelului abnormal în cazul: Relația cu familia (29%), Stima de sine (24%), Starea de bine emoțională (21%). Cele mai scăzute ponderi ale acestui nivel a fost observate în cazul Stării de bine fizice (9.5%), urmată de Funcționarea zilnică (11.5%) și de Relația cu prietenii (14%).

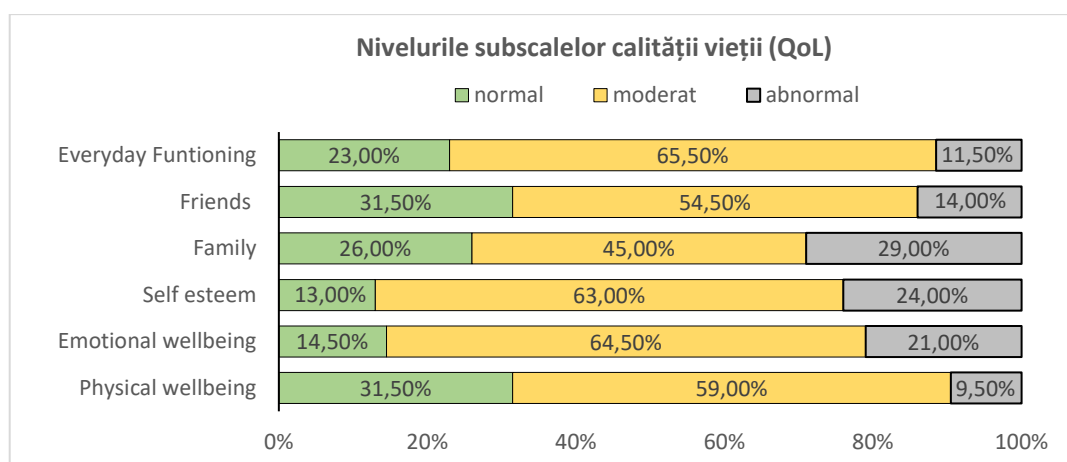


Figura 2.29. Distribuția subscalelor Calității vieții (QoL)

Analiza de independență Hi-pătrat, aplicată pentru a determina semnificația statistică a diferenței de nivel a subscalelor QoL determinată de prezența/absența DZ (Figura 2.33), a indicat următoarele diferențe semnificative statistic (Anexa 3, Tabel 106):

- În cazul **Relației cu familia** s-a observat o pondere semnificativ statistic ($\chi^2(df=2)=6.68$; $p=0.035<0.050$) mai scăzută a nivelului normal (19%) pentru copiii cu DZ, comparativ cu copiii non-diabetici (33%). Ponderea nivelului moderat este mai accentuată în cazul copiilor cu DZ (53%), dar ponderea nivelului sever afectat (abnormal) este aproximativ egală pentru ambele categorii de copii (28% copiii cu DZ - 30% copiii fără DZ). Rezultatele indică posibile dificultăți de adaptare în context familial.

Boala cronică poate afecta dinamica familială, crescând stresul și tensiunea între membri. Deși nivelul sever (abnormal) este comparabil cu cel al copiilor fără diabet aceasta sugerează că boala cronică induce un stres subtil, dar constant în interacțiunea părinte-copil, fără a urca obligatoriu la disfuncții majore [19]. Grey et al., 2011 au arătat că stresul de îngrijire (monitorizarea frecventă a glicemiilor, injecțiile) crește tensiunea familială și scade satisfacția în rolul de părinte [90].

- În cazul **Relației cu prietenii** s-a observat o pondere semnificativ statistic ($\chi^2(df=2)=8.04$; $p=0.018<0.050$) mai scăzută a nivelului normal (23%) pentru copiii cu DZ comparativ cu copii non-diabetici (40%). Ponderea nivelului moderat este mai accentuat în cazul copiilor cu DZ (64%), dar ponderea nivelului sever afectat (abnormal) este aproximativ egală pentru ambele categorii de copii (13% copiii cu DZ - 15% copiii fără DZ). Copiii cu DZ întâmpină dificultăți moderate de integrare și susținere socială de la colegi, își mențin frecvent relațiile, dar deseori simt nevoia de precauție sau reticență moderată, posibil din teama de stigmatizare, totuși, riscul extrem (abnormal) de izolare severă nu e mai mare decât la ceilalți copii.

- Pentru **Funcționarea zilnică** s-a observat o pondere semnificativ statistic ($\chi^2(df=2)=6.02$; $p=0.049<0.050$) mai scăzută a nivelului normal (16%) pentru copiii cu DZ comparativ cu copiii non-diabetici (30%), ceea ce semnifică o afectare mai mare. Ponderea nivelului moderat este mai accentuat în cazul copiilor cu DZ (73%), dar ponderea nivelului abnormal este aproximativ egală pentru ambele categorii de copii (11% - 12%). Majoritatea copiilor cu DZ raportează dificultăți moderate în activitățile de zi cu zi (școală, sport, hobby-uri), cel mai adesea legate de necesitatea monitorizării glicemiei și administrării insulinei, și numai un mic procent se confruntă cu limitări severe, similare cu ale copiilor fără diabet.

- Nici Stima de sine, nici Bunăstarea emoțională sau cea fizică nu prezintă diferențe semnificative statistic între copiii cu diabet zaharat și copiii non-diabetici ($p > 0,05$).

Analiza de regresie logistică ordinală, aplicată pentru a determina modul în care factorii socio-demografici de gen și vârstă, alături de prezența/absența DZ diferențiază nivelurile subscalelor QoL, a indicat următoarele diferențieri semnificative:

- **Starea de bine emoțională** este diferențiată semnificativ statistic de *vârsta* copiilor ($\chi^2(df=3)=26.74$; $p<0.001$) *ca predictor pozitiv* în sensul asocierii cu un nivel abnormal al stării de bine emoționale într-un raport de șansă de 1.3 ori ($\text{Exp}(B)=1.31$; IC95%: 1.18 – 1.44) pentru fiecare creștere de nivel de vârstă (Anexa 3, Tabel 108 - 109). Creșterea în vârstă este asociată cu scăderea stării de bine emoționale, ceea ce poate fi explicat prin dezvoltarea gândirii abstracte și apariția gândurilor disfuncționale sau negative la preadolescenți și adolescenți, totodată cu creșterea cerințelor sociale și școlare. OECD (2021) subliniază că starea de bine emoțională este influențată de schimbări de dezvoltare cognitive și afective, mai ales în adolescență.

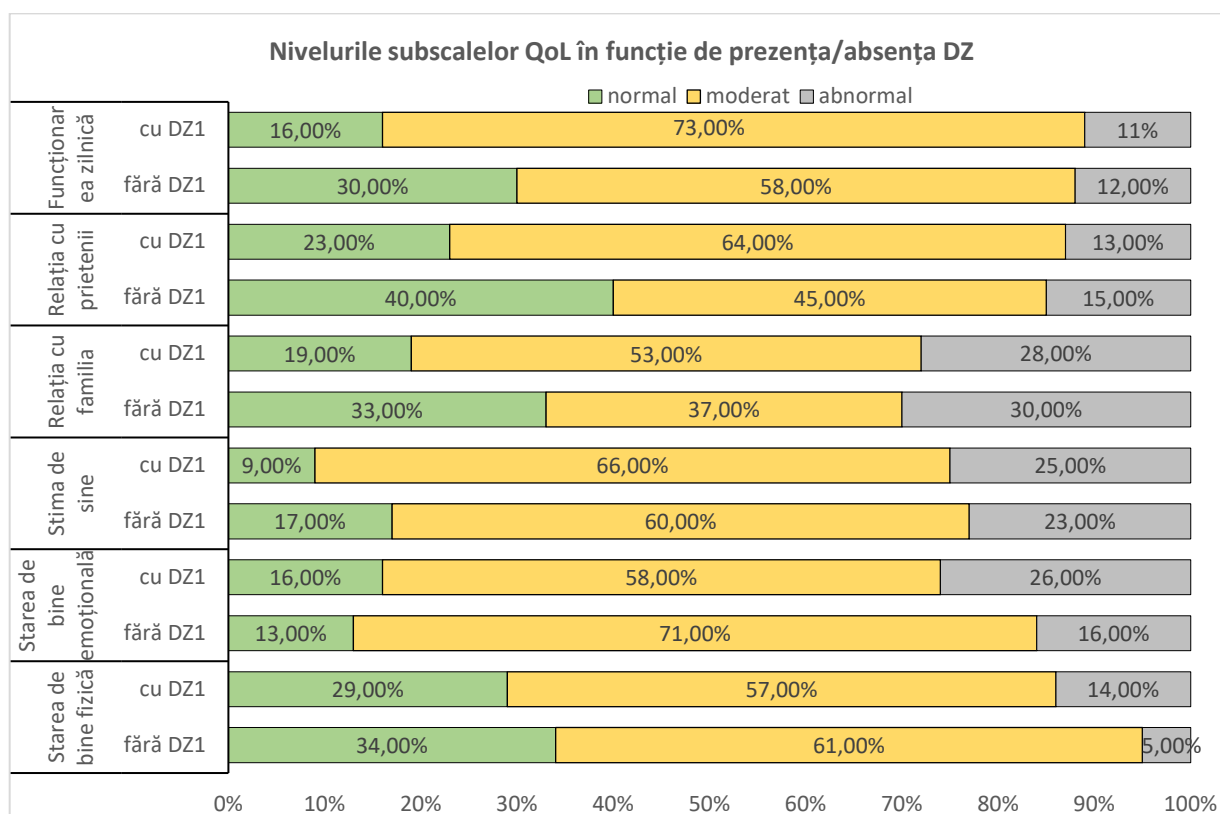


Figura 2.30. Distribuția nivelurilor subscalelor QoL în funcție de prezența/absența DZ

- În cazul **Relației cu familia** s-a identificat, de asemenea, o diferență semnificativă statistic marginal ($\chi^2(df=3)=7.03$; $p=0.071 < 0.100$), având ca factor semnificativ *vârsta* (Wald=5.62; $df=1$; $p=0.018$), care *reprezintă un predictor negativ* ($B=-0.16$; $SE=0.07$) în sensul că un nivel abnormal al relației cu familia este prezentat cu un raport de șansă de 0.85 ori mai redusă pentru fiecare creștere a intervalului de vârstă (Anexa 3, Tabel 111).

Tabel 2.8. Distribuția nivelurilor Stării de bine la copiii diabetici

		N	%	Testul comparativ Hi-pătrat		
				χ^2	df	p
Starea de bine diabetici	Normal	13	13,0%	22,94	2	< 0,001
	Moderat	52	52,0%			
	Anormal	35	35,0%			

S-a observat o diferență semnificativă statistic ($\chi^2(2)=22,94$; $p<0,001$) între ponderile nivelurilor stării de bine a diabeticilor, în sensul unei ponderi majore a nivelului moderat (52,0%) și redusă a nivelului normal (13,0%). Ponderea nivelului anormal (35,0%) este semnificativ mai ridicată decât cea a nivelului normal, dar mai scăzută decât a celui moderat.

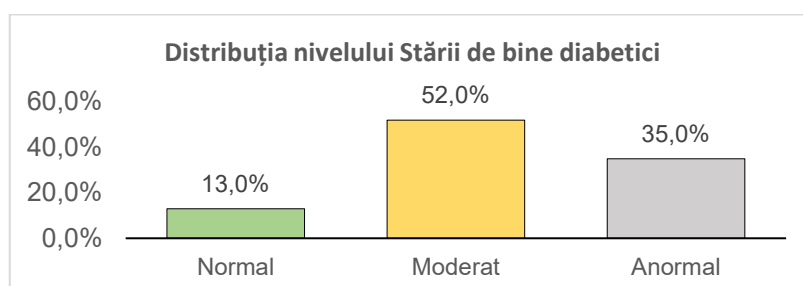


Figura 2.31. Distribuția nivelului Stării de bine la copiii diabetici

Această distribuție subliniază faptul că, pentru o proporție considerabilă de copii cu DZ, starea de bine psihologică este afectată, plasându-se fie la un nivel mediu (cu potențial de risc), fie deja în zona problematică. Nivelul normal al stării de bine este cel mai puțin reprezentat, sugerând nevoia unor intervenții psihologice sistematice pentru susținerea sănătății mintale a acestui grup vulnerabil.

Analiza datelor în funcție de gen ne arată că fetele au o poziție mai centralizată pe nivel moderat, în timp ce băieții au o distribuție mai polarizată pe nivelul normal decât fetele, dar și semnificativ mai mare pe nivelul anormal. Putem trage concluzia că băieții par mai afectați în zona anormală, iar fetele se mențin mai mult în zona moderată.

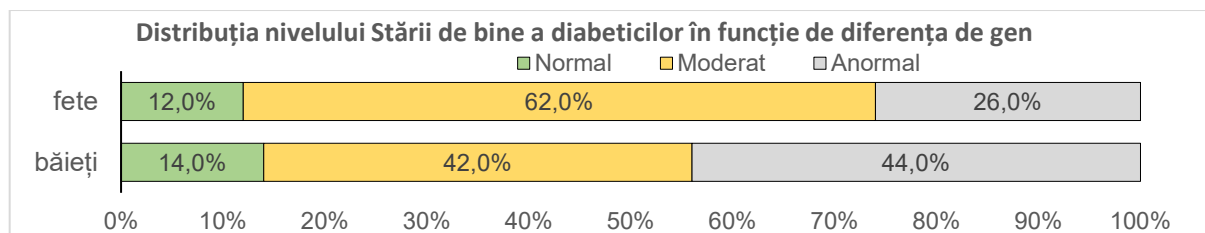


Figura 2.32. Distribuția nivelului Stării de bine asociată diabetului în funcție de gen

Analiza datelor în funcție de vârstă ne arată că copiii de 8–9 ani au cea mai bună situație generală (mai puțin „anormal”, mai mult „moderat”), cei de 10–12 ani se detașează prin cea mai mare proporție de normal, dar și o creștere a zonei anormale, iar adolescenții de 13–14 ani nu raportează deloc stare normală, ceea ce poate semnala o problemă legată de adaptarea la diabet în preadolescență. Putem trage concluzia că cu cât vârsta crește, există tendința de reducere a proporției de stare normală (dispare complet la 13–14 ani), posibil din cauza modificărilor hormonale, adaptării psihologice, stresului școlar, lipsa suportului social sau gestionarea mai dificilă a diabetului în perioada adolescenței.

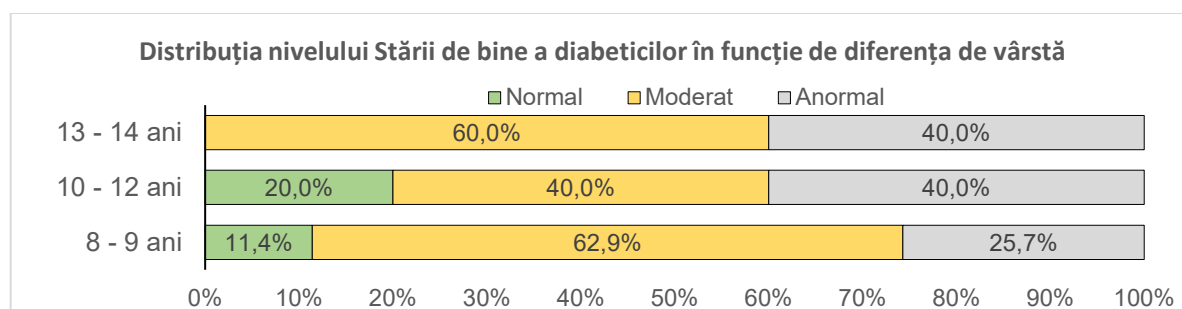


Figura 2.33. Distribuția nivelului Stării de bine asociată diabetului în funcție de vârstă

📖 Acest rezultat sugerează că, în ciuda diagnosticului de DZ, copiii nu se percep cu o stimă de sine scăzută, nu resimt o alterare semnificativă a stării lor emoționale generale sau a celei fizice, comparativ cu copiii fără diabet. Este posibil ca, prin mecanisme de adaptare, sprijin familial sau resurse interne, aceștia reușesc să-și mențină o imagine de sine relativ pozitivă, o stare emoțională stabilă sau o percepție a sănătății lor fizice, comparabilă cu cea a copiilor fără boală cronică. De remarcat este faptul că, la copiii cu DZ, ponderea celor cu un nivel moderat de stare de bine este majoritară (52%), în timp ce ponderea celor cu un nivel normal de stare de bine este mult mai scăzută (13%). Aceasta reflectă o afectare a stării generale de bine, întrucât cei mai mulți copii cu DZ nu reușesc să atingă un prag de bine „normal”,

situându-se într-o zonă de dificultate sau vulnerabilitate. Acest rezultat indică o nevoie de intervenții de sprijin, de consiliere sau de dezvoltare a unor strategii de coping care să contribuie la creșterea stării de bine a copiilor. Pe scurt, copiii cu DZ prezintă deficit semnificativ în unele dimensiuni importante ale calității vieții, cum sunt relația cu familia, relația cu prietenii sau funcționarea zilnică, însă nu manifestă dificultăți vizibile la stima de sine, bunăstarea emoțională sau bunăstarea fizică. Acest tablou reflectă o vulnerabilitate selectivă, unde cele mai afectate sunt ariile sociale, de autonomie sau de integrare, fără însă a se deteriora percepția de sine sau starea afectiv-fizică. Dimensiunile cu semnificație statistică reflectă o afectare a calității vieții copiilor cu DZ, manifestată prin dificultăți de integrare socială, de menținere a unor prietenii, de adaptare la cerințele zilnice sau de a face față unor situații dificile.

2.3. Concluzii la Capitolul 2

Analiza rezultatelor cercetării a evidențiat interacțiuni complexe și interesante între componentele psihologice, ajutându-ne să constituim profilul copiilor cu DZ. Pe baza acestor date am formulat următoarele concluzii ale experimentului constatativ:

1. Copiii cu DZ prezintă un profil psihologic mixt, în care se îmbină factori protectivi ca resurse sau mecanisme adaptative, cât și factori de risc și vulnerabilități specifice. În numeroase dimensiuni ale dezvoltării psihologice, aceștia au manifestat trăsături similare cu cei fără DZ, inclusiv capacitatea de a forma relații sănătoase, de a se integra social și de a dezvolta abilități cognitive corespunzătoare vârstei. Ambele grupuri au prezentat niveluri comparabile ale simptomelor depresive și ale anxietății generale. Deși copiii cu DZ manifestă dificultăți precum manifestări somato-vegetative, ei prezintă, în medie, un nivel mai scăzut de anxietate socială și frică de performanță, o dispoziție mai stabilă și pozitivă, stimă de sine mai ridicată și niveluri reduse de autodevalorizare și ineficiență în comparație cu copiii fără diabet. Analiza multivariată a evidențiat un efect subtil al bolii asupra perfecționismului. Aceste rezultate au contrazis ipoteza inițială și susțin ideea că, în ciuda stresului cronic asociat bolii, copiii cu DZ beneficiază de factori protectivi emoționali și sociali, în linie cu studiile care indică rolul sprijinului familial, al comunicării deschise și al asistenței multidisciplinare în reducerea riscului de anxietate sau depresie.

2. Analiza a evidențiat diferențe semnificative între strategiile de coping utilizate de copiii cu DZ și cele ale copiilor fără diabet. Copiii cu DZ au apelat mai rar la strategii active de rezolvare a problemelor și au preferat mecanisme centrate pe emoții, precum *wishful thinking* și rugăciunea (ca și coping spiritual). În schimb, copiii fără DZ au recurs mai frecvent la rezolvarea de probleme și, ocazional, la coping anxios. Alte strategii precum distragerea atenției, retragerea socială, restructurarea cognitivă, autoculpabilizarea sau resemnarea au fost utilizate într-o măsură similară de ambele grupuri. Această orientare spre coping emoțional la copiii cu DZ poate fi explicată prin

natura cronică a bolii și nevoia de confort emoțional, confirmând parțial ipoteza 2 și sugerând o combinație de strategii adaptative și mai puțin adaptative, cu o pondere crescută a celor de evitare.

3. Copiii cu DZ au prezentat un nivel semnificativ mai ridicat de distres psihologic comparativ cu cei fără DZ, confirmând ipoteza 3. Acesta se manifestă prin disconfort emoțional, dificultăți de concentrare, amenințări fizice și sentiment de eșec personal. Analizele indică faptul că DZ este un predictor pozitiv pentru apariția acestor dificultăți, crescând probabilitatea de manifestare a unui distres general ridicat. În schimb, dimensiuni precum amenințarea socială, ostilitatea, comportamentul prosocial sau dificultățile comportamentale și relaționale nu par a fi influențate semnificativ de boală.

4. Copiii cu DZ au prezentat un nivel mai scăzut de inteligență emoțională, ceea ce arată că sunt mai predispuși la dificultăți de reglare emoțională, ceea ce poate afecta negativ atât controlul metabolic (valori crescute ale hemoglobinei A1c), cât și capacitatea de adaptare la boala cronică. Aceste rezultate au confirmat parțial ipoteza 4.

5. Analiza a subliniat rolul determinant al stilului parental în formarea resurselor de coping și a inteligenței emoționale la copiii cu DZ. Acest proces este puternic influențat de stilul parental. În cazul copiilor cu DZ au predominat stiluri parentale mai structurate și orientate spre sprijin și control, precum cel democratic și cel perfecționist, astfel că primul, bazat pe căldură, flexibilitate și comunicare, favorizează o reglare emoțională adaptativă, în timp ce cel de-al doilea poate induce presiune, dar și motivație pentru autoreglare și performanță. Totuși, stilul perfecționist afectează încrederea copilului în sine și capacitatea de a-și înțelege și regla emoțiile. Stilurile autoritar, permisiv și neimplicat, puțin prezente în cazul copiilor cu DZ din acest studiu, se asociază cu un risc crescut de dezvoltare a unor strategii de adaptare inefficiente.

6. Rezultatele au aratat că, deși copiii cu DZ nu prezintă dificultăți semnificative în ceea ce privește stima de sine, bunăstarea emoțională sau fizică, calitatea vieții lor este totuși afectată în mod specific pe dimensiunile sociale, de autonomie și de integrare. Majoritatea copiilor se situează la un nivel moderat al calității vieții, confruntându-se cu dificultăți în menținerea relațiilor de prietenie, integrarea socială și adaptarea la cerințele zilnice, reflectând o vulnerabilitate specifică. Acest rezultat a confirmat ipoteza 6 și subliniază importanța intervențiilor de sprijin, care ar trebui să se concentreze pe ariile cele mai vulnerabile și a facilita adaptarea socială și autonomă a copiilor cu DZ, îmbunătățind calitatea vieții acestora.

În concluzie, analiza celor 6 ipoteze operationale propuse inițial a evidențiat în mod clar confirmarea integrală a ipotezelor 3 și 6 și respingerea ipotezei 1, în timp ce ipotezele 2, 4 și 5 au fost confirmate doar parțial. Aceste rezultate sugerează direcții relevante pentru investigații suplimentare și aprofundarea temei, oferind perspective valoroase pentru cercetări viitoare.

3. PROGRAM DE INTERVENȚIE PSIHOLAGICĂ PRIN REZILIENȚĂ ASISTATĂ PENTRU COPIII CU DIABET ZAHARAT

3.1. Metodologia și conținutul experimentului formativ

Cercetarea experimentală de constatare prin rezultatele și concluziile formulate în capitolul anterior ne-au permis să conchidem că reziliența, ca și capacitatea copiilor de a face față și de a se recupera după experiențe dificile, stresante sau traumatizante reprezintă o abilitate esențială pentru dezvoltarea sănătoasă și pentru asigurarea stării de bine pe termen lung. Dezvoltarea rezilienței la copii este un proces complex care implică numeroase aspecte ale vieții lor emoționale, sociale și cognitive. În contextul studiului **Competență vs Inferioritate**, diabetul îi pune pe copiii afectați în fața unor provocări suplimentare, care necesită intervenții psihologice și educaționale bine orientate pentru a preveni sentimentele de inferioritate și pentru a promova un sentiment sănătos de competență [99]. Cele mai multe programe de intervenție educativă pentru formarea rezilienței la copii se axează pe formarea competențelor emoționale și sociale, care servesc drept factori protectivi în confruntarea cu schimbări și situații de risc. Cahill, H. [32] menționează că factorii protectivi interni pentru reziliență sunt: stima de sine, autoeficacitatea, capacitatea de cooperare, autonomia, autoreglarea, motivația, recunoștința și compasiunea. Conceptualizarea rezilienței se referă la capacitatea copiilor de a face față adversităților, de a se adapta și a prospera în ciuda acestora [217]. REZILIENȚA văzută ca un *construct multidimensional* include mai multe componente ce țin de:

- *Resurse individuale*: Autoreglare emoțională (capacitatea de a gestiona și exprima emoțiile în mod adecvat), Încrederea în sine (sentimentul de valoare personală și competență), Abilități de coping (strategii pozitive de gestionare a stresului, precum tehnici de relaxare sau rezolvarea problemelor)
- *Factori familiari*: Relații apropiate (sprijinul emoțional din partea familiei), Rutine și ritualuri familiale (stabilitatea și predictibilitatea care oferă un sentiment de siguranță), Suport parental (abilități parentale de a oferi ghidare, încurajare și sprijin emoțional în fața dificultăților).
- *Factori sociali și comunitari*: Rețea de suport social (prieteni, profesori și mentori care oferă sprijin și modelează comportamente reziliente), Implicare comunitară (sentimentul de apartenență la un grup sau o comunitate care oferă resurse și sprijin).
- *Factori contextuali și culturali*: Cultură și valori (norme și credințe culturale care influențează modul în care copilul și familia percep și răspund la provocări), Resurse educaționale și economice (accesul la oportunități de învățare și dezvoltare, precum și securitate financiară).



Figura 3.1. Structura multidimensională a rezilienței
(adaptare după Masten, 2001; Luthar et al., 2000; Werner, 1995)

Acest program are ca **scop** susținerea copiilor în dezvoltarea unei atitudini sănătoase față de boala lor, diminuarea distresului asociat și îmbunătățirea capacităților de a gestiona provocările emoționale și sociale generate de condiția de boală. Plecând de la natura, caracteristicile și factorii individuali analizați anterior am determinat următoarele **obiective generale** pentru experimentul formativ:

- elaborarea unui program psihoterapeutic de reziliență asistată destinat copiilor cu diabet
- evaluarea efectelor programului prin 3 metode: 1) metodologică: evaluarea include măsurători pre și post-intervenție; 2) instrumente: chestionare auto-raportate, interviuri cu părinții, evaluări psihologice standardizate; 3) validare: analiza comparativă a rezultatelor obținute înainte și după implementarea programului pentru a valida eficiența intervenției.
- pe baza datelor obținute, se vor formula concluzii generale despre eficacitatea programului și se vor elabora recomandări pentru implementarea acestuia de către alți specialiști. Recomandările vor include aspecte utile pentru specialiști în psihoterapie, cadre medicale și educatori care interacționează cu copii ce suferă de diabet, punând accent pe colaborarea interdisciplinară.

Obiectivele specifice ale cercetării s-au concentrat pe:

- Dezvoltarea abilităților de gestionare a emoțiilor prin autoreglare emoțională;
- Managementul stresului și dezvoltarea unei mentalități pozitive prin optimism și gândire pozitivă, rezistență la frustrare și învățare din eșecuri;
- Cultivarea relațiilor sănătoase prin conexiune socială, precum și consolidarea sentimentului de apartenență;
- Promovarea independenței prin modelarea comportamentului, recompensarea efortului, exersarea recunoștinței, susținerea valorilor personale și a sentimentului de competență;
- Sprijinirea autonomiei și autodiscipliniei prin luarea deciziilor și stabilirea obiectivelor.

Aceste componente sunt interconectate și contribuie la dezvoltarea unui copil rezilient, capabil să facă față provocărilor vieții cu diabet într-un mod sănătos și adaptabil. Prin această abordare, copiii învață să facă față dificultăților, să se adapteze schimbărilor și să se recupereze după adversități, construindu-și astfel o bază solidă de reziliență pentru viitor.

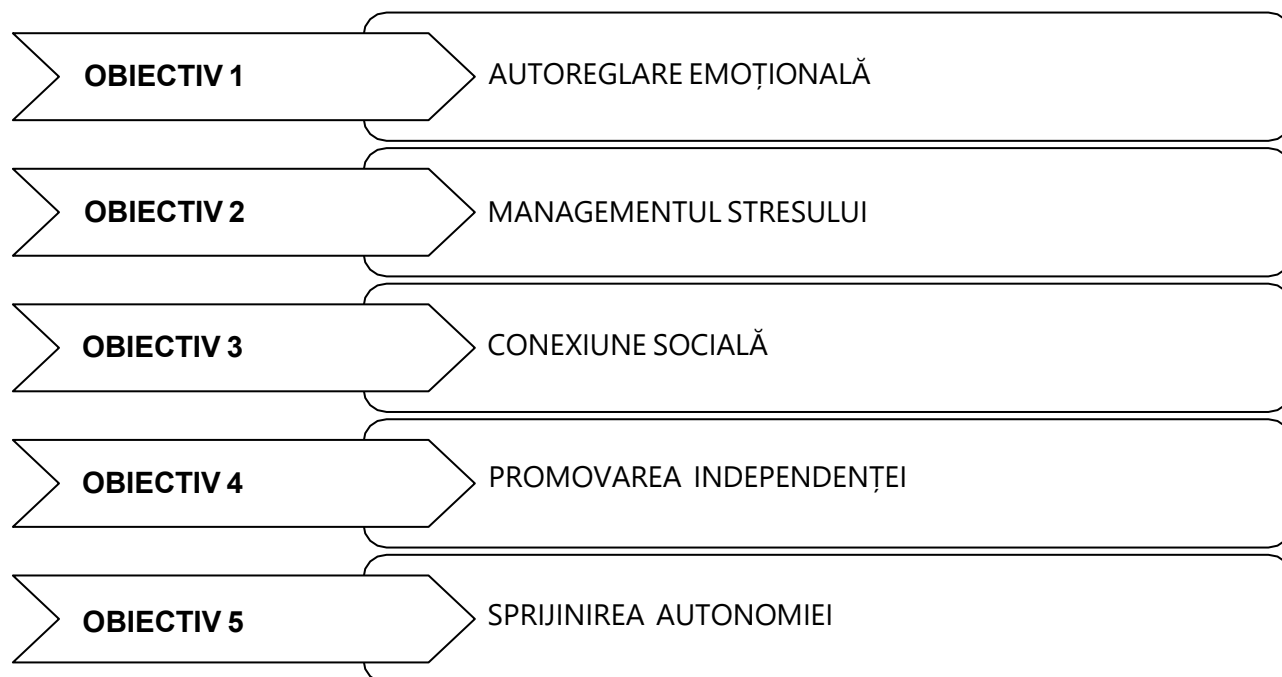


Figura 3.2. Obiectivele specifice ale cercetării

Variabilele cercetării au inclus ca variabilă independentă, programul psihoterapeutic de reziliență asistată prin care copiii cu diabet își consolidează o reziliență puternică menită să-i protejeze pe parcursul vieții. De asemenea, alte variabile independente au fost prezența diabetului zaharat, vârsta și stilul parental. Ca variabile dependente am considerat: stima de sine, IE, mecanismele de coping, reglarea emoțională, distresul.

În conformitate cu scopul cercetării, am formulat următoarea **ipoteză**: presupunem că intervenția psihologică de reziliență asistată va influența în mod pozitiv creșterea rezilienței favorizând dezvoltarea abilităților și competențelor asociate cu aceasta, copiii care vor participa la programul de reziliență asistată vor învăța să se optimizeze emoțional și social, să-și gestioneze emoțiile și stresul de o manieră adaptativă, să participe la luarea deciziilor în ceea ce îi privește, inclusiv în ceea ce privește managementul bolii.

Cercetarea formativă a fost realizată cu participarea a 24 de copii diagnosticați cu diabet zaharat împărțiți în mod omogen în două grupuri:

- *Grupul experimental (GE)* format din 12 copii, cu o egalitate de gen de 6 băieți și 6 fete. Acest grup a participat la programul de intervenție în vederea creșterii rezilienței, și

- *Grupul de control (GC)* format din 12 copii, similar din punct de vedere statistic sub aspectul vârstă și gen cu grupul experimental. Copiii din acest grup nu au beneficiat de intervenția psihoterapeutică, dar au fost monitorizați pentru a compara efectele intervenției.

Criteriile de selecție au asigurat omogenitatea grupurilor și relevanța rezultatelor în testarea ipotezei că intervențiile psihologice pot crește reziliența copiilor. Astfel, criteriile care s-au impus au fost:

- 1) Toți copiii incluși în cercetare au fost diagnosticați cu DZ
- 2) Grupurile au fost omogene din punct de vedere al vârstei, între 8 și 14 ani
- 3) Egalitate între numărul de băieți și fete pentru a asigura comparabilitatea grupurilor
- 4) Copiii nu au avut alte afecțiuni care ar fi putut influența rezultatele cercetării.

Testarea statistică a diferențelor obținute în urma experimentului formativ a fost realizată cu ajutorul:

- Testului de comparație non-parametrică Mann-Whitney pentru eșantioane independente în cazul comparării nivelului Anxietății (MASC) și a Depresiei (CDI) celor două grupuri, grupul de control (GC) și cel experimental (GE). S-au raportat valoarea testului U, valoarea standardizată Z și nivelul de semnificație statistică p. Diferența a fost asumată pentru $p < 0,05$;
- Testului de comparație non-parametrică Wicoxon pentru eșantioane perechi în cazul comparării nivelului Anxietății (MASC) și a Depresiei (CDI) între cele două momente de timp: momentul inițial (test) și după experimentul formativ (re-test); pentru cele două grupuri (GC/GE). S-au raportat valoarea standardizată a testului Z și nivelul de semnificație statistică p. Diferența a fost asumată pentru $p < 0,05$;
- Testul de comparație non-parametrică pentru eșantioane perechi McNemar în cazul variabilelor binare. Rezultatele au fost prezentate prin numărul de diferențe pozitive, negative și egalități, și nivelul de semnificație statistică p. Diferența s-a asumat pentru $p < 0,05$.

3.2. Elaborarea și implementarea programului de intervenție psihologică prin reziliență asistată

Intervenția psihologică reprezintă un sistem complex și structurat de mijloace, metode, procedee și tehnici psihologice, bazate pe obiective și principii concrete. Deoarece condițiile diferă de la familie la familie și de la copil la copil, alcătuirea atentă a programului individual a fost o premisă necesară obținerii unei intervenții de succes. Alegerea etapelor și a tehnicilor folosite au ținut cont de obiectivele terapeutice și de nivelul de înțelegere al copilului, dinamica familială, resursele disponibile și stilul de viață specific al familiei copilului cu diabet zaharat.

Următoarele **principii** au ajutat la crearea unui cadru comprehensiv de intervenție psihologică pentru copiii cu diabet, asigurându-le nu doar o gestionare eficientă a bolii, ci și o dezvoltare emoțională și socială sănătoasă.

Educația și informarea adaptate vârstei. Informațiile despre diabet trebuie să fie prezentate într-un mod adecvat vârstei și nivelului de înțelegere al copilului. Explicațiile clare și adaptate ajută la reducerea problemelor legate de boală.

Adaptarea intervenției la etapele dezvoltării. Intervenția trebuie adaptată în funcție de vârsta și de stadiul de dezvoltare al copilului, abordând problemele specifice fiecărei etape, cum ar fi tranziția către adolescență sau gestionarea independenței crescute.

Colaborarea cu familia. Implicarea activă a părinților și a celor apropiați ajută la crearea unui mediu sigur și suportiv pentru copil, iar colaborarea strânsă cu familia ajută la crearea unui mediu în care copilul se simte sprijinit și încurajat să își gestioneze boala cu succes și să se dezvolte viguros.

Educație și conștientizare. Prin creșterea nivelului de conștientizare, copilul își dezvoltă o atitudine mai responsabilă și mai proactivă față de gestionarea bolii. Punem accentul pe acceptarea diabetului ca parte a vieții copilului, fără a-l percepe ca pe o piedică majoră în realizarea dorințelor. Psihoeducația joacă un rol esențial în această abordare, oferind copiilor și familiilor cunoștințe practice și emoționale care să îi ajute să se adapteze mai bine la viața cu diabet și să își dezvolte încredere în sine și reziliența necesară, oferind copiilor și familiilor instrumentele necesare pentru a face față provocărilor diabetului, fără a-și compromite planurile de viitor.

Promovarea autonomiei. În funcție de vârstă și nivel de dezvoltare, copilul este încurajat să preia treptat responsabilități, inclusiv pe cea a diabetului, care include monitorizarea glicemiei, administrarea insulinei și respectarea regimului alimentar, cu sprijinul familiei și al terapeutului. Psihoterapia îl ajută pe copil să învețe să ia decizii informate și să își exprime nevoile și emoțiile într-un mod eficient și sanogen.

Abordare holistică. În psihoterapia copiilor cu diabet, este important să se acorde atenție atât sănătății emoționale, cât și nevoilor fizice, astfel încât terapia să contribuie la bunăstarea generală, să influențeze în bine glicemiile și să prevină eventualele complicații psihosociale pe termen lung.

Abordare integrativă. O abordare integrativă în psihoterapia copiilor cu diabet, care înglobează tehnici din multiple orientări psihoterapeutice, pune accent pe flexibilitatea și adaptabilitatea intervenției pentru a răspunde nevoilor individuale ale copilului și ale familiei, prin combinarea tehnicilor din: *terapia rațional-emoțională și comportamentală (REBT)* - ajută copiii să identifice și să conteste gândurile iraționale legate de diabet și să dezvolte o viziune mai realistă și pozitivă asupra situației lor, *terapia cognitiv-comportamentală (CBT)* - se concentrează pe schimbarea tiparelor de gândire negativă și pe îmbunătățirea abilităților de rezolvare a problemelor și de autoreglare emoțională, *terapia adleriană* - accentuează sentimentul de apartenență, dezvoltarea curajului și a sentimentului de competență, punând în valoare suportul social și familial în gestionarea diabetului, *psihoterapia psihodinamică* - explorează conflictele inconștiente și emoțiile profunde legate de diabet, contribuind la o mai bună înțelegere de sine, *terapia sistemică și de familie* - implică familia în procesul terapeutic pentru a crea un mediu de suport și a dezvolta strategii comune de gestionare a diabetului, precum și pentru a îmbunătăți relațiile

interpersonale și comunicarea, *tehnici de joc de rol și joc terapeutic* - permit copiilor să își exprime emoțiile și să își dezvolte abilități de adaptare într-un mod creativ și ludic, *mindfulness* - ajută copiii să gestioneze stresul și anxietatea asociate diabetului prin tehnici de conștientizare și relaxare. Această integrare de tehnici sprijină dezvoltarea rezilienței emoționale și psihologice, atât a copilului, cât și a familiei, facilitând o mai bună adaptare la provocările diabetului.

Programul de intervenție psihologică prin reziliență asistată, adaptat pentru copiii cu diabet zaharat, s-a concentrat pe următoarele **aspecte esențiale**:

- ***Dezvoltarea competențelor de auto-gestionare a diabetului*** prin: educație personalizată în funcție de vârsta și nivelul de înțelegere al copilului; exersarea autonomiei - copiii au fost încurajați să participe activ în procesul de gestionare a diabetului, dezvoltând treptat abilități de auto-gestionare sub supravegherea adulților.
- ***Dezvoltarea resurselor personale*** prin: cultivarea sentimentului de competență și de autoeficacitate; gândire pozitivă și optimism
- ***Sprijin emoțional și managementul stresului*** prin: tehnici de coping - programul a inclus tehnici de relaxare, cum ar fi respirația profundă pentru a ajuta copiii să gestioneze stresul și anxietatea legate de boală; expresia emoțiilor - copiii au fost încurajați să își exprime emoțiile și să discute despre sentimentele lor legate de diabet, într-un mediu sigur și suportiv, facilitând astfel recunoașterea și gestionarea sănătoasă a emoțiilor negative.
- ***Îmbunătățirea imaginii de sine și a încrederii*** prin: focalizarea pe punctele forte, programul a inclus activități și exerciții care au evidențiat realizările și competențele copiilor, atât în gestionarea diabetului, cât și în alte domenii ale vieții lor, contribuind la consolidarea unei imagini de sine pozitive; descurajarea comparării - s-a lucrat pentru a descuraja comparațiile negative cu colegii sănătoși și pentru a promova acceptarea de sine și recunoașterea propriei valori.
- ***Suport social și relații de sprijin*** prin: implicarea activă a familiei în program, oferind sprijin constant și adaptând mediul de acasă pentru a susține dezvoltarea rezilienței copilului; promovarea incluziunii sociale, copiii fiind încurajați să participe la activități sociale și extracurriculare, adaptate nevoilor lor, pentru a preveni izolarea socială și pentru a promova un sentiment de egalitate, apartenență și integrare.
- ***Învățarea de abilități de rezolvare a problemelor*** prin: exerciții specifice dezvoltării abilităților de rezolvare a problemelor, prin care copiii să găsească soluții eficiente la provocările zilnice; gândire flexibilă prin care copiii au fost încurajați să adopte o gândire flexibilă și adaptabilă, să accepte schimbările și să găsească alternative atunci când se confruntă cu obstacole.
- ***Promovarea rezilienței în familie*** prin: crearea unui mediu rezilient, ajutând familia să dezvolte strategii de coping sănătoase și să creeze un mediu care promovează reziliența atât la copil, cât și la ceilalți membri ai familiei, acest lucru include abordări precum menținerea unei perspective pozitive,

recunoașterea și celebrarea micilor succese și încurajarea autonomiei copilului; modelarea comportamentului rezilient prin care părinții sunt învățați să fie modele de comportament rezilient pentru copiii lor, demonstrând cum să facă față stresului și provocărilor într-un mod sănătos și adaptativ.

Aceste componente ale programului de intervenție psihologică prin reziliență asistată au fost esențiale pentru a sprijini copiii cu diabet zaharat în dezvoltarea abilităților necesare pentru a face față provocărilor bolii, pentru a menține o bunăstare emoțională și pentru a-și construi o viață sănătoasă și echilibrată, cât mai aproape de normalitate. Prin acestea, terapia nu se concentrează doar pe ameliorarea simptomelor sau pe rezolvarea problemelor de moment, ci pe construirea unei capacități pe termen lung de a face față schimbărilor și stresului, promovând dezvoltarea personală și bunăstarea emoțională. Intervenția psihoterapeutică s-a realizat în trei direcții principale, fiecare având un rol esențial în sprijinirea copilului cu diabet zaharat.

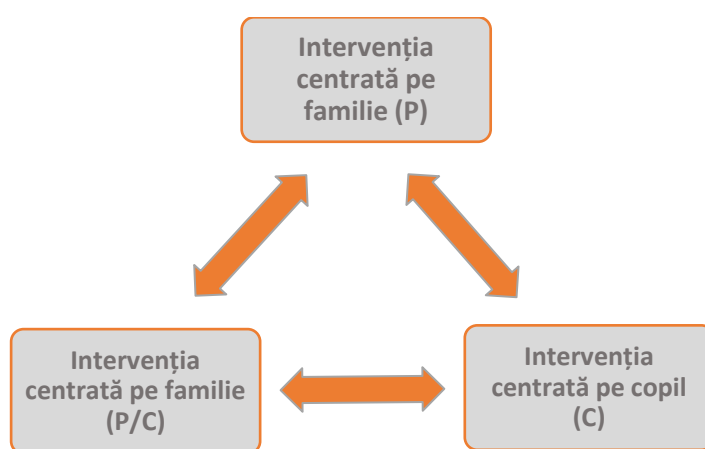


Figura 3.3. Abordarea tridimensională a intervenției terapeutice

Intervenția centrată pe familie s-a desfășurat cu părinții (P), întrucât familia joacă un rol deosebit de important în gestionarea diabetului, mai ales la început, dar și cu părinți și copii împreună (P/C). Diagnosticul diabetului poate fi copleșitor nu doar pentru copil, ci și pentru părinți, deci este esențial să includem familia în procesul terapeutic. Terapia de familie ajută la îmbunătățirea comunicării, la înțelegerea emoțiilor și provocărilor copilului și la dezvoltarea unui plan de susținere comună. Prin terapie, familia lucrează împreună pentru a stabili reguli clare și responsabilități care să asigure un mediu de susținere pentru copilul aflat în dezvoltare [192]. Terapeutul oferă părinților spațiul în care să-și exprime temerile, frustrările și preocupările legate de îngrijirea copilului. Terapeutul va interveni pentru a învăța familia tehnici de rezolvare a conflictelor, cum ar fi negocierea și ascultarea activă sau pentru a reduce tensiunile legate de gestionarea deficitară a diabetului. Acest sprijin permite familiei să se adapteze mai ușor la schimbările pe care diabetul le aduce în viața tuturor. Pe lângă suportul emoțional, părinții trebuie să fie informați și educați cu privire la cum să sprijine copilul, echilibrând nevoia de protecție cu promovarea autonomiei. Intervenția psihologică a inclus suport pentru părinți, ajutându-i să-și înțeleagă

rolul și să evite supraprotejarea sau chiar neglijarea nevoilor copilului. Cel mai important factor în restabilirea sentimentului de siguranță este o relație puternică cu un adult competent, grijuliu și pozitiv [158,168].

Intervenția cu părinții (P) s-a realizat pe parcursul a 6 ședințe cu o durată de 90 minute, iar intervenția părinți/copii (P/C) s-a realizat tot pe parcursul a 6 ședințe cu o durată de 90 minute. Ultima ședință este de follow-up (monitorizare). Este redată în continuare prima ședință de intervenție cu părinții, următoarele fiind descrise în Anexa 5.

Tabel 3.1. Programul de intervenție centrată pe familie (Părinți)

INTERVENȚIA CENTRATĂ PE FAMILIE (P)	ȘEDINȚE	OBIECTIVE	TEHNICI	ACTIVITĂȚI
	S1	• Psihoeducație • Analiza familiei	CONVERSAȚIA ANALIZA FAMILIEI AMINTIRI TIMPURI	Discuții deschise Caracteristicile părinților, copilului și familiei
	S2	• Parenting eficient • Rațional vs Emoțional	REZOLVARE DE PROBLEME	Analiza stilului parental Analiza modului de abordare a problemelor Rational vs Emotional
	S3	• Principii de dezvoltare a rezilienței	AUTOANALIZĂ DEZVOLTARE PARENTALĂ CONȘTIENTIZARE	Conștientizare prin întrebări Exersarea celor 7 C (Competență, Încredere, Conexiune, Caracter, Contribuție, Coping, Control)
	S4	• Promovarea rezilienței în familie • Mindfulness	TEHNICI DE RELAXARE, MINDFULNESS, RESPIRAȚIE ȘI ECHILIBRARE	Exercițiu de respirație Relaxarea musculară Reziliența emoțională
	S5	• Rutine și reguli familiale • Cultivarea independenței	PLANIFICARE FEEDBACK CONSTRUCTIV	Delegarea sarcinilor Cooperare în luarea deciziilor
	S6	• Follow-up	REÎNTĂRIRILE POZITIVĂ SETAREA OBIECTIVELOR FEEDBACK	Îmbunătățiri observate Schimbări notabile Ajustări și planificări viitoare Concluzii

Ședința 1 P

Obiective: • *Informarea și educarea părinților cu privire la diabet, din perspectivă psihologică, referitor la impactul acestuia asupra copilului și modalitățile prin care aceștia pot oferi sprijin adecvat* • *Realizarea unei analize a familiei, stabilirea modului de realizare a intervenției și definirea generală a obiectivelor terapeutice*

În cadrul ședinței, s-a discutat despre rolul primordial pe care îl joacă părinții în susținerea emoțională a copilului, în special în contextul gestionării unei boli cronice, cum este și diabetul. S-a subliniat importanța unei atitudini pozitive din partea părinților, încurajând discuții deschise despre boală, temeri și emoții, fără a evita subiectele dificile sau a supraproteja copilul. Părinții au fost educați să ofere sprijin emoțional adecvat, ascultând activ și validând emoțiile copilului, în loc să minimizeze problemele sau să ofere soluții rapide, ceea ce contribuie la reducerea stresului și la creșterea sentimentului de siguranță.

Un aspect de asemenea, discutat, a fost necesitatea de a încuraja autonomia copilului. Deși preocuparea părinților pentru sănătatea copilului este naturală, supraprotejarea împiedică dezvoltarea încrederii în sine și a capacității de a gestiona boala și în același timp, conduce la dezvoltarea neajutorării învățate. Astfel, părinții au fost învățați să-l implice pe copil în deciziile legate de tratament și să-l sprijine în preluarea treptată a responsabilităților legate de boala sa. Acest proces are ca scop îmbunătățirea încrederii în sine a copilului și dezvoltarea abilităților de autocontrol. Pe lângă aspectele legate de susținerea copilului, s-au stabilit obiective familiale, ținând cont de dinamica specifică fiecărei familii. Au fost identificate caracteristicile părinților și posibilele probleme familiale: familii monoparentale, conflicte maritale severe, divorț sau separare, părinți care manifestă sentimente de vinovăție, probleme depresive sau dependențe (A6.4 Fișa de analiză a problemelor sau dificultăților din familie). În funcție de aceste variabile, părinții au fost îndrumați să dezvolte strategii personale de coping pentru a face față stresului provocat de responsabilitățile diabetului, precum apelarea la suport extern (grupuri de suport) sau adoptarea unor tehnici de relaxare și organizare eficientă. Au fost analizate, de asemenea, relațiile dintre părinți și copil, identificându-se factorii de stres și dificultăți în diverse arii de viață. Părinții au fost informați despre obiectivele terapeutice și modul de intervenție asupra copiilor. În unele cazuri, părinții au fost îndrumați către terapie individuală sau de cuplu, pentru a gestiona problemele mai profunde care influențează negativ relația cu copilul și impactează asupra modului în care acesta face față bolii.

Continuarea ședințelor din programul de intervenție Părinți este descrisă pe larg în Anexa 5.

Intervenția cu părinții și copiii (P/C) s-a realizat tot pe parcursul a 6 ședințe cu o durată de 90 minute. Sunt redate în continuare prima ședință, următoarele putând fi regăsite în Anexa 5. Aceste întâlniri au avut rolul de a implica părinții în procesul terapeutic, oferindu-le suport și strategii practice pentru aplicarea exercițiilor acasă, monitorizarea evoluției copilului și a planului terapeutic. De asemenea, au fost menite să ofere feedback continuu și să răspundă întrebărilor sau dificultăților întâmpinate de părinți. Consolidarea relației terapeutice a contribuit la creșterea motivației părinților de a participa activ în programul de intervenție.

Fiecare ședință a fost structurată astfel încât să includă:

- Recapitularea progresului copilului de la ultima întâlnire;
- Discuții interactive cu părinții pentru a înțelege provocările întâmpinate;
- Stabilirea obiectivelor pentru perioada următoare;
- Instruirea părinților în tehnici și metode specifice, adaptate nevoilor copilului.

Ultima ședință este de follow-up (monitorizare). Realizarea unui follow-up la 3 și 6 luni după intervenție pentru a evalua durabilitatea efectelor. Efectele pozitive pot fi temporare dacă nu sunt consolidate prin practici continue. În cazul studiului nostru, efectele s-au menținut și în perioadele ulterioare, ceea ce susține ideea necesității monitorizării și continuării unui astfel de program pentru a asigura rezultate pe termen lung.

Tabel 3.2. Programul de intervenție centrată pe familie (Parinți/Copii)

INTERVENȚIA CENTRATĂ PE FAMILIE (P/C)	ȘEDINȚE	OBIECTIVE	TEHNICI	ACTIVITĂȚI
	S1	• Identificarea comportamentelor • Detectarea problemei P sau C	ANALIZA PSIHO-SOCIALĂ ȘI COMPORTAMENTALĂ A COPILULUI	Lista de nemulțumiri Analiza SWOT
	S2	• Comunicare eficientă • Managementul stresului • Cultivarea stimei de sine	REFORMULARE COGNITIVĂ ASCULTARE ACTIVĂ FEEDBACK POZITIV TEHNICI DE ASERTIVITATE JOC DE ROL	Consiliul de familie Jurnalul recunoștinței Joc de rol cu scenarii părinte-copil (figurine)
	S3	• Strategii de coping • Modelarea comportamentului	PUNEREA ÎN PERSPECTIVĂ MODELAREA	Exerciții de punere în perspectivă Autocontrol Reglare emoțională Coping comportamental
	S4	• Punctele forte • Cultivarea sentimentului de competență • Rescrierea convingerilor	STRENGTHS BASED THERAPY REÎNCADRARE POZITIVĂ TEHNICI REBT	Rescrierea gândurilor negative Recunoașterea succeselor
	S5	• Cultivarea umorului • Optimism și cultivarea sentimentului de sens și semnificație		Povești amuzante Ghicitori Fabule Jurnalul recunoștinței
	S6	• Follow-up		

Ședința 1 P/C

Obiective: • *Identificarea comportamentelor* • *Detectarea problemei C sau P*

Ședința a vizat identificarea comportamentelor copilului în familie/școală (crize de frustrare, supra-stimulare, de atenție, de putere, de răzbunare). S-a avut în vedere și percepția copilului asupra fiecărui părinte, a structurii și rutinei familiale, a strategiilor de disciplinare și de stabilire a limitelor, a influenței pe care fiecare părinte o are asupra copilului [14]. S-au evidențiat resursele și sprijinul emoțional disponibil pentru copil în familie. S-a urmărit analiza funcționării psiho-sociale a copilului în mediul familial, social și școlar, interacțiunea dintre membrii familiei și modul în care acestea influențează comportamentul copilului, precum și interacțiunea cu colegii și prietenii și cum aceste relații influențează comportamentul și starea emoțională a copilului, deopotrivă cu performanța școlară și eventualele dificultăți întâmpinate [165]. Au fost identificate probleme din relația Copil/Părinte (A6.6 Exercițiul 5), am clarificat perspectiva părinților asupra cauzei comportamentelor problematice ale copilului. Responsabilitatea pentru problemele comportamentale și emoționale ale unui copil nu cade exclusiv pe umerii copilului, ci este adesea distribuită și între alte părți implicate, părinți sau alții. Fiecare factor are un rol în formarea și influențarea comportamentului copilului, iar identificarea responsabilităților a ajutat la abordarea și soluționarea problemelor în mod eficient (A6.6 Activitate 3).

Continuarea ședințelor din programul de intervenție Părinte/Copil este descrisă pe larg în Anexa 5.

Intervenția centrată pe copil s-a realizat în 12 ședințe, fiecare cu o durată de 60 de minute. Resursele descoperite pe parcursul ședințelor: cele din mediul exterior (suport social, resurse tehnologice, resurse financiare), ajungând la resursele interioare (motivația, stima de sine, optimismul, nivelul aspirațiilor). Întrucât copiii sunt mai conștienți de resursele exterioare, și mai puțin de cele interioare, accentul s-a pus asupra celor de natură interioară, față de care aveau dificultăți în a le conștientiza și asuma. Copiii școlari au nevoie de abordări pozitive pentru a-și promova dezvoltarea și funcționarea social-emoțională. Stresul este frecvent la copiii cu diabet din cauza provocărilor zilnice ale bolii. Terapia include tehnici de reducere a stresului, cum ar fi respirația profundă, mindfulness și alte tehnici de relaxare. Terapeutul lucrează cu copilul pentru a dezvolta abilități de adaptare emoțională și reziliență, astfel încât acesta să facă față mai bine provocărilor legate de diabet (de exemplu, gestionarea hipoglicemiei, injecțiilor, restricțiilor alimentare), strategii pentru a face față stresului. Psihoterapia copilului școlar implică tehnici și activități care să sprijine dezvoltarea emoțională, cognitivă și socială. Aceste tehnici au fost adaptate în funcție de vârsta și nivelul de dezvoltare al copilului, având ca scop îmbunătățirea gestionării emoțiilor, dezvoltarea abilităților de coping și facilitarea adaptării sociale [100]. Terapia a inclus tehnici comportamentale, psihoeducative, de relaxare, mindfulness, de gestionare a stresului, de modelare a comportamentului, antrenament al abilităților sociale, de restructurare cognitivă și de analiză rațională. Tehnicile și activitățile au fost concepute pentru a aborda dificultățile emoționale, sociale și comportamentale ale copilului, promovând o dezvoltare sănătoasă și echilibrată. Astfel, tehnicile de restructurare cognitivă au ajutat copiii să-și identifice și să-și reformuleze gândurile negative automate, tehnicile de mindfulness și conștientizare a emoțiilor au avut rolul de a îmbunătăți toleranța la frustrare și acceptarea trăirilor neplăcute; jocurile terapeutice au oferit contexte simbolice sigure pentru explorarea și exprimarea emoțiilor, dar cel mai important rol, l-a jucat relația terapeutică care a creat un cadru de siguranță emoțională, în care copilul să învețe autoreglarea prin modelare. Redăm în continuare prima ședință.

Tabel 3.3. Programul de intervenție centrată pe copil

INTERVENȚIA CENTRATĂ PE COPIL (C)	ȘEDINȚE	OBIECTIVE	TEHNICI	ACTIVITĂȚI
	S1	• Psihoeducație despre diabet • Dezvoltarea convingerilor pozitive despre sine	AUTOREFLECȚIA TEHNICA NARATIVĂ POZITIVĂ CONȘTIENTIZARE LIMBAJUL INTERIOR	Resurse video Povești, Poezii Convingeri despre sine Activități și exerciții ”Cum sunt eu?”
	S2	• Abilități de rezolvare a problemelor • Strategii de luare a deciziilor	PROBLEM SOLVING GÎNDIREA LATERALĂ	Întrebări Big Question Exerciții de gândire critică Exerciții de abordare a situațiilor dificile ”Copacul deciziilor”
	S3	• Dezvoltarea competențelor sociale	JOC DE ROL CONSTRUIREA UNOR RELAȚII POZITIVE	Jocuri de rol
	S4	• Stabilirea obiectivelor și oportunităților	PLANIFICAREA STRATEGICĂ RESTRUCTURARE COGNITIVĂ ORIENTARE SPRE SCOP	Punerea în perspectivă Exerciții și activități ”Ce pot controla și ce nu”

	S5	• Strategii de coping și adaptare	REFORMULARE COGNITIVĂ RESCRIEREA POVEȘTII PERSON- ALE	"Alternative" "Ce faci când..."
	S6	• Gestionarea emoțiilor • Învățarea autoreglării emoționale	RECUNOAȘTEREA EMOȚIILOR EXPRIMAREA EMOȚIILOR AUTOMONITORIZARE AUTOREGLARE	"Jurnalul emoțional", "Emoții +, emoții -", "Citirea fețelor" "Cât de catastrofic e?"
	S7	• Managementul stresului • Conștientizare prin mindfulness	IMAGERIE DIRIJATĂ RESTRUCTURARE COGNITIVĂ	"Ancorarea în prezent" "O excursie ciudată" "Respirația pătrată"
	S8	• Stima de sine • Autocunoaștere și acceptare • Încurajarea obiectivelor sănătoase	TEHNICA NARATIVĂ	"Eu pot, Eu am, Eu sunt" "A fi mulțumit cu ceea ce ești" (poveste)
	S9	• Dezvoltarea creativității și imagi- nației	ART-TERAPIE TEHNICI CREATIVE BRAINSTORMING	"Întrebuințări neobișnuite" "Ce-ar fi dacă?"
	S10	• Modificarea convingerilor nesănătoase	DISTORSIUNI COGNITIVE TEHNICA ABC (REBT) TEHNICI DE RESTRUCTURARE	Disputarea convingerilor nesănătoase "Detectivul gândurilor" "Truc sau adevăr", Tehnica gândurilor alternative
	S11	• Consecința logică și naturală	ANALIZA RAȚIONALĂ TEHNICA NARATIVĂ	Situații și Alegeri "Ce faci atunci când..." Poveste terapeutică
	S12	• Planificarea pentru viitor	METODA "SMART GOALS"	

Ședința 1 C

Obiective: • *Psihoeducație despre diabet*; • *Comunicarea cu sine*

Explicarea conceptului de diabet într-un mod simplu și adaptat vârstei copilului. A inclus pliante informative (Anexa 2), filmulețe (Anexa 7), desene (Exercițiul 10), aplicații interactive (Activitatea 13), tehnici narative (Activitate 4 și Activitate 5), medical play.

Lev Vîgotski (1986) a susținut ca limbajul și gândirea sunt strâns legate între ele, iar dezvoltarea limbajului ca instrument al gândirii joacă un rol esențial în dezvoltarea cognitivă a copiilor [204]. Pe parcursul copilăriei, abilitatea copilului de a se angaja în procesul de vorbire cu sine se îmbunătățește, iar limbajul devine din ce în ce mai internalizat [263]. Aceasta internalizare progresează între varstele 5-9 ani, iar între 7-10 ani comunicarea deschisă, externă devine gândire. De la vârsta de 7 ani, există deja o conștientizare mai mare a conținutului gândirii, inclusiv o înțelegere a faptului ca gândurile pot influența emoțiile resimțite [71]. Studiile arată că o comunicare pozitivă cu sine conduce la: asumarea perspectivei [186]; oferirea de instrucțiuni și motivație [104]; conștientizarea de sine [260]; gestionarea evenimentelor dureroase [139]; autocunoașterea și autoreflexia [173] autoreglare emoțională generală. În ședință am identificat o serie de convingeri despre sine ale copilului (A6.6. Exercițiul 16 și Exercițiul 21).

Continuarea ședințelor din programul de intervenție pentru Copil este descrisă pe larg în Anexa 5.

3.3. Evaluarea eficienței programului formativ

Pentru a evalua eficiența și utilitatea programului de intervenție psihologică prin reziliență asistată, am folosit un design experimental bazat pe compararea grupurilor experimentale (GE) și de control (GC) prin test/retest pe baza testelor inițiale și finale. Pentru a obiectiva modificările intervenite ca urmare a programului psihologic formativ, au fost utilizate aceleași instrumente psihometrice validate la ambele momente de evaluare (T1 - pre-intervenție și T2 - post-intervenție), atât în cadrul grupului experimental (GE), cât și al grupului de control (GC). Astfel, alegerea acestui protocol a asigurat comparabilitatea scorurilor și s-au putut urmări obiectiv modificările apărute ca urmare a intervenției psihologice formative. Acest demers a permis realizarea unei analize comparative de tip Test–Retest, având ca scop evidențierea variațiilor semnificative în dimensiunile psihologice relevante pentru obiectivele cercetării. Prin menținerea constantă a instrumentelor și a condițiilor de aplicare, s-a asigurat consistența metodologică, reducându-se riscul de erori sistematice și permițând o interpretare validă a diferențelor observate între cele două momente de evaluare. Această structură a permis o evaluare precisă a impactului intervenției asupra dezvoltării rezilienței.

Testarea statistică a diferențelor obținute în urma experimentului formativ a fost realizată cu ajutorul:

- Testului de comparație non-parametrică Mann-Whitney pentru eșantioane independente în cazul comparării nivelului Anxietății (MASC) și a Depresiei (CDI) celor două grupuri, grupul de control (GC) și cel experimental (GE). S-au raportat valoarea testului U, valoarea standardizată Z și nivelul de semnificație statistică p. Diferența a fost asumată pentru $p < 0,05$;
- Testului de comparație non-parametrică Wicoxon pentru eșantioane perechi în cazul comparării nivelului Anxietății (MASC) și a Depresiei (CDI) între cele două momente de timp: momentul inițial (test) și după experimentul formativ (re-test); pentru cele două grupuri (GC/GE). S-au raportat valoarea standardizată a testului Z și nivelul de semnificație statistică p. Diferența a fost asumată pentru $p < 0,05$;
- Testul de comparație non-parametrică pentru eșantioane perechi McNemar în cazul variabilelor binare. Rezultatele au fost prezentate prin numărul de diferențe pozitive, negative și egalități, și nivelul de semnificație statistică p. Diferența s-a asumat pentru $p < 0,05$.

Omogenitatea grupurilor: Rezultatele inițiale ale testelor au arătat că nu există diferențe semnificative statistic între GC și GE înainte de intervenție. Această omogenitate este esențială, deoarece asigură că orice schimbări observate ulterior sunt rezultatul intervenției și nu al unor diferențe preexistente între grupuri.

Evaluarea eficienței intervenției prin trei comparații statistice:

- **Test inițial între GC și GE:** Această comparație confirmă că grupurile erau comparabile înainte de intervenție, fără diferențe semnificative în ceea ce privește variabilele relevante pentru creșterea rezilienței.
- **Retest între GC și GE:** După implementarea programului, această comparație evaluează diferențele dintre GE (care a beneficiat de intervenție) și GC (care nu a beneficiat de intervenție). Diferențele semnificative între cele două grupuri în retest sugerează că intervenția a avut impact asupra GE.
- **Test-Retest pentru GE și GC:** Compararea performanțelor inițiale și finale în cadrul fiecărui grup (test vs. retest) permite evaluarea progresului intern. În cazul GE, diferențele semnificative statistic între testul inițial și retest sugerează că participanții din acest grup au dezvoltat abilități asociate cu reziliența datorită intervenției. Această creștere indică faptul că programul a avut un efect direct asupra dezvoltării capacităților psihologice, cum ar fi gestionarea stresului, adaptarea la dificultăți și menținerea unui echilibru emoțional. În cazul GC, lipsa unor schimbări semnificative între test și retest indică faptul că, fără intervenție, nu au existat îmbunătățiri semnificative ale abilităților de reziliență. Acest rezultat este important pentru validarea intervenției, demonstrând că îmbunătățirile observate în GE nu se datorează altor factori externi sau coincidenței, ci sunt o consecință directă a programului.

Concluzii: Prin aceste trei comparații statistice, programul de intervenție psihologică prin reziliență asistată poate demonstra eficiența sa în dezvoltarea rezilienței și a altor abilități psihologice importante la copiii de vârstă școlară cu diabet zaharat. Această structură oferă un cadru valid pentru creșterea rezilienței, ajutând copiii să facă față provocărilor asociate cu gestionarea diabetului, îmbunătățindu-le capacitatea de a se adapta, de a se autoregla și de a dezvolta competențe emoționale și sociale esențiale.

Structura lotului. Lotul experimentului formativ a fost constituit din 24 de copii, cu vârste între 8 și 14 ani, băieți și fete, diagnosticați cu DZ. Au fost create două grupuri egale numeric, omogene din punct de vedere al dimensiunilor cercetării: grup de control (GC) și grup experimental (GE).

Pentru a asigura validitatea internă a studiului și comparabilitatea între grupul experimental (GE) și grupul de control (GC), s-a efectuat o analiză preliminară a caracteristicilor sociodemografice (gen și vârstă), utilizând testul de independență Chi-pătrat (χ^2).

- *Distribuția pe gen* a fost egală în ambele grupuri: 50% băieți și 50% fete, atât în GE, cât și în GC. Testul Chi-pătrat nu a indicat diferențe semnificative statistic între cele două grupuri în funcție de gen ($\chi^2 = 0.00$, $df = 1$, $p = \text{n.s.}$).

- *Distribuția pe intervale de vârstă* a fost echilibrată relativ, fără diferențe semnificative statistic ($\chi^2 = 1.07$, $df = 2$, $p = 0.587$). Grupul experimental a inclus un număr ușor mai mare de copii din intervalul 10–12 ani, în timp ce grupul de control a avut o distribuție mai uniformă între cele trei categorii de vârstă.

Rezultatul exprimat în tabelul de mai jos sugerează o omogenitate inițială între grupuri în ceea ce privește caracteristicile demografice de bază, permițând compararea validă a efectelor intervenției psihologice asupra dimensiunilor investigate.

Tabel 3.4. Omogenitatea grupurilor în funcție de vârstă și gen

		Grup de control (N=12)		Grup experimental (N=12)		Test de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
Gen	Masculin	6	50,0%	6	50,0%	0,00	1	---
	Feminin	6	50,0%	6	50,0%			
Interval de vârstă	8 – 9 ani	4	33,3%	4	33,3%	1,07	2	0,587
	10 – 12 ani	4	33,3%	6	50,0%			
	13 – 14 ani	4	33,3%	2	16,7%			

Analiza comparativă a Anxietății (test MASC) Test-Retest

Nivelul observat atât pentru Anxietate (scor total MASC), cât și pentru subscalele instrumentului expuse în Tabelul 3.5. a fost în intervalul mediu – peste medie (4 – 6), distribuțiile prezentând asimetrii reduse și foarte reduse ($Sk = -0,58 - 0,43$), dar cu boltiri foarte reduse ($K = -0,70$) sau foarte accentuate ($K = 2,43$), aspect ce determină neasumarea normalității distribuțiilor în cazul simptomelor fizice și evitării lezării (Anexa 4, Tabel 1).

Tabel 3.5. Indicatori descriptivi ai distribuțiilor Anxietății (MASC) și a sub-scalelor sale pentru lotul cuprins în cercetarea experimentală (N=24).

	Mini	Maxim	M	SD	Mdn	Coef. asimetrie		Coef. boltire	
	m					Sk	SE	K	SE
Scor total MASC	3,00	7,00	5,17	1,17	5,00	-0,17	0,47	-0,68	0,92
Simptome fizice	3,00	8,00	5,58	1,14	6,00	0,16	0,47	0,95	0,92
Tensiune/Neliniste	3,00	6,00	4,67	1,01	5,00	-0,36	0,47	-0,81	0,92
Somatic/Vegetativ	3,00	7,00	5,33	1,17	5,00	-0,36	0,47	-0,36	0,92
Evitarea lezării	2,00	7,00	5,13	1,48	5,50	-0,58	0,47	-0,70	0,92
Perfectionism	2,00	8,00	4,46	1,44	4,50	0,14	0,47	0,45	0,92
Coping anxios	2,00	8,00	4,88	1,36	5,00	-0,09	0,47	0,91	0,92
Anxietate socială	3,00	8,00	5,29	1,23	5,00	0,01	0,47	-0,03	0,92
Umilinta/Respingere	2,00	9,00	5,00	1,38	5,00	0,43	0,47	2,43	0,92
Frica de performanta	2,00	9,00	5,13	1,54	5,00	0,16	0,47	0,73	0,92
Anxietate de separare	2,00	8,00	5,13	1,78	5,00	-0,15	0,47	-0,63	0,92
Indexul tulburării anxioase	2,00	8,00	4,67	1,46	5,00	-0,27	0,47	0,33	0,92

Notă: M – media aritmetică, SD – abaterea standard, Sk – coeficient asimetrie, K – coeficient boltire, SE – eroarea standard.

În Anexa 4, Tabelul 3 sunt prezentați indicatorii descriptivi ai statistici ai distribuțiilor scorurilor Anxietății (MASC) și ale sub-scalelor acesteia, comparative între grupul experimental GE și grupul de control GC la momentul initial test. Pentru a verifica omogenitatea nivelului de anxietate între grupul de control GC și grupul experimental GE la momentul pre-intervenție, s-a aplicat testul non-parametric Mann-Whitney U, având în vedere dimensiunea globală a anxietății și a subcalelor aferente din chestionarul MASC (Multidimensional Anxiety Scale for Children). Rezultatele au indicat diferențe nesemnificative statistic ($p > 0,050$) pentru scorul total al anxietății, precum și pentru majoritatea subcalelor (Anexa 4, Tabel 4), ceea ce permite asumarea omogenității între grupuri înaintea intervenției formative – un aspect esențial în analiza impactului intervenției formative. Singura excepție a fost observată în cazul subcalei Evitarea lezării, unde analiza a evidențiat o diferență semnificativă statistic între cele două grupuri ($U = 35,50$; $Z = -2,17$; $p < 0,050$). Concret, grupul experimental GE a înregistrat un nivel mai ridicat de evitare a lezării ($Mdn = 6,00$), comparativ cu grupul de control GC ($Mdn = 4,50$). Această diferență punctuală va fi luată în considerare în interpretarea rezultatelor finale, pentru a evita posibile confuzii privind impactul intervenției asupra acestei subcale specifice.

Această diferență vine în completarea cercetărilor anterioare care au evidențiat o tendință crescută a copiilor cu diabet de a recurge la strategii de coping evitant, în special în fața pericolelor percepute pentru sănătate [109]. Astfel, scorurile mai mari la subscala Evitarea lezării din grupul experimental GE reflectă o preocupare accentuată pentru prevenirea riscurilor fizice și o hipervigilență emoțională, caracteristici frecvent asociate cu gestionarea unei boli cronice în copilărie.

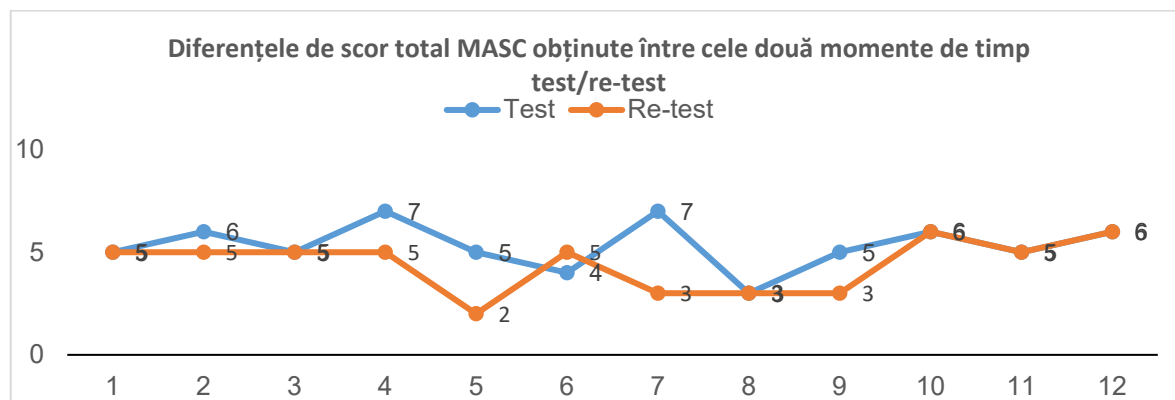


Figura 3.4. Analiza Anxietății (scor total MASC) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

În grupul de control GC, diferențele între test și retest sunt minime, scorurile fiind relativ stabile în timp. Aceste variații minime pot fi atribuite fluctuațiilor normale în răspunsuri sau adaptării la test. Aceasta sugerează că nu a avut loc o modificare semnificativă a nivelului de anxietate în absența intervenției. Unii copii au avut scoruri identice, ceea ce întărește ideea de menținere a simptomelor în absența unei intervenții, iar unul dintre copii prezintă o creștere care nu este semnificativă, dar poate indica o ușoară agravare a simptomatologiei sau o percepție mai intensă a anxietății la retest.

Rezultatele oferă suport empiric și susțin faptul că în absența unei intervenții psihologice, nivelul de anxietate rămâne relativ constant, ceea ce întărește validitatea rezultatelor din grupul experimental GE, unde

scorurile la anxietate au scăzut semnificativ (Anexa 4, Tabel 5). Aceste observații sprijină ideea că intervenția psihologică bazată pe reziliență a avut un efect benefic clar asupra reducerii simptomatologiei anxioase în rândul copiilor cu diabet.

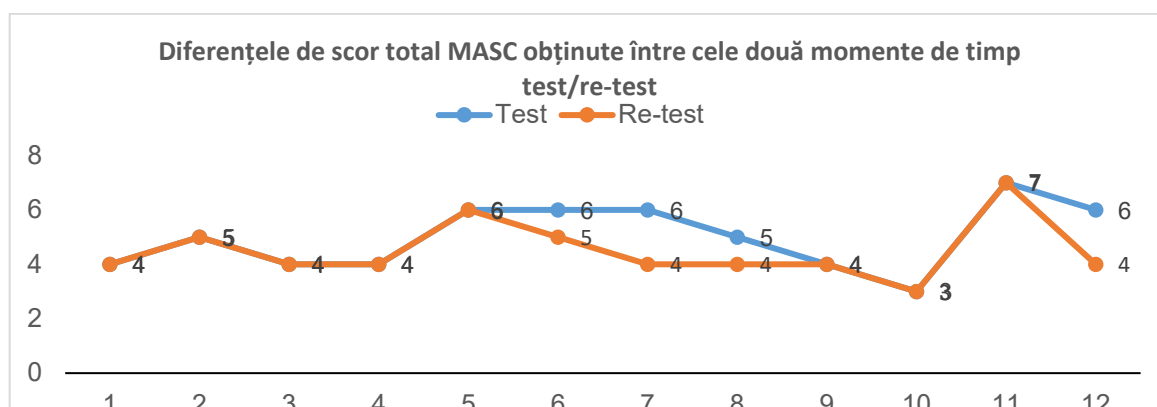


Figura 3.5. Analiza Anxietății (scor total MASC) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

Analiza comparativă a nivelului Anxietății (MASC) și a subscalelor în funcție de grup GC – GE (Anexa 4, Tabel 6), realizată cu ajutorul testului comparativ non-parametric Mann-Whitney U la final (re-test) a indicat următoarele:

- Între nivelurile scorului total al Anxietății (MASC) al celor două grupuri GC - GE diferența nu este semnificativă statistic ($U = 67,50$; $Z = -0,27$; $p > 0,050$), în sensul că nivelul ambelor grupuri corespunde nivelului mediu ($Mdn = 4,00 - 5,00$);
- Nivelul Simptomelor fizice este puternic diferențiat ($U = 13,50$; $Z = -3,53$; $p < 0,10$), nivelul grupului de control GC fiind semnificativ mai ridicat ($Mdn = 7,00$), decât cel corespunzător grupului experimental GE ($Mdn = 5,00$). Simptomele fizice (somatice) sunt adesea expresii ale distresului emoțional;
- Această diferențiere se regăsește și în cazul celor două subscale, Tensiune/Neliniște ($U = 25,00$; $Z = -2,77$; $p < 0,10$) și Somatic/Vegetativ ($U = 15,00$; $Z = -3,38$; $p < 0,10$), cazuri în care nivelurile prezentate de grupul de control GC ($Mdn = 5,00 - 6,00$) au rămas mai ridicate, comparativ cu cele ale grupului experimental GE ($Mdn = 4,00 - 4,50$);
- În cazul Evitării lezării, nu s-au constatat diferențe semnificative ($U = 56,00$; $Z = -1,01$; $p > 0,050$) la retestare, existând niveluri asemănătoare în ambele grupuri ($Mdn = 5,00$);
- Lipsa unei diferențieri semnificative a fost observată și în cazul celor două subscale, Perfecționism ($U = 54,50$; $Z = -1,06$; $p > 0,05$) și Coping anxios ($U = 68,00$; $Z = -0,24$; $p > 0,050$), existând niveluri medii ($Mdn = 4,00 - 5,00$), atât în cazul grupului experimental GE, cât și în cazul grupului de control GC;
- Nivelul Anxietății sociale se diferențiază semnificativ statistic ($U = 32,50$; $Z = -2,36$; $p < 0,050$) între cele două grupuri, în sensul că grupul de control GC prezintă un nivel semnificativ mai ridicat ($Mdn = 5,50$), decât cel al grupului experimental GE ($Mdn = 4,50$);

- Diferența nu a fost confirmată însă, în cazul celor două subscale corespunzătoare Anxietății sociale, respectiv Umilință/Respingere ($U = 65,00$; $Z = -0,42$; $p > 0,050$) și Frică de performanță ($U = 45,00$; $Z = -1,64$; $p > 0,050$). Umilință/Respingere având un nivel egal în ambele grupuri ($Mdn = 4,00$), iar pentru Frica de performanță cele două grupuri au nivele foarte apropiate ($Mdn = 4,00 - 5,00$);

- Nivelul Anxietății de separare este semnificativ diferențiat între cele două grupuri ($U = 32,50$; $Z = -2,37$; $p < 0,050$), în sensul unui nivel mai redus în cazul grupului experimental GE ($Mdn = 5,00$), comparativ cu cel al grupului de control GC ($Mdn = 6,00$), indicând un efect pozitiv al intervenției în reducerea acestui tip de anxietate;

- Indexul tulburării anxioase a prezentat un nivel mediu aproximativ egal pentru ambele grupuri ($U = 49,50$; $Z = -1,35$; $p > 0,050$), nivel corespunzător nivelului mediu al subscalei ($Mdn = 3,50 - 4,00$).

Testul comparativ non-parametric Wilcoxon aplicat pentru compararea nivelurilor Anxietății și ale subscalelor corespunzătoare obținute de grupul experimental GE între cele două momente ale experimentului formativ, înainte și după intervenția formativă (Anexa 4, Tabel 7), a relevat următoarele:

- Nivelul Anxietății (scor total MASC) păstrează un nivel corespunzător nivelului peste medie al scalei ($Mdn = 5,00$) și la momentul re-test, dar cu reducerea acestuia la 5/12 copii, aspect ce poate fi asumat ca reducere a nivelului anxietății, la limita pragului de semnificație statistică ($Z = -1,90$; $p = 0,058$), această tendință relevantă sugerează un efect pozitiv moderat al intervenției;

- În cazul Simptomelor fizice, reducerea nivelului este semnificativă statistic ($Z = -2,65$; $p < 0,010$), în sensul unui nivel re-test ($Mdn = 5,00$) corespunzător nivelului peste medie, semnificativ mai redus decât nivelul test ($Mdn = 6,00$). În cazul simptomelor fizice s-a observat o diminuare a severității simptomelor de la nivelul clinic la unul moderat în 10/12 cazuri, indicând o eficiență clară a intervenției asupra simptomelor somatice de anxietate (palpitații, transpirații, greață etc);

- Pentru subscalele sale Tensiune/Neliniște și Somativ/Vegetativ diferențele observate nu ating pragul de semnificație statistică, ($Z = -1,77$; $p = 0,076$) în cazul tensiunii și ($Z = -1,76$; $p = 0,079$) în cazul somatic, cu toate că au fost observate reduceri de nivel în 9/12 și respectiv 7/12 dintre cazuri. Nivelul de tensiune se reduce de la un nivel peste medie ($Mdn = 5,00$) la un nivel mediu ($Mdn = 4,00$), iar nivelul somatic de la un nivel peste medie ($Mdn = 5,50$) la un nivel mediu ($Mdn = 4,50$).

Aceste date confirmă faptul că intervenția psihologică aplicată în grupul experimental GE a avut un efect benefic în special asupra simptomatologiei fizice a anxietății. Deși scorul global al anxietății și subscalelor sale nu ating toate semnificația statistică, reducerile de nivel la majoritatea copiilor sugerează o ameliorare psihologică reală, cu posibil impact asupra funcționării zilnice și a calității vieții. Efectele pozitive observate la nivel individual sunt valoroase din punct de vedere clinic și pot fi interpretate drept indicatori ai progresului emoțional. Reducerea simptomelor fizice, observată la nivel semnificativ statistic în grupul experimental GE, susține literatura privind eficiența intervențiilor cognitive și emoționale în diminuarea anxietății somatice la copii [15].

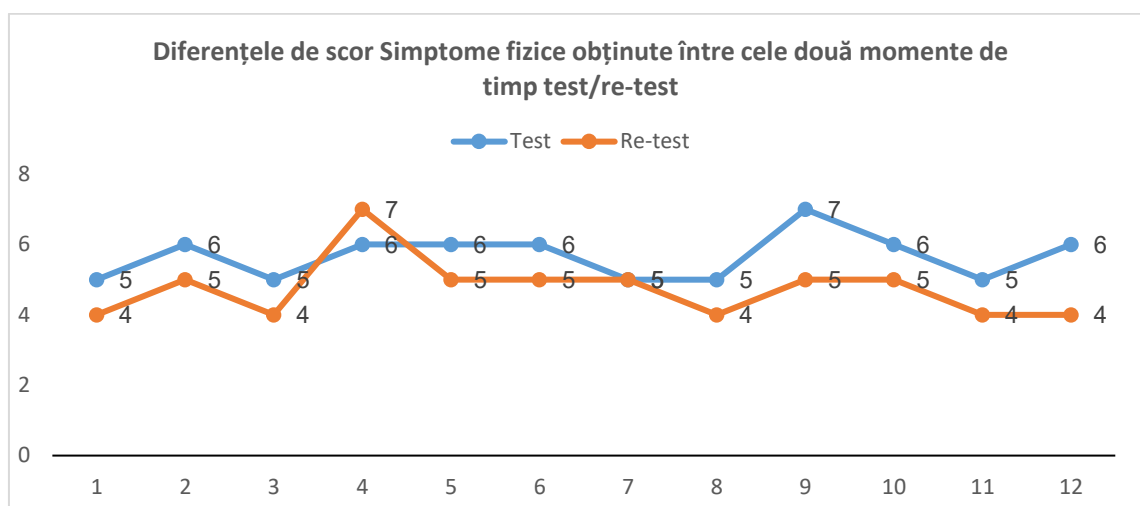


Figura 3.6. Analiza Anxietății (Simptome fizice) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

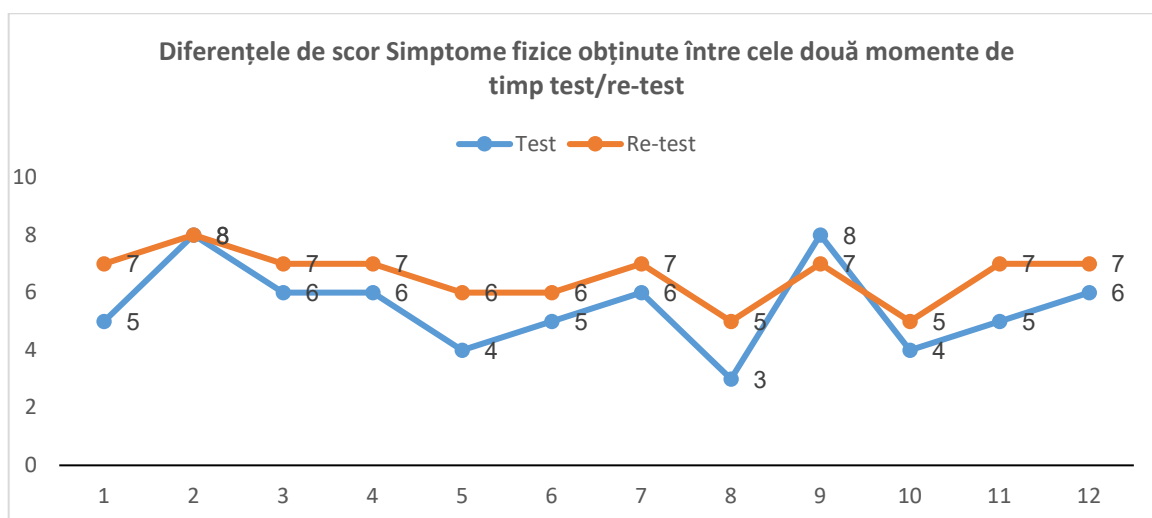


Figura 3.7. Analiza Anxietății (Simptome fizice) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

- Reducerea nivelului de Evitare a lezării nu atinge pragul de semnificație statistică ($Z = -1,78$; $p = 0,075$), cu toate că s-a identificat o reducere de nivel în 7/12 dintre cazuri. La nivelul grupului experimental GE s-a obținut o reducere de la nivelul clinic ($Mdn = 6,00$) la nivelul peste medie ($Mdn = 5,00$). Aceste date sugerează o ameliorare parțială a evitării anxioase;
- Dintre cele două subscale corespunzătoare Evitării lezării, respectiv Perfecționismul și Copingul anxios, doar la cea din urmă s-a observat o reducere semnificativă statistic ($Z = -2,40$; $p < 0,050$), în sensul reducerii de la nivelul inițial corespunzător nivelului peste medie ($Mdn = 5,00$) la un nivel mediu ($Mdn = 4,00$). Acest rezultat reflectă o îmbunătățire importantă în strategia de gestionare a anxietății la copiii din grupul experimental GE, prin reducerea tendinței de a reacționa exagerat sau catastrofic în fața stresului. Scăderea semnificativă poate fi pusă în legătură cu efectele pozitive ale intervenției formative asupra autoreglării emoționale și dezvoltării unor răspunsuri mai adaptative la situațiile percepute ca fiind amenințătoare. În cazul Perfecționismului reducerea observată nu este semnificativă statistic ($Z = -0,55$; $p > 0,100$). Acest rezultat poate fi interpretat prin caracterul mai stabil și profund al trăsăturii de perfecționism, care poate necesita intervenții mai îndelungate și mai specifice pentru a fi modificată

semnificativ. De asemenea, este posibil ca această dimensiune să fie mai influențată de factori educaționali și familiali, decât de intervențiile scurte de tip psihologic aplicate în cadrul studiului.

Rezultatele obținute indică faptul că intervenția aplicată a fost eficientă în reducerea strategiilor de Coping anxios, ceea ce reprezintă un pas important în dezvoltarea unor mecanisme de adaptare mai funcționale. Chiar dacă Evitarea lezării în ansamblu nu a scăzut semnificativ, reducerea sub-componentei Coping anxios confirmă eficiența programului în sprijinirea copiilor de a-și gestiona mai eficient fricile, îndoielile și comportamentele de evitare disproporționate. Aceasta poate contribui pe termen lung la dezvoltarea rezilienței și a sentimentului de autoeficacitate.

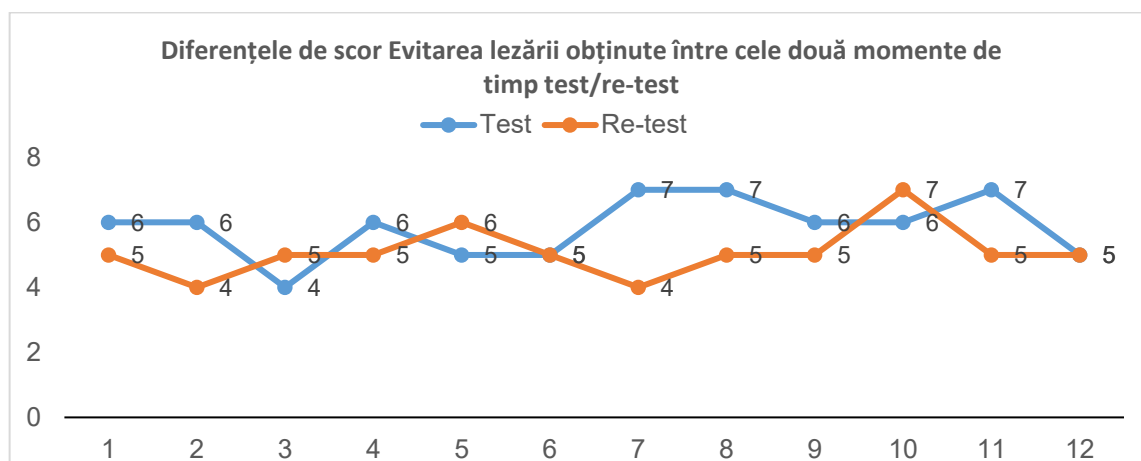


Figura 3.8. Analiza Anxietății (Evitarea lezării) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

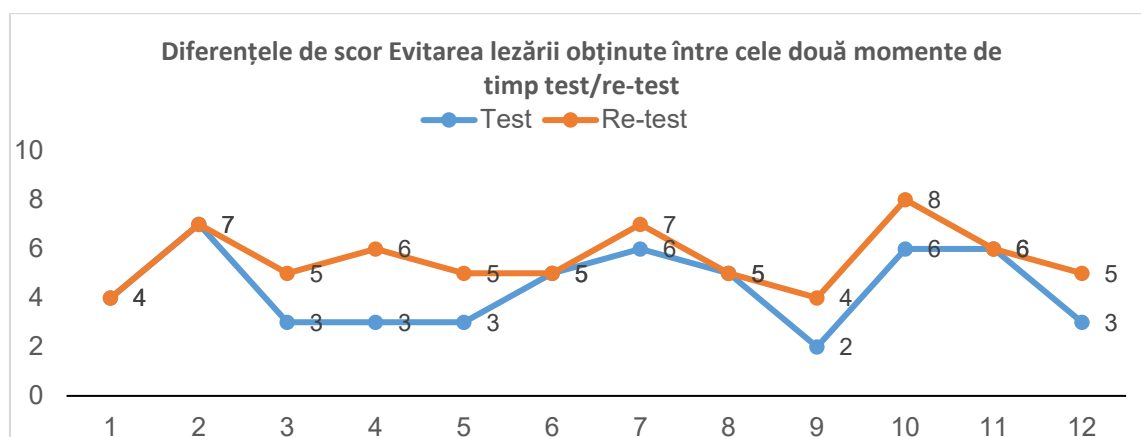


Figura 3.9. Analiza Anxietății (Evitarea lezării) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

- În cazul Anxietății de separare, nivelul rămâne la fel ($Mdn = 5,00$), existând atât reduceri 6/12, cât și creșteri în 5/12 dintre cazuri, indicând o evoluție variabilă individuală, fără o tendință clară de ameliorare sau agravare la nivel de grup. Această stabilitate aparentă poate fi interpretată prin natura profundă și relațională a anxietății de separare, care este adesea influențată de dinamica familială, stilul de atașament și/sau de experiențele de separare anterioare [249]. Astfel, intervențiile psihoterapeutice de scurtă durată, de tip formativ, pot avea un impact limitat asupra acestei dimensiuni.

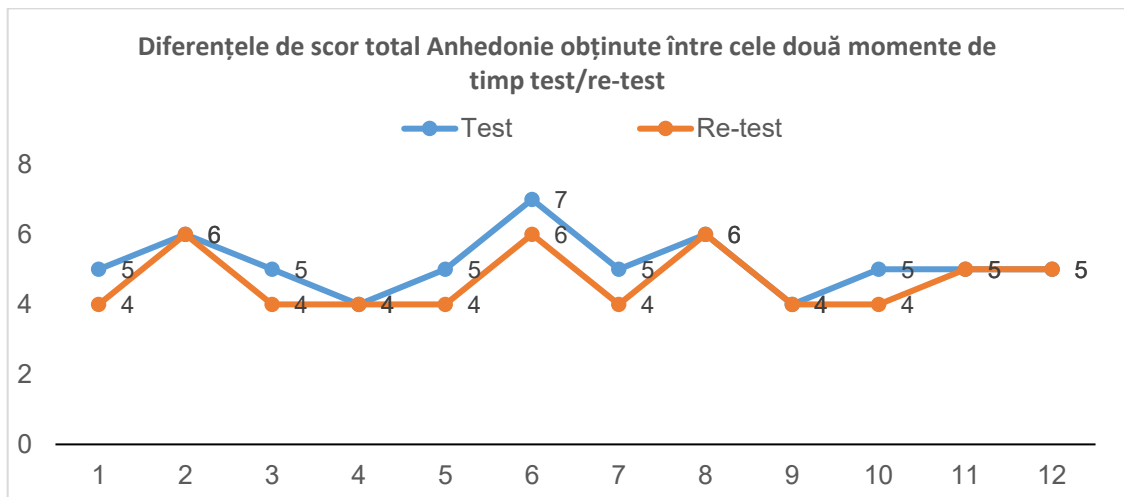


Figura 3.10. Analiza Anxietății (Anxietatea de separare) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

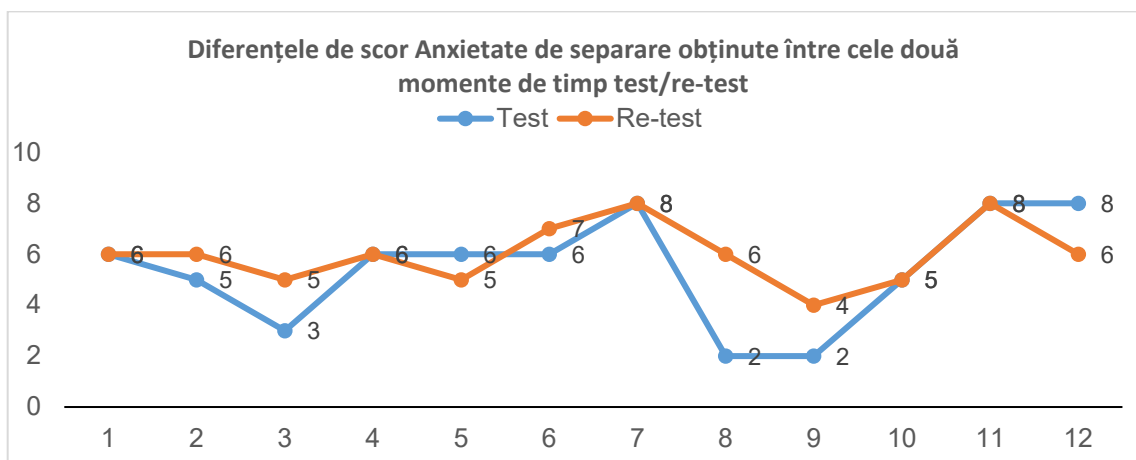


Figura 3.11. Analiza Anxietății (Anxietatea de separare) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

Nivelul Indexului tulburării anxioase se reduce semnificativ statistic ($Z = -2,56$; $p < 0,050$), de la un nivel inițial ($Mdn = 5,00$) corespunzător nivelului peste medie, la un nivel mediu ($Mdn = 3,50$) în momentul re-test, ceea ce reflectă o îmbunătățire globală a profilului anxios al copiilor incluși în programul de intervenție. Această reducere semnificativă a indexului global sugerează că intervenția psihologică aplicată a avut un impact pozitiv, contribuind la diminuarea ansamblului simptomelor anxioase, chiar și în condițiile în care nu toate dimensiunile specifice ce intră în componența anxietății au prezentat modificări semnificative.

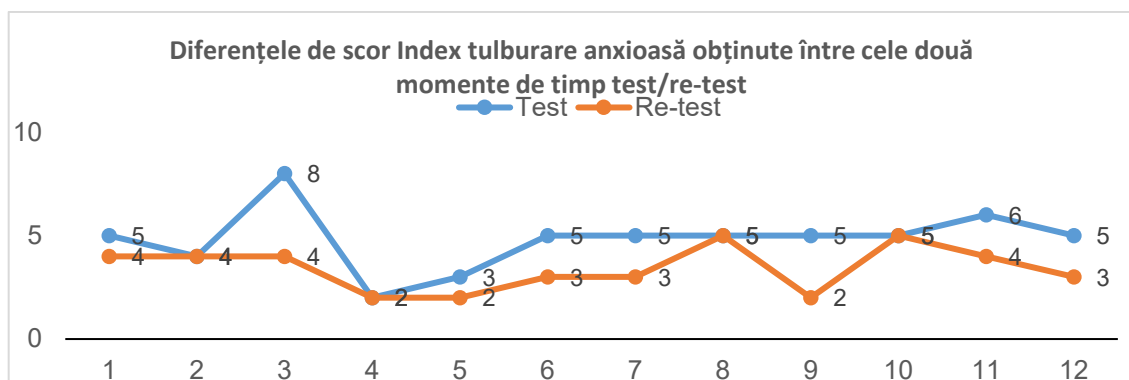


Figura 3.12. Analiza Anxietății (Indice tulburare anxioasă) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

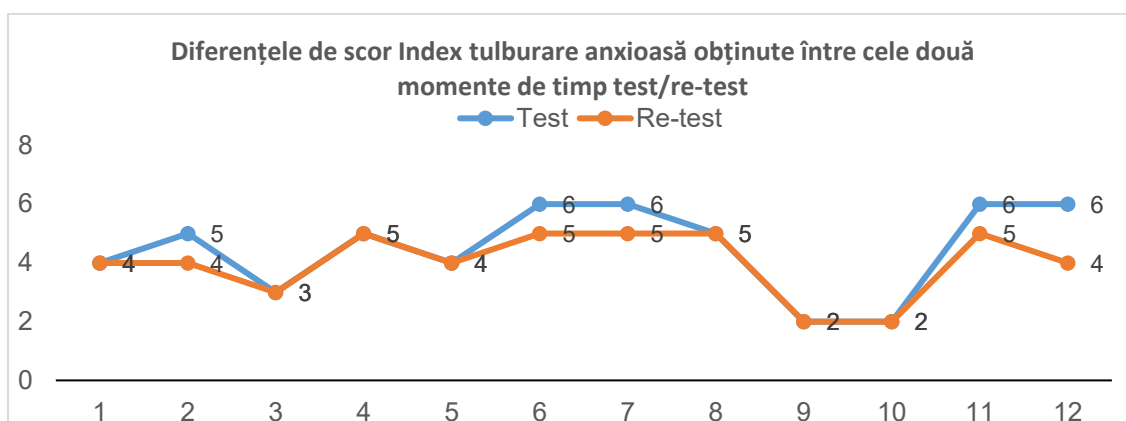


Figura 3.13. Analiza Anxietății (Indice tulburare anxioasă) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

- În cazul Anxietății sociale reducerea nu atinge pragul de semnificație statistică ($Z = -1,73$; $p = 0,084$), dar se observă o reducere de nivel în 8/12 dintre cazuri. La nivelul grupului, nivelul inițial corespunde nivelului peste medie ($Mdn = 5,00$) în timp ce nivelul final (re-test) corespunde unui nivel mediu ($Mdn = 4,50$), indicând o oarecare tendință pozitivă în reducerea anxietății sociale după intervenția psihologică.

- Pentru cele două subscale corespunzătoare, reducerea observată a fost semnificativă statistic, ($Z = -2,72$; $p < 0,010$) în cazul Umilință/Respingere și ($Z = -2,60$; $p < 0,010$) în cazul Frică de performanță. Nivelul inițial (test) a corespuns unui nivel peste medie ($Mdn = 5,00$) pentru ambele subscale, și s-a redus la un nivel re-test corespunzător nivelului mediu ($Mdn = 4,00$) în ambele cazuri. Acest rezultat evidențiază o ameliorare clară a disconfortului social perceput de copii în două privințe esențiale: teama de respingere și anxietatea legată de performanță. Acest fapt sugerează că intervenția formativă a avut un impact specific, ajutând copiii să-și gestioneze mai bine temerile sociale și a contribuit în acest fel, la îmbunătățirea abilităților de relaționare socială și la scăderea disconfortului resimțit în situații sociale stresoare, ceea ce constituie un progres important în dezvoltarea rezilienței emoționale și sociale.

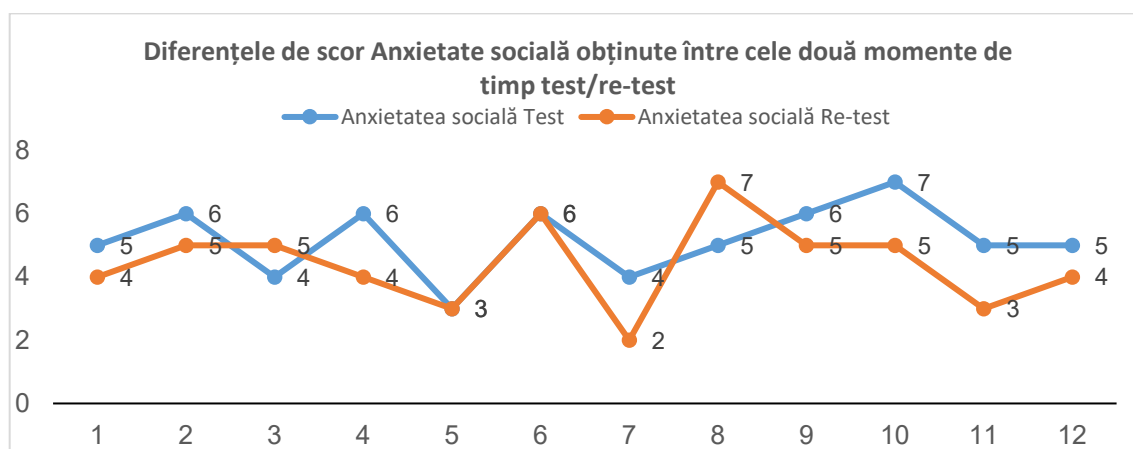


Figura 3.14. Analiza Anxietății (Anxietate socială) Test - Retest pentru Grupul experimental (GE)

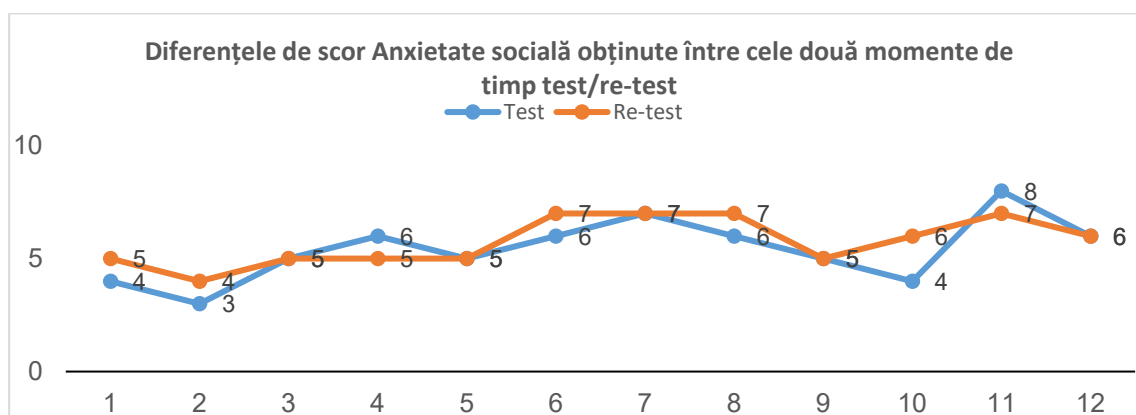


Figura 3.15. Analiza Anxietății (Anxietate socială) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

Testul comparativ non-parametric Wilcoxon a fost utilizat pentru a evalua diferențele dintre scorurile obținute de grupul de control GC la momentul inițial (test) și cel ulterior (re-test), în ceea ce privește anxietatea totală (MASC) și subscalele acesteia (Anexa 4, Tabel 8). Analiza a avut ca scop identificarea posibilelor variații naturale ale anxietății, iar acest rezultat sugerează o stabilitate a nivelului de anxietate pe parcursul perioadei analizate în absența unei intervenții psihoterapeutice. Fluctuațiile naturale ale anxietății în rândul copiilor din GC au fost minime, iar eventualele variații pot fi atribuite variabilității individuale și nu unor factori externi specifici.

Stabilitatea scorurilor în grupul de control validează ipoteza conform căreia modificările semnificative observate în grupul experimental pot fi atribuite intervenției formative, și nu unor fluctuații naturale ale anxietății în timp. Astfel, diferențele semnificative identificate în GE capătă un plus de validitate internă, prin contrast cu evoluția naturală constantă din grupul de control GC.

Nu s-au identificat diferențe semnificative statistic de nivel între băieți și fete (Anexa 4, Tabel 9) atât pentru Anxietatea globală (MASC) ($U = 17,00$; $Z = -0,17$; $p > 0,050$), cât și pentru fiecare dintre subscalele corespunzătoare instrumentului folosit (MASC). Aceste rezultate sugerează că, în cadrul eșanionului studiat, genul nu influențează semnificativ nivelurile de anxietate autoraportate de copii.

Nu s-au identificat diferențe semnificative statistic de nivel în funcție de nivelul de vârstă (Anexa 4, Tabel 10) atât pentru Anxietatea globală (MASC) ($H = 0,42$; $df = 2$; $p > 0,050$), cât și pentru fiecare dintre subscalele corespunzătoare instrumentului folosit (MASC). Rezultatele indică o relativă omogenitate a nivelurilor de anxietate în funcție de vârstă, ceea ce înseamnă că vârsta nu constituie un factor diferențial relevant în acest context specific.

📖 În concluzie, intervenția formativă a avut efecte pozitive asupra simptomelor anxioase cu componență fiziologică, relațională și socială. Reducerea simptomelor fizice și a tensiunii indică o reglare mai bună a răspunsului la stres și sugerează o ameliorare a reactivității emoționale și a mecanismelor de reglare, iar scăderea anxietății sociale și de separare reflectă îmbunătățiri în percepția siguranței și a relațiilor interpersonale. Intervenția a fost eficientă în reducerea simptomelor anxioase cu impact funcțional imediat, ceea ce este esențial pentru calitatea vieții și funcționarea zilnică. Copingul anxios și

perfecționismul par a fi mai rezistente la schimbare, lipsa de efect în aceste dimensiuni sugerează nevoia de intervenții mai complexe sau mai îndelungate, care să vizeze și structurile cognitive de profunzime.

Analiza comparativă a Depresiei (test CDI) Test-Retest

Nivelul observat atât pentru Depresie (scor total CDI) cât și pentru subscalele instrumentului a fost în intervalul mediu – peste medie (4 – 5), distribuțiile prezentând asimetrii reduse și foarte reduse ($Sk = -0,29 - 0,18$) în cazul Problemelor interpersonale, Ineficienței și Anhedoniei, dar cu moderate asimetrii pozitive ($Sk = 0,64 - 0,84$) în cazul Depresiei globale, Dispoziției negative și Autodevalorizării, asimetrii ce indică o pondere mai ridicată a nivelurilor medii. Majoritatea subscalelor indică o distribuție echilibrată a răspunsurilor. Rezultatele testului de normalitate aplicat distribuțiilor depresiei și subscalelor sale sunt prezentate în Anexa 4, Tabel 11. În ansamblu, datele sugerează un profil emoțional marcat de stări afective moderate, fără extreme evidente, dar cu un accent pe afectele negative și percepțiile negative despre sine la unii dintre copii.

Tabel 3.6. Indicatori descriptivi ai distribuțiilor Depresie (CDI) și a sub-scalelor pentru lotul cuprins în cercetarea experimentală ($N=24$).

	Minim	Maxim	M	SD	Mdn	Coef. asimetrie		Coef. boltire	
						Sk	SE	K	SE
Scor total CDI	3	9	4,88	1,48	5,00	0,84	0,47	1,22	0,92
Dispoziție negativă	3	9	5,00	1,56	5,00	0,67	0,47	0,18	0,92
Probleme interpersonale	2	7	5,04	1,40	5,00	-0,29	0,47	-0,61	0,92
Ineficiență	2	9	4,79	1,56	5,00	0,23	0,47	1,23	0,92
Anhedonie	2	9	5,38	1,53	5,00	0,18	0,47	0,84	0,92
Auto-devalorizare	2	9	4,50	1,84	4,50	0,64	0,47	0,40	0,92

Notă: M – media aritmetică, SD – abaterea standard, Sk – coeficient asimetrie, K – coeficient boltire, SE – eroarea standard.

Indicatorii statistici ai distribuțiilor Depresiei (CDI) și ale subscalelor sale în comparație GC – GE la momentul test au fost prezentate în Anexa 4, Tabel 13, iar rezultatele testului comparativ Mann-Whitney U între cele două grupuri la momentul test au fost redată și ele în Anexa 4, tabelul 14. Similar, indicatorii statistici ai distribuțiilor Depresiei (CDI) și ale subscalelor sale în comparație GC – GE la momentul re-test au fost prezentate în Anexa 4, Tabel 15.

Analiza comparativă a nivelului Depresiei (CDI) și a subscalelor în funcție de grup GC – GE (Anexa 4, tabel 16), realizată cu ajutorul testului comparativ non-parametric Mann-Whitney la final (re-test), a indicat următoarele:

- Între nivelurile Depresiei (scor total CDI) ale celor două grupuri GC și GE diferența nu este semnificativă statistic ($U = 56,00$; $Z = -1,02$; $p > 0,050$), în sensul că nivelul ambelor grupuri corespunde nivelului peste medie ($Mdn = 5,00$);
- Lipsa de diferență semnificativă a fost observată și în cazul Dispoziției negative ($U = 53,50$; $Z = -1,13$; $p > 0,050$), Problemelor interpersonale ($U = 53,50$; $Z = -1,11$; $p > 0,050$) și Autodevalorizării (U

= 61,50; $Z = -0,32$; $p > 0,050$). Nivelurile atinse în momentul re-test fiind mediu - peste medie (Mdn = 4,00 – 5,00);

- Nivelul Ineficiență este puternic diferențiat ($U = 24,00$; $Z = -2,94$; $p < 0,10$), nivelul grupului de control GC fiind semnificativ mai ridicat (Mdn = 5,00), decât cel corespunzător grupului experimental GE (Mdn = 4,00). Acest lucru sugerează o îmbunătățire a percepției eficienței personale la copii după intervenția formativă;

- Diferențiere semnificativă se regăsește și în cazul Anhedoniei ($U = 32,50$; $Z = -2,38$; $p < 0,050$), caz în care nivelul prezentat de grupul de control GC (Mdn = 5,00) a fost mai ridicat decât cel al grupului experimental GE (Mdn = 4,00). Deci, grupul experimental GE a prezentat o ameliorare semnificativă a sentimentului hedonic, ceea ce indică îmbunătățirea tonusului emoțional și a interesului pentru activități. Testul comparativ non-parametric Wilcoxon aplicat pentru compararea nivelurilor Depresiei și subscalelor corespunzătoare obținute de grupul experimental GE în cele două momente ale experimentului formativ, înainte și după intervenția formativă (Anexa 4, tabel 17), a relevat următoarele:

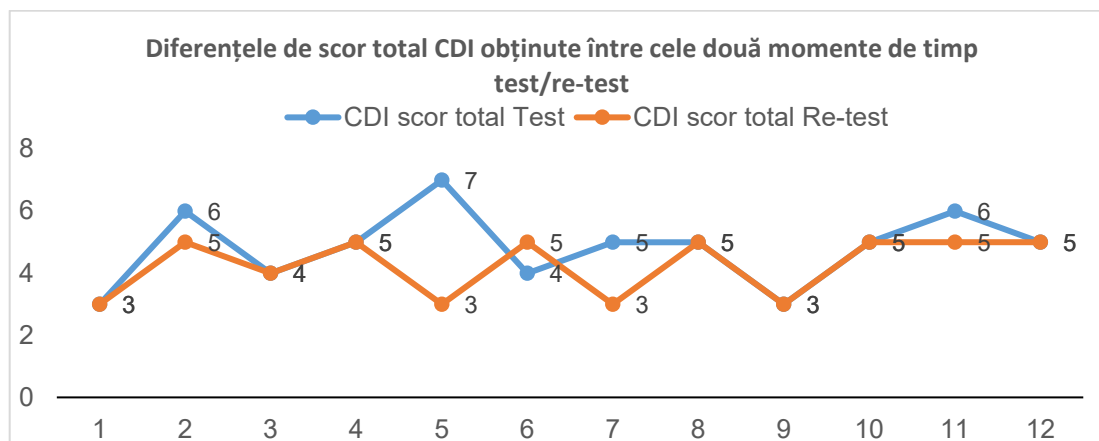
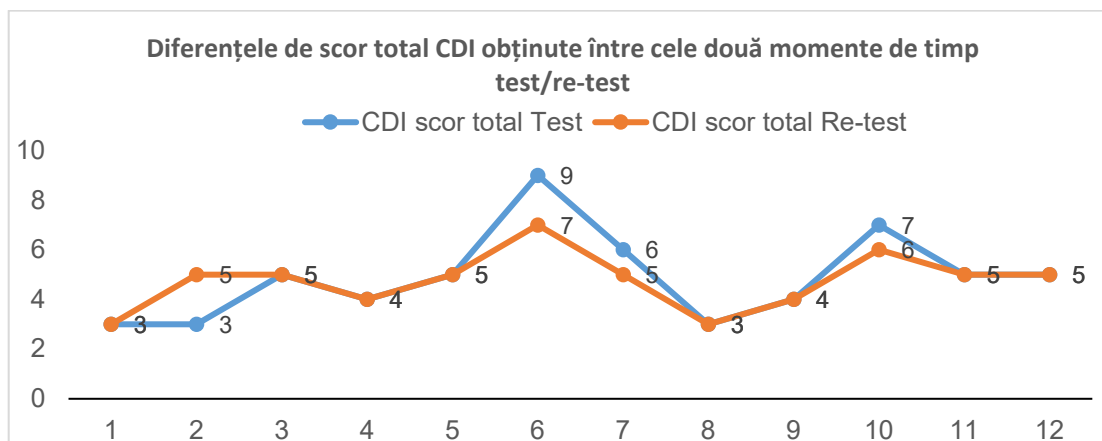


Figura 3.16. Analiza Depresiei (scor total CDI) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

- Nivelul Depresiei (scor total CDI) păstrează un nivel corespunzător nivelului peste medie al scalei (Mdn = 5,00) și la momentul re-test, însă cu reducerea acestuia la 4/12 dintre copii, aspect ce poate fi asumat ca o reducere redusă și nesemnificativă a nivelului depresiei ($Z = -1,51$; $p > 0,050$), care semnifică o reducere modestă a simptomelor depresive globale;



Tabel 3.17. Analiza Depresiei (scor total CDI) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

- Modificări nesemnificative statistic au fost observate și în cazul Ineficienței ($Z = -1,50$; $p > 0,050$) și Autodevalorizării ($Z = -1,30$; $p > 0,050$), deși la nivel descriptiv s-a observat o ușoară scădere în cazul Ineficienței, iar în cazul Autodevalorizării se observă o constanță a percepțiilor negative despre sine;
- În cazul Dispoziției negative reducerea nivelului este semnificativă statistic ($Z = -2,41$; $p < 0,050$), în sensul unui nivel re-test ($Mdn = 4,00$) corespunzător nivelului mediu, semnificativ mai redus decât nivelul test ($Mdn = 5,00$), care corespunde nivelului peste medie. În cazul Dispoziției negative s-a observat o reducere a nivelului în 7/12 cazuri, reprezentând o ameliorare a dispoziției generale.

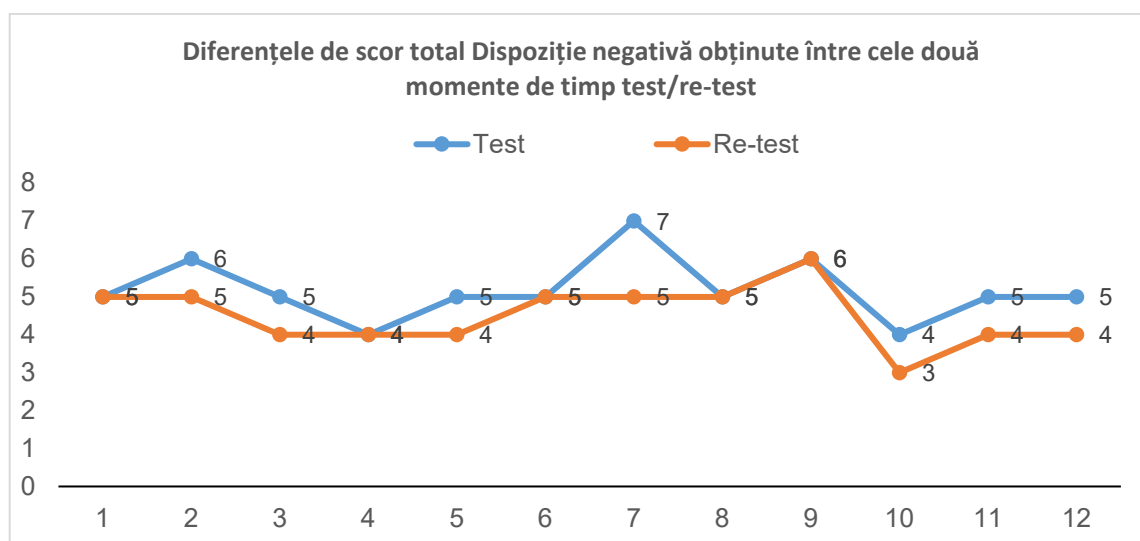


Figura 3.18. Analiza Depresiei (Dispoziție negativă) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

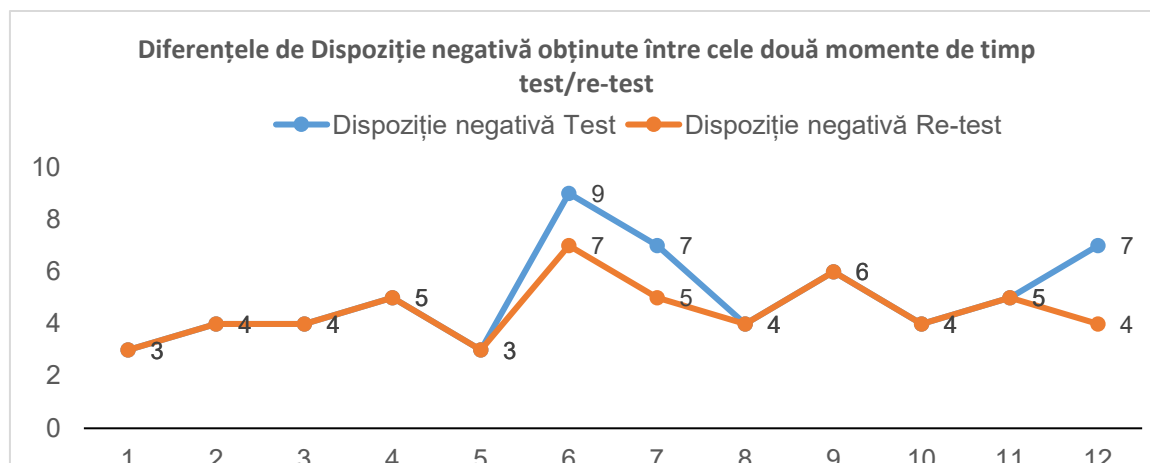


Figura 3.19. Analiza Depresiei (Dispoziția negativă) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

- Reducere a fost obținută și în cazul Problemelor interpersonale ($Z = -2,21$; $p < 0,050$), nivelul re-test ($Mdn = 4,00$) - corespunzător nivelului mediu, este semnificativ mai redus decât nivelul test ($Mdn = 5,00$), nivel ce corespunde nivelului peste medie. În cazul problemelor interpersonale s-a observat o reducere a nivelului în 6/12 cazuri, arătând o îmbunătățire clară a relațiilor interpersonale. Această schimbare arată că intervenția formativă axată pe autoreglare emoțională, comunicare, abilități sociale a

ajutat copiii să-și îmbunătățească relațiile cu cei din jur, să comunice mai eficient, să se simtă mai puțin respinși sau izolați și să aibă un ton emoțional mai echilibrat în interacțiuni sociale.

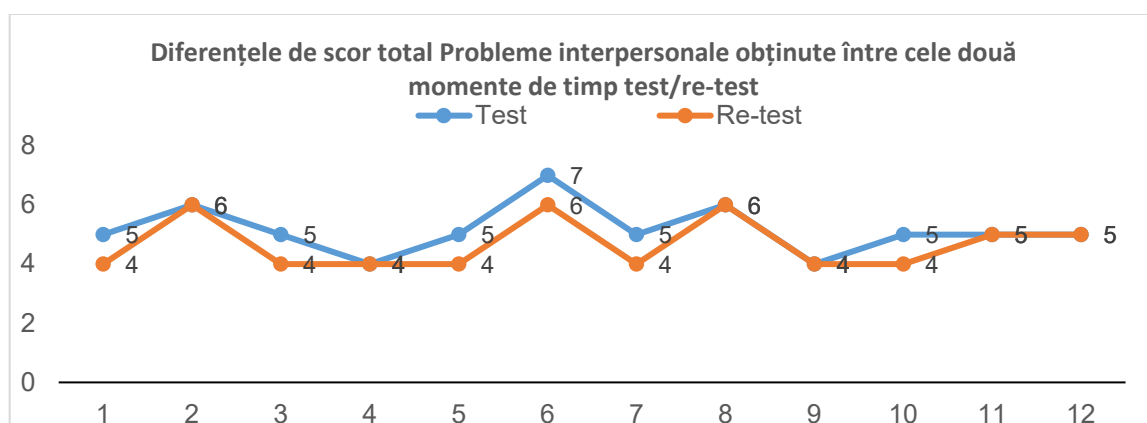


Figura 3.20. Analiza Depresiei (Probleme interpersonale) Test-Retest pentru grupul experimental (GE)

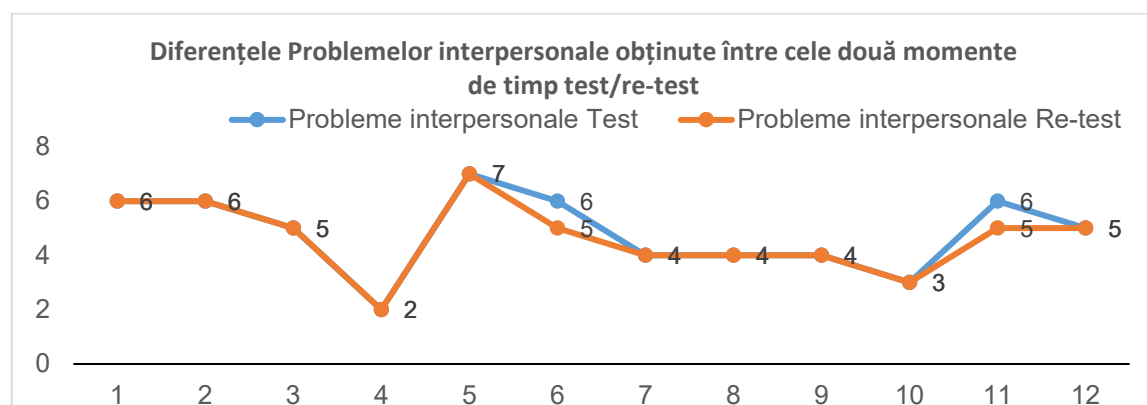


Figura 3.21. Analiza Depresiei (Probleme interpersonale) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

- Nivelul de Ineficiență este puternic diferențiat ($U = 24,00$; $Z = -2,94$; $p < 0,10$), nivelul grupului de control GC fiind semnificativ mai ridicat ($Mdn = 5,00$), decât cel corespunzător grupului experimental GE ($Mdn = 4,00$), astfel că copiii din grupul experimental GE s-au perceput ca fiind mai capabili și mai eficienți după intervenție, sugerând un efect pozitiv al programului asupra sentimentului de competență personală, ceea ce susține eficiența programului psihoterapeutic în ceea ce privește consolidarea stimei de sine și a încrederii în propriile capacități, dar și a creșterii rezilienței psihologice. Sentimentul de autoeficacitate este esențial pentru reglarea emoțională și dezvoltarea rezilienței [224]. Intervențiile care stimulează percepția eficienței pot reduce vulnerabilitatea la depresie.

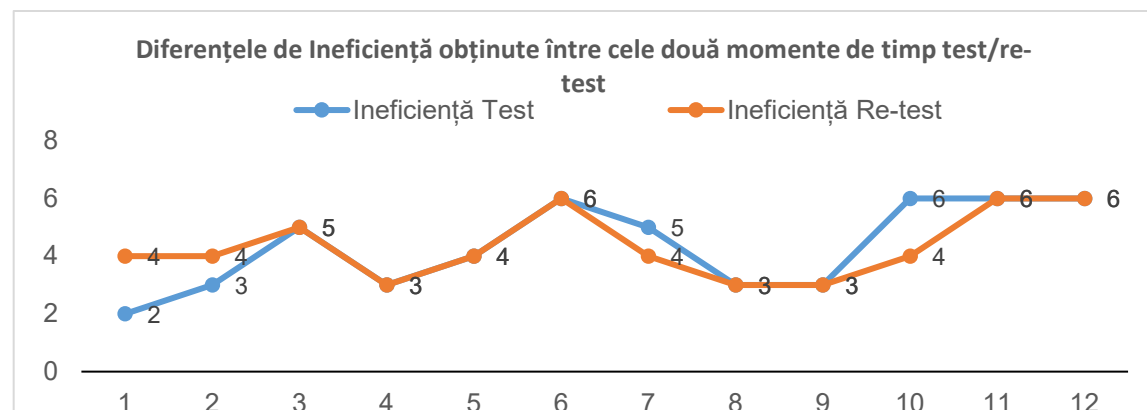


Figura 3.22. Analiza Depresiei (Ineficiență) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

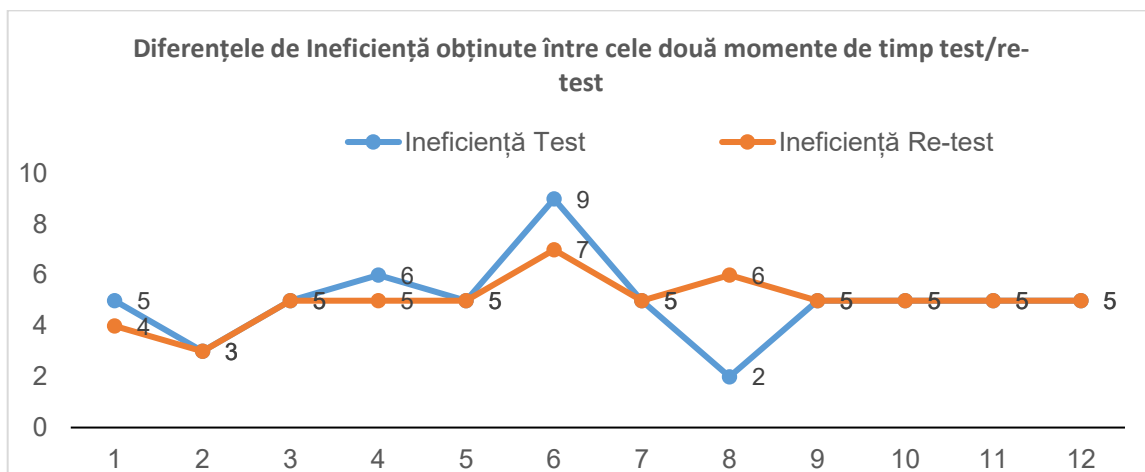


Figura 3.23. Analiza Depresiei (Ineficiență) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

- În cazul Anhedoniei reducerea nivelului este semnificativă statistic ($Z = -2,41$; $p < 0,050$), în sensul unui nivel re-test ($Mdn = 4,00$) - corespunzător nivelului mediu, semnificativ mai redus decât nivelul test ($Mdn = 5,00$), nivel ce corespunde nivelului peste medie. În acest caz s-a înregistrat o reducere a nivelului în 7/12 cazuri, ceea ce sugerează o ameliorare semnificativă a capacității de a experimenta plăcere și interes pentru activități cotidiene. Anhedonia este un simptom central al depresiei la vârste fragede, iar intervențiile eficiente pot îmbunătăți sensibilitatea la recompense și capacitatea de a simți plăcere [234]. Rezultatul poate fi interpretat ca un semn al îmbunătățirii tonusului afectiv și al vitalității emoționale a copiilor, efect asociat intervenției psihoterapeutice. De asemenea, această schimbare reflectă o creștere a disponibilității pentru implicare emoțională pozitivă și contribuie la întărirea rezilienței prin recâștigarea interesului față de activități care aduc sens și satisfacție. Cercetările actuale arată că intervențiile care reduc vulnerabilitățile afective și cresc sentimentul de eficiență personală contribuie la dezvoltarea rezilienței la copii [161, 151].

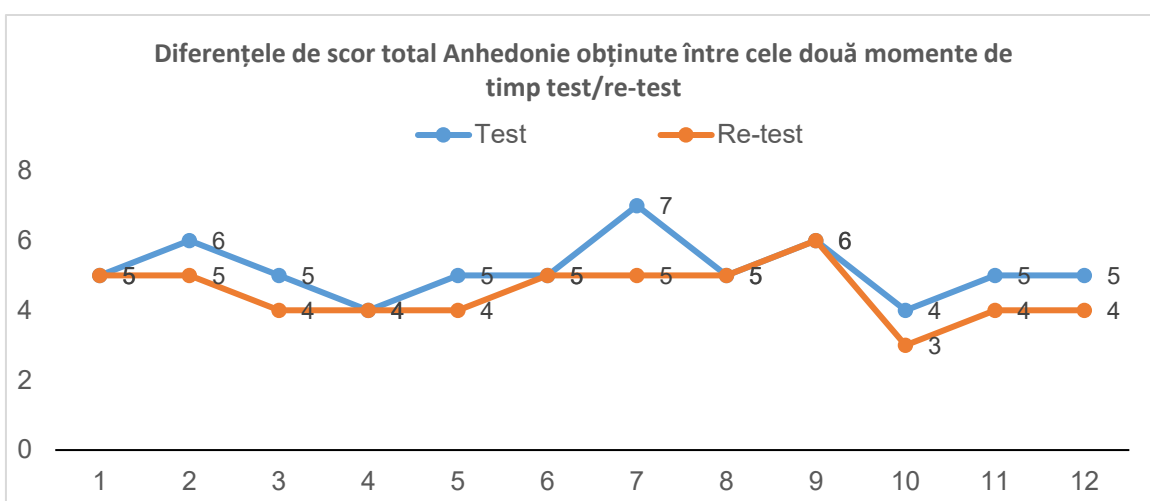


Figura 3.24. Analiza Depresiei (Anhedonie) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

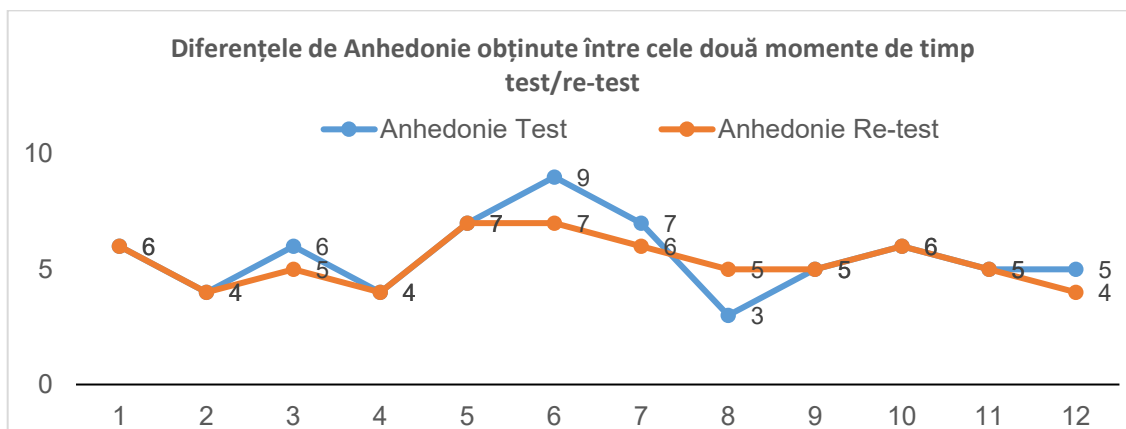


Figura 3.25. Analiza Depresiei (Anhedonie) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

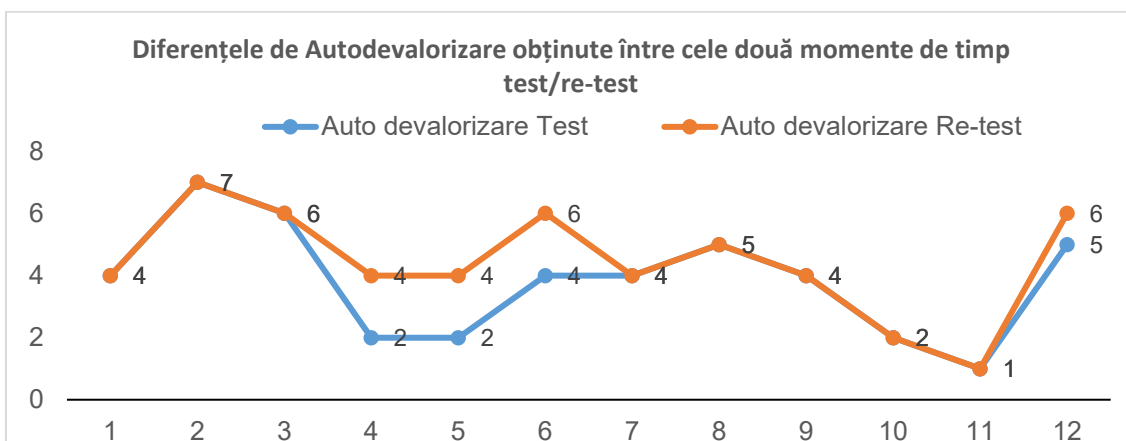


Figura 3.26. Analiza Depresiei (Autodevalorizare) Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

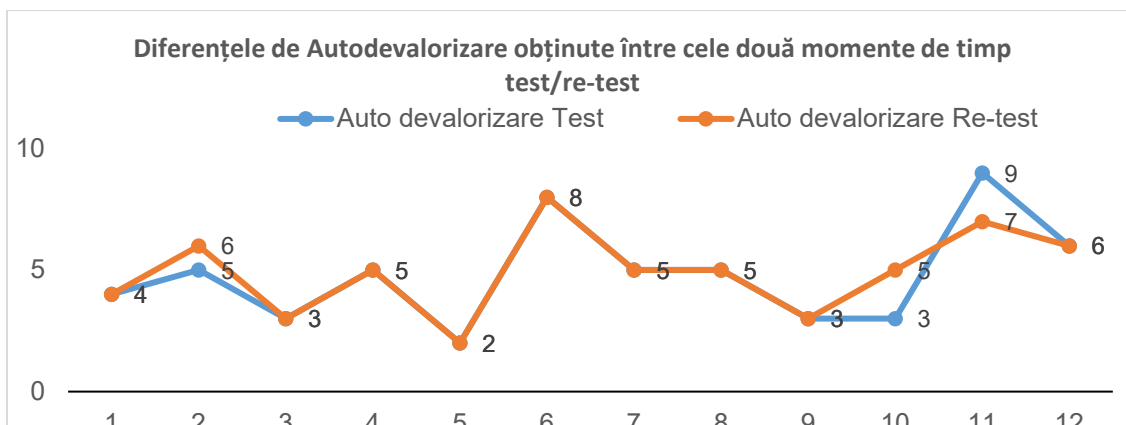


Figura 3.27. Analiza Depresiei (Autodevalorizare) Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

În ceea ce privește grupul de control GC, nu s-au identificat diferențieri semnificative statistic între cele două momente de evaluare (test și re-test), atât pentru scorul total CDI (nivelul global al depresiei) ($Z = -0,56$; $p > 0,050$), cât și pentru subscalele corespunzătoare instrumentului utilizat: dispoziție negativă, probleme interpersonale, ineficiență, anhedonie și autodevalorizare (Anexa 4, Tabel 18). Totodată, s-a constatat o proporție ridicată de cazuri în care scorurile au rămas neschimbate între cele două evaluări, variind între 7 și 9 copii din cei 12, ceea ce indică o stabilitate a nivelului depresiei și a componentelor

sale în absența intervenției formative. Stabilitatea scorurilor susține validitatea internă a studiului și eficiența intervenției aplicate în GE, indicând absența unor factori naturali sau contextuali care să fi influențat pozitiv nivelul depresiei în lipsa intervenției.

Nu s-au identificat diferențe semnificative statistic de nivel între băieți și fete (Anexa 4, Tabel 19), atât pentru Depresia globală (CDI) ($U = 9,50$; $Z = -1,55$; $p > 0,050$), cât și pentru fiecare dintre subscalele sale. Simptomele depresive și dificultățile emoționale sunt similare ca intensitate între băieți și fete în eșantionul analizat. Această constatare susține ideea că intervenția psihoterapeutică este relevantă și necesară indiferent de gen, deoarece nivelurile inițiale de vulnerabilitate emoțională sunt comparabile [258]. Studiile confirmă faptul că diferențele între fete și băieți privind depresia se accentuează după vârsta de 13–14 ani, dar nu sunt semnificative în copilărie.

Nu s-au identificat diferențe semnificative statistic de nivel în funcție de vârstă (Anexa 4, Tabelul 20), atât pentru Depresia globală (CDI) ($H = 1,87$; $df = 2$; $p > 0,050$), cât și pentru majoritatea subscalelor sale. O diferențiere la limita semnificației statistice ($H = 5,82$; $df = 2$; $p = 0,054$) a fost observată în cazul Anhedoniei, în sensul unui nivel mai ridicat în cazul copiilor cu vârste între 13 și 14 ani. Deși majoritatea indicatorilor depresivi nu variază semnificativ în funcție de vârstă, copiii de 13–14 ani tind să manifeste niveluri mai ridicate de anhedonie (dificultate în a simți plăcere și interes pentru activități), ceea ce poate fi legat de începutul adolescenței, modificări hormonale și cognitive, dezvoltarea cerebrală și creșterea vulnerabilității la stres, aspect constatat și de cercetători [180]. În concluzie, vârsta influențează marginal dimensiunea anhedoniei, sugerând o atenție sporită asupra preadolescenților (13–14 ani) în intervențiile psihoterapeutice, pentru a susține reglarea emoțională și menținerea interesului pentru activități satisfăcătoare.

 În consecință, intervenția formativă nu a redus semnificativ nivelurile globale ale depresiei, dar a avut un efect pozitiv clar asupra percepției de eficiență personală și a capacității de a simți plăcere. Aceste dimensiuni sunt esențiale în tabloul clinic al depresiei, iar ameliorarea lor indică o îmbunătățire a funcționării emoționale și motivaționale. În concluzie, intervenția formativă implementată s-a dovedit a avea un impact pozitiv asupra anumitor componente ale depresiei, demonstrând astfel utilitatea unor intervenții psihologice structurate și direcționate, chiar și în eșantioane mici. Totuși, stabilitatea relativă a dimensiunilor afective și cognitive mai profunde, precum dispoziția negativă sau autodevalorizarea nu au fost influențate semnificativ, ceea ce sugerează că intervenția necesită optimizare și extindere pentru a produce schimbări globale. De asemenea, intervenția nu s-a focalizat pe activare comportamentală și nu a avut o componentă suficient de puternică de restructurare cognitivă pentru a schimba aceste dimensiuni. Monitorizarea pe termen lung este esențială pentru a evalua durabilitatea efectelor și eventualele recăderi.

Analiza comparativă a Inteligenței emoționale IE Test-Retest

La momentul inițial (test), în cazul Inteligenței emoționale, s-a observat faptul că ambele grupuri – de control (GC) și experimental (GE) – au avut un nivel mediu, nivel ce a prezentat o pondere ridicată de aproximativ 50% (6/12), în timp ce nivelurile sub medie și peste medie fiind simetric distribuite. Diferența dintre distribuțiile de nivel, testate cu ajutorul testului de independență Hi-pătrat, nu a atins pragul de semnificație statistică ($\chi^2(2) = 0,34; p = 0,842 > 0,05$), motiv pentru care am considerat îndeplinit criteriul de omogenitate necesar analizei impactului experimentului formativ.

Tabel 3.7. Tabel de asociere a grupului GC/GE cu nivelul Inteligenței emoționale la momentul test și re-test

IE		Grup control		Grup experi- mental		Test de independență Hi-pătrat			
		n	%	n	%	χ^2	df	V	p
Test	Sub medie	2	16.7%	3	25.0%	0.34	2	0.120	0.842
	Medie	6	50.0%	6	50.0%				
	Peste medie	4	33.3%	3	25.0%				
Re-test	Medie	7	58.3%	2	16.7%	4.44	1	0.430	0.035
	Peste medie	5	41.7%	10	83.3%				

Notă: χ^2 – valoarea testului, df – număr grade de libertate, V – coeficient Cramer, p – nivel de semnificație.

În urma experimentului formativ, la momentul re-test, GC a prezentat un nivel mediu cu o pondere ridicată de aproximativ 58% (7/12 – 58,3%), majoritatea copiilor rămânând la nivel mediu cu o ușoară creștere la peste medie, în timp ce nivelul Inteligenței emoționale în cazul GE a înregistrat o îmbunătățire semnificativă. Se observă o creștere evidentă a nivelului peste medie, nivel ce a prezentat o pondere ridicată cu aproximativ 83% (10/12 – 83,3%), față de doar 41.7% în GC, diferența dintre cele două grupuri fiind semnificativă statistic ($\chi^2(1) = 4,44; p = < 0,05$). Acest rezultat ne arată un impact pozitiv al intervenției formative asupra dezvoltării inteligenței emoționale în cazul copiilor din GE.

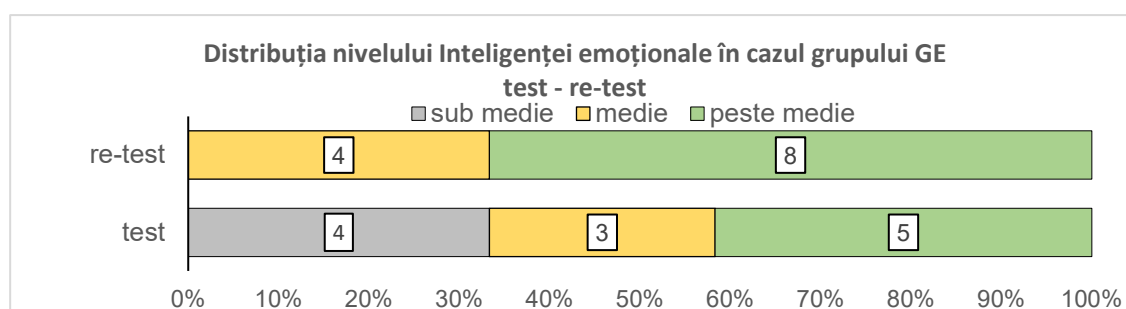


Figura 3.28. Analiza Inteligenței emoționale Test-Retest pentru Grupul experimental (GE)

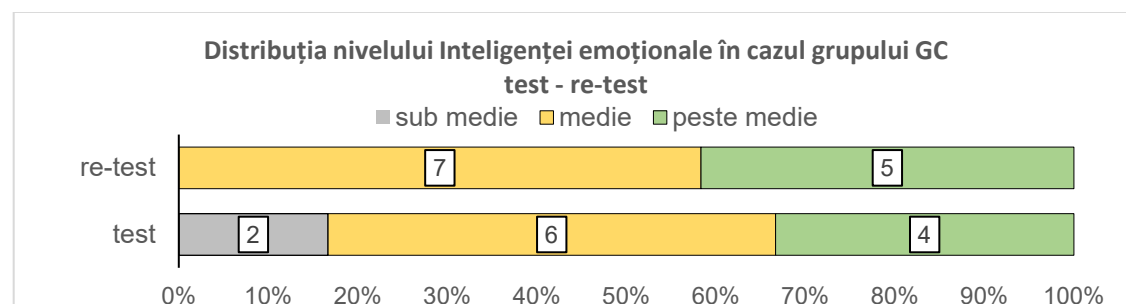


Figura 3.29. Analiza Inteligenței emoționale Test-Retest pentru Grupul de control (GC)

Rezultatul obținut în cazul GC ($Z = -1,34$; $p > 0,050$) indică o creștere de nivel redusă, în doar 4/12 cazuri, motiv pentru care nu poate fi asumată.

În cazul GE, ponderea observată a creșterilor de nivel este semnificativă statistic ($Z = -2,64$; $p < 0,010$). Creșterile de nivel au fost observate într-o pondere ridicată, 8/12 cazuri, indicând un efect pozitiv al intervenției formative.

Analiza impactului diferenței de gen și de vârstă asupra nivelului IE re-test, realizată cu ajutorul testului non-parametric de independență Hi-pătrat, ale cărei rezultate indică lipsa de diferență semnificativă statistic, atât în cazul diferenței de gen ($\chi^2(1) = 0,00$), ceea ce indică o distribuție echilibrată a fetelor și băieților în ambele grupuri. Nici în cazul diferenței de vârstă nu s-au observat diferențe semnificative statistic ($\chi^2(1) = 3,00$; $p > 0,050$), ceea ce susține omogenitatea celor două grupuri și din perspectiva vârstei. Pe baza acestor rezultate putem asuma un efect aproximativ egal al intervenției formative indiferent de gen sau vârstă. Astfel, putem afirma că intervenția formativă a avut un efect aproximativ egal asupra nivelului Inteligenței emoționale, indiferent de gen sau vârstă.

Tabel 3.8. Analiza omogenității grupurilor GC și GE în funcție de variabilele demografice (gen și vârstă)

Factor	Test de independență Hi-pătrat		
	χ^2	df	p
Gen	0.00	1	---
Vârstă	3.00	4	0.558

Notă: χ^2 – valoarea testului Hi-pătrat, df – numărul gradelor de libertate, p – nivel de semnificație statistică

Rezultatele testului Wilcoxon au evidențiat o creștere semnificativă a IE în cadrul GE ($Z = -2.64$, $p = 0.008$), în timp ce în GC nu s-au observat diferențe semnificative între test și re-test ($Z = -1.34$, $p = 0.375$). Aceste rezultate susțin eficiența intervenției psihologice asupra dezvoltării IE în rândul copiilor cu DZ.

Tabel 3.9. Rezultatele testului Wilcoxon privind diferența dintre nivelurile Inteligenței emoționale în cele două momente test – re-test

Grup			N	Test Wilcoxon	
Grupul de control	IE Re-test - Test	Negative (a)	1	Z -1.34	p 0.375
		Pozitive (b)	4		
		Egalitate (c)	7		
		Total	12		
Grupul experimental	IE Re-test - Test	Negative (a)	0	-2.64	0.008
		Pozitive (b)	8		
		Egalitate (c)	4		
		Total	12		
a. IE re-test < IE test					
b. IE re-test > IE test					
c. IE re-test = IE test					

📖 Astfel, se confirmă ipoteza conform căreia programul psihoterapeutic a ameliorat mecanismele de reglare emoțională prin antrenarea IE. Creșterea semnificativă a IE în grupul experimental GE a contribuit indirect, dar esențial, la consolidarea competențelor de reglare emoțională, sprijinind sănătatea psihică și adaptarea copiilor la provocări. Aceste rezultate sunt susținute de literatura de specialitate, care evidențiază rolul esențial al IE în facilitarea adaptării psihologice la stresul cronic. Compas et al., 2012

au arătat că antrenarea acestei dimensiuni psihologice poate îmbunătăți semnificativ abilitățile de reglare emoțională și strategiile de coping funcționale [49]. Rezultatul susține ipoteza conform căreia intervențiile psihologice structurate pot contribui la dezvoltarea IE, în special în contexte educaționale sau de prevenție. Acest efect este deosebit de valoros, având în vedere corelațiile bine documentate dintre IE și reducerea simptomelor de anxietate și depresie, creșterea rezilienței emoționale, îmbunătățirea relațiilor interpersonale, performanță academică și adaptare socială [264]. De asemenea, intervențiile psihoterapeutice orientate înspre dezvoltarea abilităților de autoreglare și sprijin emoțional, potrivit cercetărilor actuale, pot reduce vulnerabilitatea emoțională și susține o mai bună adaptare la provocările unei boli cronice [37].

Analiza comparativă a Mecanismelor de coping (test KIDCOPE) Test-Retest

S-au identificat diferențe marginale semnificative statistic (Anexa 4, Tabel 21), în cazul Restructurării cognitive ($\chi^2(1) = 3,56$; $p=0,059$) și Autoculpabilizării ($\chi^2(1) = 3,56$; $p=0,059$), cazuri în care s-au observat ponderi mai ridicate ale manifestării acestor mecanisme de coping în cazul GE (5/12), comparativ cu GC (1/12). Pentru celelalte mecanisme de coping diferența nivelului de manifestare dintre cele două grupuri nu este semnificativă statistic ($p > 0,050$).

Analiza variației nivelului de utilizare a mecanismelor de coping pentru GE (Figura 3.30) între cele două momente de timp, Test – Re-test (Anexa 4, Tabel 23) a relevat o creștere de nivel semnificativă statistic în cazul Reglării emoționale și Suportului social ($p < 0,050$). Aceste creșteri de nivel au fost observate în proporții ridicate (7/12 cazuri), cu o proporție redusă de cazuri în care nivelul a rămas constant (5/12 cazuri) și nicio reducere de nivel.

S-au observat modificări semnificative, însă marginale ($p=0,063$) în cazul:

- Restructurării cognitive, caz în care s-a obținut o creștere de nivel în 5/12 cazuri și nicio reducere;
- Autoculpabilizării, pentru care reducerea nivelului a fost obținută în 5/12 cazuri;
- Rezolvării de probleme, unde creșterea de nivel a fost observată în 5/12 cazuri;
- Resemnării, pentru care creșterea de nivel a fost prezentă în 5/12 cazuri.

Pentru restul mecanismelor de coping nu s-au obținut modificări de nivel semnificative statistic ($p > 0,100$).

Analiza variației nivelului de utilizare a mecanismelor de coping pentru GC între cele două momente de timp Test – Re-test (Anexa 4, Tabel 24) a relevat o creștere de nivel semnificativă statistic în cazul Rezolvării de probleme și Reglării emoționale, unde creșterile de nivel au fost observate în proporții moderate (6/12) și un număr egal de cazuri cu nivel constant (6/12), dar în același timp nu s-a observat nicio reducere de nivel. Pentru restul mecanismelor de coping nu s-au obținut modificări de nivel semnificative statistic ($p > 0,100$).

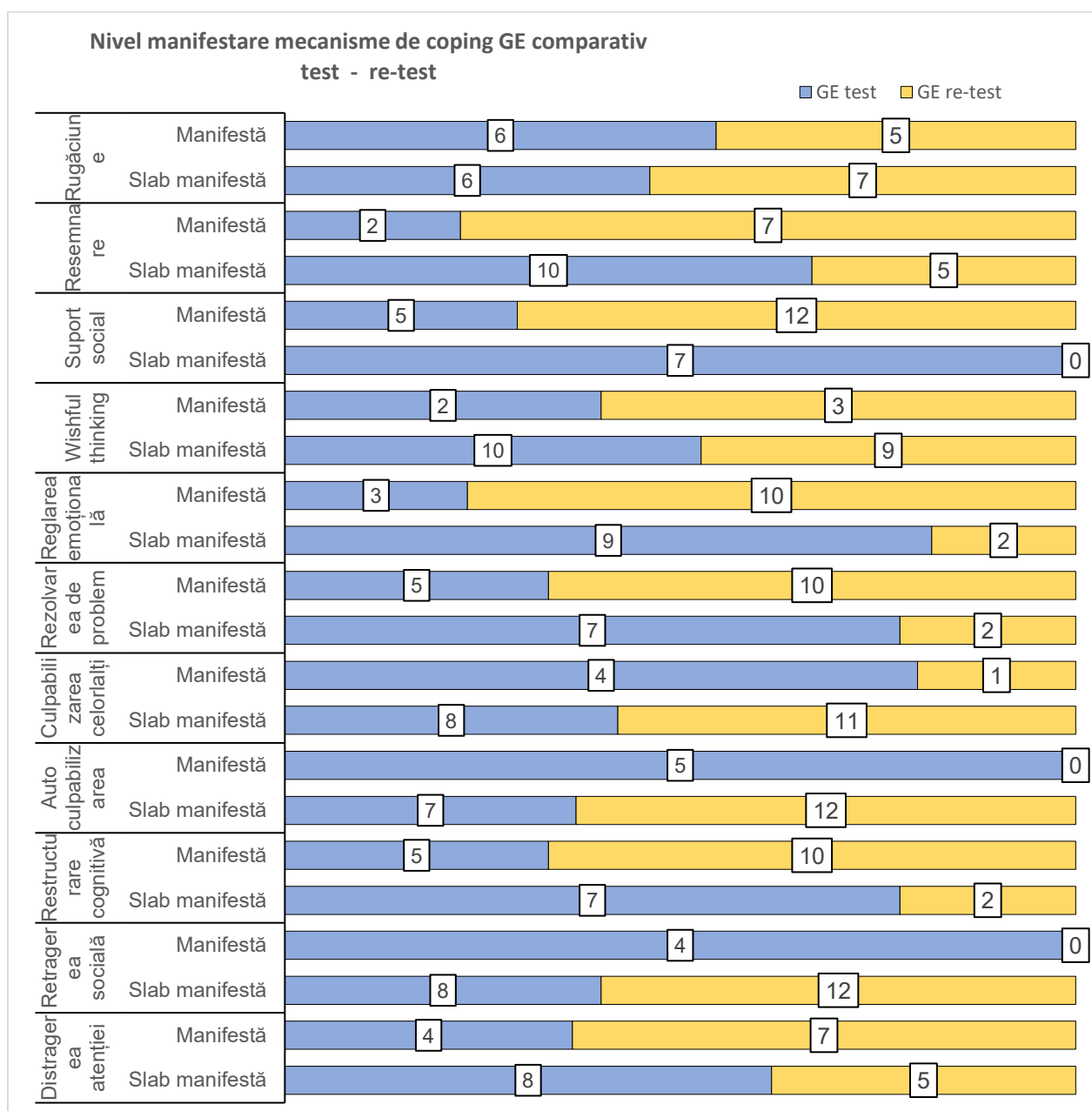


Figura 3.30. Analiza comparativă a Mecanismelor de coping GE Test-Retest

În urma experimentului formativ, între GC și GE la momentul re-test (Figura 3.31) s-au înregistrat următoarele diferențe semnificative: pentru *Retragerea socială* s-a observat o diferență semnificativă statistic ($\chi^2 = 8.00$, $p = 0.005$) cu un nivel de manifestare mai mare în rândul celor din grupul de control GC, ceea ce indică faptul că toți copiii din GE au renunțat la acest mecanism, iar intervenția a redus clar tendința de retragere socială. *Restructurarea cognitivă* are o diferență semnificativă ($\chi^2 = 4.44$, $p = 0.035$) cu o pondere de manifestare mai mare la cei din GE, însemnând că cei din acest grup folosesc mai mult acest mecanism adaptativ. Intervenția i-a încurajat să adopte strategii adaptative de reinterpretare a situațiilor dificile. La fel, și pentru *Suportul social*, cu o manifestare semnificativ mai mare la copiii din GE ($\chi^2 = 4.80$, $p = 0.028$), ceea ce sugerează o creștere a deschiderii către solicitarea sprijinului social, un indicator pozitiv al dezvoltării abilităților psiho-emoționale. Pentru *Resemnare* ponderea de manifestare

înclină în favoarea copiilor din GE cu o valoare semnificativă statistică ($\chi^2 = 6.75$, $p = 0.009$), ceea ce înseamnă că copiii din acest grup manifestă mai multă resemnare. Aceasta poate fi interpretată fie ca o acceptare pasivă a situațiilor dificile, fie ca o formă de renunțare, fiind un aspect care necesită o analiză suplimentară a contextului general și a factorilor care influențează această alegere comportamentală. *Distragerea atenției* are o tendință apropiată de semnificația statistică, dar pe care nu o atinge ($\chi^2 = 2.74$, $p = 0.098$). Acest lucru ne indică că copiii din GE folosesc mai frecvent decât cei din GC acest mecanism.

Celelalte mecanisme nu au înregistrat diferențe relevante din punct de vedere al semnificației statistice, având un nivel slab manifestat. Autoculpabilizarea și Culpabilizarea celorlalți nu au înregistrat diferențe notabile ($\chi^2 = 1.04$, $p = 0.307$) manifestându-se la un nivel scăzut în ambele grupuri, Reglarea emoțională ($\chi^2 = 0.25$, $p = 0.615$) și Wishful thinking ($\chi^2 = 0.25$, $p = 0.615$) au avut niveluri de manifestare comparabile cu o tendință pozitivă în favoarea GE, dar nu au atins pragul de semnificație statistică. Pentru Rugăciune și Rezolvarea de probleme ($\chi^2 = 0.25$, $p = 0.615$), ambele mecanisme au fost raportate la un nivel ridicat și apropiat în ambele grupuri, fără diferențe semnificative.

Rezultatele obținute din comparația între GC și GE indică o serie de tendințe relevante, chiar dacă majoritatea nu ating pragul de semnificație statistică. Astfel, s-a evidențiat o îmbunătățire semnificativă în ceea ce privește manifestarea unor mecanisme de coping adaptativ. Suportul social a cunoscut o creștere puternică, reflectând o orientare accentuată spre solicitarea de ajutor și implicarea în relații de susținere. Nivelul mai ridicat în GE reflectă o tendință crescută de a apela la resurse relaționale pentru gestionarea stresului și poate fi interpretat ca o îmbunătățire a abilităților de comunicare și relaționare. Restructurarea cognitivă a crescut semnificativ, sprijinind ipoteza dezvoltării unor mecanisme de reevaluare cognitivă și o creștere a utilizării strategiilor adaptative de reinterpretare pozitivă a situațiilor stresante. Acest rezultat relevă un efect pozitiv al intervenției asupra flexibilității cognitive și a capacității de reevaluare [189]. Acestea sunt strategii considerate funcționale și sănătoase, asociate cu o mai bună reglare emoțională și reziliență psihologică. În același timp, s-a remarcat o diminuare a unor mecanisme de coping dezadaptativ precum Retragerea socială care a cunoscut o scădere marcantă în GE, aspect ce indică o mai mare deschidere și integrare socială. Aceasta arată un efect protector al intervenției împotriva izolării sociale ca mecanism de coping disfuncțional. Reglarea emoțională și Distragerea atenției au avut niveluri mai ridicate în GE, dar diferențele nu au fost semnificative statistic. Totuși, aceste tendințe indică o direcție de reglare temporară pozitivă în dezvoltarea unor strategii de coping funcționale. Resemnarea a cunoscut nivel mai ridicat în GE, creând o confuzie între acceptarea activă și resemnarea pasivă. Prezența activă a strategiilor de coping dezadaptativ (Resemnarea) și a strategiilor de evitare și pasive (Wishful thinking și Distragerea atenției) sugerează o etapă în dezvoltarea mecanismelor de adaptare la copii, dar nu într-un mod rigid sau patologic, ci într-un context de explorare și tranziție.

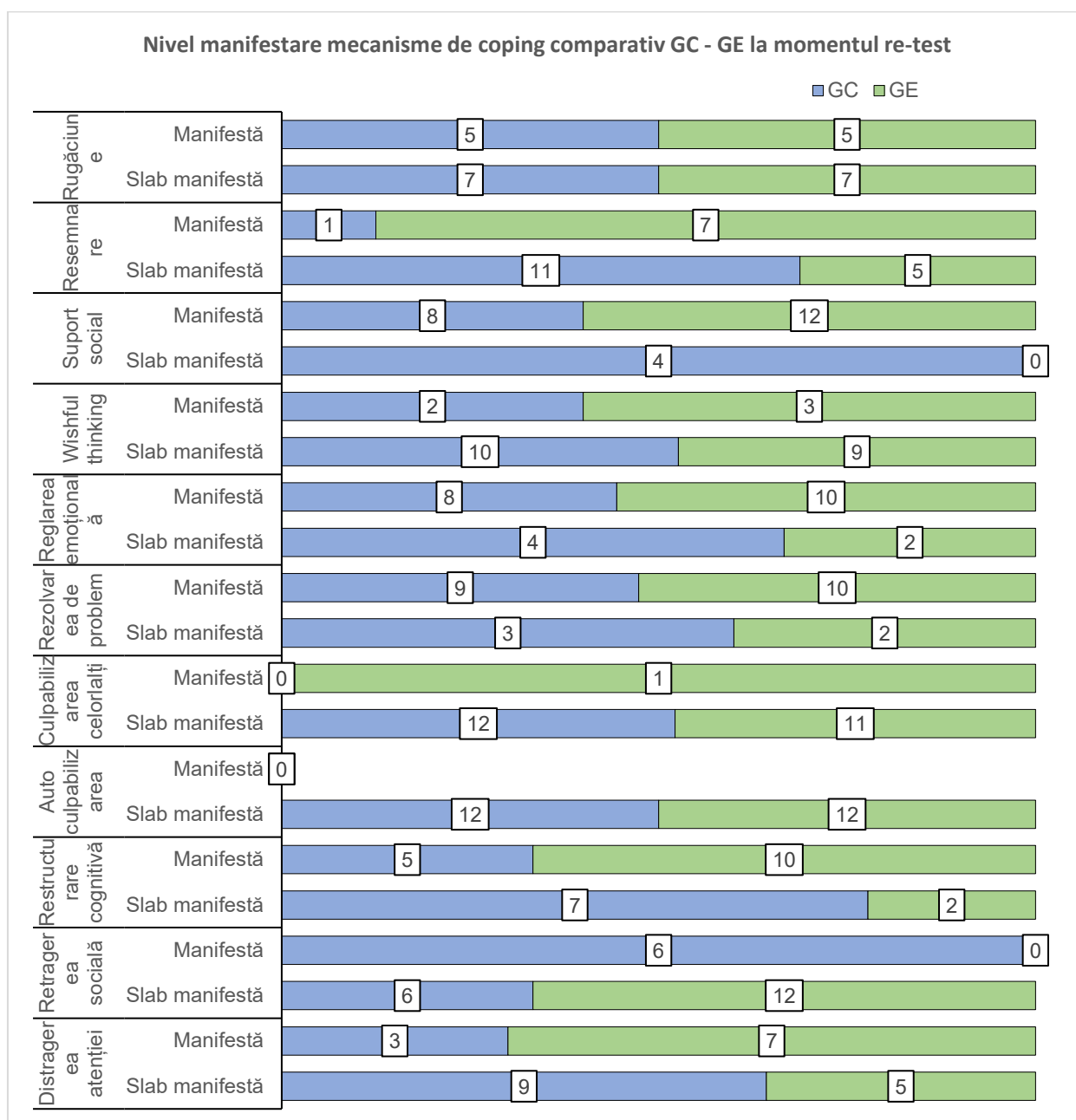


Figura 3.31. Analiza comparativă a Mecanismelor de coping GC vs GE

📖 Intervenția formativă a avut un impact pozitiv asupra copiilor din GE, în special în ceea ce privește creșterea strategiilor de coping adaptativ (Reglare emoțională, Suport social și Restructurare cognitivă). Evitarea Retragerii sociale este un indicator important al integrării și sănătății emoționale. Copiii cu afecțiuni cronice par să se bazeze mai mult pe strategii de reglare emoțională și spirituală, ceea ce reflectă nevoia de sprijin emoțional constant. Rezultatele indică o direcție pozitivă de schimbare, atât în plan emoțional, cât și comportamental și cognitiv, aspect care validează utilitatea intervenției implementate. Conform teoriei dezvoltării cognitive a lui Piaget, copiii la vârsta școlară se află în stadiul operațiilor concrete, în care încep să gândească logic, dar sunt limitați în abstractizare. Strategiile de coping complexe, precum Rezolvarea de probleme sau Restructurarea cognitivă necesită operații mentale abstracte, care sunt abia în formare. În acest stadiu, strategiile de evitare pot fi o formă de adaptare temporară, până când se dezvoltă capacitatea de analiză și planificare. Potrivit teoriei atașamentului a lui Bowlby, copiii

caută siguranță emoțională în fața stresului. Strategii precum Wishful thinking sau Rugăciunea pot fi expresii ale nevoii de confort și protecție, nu neapărat semne de evitare disfuncțională. Creșterea suportului social în GE sugerează că acești copii încep să înlocuiască strategiile pasive cu unele relaționale, ceea ce susține ideea de tranziție. Modelul procesual al copingului ne arată că acesta este un proces dinamic, influențat de evaluarea situației și de resursele disponibile [36]. Rezultatele experimentului relevă că strategiile de coping pasive și dezadaptative observate la copii ca Resemnarea, Wishful thinking și Distragerea atenției nu trebuie interpretate ca semne de vulnerabilitate psihologică, ci ca manifestări tranzitorii firești într-un proces de dezvoltare. Copiii la vârsta școlară încep să-și dezvolte simțul competenței și al autonomiei. Dacă nu reușesc să obțină rezultate pozitive în fața provocărilor, pot dezvolta o percepție scăzută a eficacității personale, ceea ce favorizează resemnarea. În acord cu teoriile dezvoltării cognitive și emoționale, aceste strategii pot reprezenta etape intermediare în formarea unor mecanisme de adaptare mai eficiente. Această ipoteză este susținută de creșterea semnificativă a unor strategii adaptative în GE, ceea ce arată potențialul de transformare al copingului în copilărie prin intervenții adecvate.

Analiza comparativă a Dificultăților (test SDQ) Test-Retest

Aplicarea testului de independență Chi-pătrat nu a evidențiat existența unor diferențe semnificative statistice între grupul de control GC și grupul experimental GE în ceea ce privește nivelul total al dificultăților (scor global) ($\chi^2(2) = 0,34$; $p > 0,050$), precum și în cazul subscalelor componente ale acestora. Aceste rezultate sugerează o distribuție relativ similară a Dificultăților emoționale și comportamentale între cele două grupuri înainte de intervenție (Anexa 4, Tabel 27). Doar în cazul Dificultăților comportamentale s-a identificat o diferență semnificativă ($\chi^2(2) = 6,40$; $p < 0,050$), unde grupul experimental GE nu a prezentat nivelul abnormal al acestui tip de dificultate.

Conform testului de independență Chi-pătrat, diferențele de nivel al Dificultăților (scor total) și ale subscalelor componente identificate între grupul de control GC și cel experimental GE, evaluate la momentul Re-test nu au atins pragul de semnificație statistică ($p > 0,050$). Putem lua în considerare însă, la nivel de semnificație marginală Dificultățile relaționale ($\chi^2(1) = 3,00$; $p = 0,083$) pentru care, în cazul grupului experimental GE, ponderea nivelului normal (10/12) este mai mare decât cea observată în cazul grupului de control GC (6/12). Diferență semnificativă marginală a fost identificată și în cazul Impactului ($\chi^2(1) = 3,00$; $p = 0,083$), pentru care grupul experimental GE prezintă o pondere mai ridicată a nivelului normal (10/12), comparativ cu grupul de control GC (6/12).

Testul comparativ non-parametric Wilcoxon al modificărilor de nivel al dificultăților între cele două momente de timp Test și Re-test, pentru grupul experimental GE, a indicat o reducere semnificativă a nivelului Dificultăților (scor total) ($Z = -2,64$; $p < 0,010$), caz în care ponderea reducerii de nivel este ridicată (8/12), iar creșterea de nivel nu este prezentă (Anexa 4, tabel 29). O reducere semnificativă a fost obținută în cazul Distresului emoțional ($Z = -2,33$; $p < 0,050$) și în cazul Dificultăților relaționale ($Z = -2,27$; $p <$

0,050). Aceste rezultate indică un efect pozitiv clar al intervenției psihoterapeutice asupra stării emoționale generale și a calității relațiilor interpersonale ale copiilor din grupul experimental GE.

Testul comparativ non-parametric Wilcoxon al modificărilor de nivel al dificultăților între cele două momente de timp Test și Re-test, pentru grupul de control GC, a indicat o reducere semnificativă a nivelului Dificultăților (scor total) ($Z = -2,53; p < 0,050$), caz în care ponderea reducerii de nivel este ridicată (7/12), iar creșterea de nivel nu este prezentă (Anexa 4, Tabel 30). O reducere semnificativă marginal a fost obținută în cazul Distresului emoțional ($Z = -2,07; p = 0,063$). Aceasta sugerează că îmbunătățirile în grupul de control GC sunt slabe și nespecifice, posibil datorate factorilor naturali sau contextualii, nu unei intervenții psihologice sistematice.

Nu s-au identificat diferențe de nivel semnificative statistic ($p > 0,050$) determinate de diferența de gen (Anexa 4, Tabel 31) sau de vârstă (Anexa 4, Tabel 32), ceea ce indică faptul că aceste variabile nu au influențat în niciun fel nivelul dificultăților raportate.

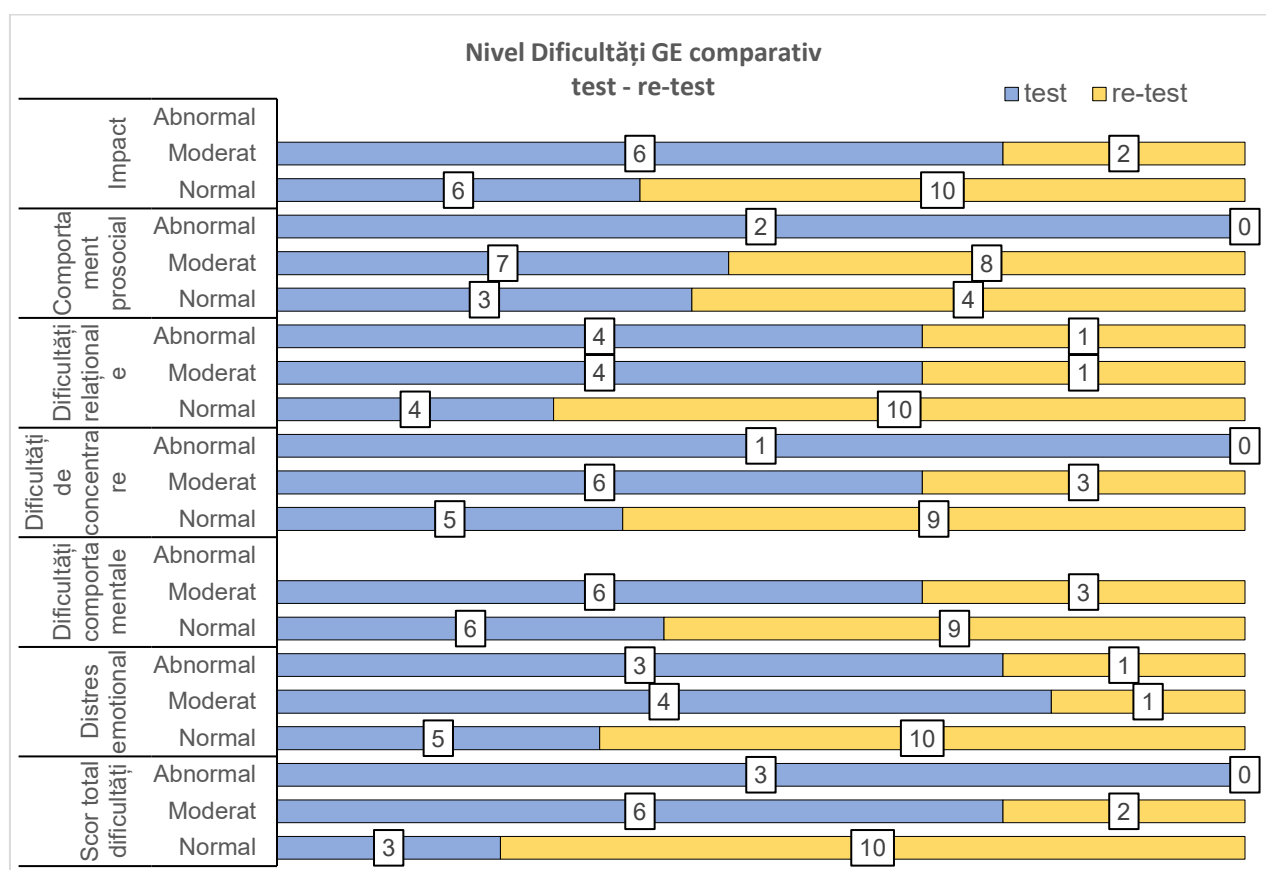


Figura 3.32. Analiza comparativă a Dificultăților GE Test-Retest

Conform rezultatelor din Figura 3.32 se observă o scădere generală a nivelului dificultăților la Re-test, după intervenția formativă, astfel: Impactul dificultăților asupra vieții copilului s-a redus considerabil, înregistrând o normalizare în situația Re-test cu o creștere de la impact moderat la normal în cazul a 4 copii. În privința Comportamentului prosocial anormal, s-a înregistrat o îmbunătățire evidentă, efectul pozitiv e unul moderat, însă e nevoie de mai mult timp pentru dezvoltarea sau stabilizarea comportamentelor prosociale. Și dificultățile relaționale au înregistrat progrese vizibile, cu o îmbunătățire semnificativă

a cazurilor cu relații normale (de la 4 la 10), intervenția a avut un impact important asupra relaționării sociale. Dificultățile de concentrare s-au redus semnificativ și ele, există un progres în îmbunătățirea atenției și autocontrolului cognitiv, nivelul normal crescând de la 5 la 9 și reducându-se nivelul anormal și moderat. De asemenea, Distresul emoțional și Dificultățile comportamentale au înregistrat îmbunătățiri și creșteri ale nivelului normal de la 5 la 10 pentru distres emoțional și de la 6 la 9 pentru dificultățile comportamentale, reducându-se totodată nivelul de anormal și dificultățile moderate. Intervenția a adus rezultate în reglarea emoțiilor negative și o ușoară îmbunătățire comportamentală. Scorul total al dificultăților s-a normalizat prin scăderea nivelurilor abnormal și moderat de dificultăți și a cunoscut o îmbunătățire clară și semnificativă.

În Figura 3.33 se poate observa că grupul experimental GE are mai multe cazuri cu nivel normal decât grupul de control GC, în aproape toate subdomeniile. Grupul de control GC menține un număr mai mare de cazuri cu afectare moderată sau anormală, în special la Comportament prosocial, Dificultăți de concentrare și Distres emoțional. Scorul total al dificultăților este un rezumat cantitativ al problemelor emoționale și comportamentale. La nivelul scorului total al Dificultăților, pentru grupul experimental GE, scorurile s-au îmbunătățit vizibil, copiii care aveau dificultăți au evoluat către nivelul normal, fără să mai existe cazuri cu nivel abnormal. Între cele două grupuri este o egalitate aparentă, pentru că GE a avut o scădere completă a cazurilor anormale de la test la Re-test, pe când GC a menținut aceleași scoruri. În cazul grupului experimental GE, scăderea scorului total de la niveluri anormale/moderate spre normal indică eficiența intervenției, în timp ce în grupul de control GC, stagnarea la nivel moderat sugerează o lipsă de progres semnificativ în absența intervenției.

Analiza comparativă a datelor obținute la Re-test (Figura 3.33) relevă o îmbunătățire semnificativă a scorurilor psihosociale în GE, comparativ cu GC. Astfel, grupul experimental GE a înregistrat reduceri evidente ale dificultăților comportamentale, relaționale și emoționale, cu o creștere proporțională a cazurilor încadrate la nivel normal. De asemenea, scorul privind impactul negativ perceput asupra vieții s-a ameliorat semnificativ în GE, indicând o adaptare psihologică mai bună după intervenție. În schimb, GC a menținut un profil relativ stabil, cu persistența dificultăților moderate și anormale în mai multe subdomenii. Aceste diferențe susțin eficacitatea intervenției formative aplicate grupului experimental GE, cu beneficii asupra sănătății emoționale și comportamentale a copiilor, în timp ce lipsa unei intervenții a limitat progresul în grupul de control GC. Conform teoriei dezvoltării morale a lui Kohlberg, copiii de vârstă școlară se află în stadiul conformismului social, în care comportamentele prosociale sunt ghidate de dorința de a fi acceptați și de regulile externe. Comportamentul prosocial nu a înregistrat schimbări notabile existând deja niveluri inițiale ridicate (efect plafon). Având în vedere stabilitatea relativă a comportamentului prosocial acesta poate fi îmbunătățit prin abordări educaționale explicite, pe termen lung, care să includă modelare, exercițiu și întărire în contexte sociale reale.

În consecință, intervenția aplicată în cadrul grupului experimental GE a avut un efect pozitiv clar, reflectat în scăderea dificultăților emoționale, relaționale și comportamentale. Aceste rezultate susțin impactul pozitiv global al intervenției psihologice în reducerea dificultăților asociate cu DZ la copii. Lipsa schimbărilor în GC relevă faptul că dezvoltarea naturală nu a fost suficientă pentru a reduce dificultățile, subliniind necesitatea intervenției structurate.

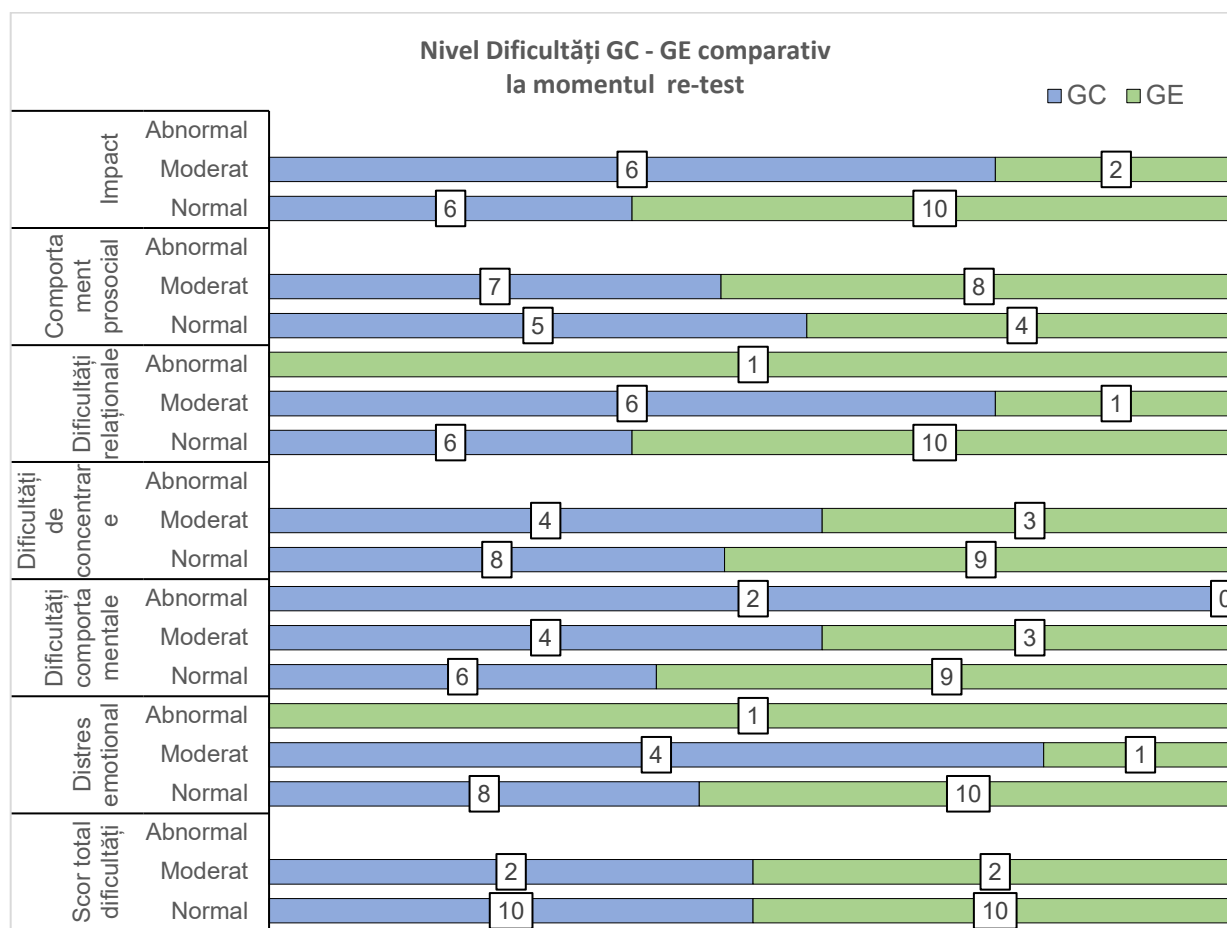


Figura 3.33. Analiza comparativă a Dificultăților GC vs GE

Analiza comparativă a Amenințărilor (test CATS) Test-Retest

Diferențele de nivel ale amenințărilor determinate pe cele două grupuri, de control GC și experimental GE, la momentul inițial, nu au atins pragul de semnificație statistică ($p > 0,050$), motiv pentru care vom considera că cele două grupuri sunt omogene la momentul Test.

La momentul final Re-test, diferențele de nivel ale amenințărilor determinate pe cele două grupuri, de control GC și experimental GE, nu au atins pragul de semnificație statistică ($p > 0,050$), motiv pentru care vom considera că cele două grupuri sunt egale la Re-test.

Analiza variației nivelului Amenințărilor pentru grupul experimental GE între cele două momente de timp Test – Retest a indicat lipsa de semnificație a diferențelor obținute (Figura 3.34), în cazul celor două tipuri de amenințări, fizică ($p > 0,050$) și socială ($p > 0,050$).

În cazul Eșecului personal și al Ostilității, reducerea de nivel este semnificativă narginal ($p = 0,063 < 0,100$), ponderea reducerilor de nivel fiind de 5/12 dintre cazuri, iar creșterea de nivel nefiind prezentă, ceea ce susține o evoluție pozitivă și sugerează o tendință de ameliorare la nivel psihologic (Anexa 4, Tabel 35).

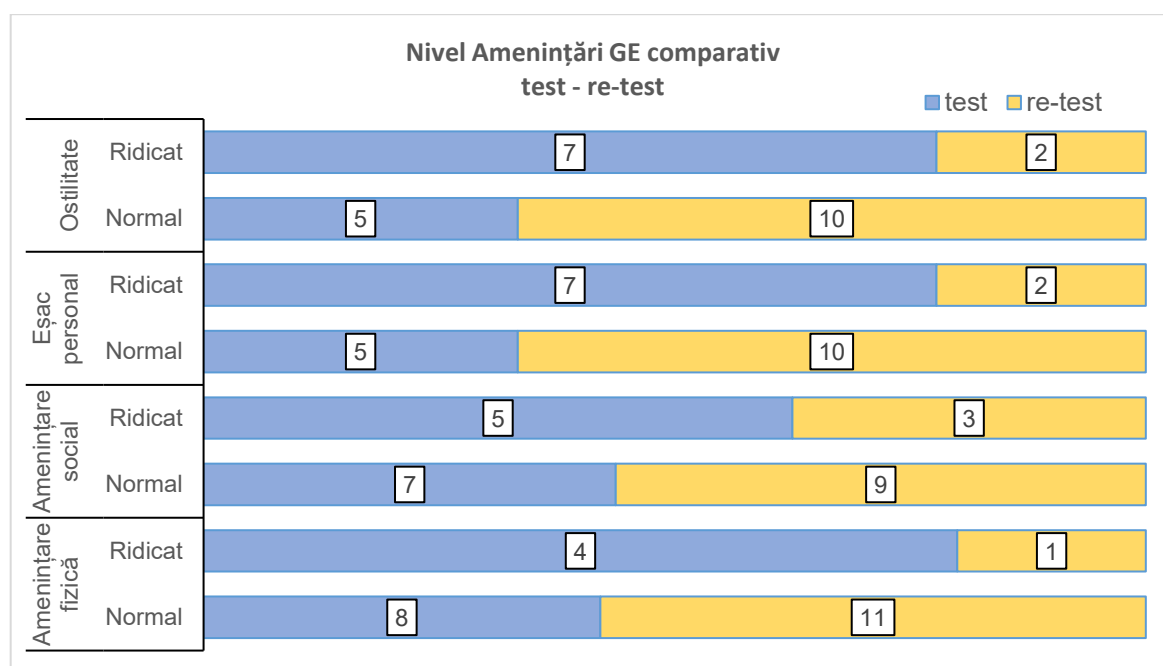


Figura 3.34. Analiza comparativă a Amenințărilor pentru GE Test-Retest

După intervenție, în Re-test (Tabel 33 și Tabel 34), se observă o scădere semnificativă a percepției amenințărilor la copiii din grupul experimental GE, ceea ce indică eficiența programului psihologic în dezvoltarea rezilienței și reducerea anxietății. Toate formele de amenințare percepută au scăzut semnificativ în rândul copiilor din grupul experimental GE. Reducerea scorurilor de ostilitate observată la Re-test sugerează o diminuare a atitudinilor defensive și agresive, aspect ce reflectă o mai bună reglare emoțională și o capacitate crescută de gestionare a frustrării. Acest lucru poate fi pus în legătură cu dezvoltarea unor strategii de coping mai adaptative în urma intervenției. Totodată, scăderea percepției de eșec personal indică o reducere a gândurilor negative automate legate de sine și a sentimentelor de neputință. Această schimbare sugerează o creștere a autoeficacității percepute, ceea ce reprezintă un indicator important al rezilienței psihologice. De asemenea, diminuarea percepției privind amenințările sociale reflectă o îmbunătățire a relațiilor interpersonale și o integrare socială mai bună a copiilor, susținută de tehnicile de comunicare și afirmare de sine învățate în cadrul programului. Nu în ultimul rând, scăderea percepției de amenințare fizică poate fi asociată cu reducerea anxietății legate de vulnerabilitatea corporală sau de teama legată de boală și de consecințele acesteia, ceea ce indică o adaptare cognitiv-emoțională mai sănătoasă în fața unei condiții cronice, precum diabetul [93].

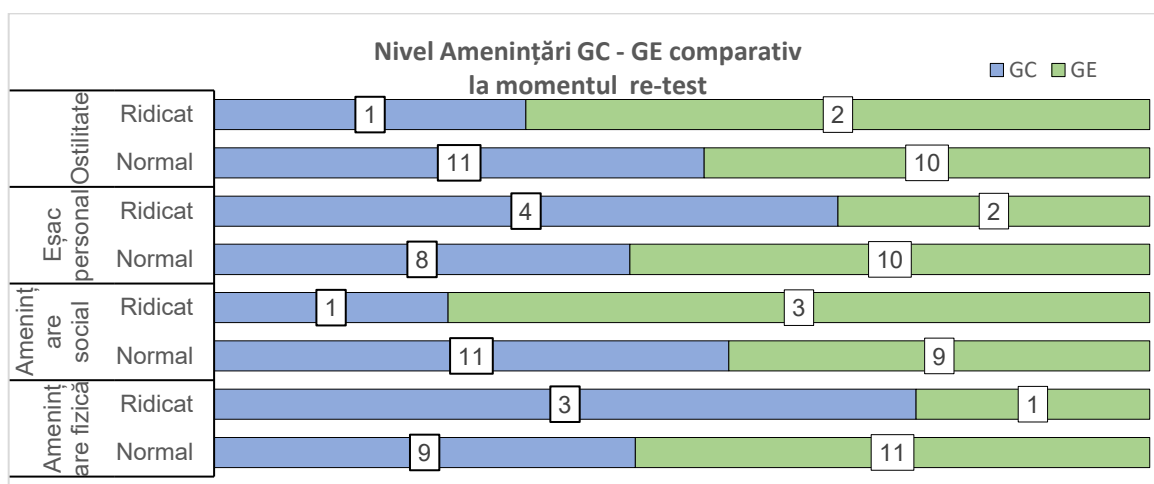


Figura 3.35. Analiza comparativă a Amenințărilor GC vs GE

Analiza variației nivelului Amenințărilor pentru grupul de control GC între cele două momente de timp Test – Tetest a indicat lipsa de semnificație a diferențelor obținute pentru toate variabilele analizate ($p > 0,050$) conform (Anexa 4, Tabel 36). Acest rezultat confirmă faptul că în lipsa unei intervenții psihologice, percepția amenințărilor a rămas relativ stabilă în timp.

Comparativ cu grupul de control GC, copiii din grupul experimental GE prezintă niveluri mult mai scăzute de amenințări percepute după intervenție. Diferențele sunt semnificative pentru fiecare indicator analizat. Acest lucru sugerează că programul a fost eficient în creșterea percepției controlului și a siguranței personale. Copiii din grupul experimental GE au internalizat noi mecanisme de adaptare, ceea ce a condus la reducerea anxietății, a fricii de eșec și de respingere, precum și a sentimentului de neputință. La momentul Re-test, genul nu influențează semnificativ amenințările percepute de grupul experimental GE. Nu există diferențe semnificative între fete și băieți, copiii au răspuns similar indiferent de tipul amenințării percepute. În ceea ce privește amenințarea fizică nu s-au identificat diferențe semnificative între genuri ($\chi^2 = 1.09$, $p = 0.296$), ceea ce sugerează un răspuns omogen al copiilor la situații legate de vulnerabilitatea corporală sau teama de boală. În ceea ce privește amenințarea socială (excludere, judecată, presiune de grup), diferențele între fete și băieți au fost, de asemenea, nesemnificative ($\chi^2 = 0.44$, $p = 0.505$), indicând o percepție similară atât a fetelor, cât și a băieților a factorilor sociali stresori. În ceea ce privește eșecul personal, analiza a relevat un rezultat marginal ($\chi^2 = 2.40$, $p = 0.121$) care, deși nu este statistic semnificativ, poate sugera o ușoară tendință spre diferențiere între genuri în percepția propriei inadecvări sau a neîmplinirii standardelor personale. În privința ostilității, rezultatul ($\chi^2 = 0.00$, fără p) arată ori că niciun copil nu a recurs la acest mecanism de coping, ori că toți copiii l-au folosit în egală măsură, ori că distribuția a fost perfect echilibrată între genuri, neexistând vreo diferență de gen (Anexa 4, Tabel 37).

Nu s-au identificat diferențe semnificative statistic în percepția amenințărilor în funcție de vârstă în grupul experimental GE la Re-test, cu excepția Amenințării fizice, care prezintă o tendință marginală spre semnificație ($p = 0.065$). Acest rezultat indică faptul că vârsta ar putea influența într-o oarecare măsură

modul în care copiii percep pericolele fizice, cum ar fi vulnerabilitatea corporală, boala sau disconfortul fizic. Valorile $p > 0.05$, arată că nu există diferențe semnificative statistic între grupele de vârstă pentru celelalte forme de amenințări precum ostilitatea, eșecul personal sau amenințarea socială (Anexa 4, Tabel 38).

📖 În urma intervenției, toate cele patru dimensiuni analizate: Eșec personal, Amenințări fizice, Ostilitate și Amenințări sociale au înregistrat scăderi mai pronunțate ale percepției amenințărilor, în cazul GE, comparativ cu GC, cu tranziții clare de la niveluri ridicate la niveluri normale ce nu pot fi explicate doar prin dezvoltarea naturală. În absența unei intervenții, copiii din GC au obținut o toleranță mai mare la unele forme de amenințare percepută. „Normalizarea naturală” implică o stabilizare sau o ușoară reducere a percepției amenințărilor, în lipsa unei intervenții, în cazul lor. Intervențiile care includ tehnici de reglare emoțională, dezvoltarea abilităților sociale și restructurare cognitivă reduc semnificativ percepția amenințărilor. Această evoluție sugerează că intervenția psihologică implementată a avut un impact pozitiv asupra restructurării percepțiilor negative ale copiilor din grupul experimental GE. În mod specific, s-a produs o resemnificare a experiențelor percepute anterior ca fiind amenințătoare, însoțită de o creștere a sentimentului de siguranță psihologică internă și o diminuare a stresului perceput. Astfel, rezultatele obținute susțin eficacitatea programului de intervenție în dezvoltarea rezilienței emoționale și cognitive la copiii participanți. Teoriile stresului și copingului ale lui Lazarus și Folkman afirmă că percepția amenințărilor este strâns legată de evaluarea cognitivă a situației. Intervenția poate modifica această evaluare, transformând o situație percepută ca amenințătoare într-una suportabilă. La vârsta școlară, creierul este extrem de receptiv la intervenții educaționale și emoționale. O intervenție bine structurată poate produce schimbări durabile în modul în care copiii își procesează emoțiile și stresul. Putem afirma un efect specific al intervenției, întrucât scăderea percepției amenințărilor în GE este mai mare decât în GC și apare în paralel cu alte îmbunătățiri precum reducerea distresului emoțional și cu creșterea suportului social. În acest caz, intervenția nu doar a accelerat procesul natural, ci a modificat activ modul de raportare la stres și amenințări. Rezultatele susțin ideea că intervențiile timpurii pot avea un impact semnificativ asupra sănătății emoționale a copiilor și pot accelera procesele de adaptare naturală.

Analiza comparativă a Calității vieții (test KINDL^R) Test-Retest

În urma aplicării testului de independență Hi-pătrat nu s-au identificat diferențe semnificative statistic de asociere a grupului de control GC / experimental GE cu nivelul Stării de bine fizice și emoționale ($\chi^2(2) = 0,22 - 0,20$; $p > 0,050$), Relației cu familia și Relația cu prietenii ($\chi^2(2) = 2,228 - 2,40$; $p > 0,050$), Funcționarea zilnică, Stima de sine ($\chi^2(2) = 0,78$; $p > 0,050$) și Diabetes Wellness, respectiv Starea de bine asociată diabetului ($\chi^2(2) = 1,22 - 2,18$; $p > 0,050$). Pe baza acestor rezultate putem observa că la

momentul inițial, cele două grupuri prezentau un nivel comparabil al calității vieții pe toți factorii ce țin de calitatea vieții investigați (Anexa 4, Tabel 39).

În urma experimentului formativ, între cele două grupuri au fost identificate următoarele diferențe importante între cele două grupuri din punct de vedere al calității vieții:

- Stima de sine în cazul grupului experimental GE este într-o pondere semnificativ ($\chi^2(2) = 13,70$ $p < 0,010$) mai ridicată de nivel normal (10/12), comparativ cu grupul de control GC, în cazul căruia nivelul normal are o pondere mai redusă (1/12);

- O diferențiere semnificativă statistic ($\chi^2(2) = 8,77$; $p < 0,050$) între cele două grupuri a fost observată și în cazul Stării de bine asociată diabetului, care în cazul grupului experimental GE prezintă o pondere ridicată a nivelului normal (10/12), comparativ cu grupul de control GC, caz în care nivelul normal are o pondere mai redusă (3/12);

- În cazul Stării de bine fizice și a celei emoționale nu s-au identificat diferențe semnificative statistic ($\chi^2(2) = 1,51 - 1,60$; $p > 0,050$) între cele două grupuri ale cercetării experimentale GC și GE (Anexa 4, Tabel 40).

Testarea diferențelor de nivel obținute în cazul factorilor calității vieții în urma experimentului formativ, realizată cu ajutorul testului comparativ non-parametric pentru eșantioane perechi Wilcoxon (Anexa 4, Tabel 41), a indicat următoarele evoluții semnificative:

- Nivelul Stării de bine emoționale obținut la momentul Re-test tinde spre nivelul normal într-o pondere ridicată, cu tendință semnificativă statistic ($Z = -3,05$; $p < 0,010$);

- Starea de bine fizică tinde, de asemenea, spre nivelul normal într-o pondere mai redusă (5/12 cazuri), reducere pentru care semnificația statistică este marginală ($Z = 2,07$; $p = 0,063$), sugerând un efect moderat al intervenției asupra acestui factor;

- În cazul Relației cu familia și în Relația cu prietenii, tendința spre nivelul normal este majoră (11/12 cazuri în relația cu familia și 7/12 în cazul relației cu prietenii), tendințe cu semnificație statistică ($Z = -3,07$; $p < 0,010$) în cazul familiei și ($Z = -2,81$; $p < 0,010$) în cazul prietenilor;

- Funcționarea zilnică tinde, de asemenea, spre nivelul normal în 9/12 cazuri, tendință semnificativă statistic ($Z = -2,89$; $p < 0,010$);

- De asemenea, Stima de sine tinde spre nivelul normal în 9/12 cazuri, tendință semnificativă statistic ($Z = -2,81$; $p < 0,010$);

- și Starea de bine asociată diabetului (Diabetes Wellbeing), a înregistrat o evoluție pozitivă cu o tendință spre nivelul normal în 9/12 cazuri, care indică o diferență semnificativă statistic ($Z = -2,74$; $p < 0,010$).

Figura 3.36 redă evoluția factorilor ce țin de calitatea vieții în grupul experimental GE înainte și după intervenția psihologică. Toți cei șapte factori analizați au avut o creștere semnificativă a ponderii cazurilor

încadrate la nivelul „normal” la Re-test, ceea ce indică o îmbunătățire clară a calității vieții în urma intervenției. Astfel, Starea de bine asociată diabetului (Diabetes Wellness) s-a îmbunătățit, reflectând un impact semnificativ al intervenției în resemnificarea bolii și acceptarea diagnosticului. În cazul Funcționării zilnice, copiii și-au dezvoltat abilități mai bune de gestionare zilnică a sarcinilor și tratamentului, iar în cazul relațiilor, s-au îmbunătățit abilitățile de socializare și integrare socială și s-a consolidat comunicarea și sprijinul familial. Putem spune că stima de sine a cunoscut o creștere semnificativă statistic în urma intervenției, reflectând o creștere a încrederii în sine și a abilităților personale.

În cazul grupului de control GC (Anexa 4, Tabel 42), între cele două momente de timp Test – Re-test, s-a observat o tendință spre nivelul normal în ponderi importante, 7/12 cazuri în ceea ce privește Starea de bine emoțională și 6/12 cazuri în ceea ce privește Funcționarea zilnică, tendințe semnificative statistic ($Z=-2,46 - -2,27$; $p < 0,010$).

În cazul celorlalte componente ale calității vieții nu s-au identificat tendințe semnificative statistic.

Starea de bine asociată diabetului (Diabetes Wellbeing) este un indicator ce trebuie analizat în contextul comparării grupului de control GC cu grupul experimental GE.

Tabel 3.10. Rezultate obținute de copiii cu DZ din ambele grupuri GC și GE

		N	%	Testul comparativ Hi-pătrat		
				χ^2	df	p
Starea de bine a diabeticilor	Normal	13	13,0%	22,94	2	< 0,001
	Moderat	52	52,0%			
	Anormal	35	35,0%			

Graficul de mai jos ilustrează distribuția nivelului Stării de bine asociată diabetului în rândul copiilor („Diabetes Wellbeing”) din eșantionul formativ. Interpretarea sa oferă informații relevante despre impactul diabetului asupra dimensiunii emoționale a calității vieții. Dintre aceștia 13% dintre copii prezintă un nivel normal al stării de bine legată de boală, indicând o adaptare emoțională adecvată la condiția cronică, 52% dintre copii se încadrează în categoria nivel moderat, ceea ce poate sugera existența unor dificultăți emoționale sau provocări în gestionarea stresului asociat bolii și 35% dintre copii prezintă un nivel anormal al stării de bine în legătură cu boala, semnalând un risc crescut de afectare psihologică (ex. anxietate, tristețe, demotivare) și o nevoie crescută de suport psihoterapeutic. Majoritatea copiilor cu DZ se confruntă cu dificultăți emoționale și adaptative – starea lor de bine fiind afectată de prezența bolii cronice. Nivelul redus de „normalitate” sugerează că această populație evidențiază necesitatea intervențiilor psihologice preventive și de susținere.

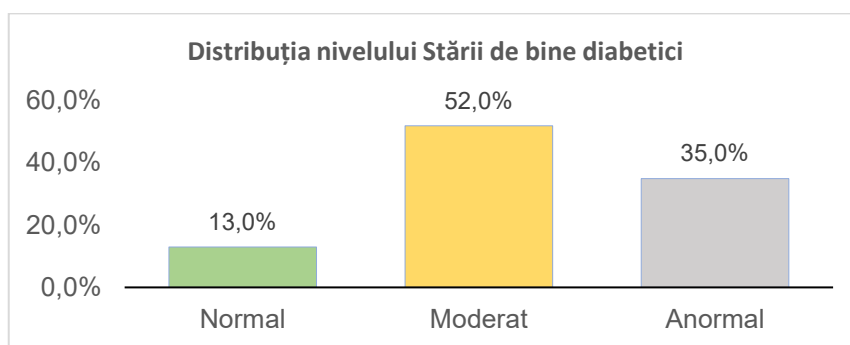


Figura 3.36. Distribuția Stării de bine asociate diabetului ("Diabetes Wellbeing")

Analizând graficul distribuției nivelului stării de bine a copiilor cu DZ în funcție de gen, se evidențiază diferențe semnificative între fete și băieți în ceea ce privește impactul bolii asupra echilibrului lor emoțional. Rezultatele indică faptul că **băieții cu diabet prezintă un nivel mai ridicat de afectare emoțională** (44% – nivel anormal) comparativ cu fetele (26%). Deși fetele tind să se plaseze într-o zonă „intermediară”, cu preponderență de nivel moderat, ceea ce indică o stare de echilibru fragil, dar nu sever afectată, băieții sunt mai frecvent afectați la un nivel sever. Acest lucru poate reflecta diferențe de gen în exprimarea emoțiilor, mecanismele de coping sau în receptivitatea la suportul psihologic.

Aceste rezultate se aliniază cu tendința din literatură, unde băieții/adulții prezintă mai mult "diabetes distress" și consecințe emoționale negative, fetele raportează mai frecvent simptome depresive și anxioase [136], iar la adolescenți, diferențele de gen sunt clar evidențiate și justifică abordări psihologice diferențiate, în cazul băieților, axate pe reducerea stresului și creșterea încrederii în sine, iar la fete, abordări axate pe susținerea echilibrului emoțional și pe prevenirea recurențelor emoționale [115].

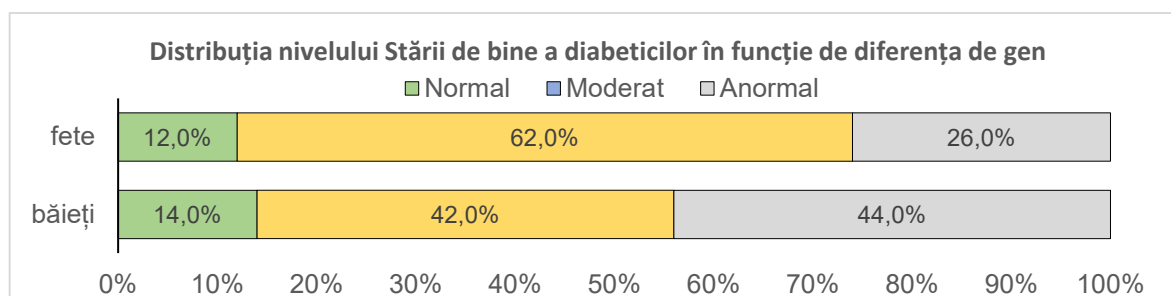


Figura 3.37. Analiza comparativă a Stării de bine asociate diabetului ("Diabetes Wellbeing") în funcție de gen

În cele ce urmează analizăm distribuția stării de bine la copiii cu DZ în funcție de categoria de vârstă (8–9 ani, 10–12 ani, 13–14 ani), oferind perspective valoroase asupra modului în care vârsta influențează echilibrul emoțional în cazul unei boli cronice. Grupa care pare să se adapteze relativ bine, în care nivelul de afectare severă este cel mai scăzut dintre toate grupele este cea a copiilor de 8-9 ani. Grupa cu distribuția cea mai echilibrată, dar și cu o proporție crescută de copii cu dificultăți serioase de adaptare (40% anormal) este grupa copiilor de 10-12 ani. Adolescenții de 13-14 ani par cei mai afectați emoțional, iar starea lor tinde să fie cel puțin moderat afectată.

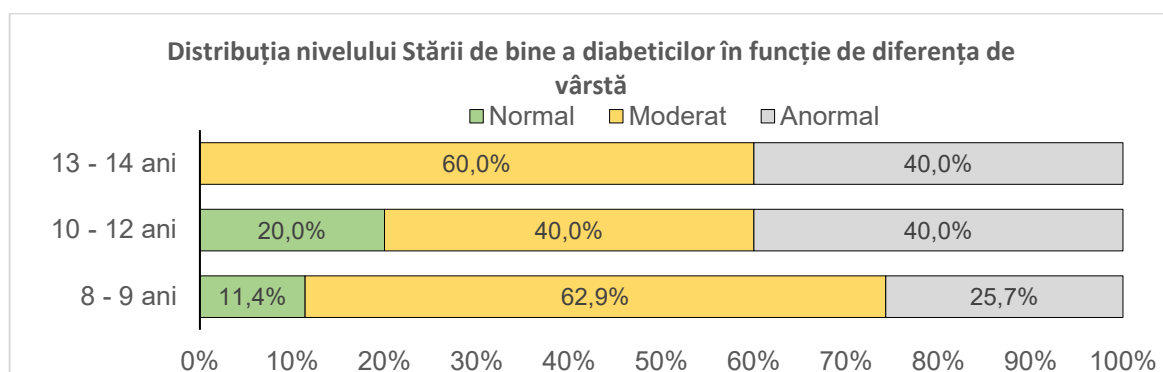


Figura 3.38. Analiza comparativă a Stării de bine asociate diabetului ("Diabetes Wellbeing") în funcție de vârstă

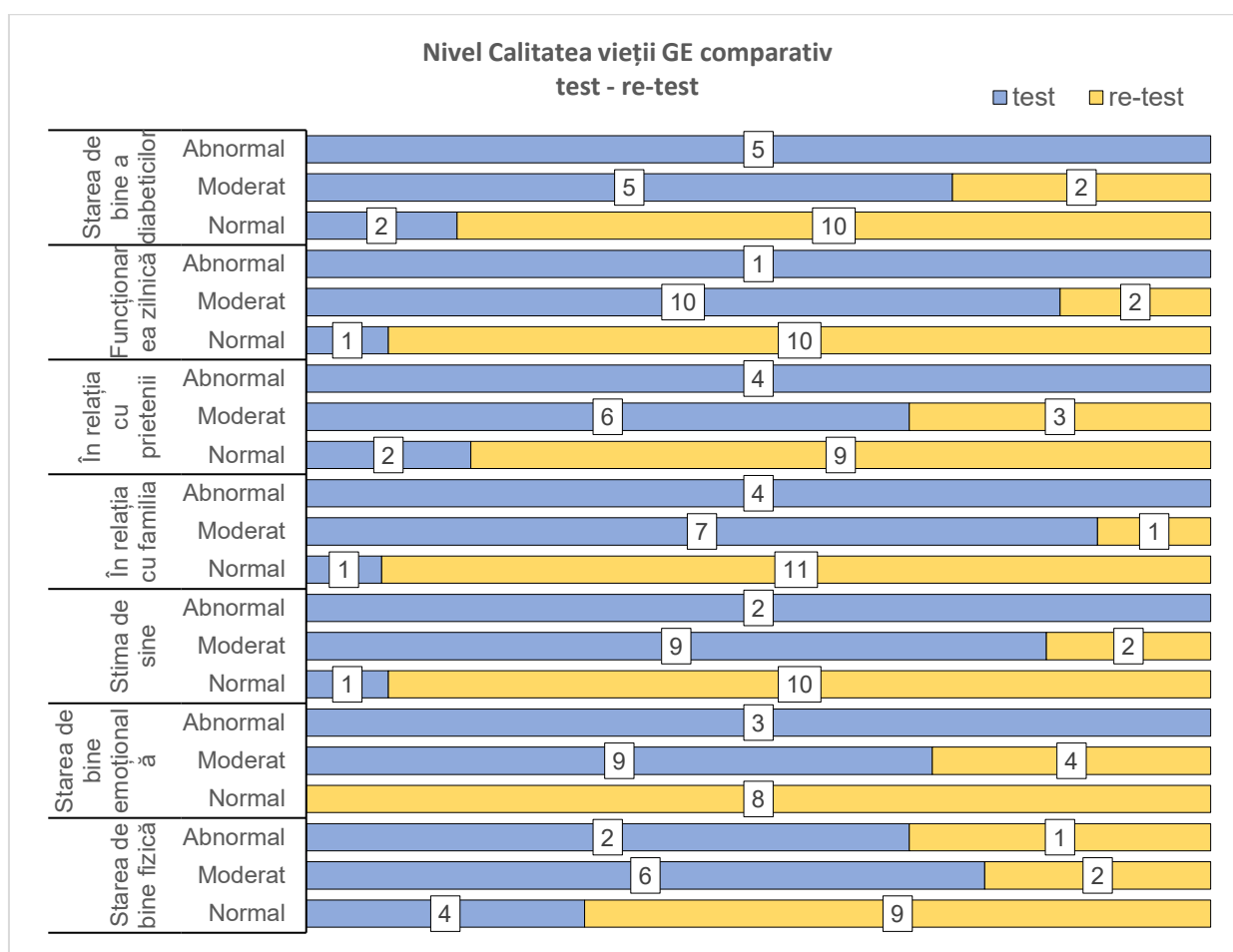


Figura 3.39. Analiza comparativă a Calității vieții GE Test-Retest

Rezultatele obținute la momentul retestării evidențiază eficiența intervenției psihologice asupra Calității vieții copiilor din GE, în comparație cu GC. Copiii care au beneficiat de intervenție au raportat niveluri crescute ale stării de bine emoționale și fizice, o funcționare zilnică mai bună, relații interpersonale mai pozitive și o stimă de sine mai ridicată. Acest lucru sugerează că intervenția a avut un efect pozitiv generalizat, chiar dacă nu suficient de puternic pentru a produce semnificație statistică în toate cazurile. Astfel, Relația cu prietenii și Funcționarea zilnică au avut creșteri marginale în GE, ceea ce sugerează că aceste dimensiuni ar putea deveni semnificative cu o intervenție mai lungă sau o intensificare a activităților sociale și autonome. Diabetes wellbeing și Stima de sine au cunoscut creșteri clare în GE. În ceea ce privește Starea de bine asociată diabetului ("Diabetes Wellbeing"), intervenția a condus clar la o adaptare

mai bună la boala cronică prin creșterea sentimentului de control asupra propriei sănătăți. În ceea ce privește Stima de sine, aceasta este una dintre cele mai semnificative schimbări, sugerând că intervenția a avut un rol important în dezvoltarea unei imagini de sine pozitive ca urmare a participării la activități care îl validează pe copil. Starea de bine emoțională demonstrează eficiența intervenției în reglarea emoțională, iar modificările obținute în Starea de bine fizică sugerează o percepție corporală mai bună și o reducere a simptomatologiei somatice percepute.

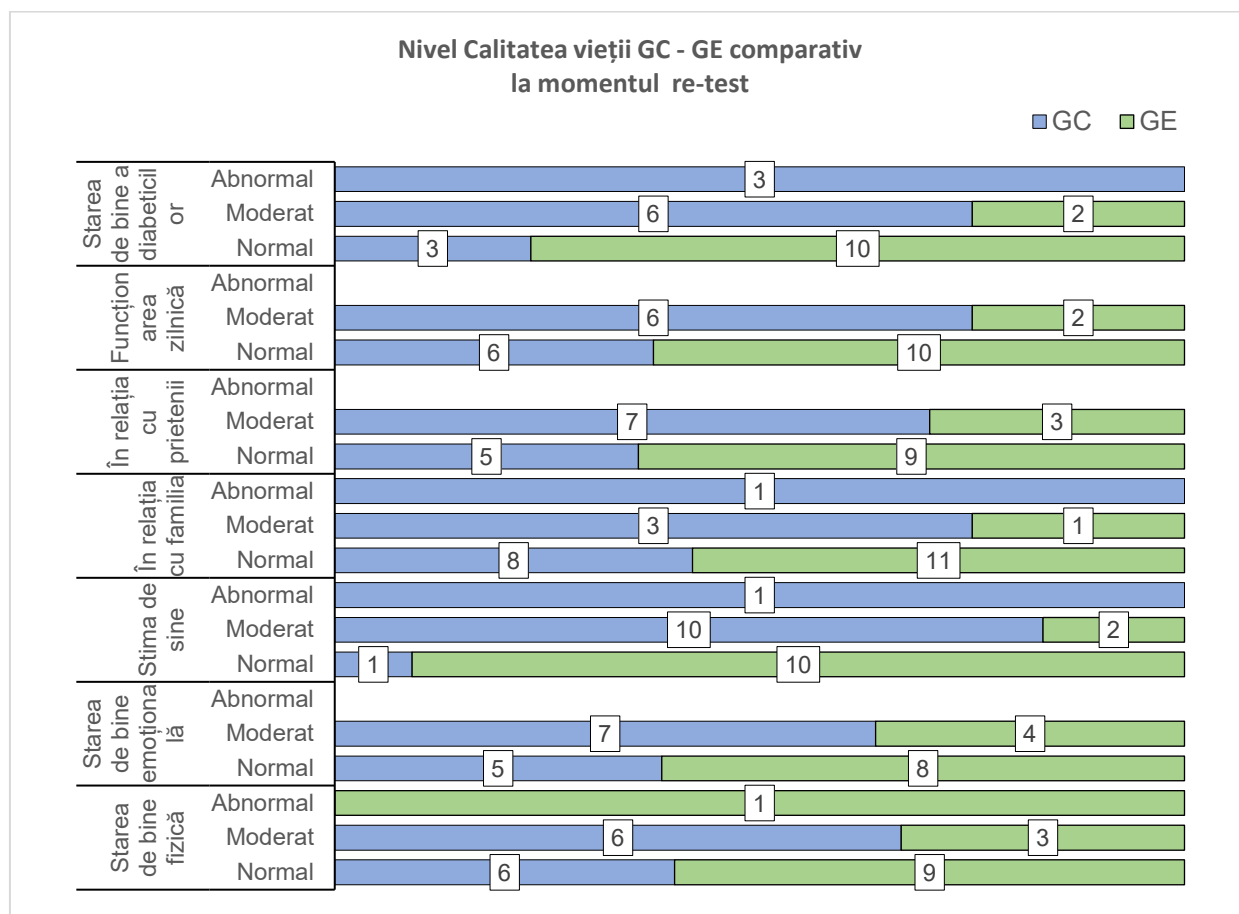


Figura 3.40. Analiza comparativă a Calității vieții pentru GC vs GE

Intervenția psihologică aplicată în cadrul grupului experimental GE s-a dovedit a fi eficientă, conducând la îmbunătățiri semnificative în toți factorii ce țin de calitatea vieții pe care i-am analizat. Aceste date susțin necesitatea integrării intervențiilor psihologice sistematice în îngrijirea extinsă a copiilor cu DZ. Copiii de vârstă școlară trec printr-o perioadă de dezvoltare accelerată a funcțiilor cognitive, emoționale și sociale. Acest proces natural poate duce la o îmbunătățire spontană a stării de bine, chiar și fără intervenții externe. Comparativ cu grupul de control GC, care nu a înregistrat modificări la fel de mari, copiii din grupul experimental GE au manifestat tendințe pozitive constante în toate dimensiunile Wellbeing. Deși majoritatea diferențelor nu sunt semnificative statistic, direcția clară a schimbărilor indică un efect favorabil al intervenției asupra stării de bine emoționale, sociale și funcționale a copiilor. Aceste rezultate susțin ideea că intervențiile psiho-pedagogice pot contribui la îmbunătățirea calității vieții copiilor, în special în ceea ce privește relațiile sociale, funcționarea zilnică, stima de sine și gestionarea bolii cronice.

3.4. Concluzii la Capitolul 3

Analizând eficiența programului de intervenție prin evaluarea impactului său asupra grupului experimental GE, comparativ cu grupul de control GC am formulat următoarele concluzii:

1. Intervenția psihologică a avut un efect pozitiv clar asupra copiilor cu DZ din grupul experimental GE. Analiza Wilcoxon a evidențiat că intervenția formativă a avut un efect pozitiv asupra unor dimensiuni specifice ale anxietății la copiii din grupul experimental, determinând o ameliorare a reactivității emoționale. Astfel, s-au observat reduceri la nivelul tensiunii asociate stresului, coping-ului anxios, fricilor legate de umilință, respingere sau performanță, precum și indicelui tulburării anxioase. Simptomele somatic-vegetative cum ar fi oboseala și disconfortul fizic s-au redus, de asemenea. Pe de altă parte, anxietatea de separare, perfecționismul și anxietatea socială în ansamblu, nu s-au modificat semnificativ, sugerând că aceste dimensiuni pot avea o rezistență la intervențiile de scurtă durată sau pot necesita abordări terapeutice de lungă durată sau mult mai specializate. Perfecționismul este considerat o trăsătură stabilă și rezistentă la schimbare, iar literatura de specialitate subliniază natura persistentă a anxietății sociale, dacă nu există intervenții direcționate. În contrast, la grupul de control, unde nu a avut loc nicio intervenție, nu s-au înregistrat schimbări semnificative, ceea ce confirmă că ameliorarea observată la grupul experimental se datorează intervenției, nu unor fluctuații naturale. Totodată, intervenția a avut un efect benefic asupra percepției de autoeficacitate, îmbunătățind semnificativ stima de sine, dar și relațiile sociale. Nivelul distresului emoțional a scăzut semnificativ în grupul experimental, indicând o îmbunătățire a reglării emoționale. Grupul experimental a înregistrat o creștere semnificativă în utilizarea unor noi mecanisme de coping adaptativ, cum ar fi restructurarea cognitivă și suportul social. De asemenea, nivelul de retragere socială a scăzut, sugerând că intervenția a încurajat dezvoltarea unor strategii mai constructive de gestionare a stresului. Reducerea distresului emoțional, creșterea autoreglării, utilizarea de coping adaptativ sunt exact componentele unei dezvoltări emoționale sănătoase.

2. Intervenția a fost eficientă datorită caracterului său personalizat și adaptat nevoilor reale ale copilului și familiei sale, asigurând o bună integrare a terapiei în viața de zi cu zi. Succesul intervenției s-a datorat și modului în care aceasta a fost adaptată nivelului de înțelegere al copilului, contextului familial și stilului său de viață. Această adaptabilitate a fost cheia obținerii rezultatelor terapeutice vizate, permițând fiecărui copil și familiei sale să dezvolte reziliența necesară, ceea ce semnifică faptul că intervenția a fost realistă și sustenabilă. În același timp, considerarea dinamicii familiale a permis o intervenție care să întărească relațiile și sprijinul din cadrul familiei, esențiale pentru dezvoltarea armonioasă a copilului. Această abordare a favorizat integrarea naturală a tehnicilor în rutina zilnică, consolidând sprijinul familial, învățarea abilităților de autoreglare și creștere a rezilienței.

3. Dezvoltarea rezilienței este o prioritate în intervențiile adresate copiilor cu boli cronice. Intervenția a demonstrat că, prin stimularea rezilienței, se pot reduce factorii de risc, respectiv simptomele

sau dimensiunile negative, chiar și în cazurile fără manifestări severe. Considerăm că este esențial să implementăm strategii pentru a stimula reziliența la toți copiii, chiar dacă simptomele lor par minime și aparent au suporturi sociale bune. Un eveniment traumatizant, o pandemie, o boală cronică, prezintă o oportunitate de a introduce intervenții de dezvoltare care le dezvoltă copiilor punctele forte, interesele și capacitatea de a face față stresului pe termen lung. Aceste strategii sunt cele mai eficiente atunci când sunt integrate în mod proactiv de-a lungul copilăriei timpurii, ca parte a educației obișnuite, creând astfel o bază pentru funcționarea social-emoțională ce poate fi utilă în confruntarea cu efectele adversităților.

4. Modelul propus nu se limitează la copiii cu DZ, ci poate fi extins și la copii cu alte afecțiuni cronice, în cadrul unui demers holistic, multidisciplinar, care să includă: suport emoțional, educație parentală, dezvoltarea rețelelor de suport și de integrare socială. Intervenția poate constitui un model aplicabil și altor copii cu boli cronice pentru creșterea rezilienței în fața adversităților. O abordare multidimensională este esențială pentru gestionarea complexă a bolii cronice, implicând dimensiuni medicale, psihologice și educaționale prin conturarea unui model de îngrijire cu aplicabilitate largă.

5. Ca o concluzie generală afirmăm faptul că interacțiunea dintre DZ și factorii psihosociali este complexă și necesită intervenții precoc, continue și integrate. Copiii cu DZ se confruntă atât cu dificultăți obiective (legate de tratament și organizarea vieții cotidiene), cât și cu amenințări sau dificultăți subiective (teamă, stigmatizare, pierderea controlului). Ambele dimensiuni influențează negativ adaptarea psihologică și necesită intervenții psihoterapeutice orientate spre dezvoltarea rezilienței, a coping-ului adaptativ și a unei imagini de sine sănătoase. Variația inter-individuală este semnificativă — unii copii dezvoltă reziliență, alții vulnerabilitate, în funcție de contextul familial, suportul social și factorii individuali. Screeningul precoc al factorilor de risc psihologic și intervenția timpurie pot preveni instalarea unor tulburări emoționale persistente.

6. Rezultatele cercetării sunt în acord cu teoriile fundamentale ale dezvoltării psihologice. Intervenția a fost aliniată cu recomandările acestor modele teoretice, fiind adaptată nivelului de dezvoltare cognitivă și emoțională al copilului și particularităților individuale ale copilului (Bandura, Piaget), centrată pe sprijinul familial (Bowlby), axată pe dezvoltarea autoeficacității, competenței, reglării emoționale și rezilienței (Erikson, Goleman, Masten). Studiul respectă un model ecologic, în care copilul este în interacțiune constantă cu mediul său psihologic, social și biologic (Bronfenbrenner) și a pus accent pe nevoia de intervenții timpurii și personalizate (Vygotski), pe importanța atașamentului și a relațiilor de sprijin (Bowlby, Bronfenbrenner), dar și pe influența contextului familial și social (modelul bio-psiho-social), contribuind astfel la prevenția problemelor emoționale pe termen lung, într-o manieră ecologică și integrativă.

CONCLUZII GENERALE ȘI RECOMANDĂRI

Cercetarea realizată a avut ca obiectiv investigarea particularităților psiho-emoționale și sociale ale copiilor diagnosticați cu diabet zaharat, printr-o abordare mixtă ce a inclus atât un studiu teoretic aprofundat, cât și un studiu constatativ comparativ, urmat de o intervenție psihologică aplicată. Acest lucru ne-a permis formularea unor concluzii relevante cu privire la profilul emoțional, comportamental și adaptativ al acestor copii. În acest sens, am avut în vedere identificarea factorilor de risc și de protecție. Rezultatele obținute în prezenta lucrare au contribuit la soluționarea problemei științifice referitoare la dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu DZ, oferind o înțelegere aprofundată a dificultăților specifice acestui grup. Ele au contribuit la particularizarea variabilelor explicative ale diferențelor individuale și au permis implementarea eficientă a unui program de intervenție psihologică centrat pe creșterea asistată a rezilienței. În partea teoretică a lucrării am integrat principii și teorii explicative ale dezvoltării normale a copiilor, pentru a oferi o perspectivă solidă studiului și proceselor implicate. Am investigat complexitatea factorilor implicați în dezvoltarea psiho-emoțională, evidențiind relațiile dintre ele și impactul asupra calității vieții copiilor. Din perspectiva teoriilor dezvoltării, am subliniat importanța asistenței în creșterea rezilienței și în susținerea tranziției spre viața adultă. Am corelat rezultatele studiului nostru cu date și informații provenite din surse naționale și internaționale, pentru a putea formula recomandări adecvate. Ne-am străduit, fără pretenția exhaustivității, să oferim o abordare cât mai comprehensivă și riguroasă.

Diferențele identificate între copiii cu DZ și cei fără DZ au ajutat la implementarea intervenției psihologice asistate adaptate specificului bolii, cât și dimensiunilor psihologice cele mai afectate, iar analiza rezultatelor experimentale ne-a permis să formulăm unele concluzii generale corelate cu obiectivele studiului. Astfel, am evidențiat o serie de particularități psiho-emoționale și sociale ale copiilor cu DZ, conturate atât prin analiza comparativă cu copiii fără DZ, cât și prin evaluarea efectelor intervenției psihologice aplicate. Copiii cu DZ prezintă o serie de factori de risc în dezvoltarea lor, precum vulnerabilități emoționale, sociale și de coping ce le influențează calitatea vieții. Aceste vulnerabilități subliniază necesitatea implementării intervențiilor de susținere, menite să sprijine copiii în dezvoltarea de mecanisme adaptative și în consolidarea rezilienței psihologice, contribuind astfel la o calitate mai bună a vieții și la capacitatea de a face față adversităților viitoare. Profilul psiho-emoțional al copiilor cu DZ se conturează ca fiind unul complex, caracterizat de un echilibru între factori de risc și factori protectivi.

În cadrul studiului, prezența unor progrese în grupul de control este explicabilă prin factori naturali. Totuși, diferențele calitative și cantitative în favoarea grupului experimental susțin ideea că intervenția a avut efecte reale, specifice și semnificative. În timp ce în GC, schimbarea a fost naturală, generală și nespecifică, în GE ea a fost direcționată, specifică și susținută de intervenția structurată. În ceea ce privește mecanismele implicate, dacă în cazul GE s-au folosit activități structurate și de susținere

psihoe-ducațională, în grupul GC modificările sunt explicabile prin maturizare și adaptare sau prin efectul Hawthorne. Astfel că efectul în cazul grupului GE a fost relevant prin îmbunătățiri clare, în timp ce grupul GC a înregistrat doar modificări ușoare. Intervenția psihologică aplicată s-a dovedit eficientă atât în reducerea factorilor de risc, cât și în întărirea factorilor protectivi la copiii cu DZ, ceea ce a condus la creșterea calității vieții și a rezilienței.

O privire retrospectivă asupra demersului nostru investigativ a conturat următoarele concluzii:

1. Copiii cu DZ nu prezintă niveluri crescute de anxietate sau depresie globală comparativ cu normele populației, dar manifestă vulnerabilități emoționale specifice. Rezultatele confirmă că DZ nu determină în mod automat tulburări emoționale majore, dar generează vulnerabilități subtile, precum perfecționism, hiperconștientizare a simptomelor fizice sau reacții de tip somato-vegetativ. Intervenția psihologică aplicată a determinat reducerea semnificativă a simptomelor fizice ale anxietății, sugerând o reglare mai bună a răspunsului la stres, în schimb, dimensiuni rigide, precum perfecționismul, au rămas relativ stabile, indicând necesitatea unor programe mai complexe și de durată. În privința simptomelor depresive, a avut un impact benefic asupra percepției personale și a capacității de a experimenta plăcere, factori protectivi fundamentali în prevenirea depresiei clinice.
2. Prezența DZ influențează semnificativ strategiile de coping ale copiilor, orientându-le mai frecvent către strategii centrate pe emoții – cum ar fi reglarea emoțională, wishful thinking sau rugăciunea – și mai puțin către strategiile centrate pe rezolvarea de probleme, asociate cu o adaptare funcțională superioară și un control metabolic optim. Implementarea programului de intervenție a condus la creșterea semnificativă a strategiilor adaptative – reglarea emoțională, restructurarea cognitivă și căutarea suportului social – și la reducerea strategiilor dezadaptative sau pasive, precum retragerea socială, resemnarea sau distragerea atenției. Acest rezultat confirmă caracterul dinamic al copingului, subliniat de Lazarus & Folkman, și arată că mecanismele considerate inițial pasive pot evolua spre forme funcționale, atunci când sunt susținute prin intervenție adecvată. Studiul nostru demonstrează că strategiile emoționale nu sunt fixe, în consecință, copingul poate fi remodelat prin intervenție formativă structurată, promovând dezvoltarea resurselor de reziliență, sănătate emoțională și calitate a vieții. Originalitatea studiului constă în evidențierea plasticității comportamentale și sublinierea importanței intervenției timpurii în formarea unor abilități eficiente de coping, oferind atât o perspectivă teoretică, cât și una aplicativ-practică valoroasă pentru copiii cu DZ.
3. Copiii cu DZ prezintă un nivel semnificativ mai ridicat de distres psihologic comparativ cu cei non-diabetici, manifestat prin dificultăți emoționale, probleme de concentrare, percepție accentuată a amenințărilor fizice și sentiment de eșec personal. Analiza multivariată a confirmat

că DZ reprezintă un predictor al distresului general și al percepției amenințărilor fizice, în timp ce dimensiunile sociale, ostilitatea și comportamentul prosocial nu sunt influențate de DZ. Acest rezultat confirmă existența unei vulnerabilități selective, evidențiind ariile în care copiii cu DZ necesită suport psihosocial, precum reglarea emoțională, gestionarea stresului și adaptarea funcțională în viața cotidiană. Intervenția psihologică s-a dovedit eficientă în stimularea mecanismelor de reglare emoțională și restructurare cognitivă, diminuarea anxietății anticipative, creșterea sentimentului de siguranță psihologică și în creșterea rezilienței. Prin resemnificarea experiențelor percepute ca amenințătoare, intervenția a crescut reziliența și sănătatea emoțională a copiilor cu DZ. Rezultatele au evidențiat importanța integrării programelor psihologice în practica clinică și educațională, consolidând abordările teoretice privind stresul și copingul în contextul bolilor cronice și subliniază importanța sprijinului asistat în adaptarea psihologică și în promovarea sănătății emoționale a copiilor cu DZ.

4. Rezultatele evidențiază faptul că inteligența emoțională joacă un rol protector esențial în adaptarea psihologică a copiilor cu diabet zaharat, prin susținerea autoreglării afective și reducerea tensiunii emoționale asociate stresului cronic. Deși nivelul inițial de inteligență emoțională nu diferă semnificativ de cel al copiilor non-diabetici, dificultățile de reglare emoțională sunt mai pronunțate în rândul copiilor cu DZ. Intervenția psihologică implementată a demonstrat eficiență, crescând nivelul de inteligență emoțională, reducând reactivitatea emoțională și îmbunătățind calitatea vieții. Astfel, integrarea dezvoltării inteligenței emoționale în programele de suport psihologic și educațional se conturează ca o direcție prioritară pentru promovarea rezilienței și sănătății emoționale la copiii cu DZ.

5. Stilul parental funcționează ca un factor moderator. Analiza stilurilor parentale evidențiază faptul că stilul democratic este cel mai favorabil dezvoltării emoționale și adaptative a copiilor, în special în contextul gestionării diabetului zaharat. Asociat cu un climat familial pozitiv, empatie și sprijin constant, acest stil promovează autoreglarea emoțională, autonomia și autoeficacitatea – competențe esențiale pentru reziliență. În schimb, stilurile neimplicat, permisiv, perfecționist și autoritar pot genera vulnerabilități emoționale, dificultăți de adaptare sau presiuni suplimentare asupra copilului, limitând dezvoltarea unor strategii de coping activ. Diferențele semnificative observate între grupurile de copii sugerează că prezența bolii determină părinții să adopte strategii mai structurate, cu tendințe spre perfecționism, hiperprotecție și control, dar și spre un stil democratic mai pronunțat, menit să echilibreze cerințele medicale cu sprijinul emoțional. Aceste constatări subliniază importanța cultivării unui stil parental democratic ca factor protector al rezilienței și sănătății emoționale la copiii cu DZ, dar și relevanța programelor de sprijin parental orientate spre dezvoltarea competențelor de educație emoțională și management al bolii.

6. Copiii cu DZ prezintă dificultăți în funcționarea zilnică și în adaptarea la cerințele cotidiene, care le afectează calitatea vieții. Studiul constatativ a identificat probleme emoționale, sociale și funcționale, evidențiind o vulnerabilitate selectivă ce le afectează autonomia, integrarea cotidiană și relațiile sociale, fără a le compromite însă, stima de sine sau bunăstarea fizică și emoțională. Această constatare sugerează că, deși DZ generează provocări semnificative, majoritatea copiilor mențin percepții pozitive asupra propriei persoane și a stării lor generale. Deși nu există o deteriorare globală, copiii cu DZ nu ating niveluri optime de bunăstare, ceea ce indică nevoia unor intervenții de sprijin psihologic, consiliere și programe de dezvoltare a strategiilor de coping. Studiul experimental a demonstrat că intervenția psihologică a determinat îmbunătățiri semnificative în toate dimensiunile stării de bine: emoțională, socială și funcțională. Rezultatele au arătat importanța integrării intervențiilor psihologice sistematice în îngrijirea copiilor cu DZ, demonstrând că aceste programe contribuie la creșterea calității vieții și la prevenirea dificultăților emoționale și sociale. Contribuția studiului a constat în demonstrarea efectului pozitiv al intervențiilor asupra funcționării zilnice și a wellbeing-ului, oferind dovezi empirice pentru implementarea strategiilor de suport psihologic în practica diabetologiei pediatrice.

Aceste concluzii subliniază importanța unei abordări multidisciplinare în sprijinirea copiilor cu DZ, care să includă evaluări psihologice periodice și intervenții adaptate nevoilor specifice acestui grup vulnerabil. Intervenția psihologică a avut un impact pozitiv asupra reducerii simptomelor anxioase, dezvoltării strategiilor de coping adaptativ, creșterii inteligenței emoționale și a rezilienței, reducerii percepției amenințărilor, îmbunătățirii calității vieții și funcționării zilnice. Studiul aduce o contribuție semnificativă la literatura de specialitate, demonstrând că, atunci când DZ este gestionat într-un cadru de suport familial și psihologic adecvat, se pot dezvolta competențe adaptative valoroase. Rezultatele oferă dovezi empirice solide pentru eficiența intervențiilor psihologice preventive și terapeutice în context pediatric și completează literatura existentă prin evidențierea factorilor de risc și protectori specifici.

Rezultatele studiului au fost prezentate în cadrul conferințelor, în spitale și în școli, sprijinind creșterea gradului de conștientizare a vulnerabilităților psiho-emoționale ale copiilor cu boală cronică, precum și a importanței dezvoltării rezilienței. Programul este utilizat în practica psihologilor specializați care activează în spitale, centre de diabetologie și cabinete de evaluare, consiliere și psihoterapie pentru copii și oferă resurse utile pentru formarea și pregătirea părinților, profesorilor sau cadrelor medicale.

Recomandări.

- Procedura de evaluare și intervenție poate fi implementată în toate centrele de sănătate care se ocupă de copiii cu DZ sau în cabinetele de consiliere școlară.
- Abordarea poate fi integrată și coordonată la nivel național în sistemul existent de îngrijire medicală printr-un program suport al tuturor familiilor cu copii diabetici la recomandarea medicilor.
- Informațiile teoretice și practice incluse în această cercetare pot constitui fundamentul unui ghid aplicativ pentru profesioniștii care lucrează în domeniul diabetologiei juvenile, atât în sfera îngrijirii, cât și în cea a intervenției (medici, psihologi, psihoterapeuți, profesori, consilieri școlari).
- Materialele prezentate în acest studiu pot fi utilizate în cadrul cursurilor de formare profesională pentru psihologi, psihoterapeuți, profesori sau asistenți sociali preocupați de domeniu, facilitând implementarea programelor de dezvoltare a rezilienței pentru familiile copiilor cu diabet zaharat și/sau alte afecțiuni cronice, prin furnizarea de resurse și educație.
- Implementarea programului este benefic în scopul creșterii rezilienței în rândul familiilor copiilor cu DZ și/sau alte afecțiuni cronice și le oferă direcții de dezvoltare.
- Permite personalizarea programelor în funcție de nevoile specifice ale fiecărui copil, luând în considerare vârsta, boala cronică și contextul familial.
- Promovează inițiativele destinate sprijinirii copiilor cu boală cronică prin conștientizarea nevoilor acestora și facilitarea accesului la resurse.
- Programul poate fi extins și folosit în cazul oricărei alte categorii de copii cu boală cronică.

Provocări și limite. Asigurarea continuității programelor pe termen lung este o provocare semnificativă, având în vedere resursele limitate și necesitatea unei implicări constante din partea profesioniștilor. Deși suportul ar trebui să fie accesibil indiferent de locație, realitatea arată că în anumite regiuni, în special în cele rurale sau izolate, accesul la programe specializate este limitat. De asemenea, accesul restricționat la intervenții specializate și la personal calificat în școli și comunități restrânse constituie o barieră majoră în dezvoltarea unei îngrijiri integrate.

Sugestii privind cercetările viitoare. Lucrarea de față își propune să deschidă noi orizonturi în cercetarea privind psihologia copilului bolnav cronic, prin:

- Extinderea programului pentru a putea fi abordate dimensiunile cognitive și afective mai profunde, monitorizare pe termen lung și integrarea intervențiilor în managementul clinic al DZ
- Cercetarea într-o manieră longitudinală a intervențiilor timpurii asupra copilului pentru monitorizarea stării de bine a copiilor și impactul intervențiilor asupra schimbărilor subtile în calitatea vieții pe termen lung
- Conceperea unor standarde intervenționale de referință pentru problematica copilului cu boală cronică.

BIBLIOGRAFIE

1. ADLER, A. *The Individual Psychology of Alfred Adler*. New York: Harper Torchbooks; 1956, ISBN: 9780061311543
2. AFÂNAȘ, O., RUSNAC, S. *Tipologia factorilor determinanți ai rezilienței psihologice*. In: The contemporary issues of the socio-humanistic sciences: in the context of mentality's transformation, Ed. 7, 8-9 decembrie 2016, Chișinău, 2017: "Print-Caro" SRL, 2016, Ediția 7, pp. 379-385. ISBN 978-9975-108-27-0
3. ALBU, A., ALBU, C. *Asistența psihopedagogică și medicală a copilului deficient fizic*. București, Editura Polirom, 2000, 224 pag. ISBN 973-683-583-9
4. ALDERFER, M. A., STANLEY, C., CONROY, R., LONG, K. A., FAIRCLOUGH, D. L., KAZAK, A.E., et al. *The Social Functioning of Siblings of Children With Cancer: A Multi Informant Investigation*. Journal of Pediatric Psychology. 2015, vol. 40 p.309–19. Disponibil: [doi: 10.1093/jpepsy/jsu079](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsu079)
5. ANDREU, C. I., GARCIA-RUBIO, C., MELCON M., SCHONERT-REICHL K. A., ALBERT J. *The effectiveness of a school mindfulness-based intervention on the neural correlates of inhibitory control in children at risk: A randomized control trial*. Developmental Science. 2023 vol. 26 p13-40. Disponibil: [doi: 10.1111/desc.13403](https://doi.org/10.1111/desc.13403)
6. ANTON (MOROIANU) L. A. *Impactul depistării diabetului asupra psihicului la pacientul tânăr. Considerații clinice, paraclinice și terapeutice*. Teză de doctorat. București, 2019. Disponibil: <https://cab.unime.it/journals/index.php/MJCP/issue/view/224/showToc>
7. ASSAL, J. P., MUEHLHAUSER, I., PERNET, A., GFELLER, R., JOERGENS, V., BERGER, M. *Patient education as the basis for diabetes care in clinical practice and research*. Diabetologia. 1985, vol. 28 p. 602–613. Disponibil: doi.org/10.1007/BF00281995
8. ASSAL, J.P. *Education for self-management and patient empowerment*. In J.P. Assal, H. M. D. Golay & A. W. Gfeller (Eds.), *Therapeutic patient education: Teaching patients to live with chronic disease* 1999, p. 1-18. ISBN 978-92-890-6021-9
9. AYERS, T. S., SANDIER, I. N., WEST, S. G., ROOSA, M. W. *A Dispositional and Situational Assessment of Children's Coping: Testing Alternative Models of Coping*. Journal of Personality. 1996, vol. 64, p.923–958. Disponibil: <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00949.x>
10. BAKRI, C-L. *Aspectele psihopatologice ale diabeticului din perspectiva sănătății mintale*. In. *Medic.ro*, vol. 144, issue 6, p. 44, ISSN 1584-3513. Disponibil: [10.26416/Med.144.6.2032](https://doi.org/10.26416/Med.144.6.2032)
11. BANDURA, A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. Worth Publishers; 1997. Disponibil: https://books.google.ro/books?id=eJ-PN9g_o-EC

12. BAR-ON, R. *The Bar-On model of emotional-social intelligence (ESI)*. Psicothema. 2006, vol. 18 Suppl:13–25. Disponibil: <https://www.psicothema.com/pdf/3271.pdf>
13. BAR-ON, R., PARKER, J. D. A., trad. CORK, A. *Manual de inteligență emoțională. Teorie, dezvoltare, evaluare și aplicații în viața de familie, la școală și la locul de muncă*. București, Editura Curtea veche, 504 p. 2011. ISBN 978-973-669-974-0
14. BARKLEY, R. A., trad. KALLAY, E. și PORUMB, M. *Copilul dificil. Manualul terapeutului pentru evaluare și pentru trainingul părinților*. ed. a II-a, Cluj-Napoca: Editura ASCR, 2011, 267p. ISBN 978-606-8244-18-1
15. BARRY, M. M., CLARKE, A. M., JENKINS, R. & Patel, V. *A systematic review of the effectiveness of mental health promotion interventions for young people in low and middle-income countries*. BMC Public Health, 2010, vol. 10, p.1-20. Disponibil: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-835>
16. BAUMRIND, D. *Current patterns of parental authority*. Developmental Psychology. 1971; vol. 4(1), p.103. Disponibil: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/h0030372>
17. BAUMRIND, D. *Effects of Authoritative Parental Control on Child Behavior*. Child Development. 1966, vol. 37, p. 887. Disponibil: <https://www.jstor.org/stable/1126611?origin=crossref>
18. BAUR, J. L. & KIENLEN, S. L. *The Impact of Parenting Styles on Emotional Well-Being in Children*. Journal of Child Psychology and Psychiatry. 2014 P. 521–529. Disponibil: [10.54097/ehss.v22i.14554](https://doi.org/10.54097/ehss.v22i.14554)
19. BĂBEANU, G., E. *Impactul bolilor cronice ale copiilor și adolescenților asupra sănătății mintale și funcționării familiale*. In: Revista de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului din România, vol. 22, nr. 1, mart. 2016, pg. 59-72. Disponibil: <https://snpcar.ro/wp-content/uploads/2018/08/pdf4.pdf>
20. BECK, A. T. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. Hoeber Medical Division, Harper & Row; 1967. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=L3NHAAAAMAAJ>
21. BECONA, E., MARTINEZ, Ú., CALAFAT, A., JUAN, M., FERNANDEZ-HERMIDA, J. R., SECADES-VILLA, R. *Parental styles and drug use: A review*. Drugs: Education, Prevention and Policy. 2012, vol. 19, p. 1–10. Disponibil: <https://doi.org/10.3109/09687637.2011.631060>
22. BERNARD, B. (1994). *Resilience: What we have learned*. West Ed. ISBN 9780914409182
23. BIRCH, S. H., LADD, G. W. *The teacher-child relationship and children's early school adjustment*. Journal of School Psychology. 1997, vol. 35, p. 61–79. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022440596000295>
24. BORKOVEC, T. D., ALCAINE, O. M., BEHAR, E. *Avoidance Theory of Worry and Generalized Anxiety Disorder*. In R. G. Heimberg, C. L. Turk, & D. S. Mennin (Eds.), *Generalized*

anxiety disorder: Advances in research and practice, The Guilford Press; 2004. p. 77–10. ISBN 1572309725

25. BOWLBY, J. *A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books; 1988. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=8G4ywAEACAAJ>

26. BOWLBY, J. *Attachment and Loss*. Basic Books; 1969. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=FYEuAAAAMAAJ>

27. BOYUM, L. A., PARKE, R. D. *The Role of Family Emotional Expressiveness in the Development of Children's Social Competence*. Journal of Marriage and the Family. 1995, vol. 57, p. 593. Disponibil: <https://www.jstor.org/stable/353915?origin=crossref>

28. BRACKETT, M. A., RIVERS, S. E., SALOVEY, P. *Emotional Intelligence: Implications for Personal, Social, Academic, and Workplace Success*. Social Personality Psych. 2011, vol. 5, p.88–103. Disponibil: [doi:10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2010.00334.x)

29. BRETHERTON, I. *The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth*. Developmental Psychology. 1992, vol. 28, p.759–75. ISSN 0012-1649

30. BRONFENBRENNER, U. *The Ecology of Human Development*. Harvard University Press; 1979. Disponibil: <http://www.jstor.org/stable/j.ctv26071r6>

31. BULMER, S. K, PROFETTO-McGRATH, J., CUMMINGS, G. G. *Emotional intelligence and nursing: An integrative literature review*. International Journal of Nursing Studies. 2009 vol. 46, p.1624–1636. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0020748909001825>

32. CAHILL H., BEADLE S., FARRELLY A., FOSTER R., SMITH K. *Building Resilience in Children and Young People: A Literature Review for the Department of Education and Early Childhood Development (DEECD)*. University of Melbourne. Melbourne Graduate School of Education 2014. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=efAtswEACAAJ>

33. CANDEL, O. S. *Rolul familie și al terapiilor de familie în cazul pacientului cronic. In book: Boala cronică. O perspectiva interdisciplinară*. pg. 181-193, Iași: Editura Polirom, 2020. ISBN 978-973-3468-32-15

34. CARSTENSEN, L. L. *Evidence for a Life-Span Theory of Socioemotional Selectivity*. In: Curr Dir Psychol Sci. 1995, vol. 4, p.151–156. Disponibil: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.ep11512261>

35. CARVER, C. S. *You want to measure coping but your protocol' too long: Consider the brief cope*. Int J Behav Med. 1997 vol. 4, p.92–100. Disponibil: http://link.springer.com/10.1207/s15327558ijbm0401_6

36. CARVER, C. S., SCHEIER, M. F. & WEINTRAUB, J. K. (1989). *Assessing coping strategies: A theoretically based approach*. Journal of Personality and Social Psychology, 56(2), 267–283. Disponibil: doi.org/10.1037/0022-3514.56.2.267

37. CHARAMPAPOULOS, D., HESKETH, K.R., AMIN, R., PAES, V.M., VINER, R.M., STEPHENSON, T. *Psycho-educational interventions for children and young people with Type 1 diabetes in the UK: How effective are they? A systematic review and meta-analysis*. In: PloS One., 2017, vol. 30, no 12. Disponibil: <https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0179685&type=printable>
38. CHENG, S-T., CHAN, A.C.M. *Factorial Structure of the Kidcope in Hong Kong Adolescents*. The Journal of Genetic Psychology. 2003 vol. 164, p.261–266. Disponibil: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00221320309597982>
39. CHERNISS, C., GOLEMAN, D., BENNIS, W. *The Emotionally Intelligent Workplace: How to Select For, Measure, and Improve Emotional Intelligence in Individuals, Groups, and Organizations*. Wiley; 2003. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=rnfFFRH6oOsC>
40. CHIANG, J.L., KIRKMAN, M.S., LAFFEL, L.M.B., PETERS, A.L. *Type 1 Diabetes Through the Life Span: A Position Statement of the American Diabetes Association*. Diabetes Care. 2014 vol. 37, p.2034–54. Disponibil: <https://doi.org/10.2337/dc14-1140>
41. CHIRIAC, A., ANESTIADI, Z., MUNTEANU, D., MORARU, Z. *Diabetul zaharat tip 1 la copii: particularități clinice și metabolice la etapa depistării primare*. Curierul medical nr 3 (327), 2012, p. 108-110. Disponibil: https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/8716/1/Diabetul_zaharat_tip_1_la_copii_particularitati_clinice_si_metabolice.pdf
42. CHIRIAC, A., PALII, I., GLADUN, S., REVENCO, N., GOLOVIN, B., GLAVAN, R., MADONICI, V., MORAR, V., EȘANU, V., EȘANU, V. *Managementul contemporan al diabetului zaharat la copii și adolescenți*. In: Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale vol. 1, nr. 58, pg. 35-39, ISSN 1857-0011. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/35-39_3.pdf
43. CLAVE, S., TSIMARATOS, M., BOUCEKINE, M., RANCHIN, B., SALOMON, R., DUNAND, O., et al. *Quality of life in adolescents with chronic kidney disease who initiate haemodialysis treatment*. BMC Nephrol. 2019 vol. 20, p.163. Disponibil: <https://bmcnephrol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12882-019-1365-3>
44. COATSWORTH, J. D., DUNCAN, L. G., NIX, R. L., GREENBERG, M. T., GAYLES, J. G., BAMBERGER K. T. et al. *Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program*. Developmental Psychology. 2015 vol. 51, p.26–35. Disponibil: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0038212>
45. COHEN, S., JANICKI-DEVERTS, D., MILLER, G.E. *Psychological Stress and Disease*. JAMA 2007 vol. 298 p.1685. Disponibil: <http://jama.jamanetwork.com/article.aspx?doi=10.1001/jama.298.14.1685>

46. COHEN, S. & WILLS, T. A. *Stress, social support, and the buffering hypothesis*. Psychological Bulletin, 1985 vol. 98(2), 310–357. Disponibil: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
47. COJOCARU, A., ȘICLOVAN, A., AGEU, L., PĂRĂU, D., NUSSBAUM, L., NUSSBAUM, L. *Factori de risc și reziliență la copiii cu înalt grad de risc pentru psihoză*. În: Revista de neurologie și psihiatrie a copilului și adolescentului din România, 2019, vol. 25, nr 2, p. 13-20, Disponibil: <https://snpcar.ro/factori-de-risc-si-rezilienta-la-copiii-cu-inalt-grad-de-risc-pentru-psihoza/>
48. COMPAS, B. E., CONNOR-SMITH J. K., SALZMAN H., THOMSEN A. H., WADSWORTH M. E. *Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research*. Psychological Bulletin. 2001 vol. 127, p.87–127. Disponibil: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0033-2909.127.1.87>
49. COMPAS, B. E., JASER, S. S., DUNN, M. J, RODRIGUEZ, E. M. *Coping with Chronic Illness in Childhood and Adolescence*. Annu Rev Clin Psychol. 2012 vol. 8, p.455–80. Disponibil: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143108>
50. CONDLY, S. J. *Resilience in Children: A Review of Literature With Implications for Education*. Urban Education. 2006 vol. 41, p.211–36. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0042085906287902>
51. COSMA, A. M. *Rolul factorilor psihologici în procesul de adaptare la diabetul zaharat în cazul adolescenților români*. Teză de doctorat. Cluj-Napoca, 2020. Disponibil: <https://teze.doctorat.ubbcluj.ro/doctorat/teza/fisier/5697>
52. CRACSNER, C-E., GHERGHINESCU, R. *Reziliență-proces și reziliență-produs în mica școlaritate*. In: Revista de psihologie, vol. 61 nr. 4, p. 245, 2015. Disponibil: https://revistadepsihologie.ipsihologie.ro/images/revista_de_psihologie/2015_4/Rev_Psihol_4_2_015.pdf
53. CRAIG, M. E., HATTERSLEY, A. DONAGHUE, K. C. *Definition, epidemiology and classification of diabetes in children and adolescents*. Pediatric Diabetes. 2009 vol. 10, p.3–12. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1399-5448.2009.00568.x>
54. CUMMINGS, J. R., O'BRIEN, K. K., & PERERA, H. *Vicariously resilient or traumatized social workers: Exploring some risk and protective factors*. The British Journal of Social Work, 2020, vol. 50(6), 1811-1830. ISSN 1468-263X, 0045-3102
55. CYRULNIK, B. *Les Vilains Petits Canards*. Odile Jacob Edition. 2001, 241 p. ISBN 2-7381-0944-6
56. DARIE, F. *Cu diabetul la psiholog. Sfaturi medicale*. București, CORESI Publishing House, 132 p., 2018, ISBN 978-606-996-247-3

57. DAVIS, C. L. *Parenting Styles, Regimen Adherence, and Glycemic Control in 4- to 10-Year-Old Children With Diabetes*. Journal of Pediatric Psychology. 2001 vol. 26, p.123–9. Disponibil: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/26.2.123>
58. DELAMATER, A. M., De WIT, M., McDARBY, V., MALIK, J., ACERINI, C. L. *Psychological care of children and adolescents with type 1 diabetes: Psychological care*. Pediatr Diabetes. 2014 vol. 15, p.232–44. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/pedi.12191>
59. DELAMATER, A. M. JACOBSON, A. M., ANDERSON, B., COX, D. FISCHER, L., LUSTMAN, P., RUBIN, R., WYSOCKI, T. *Psychosocial Therapies in Diabetes: Report of the Psychosocial Therapies Working Group*. Diabetes Care 1 July 2001, vol. 24 (7), p.1286–1292. Disponibil: <https://doi.org/10.2337/diacare.24.7.1286>
60. DEMIAN, C. *Reziliența și factorii care o influențează. Implicații practice pentru copii, adolescenți și adulți*. În: Revista de medicină școlară și universitară, vol. IV nr. 1, p. 40-47, 2017. ISSN 2502-577X
61. DI DANIEL, V., PAPPU, V. (trad. din fr.). *Gestionează-ți emoțiile! 50 de exerciții practice*. București, Editura Philobia, 127 p., 2022. ISBN 978-606-9707-42-5
62. DOEPFNER, M., SCHUERMANN, S., FROELICH, J., trad. HUREZAN, L. *Program terapeutic pentru copiii cu probleme comportamentale de tip hiperchinet și opozant*. Cluj-Napoca: Editura RTS, 365 p. 2010. ISBN 978-973-1816-38-8
63. DUDĂU, D. P., MITROFAN, L. *Necesitatea suportului psihologic în cazul pacienților diagnosticați cu diabet*. In: Revista psihologică, vol. 65, nr 1, p. 55-74, București, 2019. Disponibil: https://www.researchgate.net/publication/331567717_Necesitatea_suportului_psihologic_in_cazul_pacientilor_diagnosticati_cu_diabet The need for psychological care in diabetes patients
64. ECCLES, J. S., ROESER, R. W. *Schools, Academic Motivation, and Stage-Environment Fit*. In: Lerner RM, Steinberg L, editors. Handbook of Adolescent Psychology. 1st ed. Wiley, 2009. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/9780470479193.adlpsy001013>
65. EISENBERG, N. and RICHARD, A. F. *Emotion, regulation, and the development of social competence*. 1992. Disponibil: <https://www.jstor.org/stable/1132098>
66. ELLIS, A., BERNARD, M. E. *Terapia rațional-emoțională și comportamentală în tulburările copilului și adolescentului: Teorie, practică și cercetare*. Cluj-Napoca: RTS - Romanian Psychological Testing Services SRL, 2007. ISBN 9789731816111
67. ERIKSON, E. H. *Childhood and Society*. 1963. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=sG6IUJAz4b8C>

68. ERIKSON, E. H. *Identity and the Life Cycle*. W. W. Norton; 1994. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=mNTECQAAQBAJ>
69. ERIKSON, E. H. *Identity Youth and Crisis*. W. W. Norton; 1968. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=v3XWH2PDLewC>
70. FEDER, D. J. *Reziliența*. București: Editura Litera, 144 p. 2024, ISBN 978-978-630-319-6657
71. FLAVELL, J. H., FLAVELL, E. R., GREEN, F. L. *Development of Children's Understanding of Connections Between Thinking and Feeling*. Psychol Sci. 2001 vol. 12 p.430–432. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-9280.00379>
72. FOLKMAN, S., MOSKOWITZ, J. T. *Coping with Stress: A Review of Theory, Research, and Applications*. Annu Rev Psychol. 2004 vol. 55, p.745–74. Disponibil: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
73. FOX, L., LENTINI, R.H. “You Got It!” *Teaching Social and Emotional Skills*. Young Children. 2006 vol. 61, p.36–42. ISSN 1538-661
74. GARRALDA, E. M., RANGEL, L. *Impairment and coping in children and adolescents with chronic fatigue syndrome: a comparative study with other paediatric disorders*. Child Psychology Psychiatry. 2004 vol. 45, p.543–52. Disponibil: doi:[10.1111/j.1469-7610.2004.00244.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2004.00244.x)
75. GAVRILIȚĂ, L. *Procesul de reglare emoțională: precizări conceptuale*, Journal of Psychology. Special pedagogy, 2018, vol. 51, nr 2. e-ISSN: 1857-4432, p-ISSN 1857-0224
76. GERHARDSSON, P., SCHWANDT, A., WITSCH, M., KORDONOURI, O et al. *The SWEET Project 10-years benchmarking in 19 countries worldwide is associated with improved HbA1c and increase use of diabetes technology in youth with type 1 diabetes*. In: Diabetes Technology and Therapeutics, 2021, vol, 23, no 7, p 491-499. Disponibil: <https://liebertpub.com/doi/pdf/10.1089/dia.2020.0618>
77. GIANNAKOUPoulos, G., DIMITRAKAKI, C. et al. *Adolescents wellbeing and functioning: relationships with parents' subjective general physical and mental health*. Health Qual Life Outcomes 2009, vol 7, p.100. Disponibil: <https://doi.org/10.1186/1477-7525-7-100>
78. GINSBURG, K.R. (dr), JABLOW, M.M., trad. DEAC, A. *Reziliența copiilor și adolescenților clădită pas cu pas*. Pitești: Editura Paralela 45, 2024, 391 p. ISBN 978-973-47-4121-2
79. GINZBURG, N. *The Little Virtues*. Arcade Pub., 1989. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=NzDyAOyMN6QC>

80. GIOIA, G. A., ISQUITH, P. K., GUY, S. C., KENWORTHY, L. *Behavior Rating Inventory of Executive Function*. Child Neuropsychology. 2000, vol. 6, p.235–8. Disponibil: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1076/chin.6.3.235.315>
81. GLASGOW, R. E., McCAUL, K. D., SCHAFER, L. C. *Self-care behaviors and glycemic control in type I diabetes*. Journal of Chronic Diseases. 1987, vol. 40, p.399–412. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0021968187901731>
82. GLĂVEANU, S.M. *Competența parentală. Modele de conceptualizare și diagnoză*. București, Editura Universitară, 2012, 329 p. ISBN 978-606-591-472-8
83. GLYNN, S. *Methods & Strategies: The teaching-with-analogies model*. Science and Children. 2007, vol. 44, p.52–5. ISSN 0036-8148
84. GOLEMAN, D. *Emotional Intelligence: Why it Can Matter More Than IQ : & Working with Emotional Intelligence*. Bloomsbury, 2004. eISBN 978-0-747-52830-2
85. GONG, B., YANG, W., XING, Y., LAI, Y., SHAN, Z. *Global, regional, and national burden of type 1 diabetes in adolescents and young adults*. Pediatric Research. 2024, Disponibil: <https://doi.org/10.1038/s41390-024-03107-5>
86. GOODMAN, A., LAMPING, D. L., PLOUBIDIS, G. B. *When to Use Broader Internalising and Externalising Subscales Instead of the Hypothesised Five Subscales on the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ): Data from British Parents, Teachers and Children*. J Abnorm Child Psychol. 2010 vol. 38, p.1179–91. Disponibil: <http://link.springer.com/10.1007/s10802-010-9434-x>
87. GOODMAN, R. *The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden*. J Child Psychol Psychiatry. 1999 vol. 40, p.791–9. Disponibil: doi.org/10.1111/1469-7610.00494
88. GOTTMAN, J.M., KATZ, L.F., HOOVEN, C. *Meta-Emotion: How Families Communicate Emotionally*. 1 ed. Routledge, 2013 Disponibil: <https://www.taylorfrancis.com/books/9781134795901>
89. GRECO, P., HILLIARD, M.E., O'BRIEN, J. *Behavioral interventions to improve diabetes management in children*. Journal of Pediatric Health Care. 2016, vol. 30, p.360–366. Disponibil: <https://doi.org/10.1037/a0040359>
90. GREY, M., JASER, S.S., WHITTEMORE, R., JEON, S., LINDEMANN, E. *Coping Skills Training for Parents of Children With Type 1 Diabetes: 12-Month Outcomes*. Nursing Research. 2011 vol. 60, p.173–81. Disponibil: <https://journals.lww.com/00006199-201105000-00004>
91. GREY, M., WHITTEMORE, R., TAMBORLANE, W. *Depression in Type 1 diabetes in children*. Journal of Psychosomatic Research. 2002 vol. 53, p.907–911. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0022399902003124>

92. GROLNICK W. S., POMERANTZ E. M. *Issues and Challenges in Studying Parental Control: Toward a New Conceptualization*. Child Dev Perspectives. 2009 vol. 3, p. 165–170. Disponibil: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1750-8606.2009.00099.x>
93. GROSS, J. J. *Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences*. Psychophysiology. ed. 2002 vol. 39, p. 281–291. Disponibil: doi: [10.1017/S0048577201393198](https://doi.org/10.1017/S0048577201393198)
94. GROTERBERG, E. H. *A Guide to Promoting Resilience in Children: Strengthening the Human Spirit*. Bernard van Leer Foundation, 1995. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=YhklAQAAIAAJ>
95. GULIN, P. A. *Rolul factorilor psihosociali în afecțiunea diabetului zaharat*. In: Conferința științifică națională cu participare internațională „Integrare prin cercetare și inovare” dedicată Zilei internaționale a Științei pentru Pace și Dezvoltare, Republica Moldova, 9-10 noiembrie 2023. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/116-122_22.pdf
96. GUTHRIE, D. W. *Psychosocial Issues for Children and Adolescents With Diabetes: Overview and Recommendations*. Diabetes Spectr 2003, vol. 16(1), p.7–12. Disponibil: <https://doi.org/10.2337/diaspect.16.1.7>
97. GUȚU, L., RÎMIȘ, P. *Diabetul zaharat în Republica Moldova – realități și perspective*. In: One Health & Risk Management. 2023, ed. spec.:Tendințe actuale și provocări în medicina preventivă”, 8-9 iunie 2023: mater. conf. naț. cu particip. internațională. p. 67. ISSN 2587-3458
98. HALL, J. R., DEERY, B., KERN, M., CLINTON, J., QUACH, J. *An adaptation of the KidCOPE: the KidCOPE-parent (KidCOPE-P) – a parent-report measure of child coping strategies*. Educational and Developmental Psychologist. 2024 vol. 41, p.155–62. Disponibil: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/20590776.2024.2341783>
99. HAMPSON, S.E., SKINNER, T.C., HART, J., STOREY, L., GAGE, H., FOXCROFT, D. et al. *Effects of educational and psychosocial interventions for adolescents with diabetes mellitus: a systematic review*. In: Health Technol Assess. 2001 vol. 5. Disponibil: <https://www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/hta5100/>
100. HARAZ, S. *Reziliența ca factor în adaptarea persoanelor la schimbări psiho-sociale*. In: Conferința ”Sociologia și asistența socială: cercetare și profesionalizare”, Chișinău, p. 44-48, 26 octombrie 2022. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/44-48_39.pdf
101. HARNETT, P. H., DAWE, S. *The contribution of mindfulness-based therapies for children and families and proposed conceptual integration*. Child Adoles Ment Health. 2012 vol.17, p.195–208. Disponibil: <https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1475-3588.2011.00643.x>
102. HARRIS, J. R. *The Nurture Assumption: Why Children Turn Out the Way They Do*. New Yor: Free Press, 1998. ISBN 0-684-84409-5, 0-684-85707-3

103. HARTER, S. *The development of self-representations*. 5th ed. John Wiley & Sons, Inc.; 1999, 413 p. ISBN 1572307161, 9781572307162
104. HATZIGEORGIADIS, A., ZOURBANOS, N., GALANIS, E., THEODORAKIS, Y. *Self-Talk and Sports Performance: A Meta-Analysis*. *Perspect Psychol Sci*. 2011 vol. 6, p.348–56. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1745691611413136>
105. HELGESON V.S., BECKER D., ESCOBAR O., SIMINERIO L. *Families With Children With Diabetes: Implications of Parent Stress for Parent and Child Health*. *Journal of Pediatric Psychology*. 2012 vol. 37, p.467–78. Disponibil: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/jsr110>
106. HELGESON, V.S., REYNOLDS, K.A., SIMINERIO, L., ESCOBAR, O., BECKER, D. *Parent and adolescent distribution of responsibility for diabetes self-care: links to health outcomes*. *J Pediatr Psychol*. 2008 vol. 33, p.497–508. Disponibil: [doi:10.1093/jpepsy/jsm081](https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm081)
107. HELGESON, V. S., SNYDER, P. R., ESCOBAR, O., SIMINERIO, L., BECKER, D. *Comparison of Adolescents with and without Diabetes on Indices of Psychosocial Functioning for Three Years*. *Journal of Pediatric Psychology*. 2007 vol. 32, p.794–806. Disponibil: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/jsm020>
108. HENDRIQUES-TEJO, R., CARTES-VELASQUEZ, R. *Psychosocial impact type 1 diabetes mellitus in children, adolescents and their families. Literature review*. In: *Rev. Child. Pediatr*. vol 89 nr. 3, 2018, p. 381-398. Disponibil: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29999147/>
109. HERZER, M, HOOD, K.K. - *Anxiety symptoms in adolescents with type 1 diabetes: Association with blood glucose monitoring and glycemic control*. *Journal of Pediatric Psychology*, 35(4), 415–425. Disponibil: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsp063>
110. HESKETH, K. D., WAKE, M. A., CAMERON, F. J. *Health-Related Quality of Life and Metabolic Control in Children With Type 1 Diabetes*. *Diabetes Care*. 2004 vol. 27, p.415–20. Disponibil: <https://diabetesjournals.org/care/article/27/2/415/28410/Health-Related-Quality-of-Life-and-Metabolic>
111. HEWITT, P. L., FLETT, G. L. *Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology*. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1991 vol. 60, p.456–470. Disponibil: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.60.3.456>
112. HEYDARI, A., SHIRDELZADE, S. *Coping skills and associated factors in children and adolescents with type 1 diabetes: A systematic review*. In: *Int. J. Pediatr*. vol. 9, nr. 2, 2021, p. 12959-12973. Disponibil: https://jpp.mums.ac.ir/article_16507_da3157bd7f549ba1eb1dca36c7f3d9d2.pdf

113. HILLIARD, M. E, HARRIS, M. A., WEISSBERG-BENCHELL J. *Diabetes Resilience: A Model of Risk and Protection in Type 1 Diabetes*. In: Curr Diab Rep. 2012 vol. 12, p.739–748. Disponibil: <http://link.springer.com/10.1007/s11892-012-0314-3>
114. HILLIARD, M. E, POWELL, P.W., ANDERSON B.J. *Evidence-based behavioral interventions to promote diabetes management in children, adolescents and families* . In: American Psychologist, 2016, vol. 71, no 7, p 590-601, Disponibil: <https://psycnet.apa.org/manuscript/2016-47119-007.pdf>
115. HOEY, H., LANGE, K., SKINNER, T.C. et al. *Hvidoere Smyiley Faces: International diabetes quality of life assesment tool for young children*. Pediatric Diabetes Rev. 2017 vol. 8, no 6 p.434–43. Disponibil: <https://doi.org/10.1111/pedi.12602>
116. HOLMES, C. S., CHEN, R., STREISAND, R., MARSCHALL, D. E., SOUTER, S., SWIFT, E. E. et al. *Predictors of Youth Diabetes Care Behaviors and Metabolic Control: A Structural Equation Modeling Approach*. Journal of Pediatric Psychology. 2006 vol. 31, p.770–784. Disponibil: <http://academic.oup.com/jpepsy/article/31/8/770/982967/Predictors-of-Youth-Diabetes-Care-Behaviors>
117. HOOD, K. K., PETERSON, C. M., ROHAN, J. M., DROTAR, D. *Association Between Adherence and Glycemic Control in Pediatric Type 1 Diabetes: A Meta-analysis*. Pediatrics. 2009 vol. 124, p.1171–9. Disponibil: <https://publications.aap.org/pediatrics/article/124/6/e1171/72187/Association-Between-Adherence-and-Glycemic-Control>
118. HOOD, K. K., ROHAN, J. M., PETERSON, C. M., DROTAR, D. *Interventions With Adherence-Promoting Components in Pediatric Type 1 Diabetes*. Diabetes Care. 2010 vol. 33, p.1658–64. Disponibil: <https://diabetesjournals.org/care/article/33/7/1658/39416/Interventions-With-Adherence-Promoting-Components>
119. HUGHES, M. E., WAITE, L. J., HAWKLEY, L. C. & CACIOPPO, J. T. *A Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results From Two Population-Based Studies*. Research on Aging, 2004, vol. 26(6), p.655-672. Disponibil: <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>
120. IONESCU, Ș. *Tratat de reziliență asistată*. Editura Trei. 2013, ISBN 978-973-707-737-0
121. JASER, S.S., WHITE, L.E. *Coping and resilience in adolescents with type 1 diabetes*, In: Child Care Health Dev., 2010, vo. 37 no 3, p. 335-342 Disponibil: [10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01184.x)
122. JENKINSON, E., KNOOP, I., HUDSON, J. L., MOSS-MORRIS, R., HACKETT, R. A. *The effectiveness of cognitive behavioural therapy and third-wave cognitive behavioural interventions on diabetes-related distress: A systematic review and meta-analysis*. Diabet Med. 2022 vol. 39, p.148-49. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/dme.14948>

123. JOURDAN-IONESCU, C. *Modèle de développement d'interventions individualisées axées sur la résilience*. Développement Humain, Handicap et Changement Social. 2011, vol. 19, p.25. Disponibil: <http://id.erudit.org/iderudit/1087260ar>
124. JURMA, A.M. *Stresul parental și strategii de coping în familia copilului cu dizabilități*. In: Revista SNPCAR, 2008, vol. 11, nr. 2, p. 55-62 Disponibil: <https://snpcar.ro/wp-content/uploads/2018/09/73.pdf>
125. KALRA, S., JENA, B., YERAVDEKAR, R. *Emotional and psychological needs of people with diabetes*. Indian J Endocr Metab. 2018 vol. 22, p.696. Disponibil: https://journals.lww.com/10.4103/ijem.IJEM_579_17
126. KARCZEWSKI, S.A. *Pediatric Medical Traumatic Stress in Youth with Type 1 Diabetes and Their Caregivers: A Longitudinal Assessment of Metabolic and Their Caregivers: A Longitudinal Assessment of Metabolic*. In: De Paul University, College and Science and Health Theses and Dissertation 2015, 119 p. Disponibil: https://via.library.depaul.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1119&context=csh_etd
127. KAUFMANN, D., GESTEN, E., LUCIA, R.C.S., SALCEDO, O., RENDINA-GOBIOFF, G., GADD, R. *The Relationship Between Parenting Style and Children's Adjustment: The Parents' Perspective*. Journal of Child and Family Studies. 2000 vol. 9, p.231–245. Disponibil: <https://link.springer.com/10.1023/A:1009475122883>
128. KAZAK, A. E. & ALDERFER, M. A. *Advances in family psychosocial care for children with cancer*. In: Journal of Pediatric Psychology, 2009, vol. 34(5), p.503–510 Disponibil: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsm031>
129. KERNS, K. A. *Attachment in middle childhood*. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. The Guilford Press 2nd ed., 2008, p.366–382 Disponibil: <https://repaire.uqam.ca/wp-content/uploads/2018/12/7.-Laura-Brumariu-Chapitre.pdf>
130. KHAMIS, V. *Impact of pre-trauma, trauma-specific, and post-trauma variables on psychosocial adjustment of Syrian refugee school-age children*. In: J Health Psychol. 2021 vol. 26, p.1780–90. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1359105319886651>
131. KNAFL, K. A. *Family Management of Childhood Chronic Conditions*. In A. M. McCarthy & L. M. Henson (Eds.), *Handbook of Pediatric Psychology*. New York: Guilford Press 2009, p.339-355. Disponibil: doi: [10.1002/ajmg.a.38508](https://doi.org/10.1002/ajmg.a.38508)
132. KNAFL, K. A., DEATRICK J. A., KNAFL G. J., GALLO A. M., GREY M., DIXON J. *Patterns of Family Management of Childhood Chronic Conditions and Their Relationship to Child and Family Functioning*. Journal of Pediatric Nursing. 2013 vol. 28, p.523–535. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0882596313001103>

133. KOCYGIT, C., ÇATLI, G., DUENBAR, B. N. *Effect of reward-based motivation on metabolic control in children and adolescents with type 1 diabetes mellitus*. International Journal of Diabetes in Developing Countries. 2017, vol. 37, p.165–169. Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s13410-016-0470-0>
134. KOENIG, H. G. *Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications*. ISRN Psychiatry. 2012 p.1–33. Disponibil: <https://www.hindawi.com/journals/isrn/2012/278730/>
135. KOHLBERG, L. *Essays on Moral Development*. Harper & Row, 1981. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=4xsRAQAAIAAJ>
136. KOREY, K., HOOD, S., HUESTIS, A., MAHER, D., BUTLER, L., VOLKENING, L., LAFFEL, M.B. *Depressive Symptoms in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: Association with diabetes-specific characteristics*. Diabetes Care 1 June 2006, vol. 29 (6), p.1389. Disponibil: <https://doi.org/10.2337/dc06-0087>
137. KOVACS, M., IYENGAR, S., GOLDSTON, D., STEWART, J., OBROSKY, D. S., MARSH, J. *Psychological Functioning of Children with Insulin-Dependent Diabetes Mellitus: A Longitudinal Study*. In: J Pediatr Psychol. 1990 vol. 15, p.619–32. Disponibil: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/15.5.619>
138. KOVACS, M. & GOLDSTON, D. B. *Cognitive and social cognitive development of depressed children and adolescents*. In: Journal of the American Academy of Child and Adolescents Psychiatry Psychology. 1998, vol. 3, no 30, p.388–392. Disponibil: <https://doi.org/10.1097/00004583-199105000-00006>
139. KROSS, E., AYDUK O. *Self-Distancing. Advances in Experimental Social Psychology*. Elsevier; 2017 p. 81–136. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0065260116300338>
140. KUPPENS, S., CEULEMANS, E. *Parenting Styles: A Closer Look at a Well-Known Concept*. J Child Fam Stud. 2019 vol. 28, p. 168–81. Disponibil: <https://link.springer.com/10.1007/s10826-018-1242-x>
141. LAFFEL, L.M.B., JANE, L., CHIANG, M., KIRKMAN, S., PETERS, A. *On behalf of the Type 1 Diabetes Sourcebook Authors; Type 1 Diabetes Through the Life Span: A Position Statement of the American Diabetes Association*. Diabetes Care 1 July 2014 vol. 37 (7), p.2034–2054. Disponibil: <https://doi.org/10.2337/dc14-1140>
142. LAFFEL, L.M.B. & WOOD, J.R. *Diabetes management in children and adolescents*. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism. 2004 vol. 17, p.129–34. Disponibil: <https://doi.org/10.1111/pedi.12741>

143. LAMBERSON, K. A., WESTER, K. L. *Feelings of Inferiority: A First Attempt to Define the Construct Empirically*. The Journal of Individual Psychology. 2018 vol. 74, p.172–87. Disponibil: <https://muse.jhu.edu/article/694654>
144. LANDRY, S., H., SMITH, K. E., SWANK, P. R., ASSEL, M. A., VELLET, S. *Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary?* Developmental Psychology. 2001 vol. 37, p.387–403. Disponibil: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0012-1649.37.3.387>
145. LAUNDY, K., FRIBERG, P., OSIKA, W., CHEN, Y. *Mindfulness-Based Intervention for Children with Mental Health Problems: a 2-Year Follow-up Randomized Controlled Study*. Mindfulness. 2021 vol. 12, p. 3073–85. Disponibil: <https://link.springer.com/10.1007/s12671-021-01771-w>
146. LAZARUS, R. S., FOLKMAN, S. *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company, 1984. ISBN 0-8261-4191-9
147. LEWINSOHN, P. M., GOTLIB, I. H., LEWINSOHN, M., SEELEY J. R., ALLEN N. B. *Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents*. Journal of Abnormal Psychology. 1998 vol. 107, p.109–117. Disponibil: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0021-843X.107.1.109>
148. LICĂ (COZMA), M.M. *Impactul intervenției psihologice în managementul de caz al copilului și adolescentului cu diabet zaharat insulino-dependent*, teză de doctorat, Târgu-Mureș, 2021. Disponibil: file:///C:/Users/Psy%20Consultancy/Downloads/Lica_teza.pdf
149. LIDDLE, H. A. *The role of family therapy in the treatment of children and adolescents with diabetes*. In Psychotherapy for Families of Children with Chronic Illness, Washington, DC: American Psychological Association. 2016, p.115-132. Disponibil: <https://doi.org/10.1037/14876-006>
150. LUDVIGGSON, J. F., LUDVIGGSON J., EKBOM A., MONTGOMERY S. M. *Celiac Disease and Risk of Subsequent Type 1 Diabetes*. Diabetes Care. 2006 vol. 29, p.2483–8. Disponibil: <https://diabetesjournals.org/care/article/29/11/2483/24636/Celiac-Disease-and-Risk-of-Subsequent-Type-1>
151. LUTHAR, S. S. *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. In S. J. R. van der Meer & A. A. K. W. van der Voet (Eds.), Childhood Resilience: A Global Perspective, New York, NY: Springer. 2013 p.17-34. Disponibil: https://doi.org/10.1007/978-1-4614-4572-8_2
152. LUTHAR, S. S., CICCHETTI, D., BECKER B. *The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work*. Child Development. 2000 vol. 71, p.543–62.

- Disponibil: https://www.academia.edu/1846392/The_construct_of_resilience_A_critical_evaluation_and_guidelines_for_future_work
153. MACCOBY, E. E., JACKLIN, C. N. *The Psychology of Sex Differences*, vol I, Stanford University Press, 1978, 416 p. ISBN 0804709742, 9780804709743
 154. MACCOBY, E. E. & MARTIN, J. A. *Socialization in the context of the family: Parent child interaction*. edited by Mussen, P.H. 1983. ISBN 9781446239902; 144623990X
 155. MARKHAM, L. *Peaceful Parent, Happy Kids: How to Stop Yelling and Start Connecting*. Penguin Books Ltd., London, 2012. ISBN 978-0-399-16028-8
 156. MARSAC, M. L., HILDEBRAND, A. K., KOHSER, K. L., WINSTON, F. K., LI, Y., KASSAM-ADAMS, N. *Preventing Posttraumatic Stress Following Pediatric Injury: A Randomized Controlled Trial of a Web-Based Psycho-Educational Intervention for Parents*. Journal of Pediatric Psychology. 2013 vol. 38, p.1101–11. Disponibil: <http://academic.oup.com/jpepsy/article/38/10/1101/871399/Preventing-Posttraumatic-Stress-Following>
 157. MARTINEZ, C. M. *Resilience in children with chronic illness: A comprehensive review*, Journal of Pediatric Psychology, 2021, vol. 46(7), p.761-776. Disponibil: <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsab036>
 158. MARTINEZ, I., GARCIA, J. F. *Impact of Parenting Styles on Adolescents' Self-Esteem and Internalization of Values in Spain*. Span J Psychol. 2007 vol. 10, p.338–48. Disponibil: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S1138741600006600/type/journal_article
 159. MASTEN, A. S. *Ordinary magic: Resilience processes in development*. American Psychologist. 2001 vol. 56, p.227–38. Disponibil: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.56.3.227>
 160. MASTEN, A. S., BEST, K. M., GARMEZY, N. *Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity*. Dev Psychopathol. 1990 vol. 2, p.425–44. Disponibil: https://www.cambridge.org/core/product/identifier/S0954579400005812/type/journal_article
 161. MASTEN, A. S., MONN, A. R., SUPKOFF, L. M. *Resilience in children and adolescents*. In: Southwick SM, Litz BT, Charney D, Friedman MJ, eds. *Resilience and Mental Health: Challenges Across the Lifespan*. Cambridge University Press, 2011 p.103-119. Disponibil: DOI: [10.1017/CBO9780511994791.009](https://doi.org/10.1017/CBO9780511994791.009)
 162. MASTEN, A. S., MOTTI-STEFANIDI, F. *Multisystem Resilience for Children and Youth in Disaster: Reflections in the Context of COVID-19*. In: Adv. Res. Sci. 2020 vol. 1, p.95–106. Disponibil: <https://link.springer.com/10.1007/s42844-020-00010-w>

163. MAYER, J. D., SALOVEY, P., CARUSO, D. R. *Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications*. Psychological Inquiry. 2004 vol. 15, p.197–215. Disponibil: http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327965pli1503_02
164. McEWEN, B. S. *Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain*. Physiological Reviews. 2007 vol. 87, p.873–904. Disponibil: <https://www.physiology.org/doi/10.1152/physrev.00041.2006>
165. McLEOD, J. D., UEMURA, R., ROHRMAN, S. *Adolescent Mental Health, Behavior Problems, and Academic Achievement*. J Health Soc Behav. 2012 vol. 53, p.482–97. Disponibil: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022146512462888>
166. MILEA, Ș. *Stres, eustres, distres, eustresori, distresori. Considerații semantice*. În: Revista de neurologie și psihiatrie a copilului și adolescentului din România, vol. 16, nr. 3, p. 7-13, septembrie 2013. Disponibil: <https://snpcar.ro/wp-content/uploads/2018/08/pdf15-1.pdf>
167. MILICĂ, C., ROMAN, C.N. *Diabetul. Un pericol în creștere pentru sănătatea populației*. Iași, Editura Doxologia, 227 p., 2014, ISBN 978-606-666-292-5
168. MILLER, G. E., CHEN, E., PARKER, K. J. *Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms*. Psychological Bulletin. 2011 vol. 137, p.959–97. Disponibil: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/a0024768>
169. MILLER, T., DiMATTEO, R. *Importance of family/social support and impact on adherence to diabetic therapy*. DMSO. 2013 p.421. Disponibil: <http://www.dovepress.com/importance-of-familysocial-support-and-impact-on-adherence-to-diabetic-peer-reviewed-article-DMSO>
170. MINCU, I. *Diabetul zaharat, mod de viață și tratament*. București, Editura Medicală, 168 p., 1985, nu are ISBN
171. MOHAN, D.S., VANI, D., MADEGOWDA, R.K., PALANY, R. *Psychosocial factors and the role of family in children with type 1 diabetes mellitus*, In: Dubai Diabetes Endocrinol. J, 2023, vol 29, no 3-4, p. 171-178. Disponibil: <https://doi.org/10.1159/000535051>
172. MOLNAR, D. S., SIROIS, F. M., METHOT-JONES, T. *Trying to Be Perfect in an Imperfect World: Examining the Role of Perfectionism in the Context of Chronic Illness*. In: Sirois FM, Molnar DS, editors. Perfectionism, Health, and Well-Being. Cham: Springer International Publishing; 2016. p. 69–99. Disponibil: https://doi.org/10.1007/978-3-319-18582-8_4
173. MORIN, A. *Self-talk and Self-awareness: On the Nature of the Relation*. In: The Journal of Mind and Behavior. 1993 vol. 14, p.223–34. Disponibil <http://www.jstor.org/stable/43853763>
174. MURPHY, L. *Social support, coping, and quality of life in children with chronic illness*. In: Journal of Pediatric Psychology, 2006, 31(5), 525-535. ISSN 0146-8693

175. MUSSEN, P. H. *Handbook of Child Psychology: Socialization, personality, and social development*. Wiley, 1983. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=VUnuAAAAMAAJ>
176. NĂSTASĂ, L-E., SALA, K. *Adolescents' emotional intelligence and parental styles*. In: *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012 vol. 33, p.478–82. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1877042812001759>
177. NĂSTASE, V., COZMAN, D., RĂCHIERIU, C., RĂCHIERIU, T. *Factori de protecție și reziliență în structurarea personalității*. În: *Revista de neurologie și psihiatrie a copilului și adolescentului din România*, vol. 3, nr 1, p. 59-61, martie 2009. ISSN 2068-8040
178. NEWTON, R. U., GALVAO, D. A. *Exercise in Prevention and Management of Cancer*. *Curr Treat Options in Oncol*. 2008 vol. 9, p.135–46. Disponibil: <http://link.springer.com/10.1007/s11864-008-0065-1>
179. NOLEN-HOEKSEMA, S. *Emotion Regulation and Psychopathology: The Role of Gender*. *Annual review of clinical psychology* 2012, vol 8, p.161-187. Disponibil: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-032511-143109>
180. NOLEN-HOEKSEMA, S. *Gender Differences in Depression*. *Curr Dir Psychol Sci*. 2001 vol. 10, p.173–6. Disponibil: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.00142>
181. NORTHAM, E. A. *Psychosocial impact of chronic illness in children*. *J Paediatrics Child Health*. 1997 vol. 33, p.369–72. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1440-1754.1997.tb01622.x>
182. NORTHAM, E. A, TODD, S., CAMERON, F. J. *Interventions to promote optimal health outcomes in children with Type 1 diabetes—are they effective?* *Diabetic Medicine*. 2006 vol. 23, p.113–21. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1464-5491.2005.01678.x>
183. O'CONNOR, M., STAPLETON, A., O'REILLY, G., MURPHY, E., CONNAUGHTON, L., HOCTOR, E. et al. *The efficacy of mindfulness-based interventions in promoting resilience: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials*. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2023 vol. 28, p.215–25. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2023.03.005>
184. OJOVAN, V. *Reabilitarea copiilor de 12-18 ani cu diabet zaharat tip I*. In: Conferința "Sănătatea, medicina și bioetica în societatea contemporană: studii inter și pluridisciplinare" Ediția a 4-a, pg. 377-380, Chișinău, Moldova, 29-30 octombrie 2021. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/377-380_7.pdf
185. OJOVAN, V. *Specificul vulnerabilității copiilor cu diabet zaharat tip I. În: Boli cronice, vulnerabilitate, reabilitare. Abordări interdisciplinare. Monografie*. Chișinău, Editura Print Caro, p. 131-146, 2023 Disponibil: https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/26560/1/2023_Boli_cronice_Monogr._Ojovanu.pdf

186. ORVELL, A., VICKERS, B.,D., DRAKE, B., VERDUYN, P., AYDUK, O., MOSER, J. et al. *Does Distanced Self-Talk Facilitate Emotion Regulation Across a Range of Emotionally Intense Experiences?* Clinical Psychological Science. 2021 vol. 9, p.68–78. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2167702620951539>
187. PAPADATOU, D., GIANNOPOULOU, I., BITSAKOU, P., BELLALI, T., TALIAS, M. A., TSELEPI, K. *Adolescents' reactions after a wildfire disaster in Greece.* Journal of Traumatic Stress. 2012 vol. 25, p.57–63. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.21656>
188. PARGAMENT, K. I. *The Psychology of Religion and Coping: Theory, Research, Practice.* Guilford Publications, 2001. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=Vn5XObcpnd4C>
189. PARK, C. L., FOLKMAN, S. *Meaning in the Context of Stress and Coping.* Review of General Psychology. 1997 vol. 1, p.115–44. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1037/1089-2680.1.2.115>
190. PARKER, K. J., MILLER, G. E., CHEN, E. *Psychological stress in childhood and susceptibility to the chronic diseases of aging: Moving toward a model of behavioral and biological mechanisms.* Psychological Bulletin, 2011, 137(6), 959–997. Disponibil: <https://doi.org/10.1037/a0024768>
191. PARVINIANNASAB, A. M., FARAMARZIAN, Z., HOSSEINI, S. A., HAMIDIZADEH, S., BIJANI, M. *The effect of social support, diabetes management self-efficacy, and diabetes distress on resilience among patients with type 2 diabetes: a moderated mediation analysis.* BMC Public Health. 2024 vol. 24, p.477. Disponibil: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-024-18022-x>
192. PATTERSEON, J., WILLIAMS, L., EDWARDS, T. M., CHAMOW, L., GRAUF-GROUNDS, C., trad. DRĂGULIN, C. *Tehnici esențiale în terapia de familie. Un ghid complet de la primul interviu până la încheierea terapiei.* București: Chatarsis Media, 405 p. 2021, ISBN 978-973-88661-7-1
193. PAWEL, J. J. *Magazia de Unelte a Părinților (The Romanian Parents' Toolshop®): Planul Universal pentru Construirea unei Familii Sănătoase (The Universal Blueprint® for Building a Healthy Family).* Ambris Publishing, 2000. ISBN 978-1-929643-01-1
194. PÂNIȘOARĂ, G. *Reziliența. Calea spre succes și echilibru pentru copii și părinții lor.* Iași: Polirom, 479 p. 2024, ISBN 978-973-46-9750-2
195. PEREDA, N., FORNS, M., KIRCHNER, T., MUNOZ, D. *Use of the Kidcope to identify socio-economically diverse Spanish school-age children's stressors and coping strategies.* Child. 2009 vol. 35, p.841–50. Disponibil: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2214.2009.00991.x>

196. PERLOFF, R. *Daniel Goleman's Emotional intelligence: Why it can matter more than IQ*. The Psychologist-Manager Journal. 1997 vol. 1, p.21–2. Disponibil: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/h0095822>
197. PETROVA-DIMITROVA, N., MOROȘAN, R-V. (trad.) *Introducere în reziliență*. Social Activities and Practices Institute. Proj "Empowering the child's strenghts for violance prevention", Cluj-Napoca, 2017, Disponibil: <https://fonpc.ro/wp-content/uploads/2021/11/Introducere-in-Rezilienta.pdf>
198. PIAGET, J. *The Origins of Intelligence in Children*. International Universities Press, 1952. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=H7MkAQAAMAAJ>
199. PIRES, E., FERNANDES, M., FERNANDES, C., VERISSIMO, M. *The relationships between empathy and social behaviours in middle childhood*. AP. 2024 vol. 41, p.207–20. Disponibil: <http://publicacoes.ispa.pt/index.php/ap/article/view/1996>
200. PLOMIN, R., LOEHLIN, J. C., DeFRIES, J. C. *Genetic and environmental components of "environmental" influences*. Developmental Psychology. 1985 vol. 21, p.391–402. Disponibil: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/0012-1649.21.3.391>
201. POMERANTZ, E. M., RUBLE, D. N. *The Role of Maternal Control in the Development of Sex Differences in Child Self-Evaluative Factors*. Child Development. 1998 vol. 69, p.458. Disponibil: <https://www.jstor.org/stable/1132178?origin=crossref>
202. POPESCU, M. *Strategii de coping la copii, părinți și profesori. Programe de intervenție*. București: Editura Universitară, 221 p. 2020, ISBN 978-606-28-1149-5
203. POWELL, B. J., FERNANDEZ, M. E., WILLIAMS, N. J., AARONS, G. A., BEIDAS, R. S., LEWIS C.C. et al. *Enhancing the Impact of Implementation Strategies in Healthcare: A Research Agenda*. Front Public Health. 2019 vol. 7. Disponibil: <https://www.frontiersin.org/article/10.3389/fpubh.2019.00003/full>
204. RACU, Igor, RACU, Iulia. *Psihologia dezvoltării. Suport de curs*, Universitatea Pedagogică de Stat "Ion Creangă", CEP USM, Chișinău 2013, 212 p. ISBN 978-9975-71-478-5
205. RAVENS-SIEBERER, U., BULLINGER, M. *Assessing health-related quality of life in chronically ill children with the German KINDL: first psychometric and content analytical results*. Qual Life Res. 1998 vol. 7, p.399–407. Disponibil: <http://link.springer.com/10.1023/A:1008853819715>
206. RAVENS-SIEBERER, U., GOSCH, A., RAJMIL, L., ERHART, M., BRUIL, J., POWER, M. et al. *The KIDSCREEN-52 Quality of Life Measure for Children and Adolescents: Psychometric Results from a Cross-Cultural Survey in 13 European Countries*. Value in Health. 2008 vol. 11, p.645–58. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1098301510605426>

207. REISI, M., KEIVANFAR, M., MOSTOFIZADEH, N., MADIHI, Y., ESMAEILIAN, Y., HASHAMEI, E. *Correlation between Stable Hyperglycemia and Mortality in Children Admitted to the Pediatric Intensive Care Unit of Imam Hossein Hospital*. Advanced Biomedical Research. 2021 vol. 10 (2). Disponibil: https://journals.lww.com/10.4103/abr.abr_31_20
208. REYNOLDS, K.A., HELGESON, V.S. *Children with Diabetes Compared to Peers: Depressed? Distressed?: A Meta-Analytic Review*. Ann Behav Med. 2011 vol. 42, p.29–41. Disponibil: <https://academic.oup.com/abm/article/42/1/29/4565435>
209. RIVET, T., MATSON, J. L., TESSA, J. C., FODSTAT, T., DEMPSEY, J., BOISJOLI, A. *Examination of adaptive behavior differences in adults with autism spectrum disorders and intellectual disability*, Research in Developmental Disabilities, Volume 30, Issue 6, 2009, Pages 1317-1325, ISSN 0891-4222. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2009.05.008>.
210. RIZEANU (PINTILIE), S. *Psihodiagnoza și evaluarea clinică a copilului și adolescentului*. Ed a II-a revizuită și adăugită. București, Editura Universitară, 2014, 201 p. ISBN 978-606-591-924-2
211. ROSSMAN, B.B.R., REA, J. G. *The Relation of Parenting Styles and Inconsistencies to Adaptive Functioning for Children in Conflictual and Violent Families*. J Fam Viol, 2005, vol. 20, p. 261–277. Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s10896-005-6603-8>
212. RUBIN, R.R., PEYROT, M. *Quality of life and diabetes*. Diabetes Metab Res Rev. 1999 May-Jun; vol 15, no 3, p.205-18. Disponibil: [doi:10.1002/\(sici\)1520-7560\(199905/06\)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o](https://doi.org/10.1002/(sici)1520-7560(199905/06)15:3<205::aid-dmrr29>3.0.co;2-o)
213. RUFF, H. A., ROTHBART, M. K. *Attention in Early Development: Themes and Variations*. Oxford University Press, 2001. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=8tj2NV3WqE0C>
214. RUTTER, M. *Psychosocial resilience and protective mechanisms*. American Journal of Orthopsychiatry. 1987 vol. 57, p.316–31. Disponibil: <https://doi.apa.org/doi/10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x>
215. RUTTER, M. *Resilience as a dynamic concept*. Developmental Psychopathology, 2006, vol. 18(3), p.633-656. Disponibil: DOI: [10.1017/S0954579412000028](https://doi.org/10.1017/S0954579412000028)
216. RYAN, R. M. & DECI, E. L. *Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being*. American Psychologist, 2000, vol. 55(1), p.68-78 Disponibil: https://selfdeterminationtheory.org/SDT/documents/2000_RyanDeci_SDT.pdf
217. RYFF, C. D. & SINGER, B. *From social structure to biology: Integrative science in health and resilience*. In: Psychological Inquiry, 2003, vol. 14(1), p.47-49. Disponibil: <https://www.midus.wisc.edu/findings/pdfs/83.pdf>

218. RYFF, C. D., SINGER, B. H. *The Role of Purpose in Life and Personal Growth in Positive Human Health*. In: P. Wong & P. Fry (eds.) *The human quest for meaning*, Erlbaum, 1998, p. 213-236. Disponibil: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:198666119>
219. SASHI, R.S., EISENBERGER, N., SILVERS, J.A. *Peer facilitation of emotion regulation in adolescence*. In: *Dev. Cogn. Neurosci.* vol. 62, nr 7, ISSN 1878-9293. Disponibil: [10.1016/j.dcn.2023.101262](https://doi.org/10.1016/j.dcn.2023.101262)
220. SALOVEY, P., MAYER, J. D. *Emotional Intelligence. Imagination, Cognition and Personality*. 1990 vol. 9, p.185–211. Disponibil: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/DUGG-P24E-52WK-6CDG>
221. SCHENIDERMAN, N., IRONSON, G., SIEGEL, S. D. *Stress and Health: Psychological, Behavioral, and Biological Determinants*. *Annu Rev Clin Psychol.* 2005 vol. 1, p.607–28. Disponibil: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.1.102803.144141>
222. SCHNIERING, C. A., RAPEE, R. M. *Development and validation of a measure of children's automatic thoughts: the children's automatic thoughts scale*. *Behaviour Research and Therapy*. 2002 vol. 40, p.1091–109. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0005796702000220>
223. SCHONERT-REICHL, K. A., LAWLOR, M. S. *The Effects of a Mindfulness-Based Education Program on Pre- and Early Adolescents' Well-Being and Social and Emotional Competence*. *Mindfulness* 2010, vol. 1, p.137–151. Disponibil: <https://doi.org/10.1007/s12671-010-0011-8>
224. SCHWARZER, R., JERUSALEM, M. *Generalized Self-Efficacy Scale*. In J. Weinman, S. Wright, M. Johnston (Eds.). Windsor: NFER-NELSON, 1995. Disponibil: <https://doi.org/10.1037/t00393-000>
225. SEIFFGE-KRENKE, I. *Coping with Diabetes: A Longitudinal Study. Diabetic Adolescents and their Families: Stress, Coping, and Adaptation*. Cambridge University Press, 2001, p.25–41. Disponibil: <https://www.cambridge.org/core/product/1848CBC525A691D6B6A30EE89C685444>
226. SEIFFGE-KRENKE, I. *Stress, Coping, and Relationships in Adolescence*. 1st ed. Psychology Press, 2013. Disponibil: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203773123>
227. SELIGMAN, M.E.P. *Building resilience*. *Harv Bus Rev.* 2011 vol. 89, p.100–116, 138. Disponibil: <https://hbr.org/2011/04/building-resilience>
228. SELYE, H. *The Stress of Life*. McGraw-Hill Education, 1984. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=hQOGtxen78YC>
229. SEMPLE, R. J., REID, E.F.G., MILLER, L. *Treating Anxiety With Mindfulness: An Open Trial of Mindfulness Training for Anxious Children*. *J Cogn Psychother.* 2005 vol. 19, p.379–92. Disponibil: <http://connect.springerpub.com/lookup/doi/10.1891/jcop.2005.19.4.379>

230. SHORER, M., DAVID, R., SCHOENBERG-TAZ, M., LEVAVI-LAVI, I., PHILLIP, M., MEYEROVITCH, J. *Role of Parenting Style in Achieving Metabolic Control in Adolescents With Type 1 Diabetes*. Diabetes Care. 2011 vol. 34, p.1735–7. Disponibil: <https://diabetesjournals.org/care/article/34/8/1735/27844/Role-of-Parenting-Style-in-Achieving-Metabolic>
231. SILVERSTEIN, J., KLINGENSMITH, G., COPELAND, K., PLOTNICK, L., KAUFMAN, F., LAFFEL, L. et al. *Care of Children and Adolescents With Type 1 Diabetes*. Diabetes Care. 2005 vol. 28, p.186–212. Disponibil: <https://doi.org/10.2337/diacare.28.1.186>
232. SION, G. *Psihologia vârstelor*. București, Editura Fundației România de Măine, Ed. a IV-a. 2007, 256 p. ISBN 978-973-163-013-7
233. SKINNER, E. A., ZIMMER-GEMBECK, M. J. *Review: The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research*. International Journal of Behavioral Development, 2011, vol. 35(1), P.1-17. Disponibil: <https://doi.org/10.1177/0165025410384923>
234. SMITH, A. R., CHEIN, J., STEINBERG, L. *Impact of socio-emotional context, brain development, and pubertal maturation on adolescent risk-taking*. Hormones and Behavior. 2013 vol 64, p.323–32. Disponibil: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0018506X13000688>
235. SPIRITO, A., STARK, L. J., WILLIAMS, C. *Development of a Brief Coping Checklist for Use with Pediatric Populations*. J Pediatr Psychol. 1988 vol. 13, p.555–74. Disponibil: <https://academic.oup.com/jpepsy/article-lookup/doi/10.1093/jpepsy/13.4.555>
236. STEINBERG, L. *A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking*. Developmental Review, 2008, 28(1), 78–106. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>
237. SURVONEN, A., SUHONEN, R., JORONEN, K. *Resilience in adolescents with type 1 diabetes: An integrative review*, In: Journal of Pediatric Nursing, vol. 78, 2024, p. 41-50, ISSN 0882-5963. Disponibil: <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.06.007>
238. SZE, M.N., CORBETT, T., DOBLE, E., KAR, P. *Managing the psychosocial impact of type 1 diabetes in young people*. In: British Medical Journal 2022 vol. 377, p.45–49. Disponibil: <https://doi.org/10.1136/bmj-2022-070530>
239. ȘEREMET, A., CASIAN, V., ALEXA, Z., HAREA, D. *Epidemiologia diabetului zaharat în Republica Moldova: realitate și perspective*. In Medical Sci. of "Nicolae Testemițanu" State University, 2019. Disponibil: <https://core.ac.uk/download/335262283.pdf>
240. ȘTEFAN, C.A., KALLAY, E. *Dezvoltarea competențelor emoționale și sociale la preșcolari. Ghid practic pentru educatori*. Cluj-Napoca, Editura ASCR. Colecția Educație, 2010, 308 p. ISBN 978-973-7973-99-3

241. TAYLOR, S. E., STANTON, A. L. *Coping Resources, Coping Processes, and Mental Health*. Annu Rev Clin Psychol. 2007 vol. 3, p.377–401. Disponibil: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520>
242. THOMPSON, N. & STEPNEY, P. (Eds.). *Social Work Theory and Methods: The Essentials* (1st ed.). Routledge. 2017. Disponibil: <https://doi.org/10.4324/9781315210223>
243. THOMPSON, R. A., VIRMANI, E. A., WATERS, S. F., RAIKES, H. A., MEYER, S. *The Development of Emotion Self-Regulation. Handbook of Self-Regulatory Processes in Development*. Routledge, 2013. Disponibil: <https://www.taylorfrancis.com/books/9780203080719>
244. TURCHINĂ, T., CIUBOTARU, C. *Stil de atașament și satisfacția comunicării în relația copil-părinte*. Chișinău, Revista de psihologie nr. 2, p. 3-13, 2012. Disponibil: https://ibn.idsi.md/sites/default/files/imag_file/Stil%20de%20atasament%20si%20satisfactia%20comunicarii%20in%20relatia%20copil_parinte.pdf
245. URZEALĂ, C., BOTA, A., TEODORESCU, S., VLĂICULESCU, M., BAKER, J.S. *Quality of life in Romanian Children with type 1 diabetes: A cross-sectional survey using an interdisciplinary healthcare Intervention*. In: Healthcare (Basel) vol. 8, no 4, 2020, p. 382. Disponibil: [10.3390/healthcare8040382](https://doi.org/10.3390/healthcare8040382)
246. URZEALĂ, C., VLĂICULESCU, M., COURTEIX, D. *Strategie de intervenție interdisciplinară asupra copilului cu diabet: studiu pilot*. In: Palestrica of the third millenium – Civilisation and Sport, vol. 19, no 3, p. 147-152, 2018. Disponibil: <https://www.pm3.ro/pdf/73/06%20-%20urzeala%20%20%20%20147-152.pdf>
247. VAN DER LAAN, S.E.I, BERKELBACH, VAN DER SPRENKEL, E.E., LENTERS, V.C., FINKENAUER, C., VAN DER ENT, C.K., NIJHOF, S. L. *Defining and Measuring Resilience in Children with a Chronic Disease: a Scoping Review*. ADV RES SCI. 2023 vol. 4, p.105–23. Disponibil: <https://link.springer.com/10.1007/s42844-023-00092-2>
248. VAN DER VEN, K., WEINGER, N.C.W., JOYCE, Y., POWWER, F. et. al. *The Confidence in Diabetes Self-Care Scale: Psychometric properties of a new measure of diabetes-specific self-efficacy in Dutch and U.S. patients with type 1 diabetes*. Diabetes Care 1 March 2003; vol. 26 (3): p.713–718. Disponibil: <https://doi.org/10.2337/diacare.26.3.713>
249. VAN GAMPELAERE, C., LUYCKX, K., VAN RYCKEGHEM, D.M.L., VAN DER STRAATEN, S., LARIDEN, J., GOETHALS, E. R et al. *Mindfulness, Worries, and Parenting in Parents of Children With Type 1 Diabetes*. Journal of Pediatric Psychology. 2019 vol. 44, p.499–508. Disponibil: <https://academic.oup.com/jpepsy/article/44/4/499/5260814>
250. VERNON, A. *Ce, Cum, Când în terapia copilului și adolescentului. Manual de tehnici de consiliere și psihoterapie*. Cluj-Napoca: Editura RTS, 281 p. 2014, ISBN 978-973-1816-61-6

251. VERZA, E., VERZA, F.E. *Psihologia vârstelor*. București, Editura Pro Humanitate, 2000, 307 p. ISBN 973-99734-4-2
252. VIGNA, J. F., HERNANDEZ, B. C., KELLEY, M. L., GRESHAM, F. M. *Coping Behavior in Hurricane-Affected African American Youth: Psychometric Properties of the Kidcope*. Journal of Black Psychology. 2010 vol. 36, p.98–121. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0095798408329948>
253. VINTILĂ, M. *Abordarea psiho-socială a bolilor cronice la copil*. În: Revista de Științe sociale, Paradigme, nr 3, p. 28-30, 2008. ISSN 1844-2348
254. VLADISLAV, E.O. *Ghid aplicativ de evaluare clinică a copiilor și adolescenților*. București, Editura SPER, Colecția Alma Mater, 2015, 295 p. ISBN 978-606-8429-49-6
255. VOLANEN, S., LASSANDER, M., HANKONEN, N., SANTALAHTI, P., HINTSANEN, M., SIMONSEN, N. et al. *Healthy Learning Mind - a school-based mindfulness and relaxation program: a study protocol for a cluster randomized controlled trial*. BMC Psychol. 2016 vol. 4 p.35. Disponibil: <http://bmcp psychology.biomedcentral.com/articles/10.1186/s40359-016-0142-3>
256. VYGOTSKY, L. S., COLE, M. *Mind in Society: Development of Higher Psychological Processes*. Harvard University Press, 1978. Disponibil: https://books.google.ro/books?id=RxjjUefze_oC
257. WAUGH, C. E., THOMPSON, R. J., GOTLIB, I. H. *Flexible emotional responsiveness in trait resilience*. Emotion. 2011 vol. 11, p.1059–67. Disponibil: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0021786>
258. WELLS, K. B., STEWART, A., HAYS, R. D., BURNAM, M. A., ROGERS, W., DANIELS, M., et al. *The functioning and well-being of depressed patients. Results from the Medical Outcomes Study*. JAMA. 1989, vol. 262, p.914–919. ISBN 262-914-919
259. WERNER, E. E. *Resilience in Development*. Curr Dir Psychol Sci [Internet]. 1995 [cited 2024 Oct 12];4:81–4. Disponibil: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/1467-8721.ep10772327>
260. WHITE, R. E., KROSS, E., DUCKWORTH, A. L. *Spontaneous Self-Distancing and Adaptive Self-Reflection Across Adolescence*. Child Development. 2015 vol. 86, p.1272–81. Disponibil: <https://srdc.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cdev.12370>
261. WHITTEMORE, R., JASER, S., CHAO, A., JANG, M., GREY, M. *Psychological Experience of Parents of Children With Type 1 Diabetes: A Systematic Mixed-Studies Review*. Diabetes Educ. 2012 vol. 38, p.562–79. Disponibil: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0145721712445216>

262. WIEBE, D. J., HELGESON, V., BERG, C. A. *The social context of managing diabetes across the life span*. American Psychologist. 2016 vol. 71, p.526–38. Disponibil: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/a0040355>
263. WINSLER, A., NAGLIERI, J. *Overt and Covert Verbal Problem-Solving Strategies: Developmental Trends in Use, Awareness, and Relations With Task Performance in Children Aged 5 to 17*. Child Development. 2003 vol. 74, p.659–78. Disponibil: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1467-8624.00561>
264. WOOLFOLK, A. *Educational Psychology*, 13th Edition. Pearson, 2013. Disponibil: <https://books.google.ro/books?id=OLiqDwAAQBAJ>
265. WYSOCKI, T. BUCKLOH, L. M, GRECO, P. *The psychological context of diabetes mellitus in youths. Handbook of pediatric psychology*. 4th ed. The Guilford Press, 2009, p. 287–302. ISBN 978-59385-943-9
266. YOUNG, J. E., KLOSKO, J. S., WEISHAAR, M. E., trad. GĂGEANU, Ș. *Terapia centrată pe scheme cognitive. Manulaul practicianului*. Cluj-Napoca: Editura ASCR, 469 p. 2015, ISBN 978-606-8244-92-1
267. YOUNG, M. A. *Resilience in Children: A Psychological Perspective*. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 2020, 61(5), p.543-556. Disponibil: [doi:10.3390/children5070098](https://doi.org/10.3390/children5070098)
268. YOUNG-HYMAN, D., De GROOT, M., HILL-BRIGGS, F., GONZALES, J. S., HOOD, K., PEYROT, M. *Psychosocial Care for People With Diabetes: A Position Statement of the American Diabetes Association*. Diabetes Care. 2016 vol. 39, p.2126–40. Disponibil: <https://diabetesjournals.org/care/article/39/12/2126/31378/Psychosocial-Care-for-People-With-Diabetes-A>
269. ZAK, A.M., DIACONU-GHERASIM, L., BUTNARIU, L. *Social functioning and coping strategies in Romanian and Moldavian adolescents with chronic disease*. In: Current Psychology 2017, vo. 36 no 4. Disponibil: [10.1007/s12144-016-9468-5](https://doi.org/10.1007/s12144-016-9468-5)
270. *** APA - American Psychological Association. *Maximizing children's resilience*. 2017. Disponibil: <https://www.apa.org/monitor/2017/09/cover-resilience>
271. *** *Analiza de situație 2024. Ziua mondială a Diabetului*. Ministerul Sănătății din România. Disponibil: <https://insp.gov.ro/2024/11/14/ziua-mondiala-a-diabetului-14-noiembrie-2024/>
272. *** *Evidența evoluției diabetului zaharat în perioada 2012 - 2021* . Ministerul Sănătății din România, Institutul Național de Statistică.Centrul Național de Statistică în Sănătate, 2018. Disponibil: https://insp.gov.ro/download/cnsisp/Fisiere-de-pe-site-CNSISP/diabet_zaharat/Evidenta-Evolutiei-Diabetului-Zaharat-in-Perioada-2010_2021.pdf

273. *** IDF - International Diabetes Federation. *Diabetes Atlas*. 2023. Disponibil: <https://diabetesatlas.org/>
274. *** *Management of children with diabetes in the school setting*. American Association of Diabetes Educators, 2000, vol. 26, no 1 p. 32-35. Disponibil: doi: [10.1177/014572170002600105](https://doi.org/10.1177/014572170002600105)
275. *** OECD (2019), *Changing the Odds for Vulnerable Children: Building Opportunities and Resilience*, OECD Publishing, Paris, Disponibil: <https://doi.org/10.1787/a2e8796c-en>
276. *** *Position Statement on Type 1 Diabetes in Schools*. International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes (ISPAD) Disponibil: https://www.t1d.org.au/images/docs/Goss_et_al-2018-Pediatric_Diabetes.pdf
277. *** *Programs Groups - Coping and Resilience Key to Accepting One's Type 1 Diabetes* Disponibil: <https://type1better.com/en/coping-and-resilience-key-to-accepting-ones-type-1-diabetes/>
278. *** *Programul de educație structurată în diabetul zaharat tip 1 "Ai diabet - Mergi la școală"*. Disponibil: <https://diatip1.md/educatie/>
279. *** *Programul național de diabet zaharat*. Ministerul Sănătății din România. 2023. Disponibil: <https://ms.ro/ro/minister/organizare/programe-na%C8%9Bionale-de-s%C4%83n%C4%83tate/>
280. *** *Raport anual privind diabetul zaharat în România*. Societatea Română de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice, 2022. Disponibil: <https://societate-diabet.ro/>
281. *** *Strategia Națională pentru sănătatea mintală a copilului și adolescentului 2016-2020*. Ministerul Sănătății din România, București, 2016. Disponibil: <https://sgg.gov.ro/1/wp-content/uploads/2016/11/Anexa-Strategie.pdf>
282. *** WHO - World Health Organization, *Mental health of children and adolescents with chronic conditions*. 2017. Disponibil: <https://www.who.int/>

ANEXE

ANEXA 1. Instrumente și formulare utilizate în cercetare

Acordul (consimțământul) informat al părintelui/tutorelui pentru participare la programul ”Intervenție psihologică de Reziliență asistată,,

Teză/Proiect: program doctoral

Realizator: drd. psiholog/psihoterapeut Corina Cucui

Date contact: nr telefon – 0728.415.423, email – contact@psyconsultancy.ro

Spital/Organizație: Universitatea Pedagogică de Stat ”Ion Creangă” din Chișinău

Eu, _____, în calitate de părinte/tutore/reprezentant legal, declar că sunt de acord ca fiul meu/fiica mea: _____, în vârstă de _____ ani, să participe la studiul doctoral cu titlul ”*Dezvoltarea socio-emoțională a copiilor de vârstă școlară cu diabet zaharat și modalități de creștere a rezilienței*” desfășurat de dna drd. psiholog/psihoterapeut Corina Cucui, atât la etapa de evaluare, cât și la cea de intervenție psihoterapeutică. Am luat la cunoștință că participarea este gratuită și are un caracter științific, că rezultatele studiului vor putea fi publicate sau prezentate în reviste/conferințe de specialitate cu respectarea confidențialității totale.

Declar că dețin dreptul legal de a-mi da consimțământul, precum am făcut în acest document, că am fost informat/ă despre scopurile evaluării, durata, riscurile/beneficiile participării, despre modalitățile și metodele care vor fi folosite, cât și despre drepturile de a ne retrage din studiu fără a suporta consecințe de orice natură. Am luat la cunoștință că datele care vor fi colectate pe parcursul evaluării și/sau intervenției terapeutice vor fi păstrate și prelucrate cu protejarea confidențialității și folosite doar în scopul agreed, în conformitate cu Codul deontologic al profesiei de psiholog, Regulamentul (UE) 679/2016, Legea nr. 677/2001 și Legea nr. 213/2004.

Am citit și am înțeles toate informațiile prezentate și consimt ca fiul meu/fiica mea să fie înscris și să participe la acest program.

Data:

Semnătură părinte

CHESTIONAR DE INFORMAȚII ANAMNESTICE ALE COPILULUI

(construit de autor și bazat pe conceptele lui John Bowlby)

Întrebările cu * se omit de către părinții copiilor fără diabet zaharat

1. Data completării:
2. Calitatea față de copil: ☐ Mama ☐ Tatăl ☐ Alt aparținător
3. Numele dvs:
4. Copilul dvs este: ☐ Fată ☐ Băiat
5. Vârsta copilului:
6. La câte luni s-a născut copilul dvs?
7. Din câte persoane era formată familia în care s-a născut copilul și cine erau acestea?
☐ Mama și tatăl ☐ Mama, tatăl și alți copii ☐ Familie extinsă, mama, tatăl, alți copii, alți membri ai familiei ☐ Familie uniparentală
8. De ce boli suferea mama la sau înainte de conceperea și nașterea copilului?
9. De ce boli suferea tatăl la sau înainte de conceperea și nașterea copilului?
10. Nașterea s-a produs: ☐ Pe cale naturală ☐ Prin cezariană ☐ Cu tratament și condiții medicale speciale
11. Cum v-ați simțit fizic și emoțional pe parcursul sarcinii?
12. Ați avut serviciu sau nu în perioada sarcinii? ☐ Da ☐ Nu
13. A existat vreo sarcină anterioară? Aceasta a decurs normal? Dacă nu, din ce motiv?
14. Ce ați simțit în momentul travaliului/nașterii?
15. Care a fost prima reacție când ați văzut copilul?
16. Care a fost reacția tatălui?
17. Cum a fost primit copilul de către ceilalți membri ai familiei?
18. A avut copilul vreo problemă în primele zile de la naștere? A stat în incubator? ☐ Da ☐ Nu
19. Cum descrieți primele săptămâni acasă cu copilul? Somnul, plânsul, alimentația au fost în limitele normale? (se referă atât la copil, cât și la mama)
20. Există și alte afecțiuni de care suferă copilul dvs? Detaliați:
21. Al câtelea copil este fiul/fiica dvs? ☐ Primul ☐ Al doilea ☐ Al treilea ☐ Al patrulea ☐ Ultimul
22. A fost o sarcină: ☐ Programată și dorită ☐ Neprogramată și dorită ☐ Neprogramată și nedorită
23. În timpul gravidiei mama a avut parte de șocuri emoționale, traume, spaiume? ☐ Da ☐ Nu

24. Copilul a avut o dezvoltare normală în timp (din punct de vedere motric, cognitiv și al limbajului) sau au existat întârzieri în unele arii și recuperări ulterioare? Descrieți:
.....
25. Care este atmosfera generală din familie și calitatea relațiilor în familia copilului?
26. ☐ Probleme (tensiuni, certuri, agresiuni, consum alcool, altele) frecvente ☐ Probleme (tensiuni, certuri, agresiuni, consum alcool, altele) frecvente ☐ Atmosferă familială neproblematică
27. În cazul în care mama a mai avut copii, acest copil a fost perceput altfel decât ceilalți? ☐ Da ☐ Nu
28. La ce vârstă s-a declanșat diabetul zaharat la copil?*
29. Cu ce probleme s-a confruntat copilul? ☐ Emoționale ☐ Relaționale ☐ Comportamentale
☐ De integrare ☐ Anxietate ☐ Depresie ☐ Descurajare ☐ Evitare ☐ Izolare ☐ Altele
30. A existat în istoria de viață a copilului vreun eveniment marcant din punct de vedere psihologic? A participat sau a asistat la vreunul? ☐ Divorțul părinților ☐ Moartea unei rude ☐ Agresiuni
☐ Neglijențe ☐ Inadaptare ☐ Abuzuri ☐ Altele
31. Ați urmat împreună cu copilul o școală de diabet pentru deprinderea obișnuințelor de îngrijire (Centrul de la Buziaș, etc)*? ☐ Da ☐ Nu
32. A preluat copilul dvs. managementul complet al diabetului astfel încât să-l gestioneze singur?
☐ Da ☐ Încă nu complet ☐ Nu
33. Programul copilului este unul ordonat /dezordonat?
34. Au existat come hipoglicemice în istoria de boală a copilului?* ☐ Da ☐ Nu
35. Valorile glicemice ale copilului dvs oscilează frecvent sau sunt oarecum stabile și echilibrate?*
☐ Oscilații glicemice frecvente ☐ Valori oarecum stabile, echilibrate
36. Între ce valori se încadrează glicemiile copilului dvs? (cea mai mică - cea mai mare)* -
37. Cât de activ este copilul dvs? (sport, tipuri de jocuri, activități extrașcolare) Descrieți:
.....
38. Cum a primit copilul dvs diagnosticul?* ☐ Furie ☐ Neacceptare ☐ Autovinovăție ☐ Tristețe
☐ Îngrijorare ☐ Teamă ☐ Negare ☐ Altele
39. Cum ați primit dvs. părinții, diagnosticul?* ☐ Furie ☐ Neacceptare ☐ Autovinovăție ☐ Tristețe
☐ Îngrijorare ☐ Teamă ☐ Negare ☐ Altele
40. Copilul este compliant cu regimul alimentar pe care îl respectă?* ☐ Da, întocmai ☐ Nu întotdeauna
☐ Nu se poate adapta

55. Ați observat caracteristici asemănătoare cu cele ale familiei dvs de origine? Care anume și de la cine?
.....
56. Copilul prezintă caracteristici asemănătoare cu cele ale familiei de origine a tatălui? Puteți să le descrieți?
57. Cum ați hotărât numele copilului? Cât de bine i se potrivește? De ce? Are numele copilului o semnificație specială pt dvs.?
58. Prin ce este special față de alți copii?
59. Care comportament vă deranjează cel mai mult la copilul dvs.?
60. Cât de des se manifestă acest comportament și cum reacționați?.....
61. Copilul știe că vă deranjează acest comportament al lui? ☐ Da ☐ Nu
62. De care dintre părinți este copilul mai apropiat acum? ☐ Mama ☐ Tatăl ☐ Altceva
63. De ce se supără copilul cel mai adesea?
64. Cum reacționați dacă copilul se rănește sau este supărat?
65. Copilul a urmat un program de consiliere sau intervenție psihoterapeutică? ☐ Da ☐ Nu
66. Ce ați vrea să fie altfel decât este în prezent la copilul dvs. și ce s-ar putea îmbunătăți?
.....
67. Ce gândiți și ce simțiți ca părinte despre copilul dvs.?
68. Aveți o întâmplare preferată cu copilul dvs. pe care o spuneți și prietenilor?
.....
69. Cum credeți că va fi acest copil la adolescență? Care credeți că va fi imaginea lui?
.....
70. Sunt de acord cu prelucrarea datelor și am fost înștiințat/ă despre scopul chestionarului și al răspunsurilor acordate ☐ Da ☐ Nu

PSY CONSULTANCY, Cabinet Individual de Psihologie Aplicată și Psihoterapie
www.psyconsultancy.ro

A1.2. Chestionar de informații anamnestice ale copilului (construit de autor și bazat pe conceptele lui John Bowlby)

MASC

John March, MD, MPH

Nume/Identificator: _____ Vârstă _____ Gen: Masculin Feminin
(Încercuiește o variantă)

Data nașterii: ____ / ____ / ____ Nivel educațional: _____
Zi Lună An

Acest chestionar pune întrebări despre felul în care te-ai simțit, ai gândit sau ai acționat în ultimul timp. Te rugăm ca pentru fiecare întrebare să marchezi numărul care arată cât de des este acel enunț adevărat pentru tine. Dacă un enunț este adevărat pentru tine deseori, marchează 3. Dacă este adevărat uneori, marchează 2. Dacă este adevărat doar rareori, marchează 1. Dacă un enunț nu este niciodată adevărat pentru tine, marchează 0. În acest chestionar nu există răspunsuri corecte sau greșite, răspunde doar despre felul în care te-ai simțit în ultimul timp.

În continuare sunt prezentate două exemple care îți arată cum să completezi chestionarul.

În Exemplul A, dacă rareori ești speriat de câini, vei marca 1, arătând prin acest lucru că enunțul este adevărat pentru tine doar rareori. În Exemplul B, dacă furtunile cu tunete și fulgere te sperie uneori, vei marca 2, arătând astfel că acest enunț este uneori adevărat pentru tine.

	Niciodată adevărat pentru mine	Rareori adevărat pentru mine	Uneori adevărat pentru mine	Deseori adevărat pentru mine
Exemplul A Căinii mă sperie.	0	1	2	3
Exemplul B Furtunile cu tunete și fulgere mă sperie.	0	1	2	3

Acum încearcă să răspunzi singur la întrebările următoare. Nu uita să completezi întrebările de pe pagina următoare.

	Niciodată adevărat pentru mine	Rareori adevărat pentru mine	Uneori adevărat pentru mine	Deseori adevărat pentru mine
1. Mă simt tensionat(ă) sau nervos (nervosă).	0	1	2	3
2. De obicei cer permisiunea pentru a face un lucru.	0	1	2	3
3. Mă îngrijorez că ceilalți oameni râd de mine.	0	1	2	3
4. Mă sperii când părinții mei pleacă.	0	1	2	3
5. Sunt tot timpul atent(ă) la pericolele din jur.	0	1	2	3
6. Simt că mi se taie respirația.	0	1	2	3
7. Ideea de a pleca în tabără mă sperie.	0	1	2	3
8. Tremur sau am stări de neliniște.	0	1	2	3
9. Încerc să stau lângă mama sau tatăl meu.	0	1	2	3
10. Îmi e teamă că ceilalți copii își vor bate joc de mine.	0	1	2	3
11. Încerc din răsuputeri să ascult de părinții sau de profesorii mei.	0	1	2	3
12. Amețesc sau am stări de leșin.	0	1	2	3
13. Înainte de a face orice verific.	0	1	2	3
14. Mă îngrijorez că o să mi se ceară să răspund la oră.	0	1	2	3
15. Mă sperii ușor.	0	1	2	3

Te rugăm să întorci pagina. Întrebările continuă pe pagina următoare.

Numele copilului: _____	 Versiunea lungă de autoevaluare CDI	Maria Kovacs, Ph.D.
Vârsta copilului: _____ Data nașterii _____		
Clasa în care se află copilul: _____ Gen: M F		
Data completării formularului: _____		

Copiii au uneori diverse sentimente și idei.

Acest chestionar enumeră pe grupuri unele din aceste sentimente și idei. Din fiecare grup de trei enunțuri, alege acel enunț care descrie **cel mai bine** felul în care ai fost **ÎN ULTIMELE DOUĂ SĂPTĂMÂNI**. După ce bifezi un enunț din primul grup, treci la următorul.

Nu există răspuns corect sau greșit. Trebuie doar să alegi enunțul care descrie cel mai bine felul în care ai fost în ultimul timp. Pune un X în căsuța de lângă răspunsul tău, ca în exemplul următor: ☒.

Iată un exemplu. Încearcă-l. Bifează enunțul care ți se potrivește **cel mai bine**.

Exemplu:

- ☐ Citesc cărți tot timpul.
☐ Câteodată citesc cărți.
☐ Nu citesc cărți niciodată.

Atenție, alege acel enunț care descrie cel mai bine felul în care ai fost în ULTIMELE DOUĂ SĂPTĂMÂNI.

Itemul 1 ☐ Din când în când sunt trist(ă). ☐ De multe ori sunt trist(ă). ☐ Sunt trist(ă) tot timpul.	Itemul 6 ☐ Câteodată mă gândesc la lucruri rele care mi se pot întâmpla. ☐ Îmi fac griji că mi se vor întâmpla lucruri rele. ☐ Sunt sigur(ă) că mi se vor întâmpla lucruri teribile.
Itemul 2 ☐ Nimic nu îmi va merge vreodată bine. ☐ Nu sunt sigur(ă) dacă lucrurile îmi vor merge bine. ☐ Lucrurile îmi vor merge bine.	Itemul 7 ☐ Mă urăsc. ☐ Nu-mi place de mine. ☐ Îmi place de mine.
Itemul 3 ☐ Cele mai multe lucruri le fac bine. ☐ Fac multe lucruri greșit. ☐ Tot ce fac este greșit.	Itemul 8 ☐ Toate lucrurile rele sunt din vina mea. ☐ Multe lucruri rele sunt din vina mea. ☐ De obicei lucrurile rele nu sunt din vina mea.
Itemul 4 ☐ Multe lucruri pe care le fac mă distrează. ☐ Unele lucruri pe care le fac mă distrează. ☐ Nimic nu mă distrează.	Itemul 9 ☐ Nu mă gândesc să mă omor. ☐ Mă gândesc să mă omor, dar nu o voi face. ☐ Vreau să mă omor.
Itemul 5 ☐ Sunt rău (rea) tot timpul. ☐ De multe ori sunt rău (rea). ☐ Rareori sunt rău (rea).	Te rugăm să întorci pagina. Întrebările continuă pe pagina următoare.



Multi-Health Systems Inc.
 Suite 706, 60 Industrial Parkway
 Cheektowaga, NY 14227, Canada
<http://www.mhs.com>

Copyright © 2012 Multi-Health Systems Inc. International se aplică în toate țările, în baza Convenției de la Berna, a Convențiilor Biometice și Universale de Copyright. Toate drepturile sunt rezervate. Nu poate fi tradus sau reproduc în întregime sau în parte, înregistrat într-un sistem de arhivare sau consultare, sau transmis în orice formă sau prin vreun mijloc, deosebit fotografic, mecanic, electronic de înregistrare sau de orice alt fel fără permisiunea prealabilă în scris a Multi-Health Systems Inc. Cereți pentru permisiuni la adresa Multi-Health Systems Inc. la adresa 3770 Victoria Park Avenue, Toronto, Ontario, M2H 3M1, Canada. Ediția românească tradusă, adaptată și publicată de D&D Consultanți Grup, sub licență din partea Multi-Health Systems Inc.

© D&D Consultanți Grup

D&D Consultanți Grup
 Str. Grigore Moisil, nr. 42, sector 2, București
 Tel/Fax (+4) 021 230 45 99, 230 51 50
www.testcentral.ro



Acest document este tipărit cu cerneală albăstrie. Orice altă culoare reprezintă o copie neautorizată.

Chestionar privind stilurile parentale

NOTĂ. Bifați doar acele răspunsuri conform cu acțiunile și convingerile dvs.

1. Care este sarcina unui părinte?

- a. Să-i facă pe copii să se comporte adecvat și să respecte autoritatea și regulile.
- b. Să ofere în mod constant supraveghere/reguli structurate astfel încât copiii să acționeze/aleagă "corect".
- c. Să-i învețe pe copii abilitățile necesare în viață pentru a deveni adulți disciplinați și responsabili.
- d. Să se asigure că fiul/fiica sa are o copilărie fericită și lipsită de griji.
- e. Să-și lase copiii să învețe pe cont propriu comportamentele și abilitățile adecvate.

2. Cine este responsabil de controlarea comportamentelor copilului?

- a. Părinții trebuie să impună regulile și copiii trebuie să le urmeze.
- b. Copiii trebuie să facă ceea ce spun părinții lor, deoarece aceștia au mai multă experiență.
- c. Părinții au responsabilitatea de a-i învăța pe copii comportamentele și abilitățile de care au nevoie în viață.
- d. Părinții trebuie să le explice copiilor de ce trebuie să se comporte adecvat și să le ceară să fie cooperanți.
- e. Copiii pot să-și descopere singuri propriile limite prin procedee de încercare și eroare.

3. Cine are drepturi?

- a. Părinții au toate drepturile, și asta pentru că sunt adulți; copiii au puține drepturi, sau chiar deloc.
- b. Părinții au cunoștințe și experiențe superioare; prin urmare, ei au mai multe drepturi.
- c. Atât părinții cât și copiii au dreptul de a fi tratați cu respect și demnitate.
- d. Drepturile și nevoile copiilor sunt mai importante decât ale părinților.
- e. Copiii au drepturi cât timp nu îi afectează pe părinți.

4. Cine este respectat?

- a. Copiii trebuie să-i respecte pe părinți, dar părinții nu sunt obligați să-i respecte pe copii.
- b. Copiii trebuie mai întâi să câștige respectul părinților înainte de a-l primi.
- c. Orice persoană merită să fie tratată cu respect, indiferent de vârstă sau de poziție.
- d. Părinții trebuie să-și respecte copiii, pentru ca aceștia să fie fericiți.
- e. Copiii se comportă uneori fără respect, dar nu e o mare problemă.

5. Cum sunt gestionate greșelile?

- a. Copiii trebuie pedepsiți dacă încalcă regulile. Pedepsa trebuie să-i producă un disconfort copilului sau să-l afecteze în vreun fel.
- b. Părinții pot corecta greșelile copiilor exprimându-și dezamăgirea, oferind o critică constructivă, impulsionându-l pe copil să depună mai mult efort și spunându-i cum să repare greșeala și cum să o prevină în viitor.
- c. Copiii pot învăța din propriile greșeli și cum să le repare sau să le prevină în viitor.
- d. Este responsabilitatea părintelui să repare greșelile copilului sau să-și protejeze copilul de efectele negative.
- e. Alte persoane (în afară de părinți și copii) sunt probabil de vină pentru greșelile copilului.

6. Cum sunt rezolvate problemele și cum sunt luate deciziile?

- a. Alegerea sunt făcute între anumite limite care respectă drepturile și nevoile celorlalți.

- b. Problemele vor dispărea de la sine; dacă nu, părinții se pot ocupa de ele mai târziu.
- c. Părinții au răspunsurile corecte, deci copiii trebuie să le urmeze sfaturile.
- d. Părinții trebuie să monitorizeze activitățile copiilor lor, să seteze obiective pentru copii și să ofere recompense sau întăriri atunci când obiectivele sunt atinse.
- e. Părinții trebuie să încerce să afle ce vor copiii și să-i facă fericiți.

7. Cum sunt gestionate emoțiile negative?

- Părinții nu trebuie să încerce să modifice emoțiile negative ale copiilor lor, ci să-i învețe cum să și le exprime într-un mod adecvat.
- Toate vor funcționa mai ușor dacă copiii își păstrează emoțiile negative pentru ei.
- Copiii nu trebuie să-și exprime emoțiile negative, deoarece arată opoziție și lipsă de respect.
- Copiii trebuie să gândească și să simtă ceea ce părinții lor gândesc și simt că este "corect".
- Părinții trebuie să-și protejeze copiii și să evite ca aceștia să simtă emoții negative.

8. Cine decide cum ar trebui să se comporte copiii, ce interese să urmeze și ce obiective să-și propună?

- a. Părinții îi pot învăța pe copii comportamente pozitive, ca aceștia să-și poată stabili și atinge obiective adecvate.
- b. Copiii își pot da seama cum să se comporte și ce obiective/interese să-și propună prin metode de tip încercare și eroare.
- c. Părinții trebuie să le spună copiilor ce să facă și ce obiective să-și propună și să-i facă să urmeze aceste obiective.
- d. Părinții trebuie să stabilească standarde înalte pentru copiii lor și să aleagă interesele/obiectivele care îi vor ajuta pe aceștia să aibă succes ca și adulții.
- e. Copiii trebuie lăsați să-și aleagă ce interese/obiective vor, pentru a fi fericiți.

9. Cine face regulile și cum sunt ele aplicate?

- a. Copiii pot să aleagă, în limite rezonabile și trebuie să înțeleagă valoarea regulilor.
- b. Dacă părinții stabilesc reguli și le pun în aplicare, atunci copiii lor se vor simți constrânși și se vor răzvrăti împotriva regulilor.
- c. Părinții trebuie să le spună copiilor ce să facă, iar copiii trebuie să accepte fără a se împotrivi.
- d. Părinții pot stabili reguli structurate și îi pot corecta pe copii prin critică constructivă și sfaturi.
- e. Dacă părinții le aduc aminte copiilor, în mod politicos, să se comporte adecvat, în cele din urmă aceștia îi vor asculta.

10. Cum pot părinții să-i motiveze pe copii?

- a. Părinții pot să-i învețe pe copii valoarea sarcinilor, pentru ca aceștia să se auto-motiveze să le facă.
- b. Copiii trebuie să fie responsabili să se motiveze singuri.
- c. Copiii pot fi motivați cu ajutorul instrucțiunilor și amenințărilor.
- d. Copiii pot fi motivați cu ajutorul recompenselor și întăririlor, acceptării și laudelor.
- e. Dacă părinții fac suficiente lucruri pentru copiii lor, copiii vor fi fericiți și motivați.

11. Cum disciplinează părinții?

- a. Părinții le pot explica copiilor diferite comportamente dintre care aceștia să aleagă, iar ulterior să-i considere responsabili pentru alegerile făcute.
- b. Copiii pot să-și urmărească singuri comportamentul.
- c. Pedepsa trebuie să fie inconfortabilă pentru a dispărea comportamentul neadecvat.
- d. Părinții trebuie să-i facă pe copii să se simtă rău pentru că s-au comportat într-un mod neadecvat și trebuie să le retragă anumite privilegii speciale.
- e. Părinții nu trebuie să-și pedepsească copiii prea des, pentru că vor pierde dragostea lor.

Chestionar despre Capacități și Dificultăți (SDQ-Rom)

T 4-17

Pentru fiecare din afirmațiile de mai jos, vă rugăm să bifați căsuța potrivită pentru: Neadevărat, Mai mult sau mai puțin adevărat și Adevărat în mod sigur. Ne-ar fi de mare ajutor dacă ați răspunde cât mai corect la toate afirmațiile, chiar dacă nu sunteți absolut sigur sau dacă afirmația vi se pare ciudată ! Vă rugăm să dați răspunsurile dumneavoastră având în vedere comportamentul copilului din ultimele șase luni sau din acest an școlar.

Numele copilului

Data nașterii.....

Băiat / Fată

	Neadevărat	Mai mult sau mai puțin adevărat	Adevărat în mod sigur
Ține cont de sentimentele altor persoane	☐	☐	☐
Este neliniștit(ă), hiperactiv(ă), nu poate sta locului mult timp	☐	☐	☐
Se plânge deseori de dureri de cap, de stomac sau stări de rău	☐	☐	☐
Împarte cu ușurință cu alți copii (mâncare, jucării, creioane etc.)	☐	☐	☐
Are adesea izbucniri furioase sau își pierde controlul	☐	☐	☐
Este mai mult solitar(ă), are tendința să se joace singur(ă)	☐	☐	☐
Este în general ascultător(oare), face de obicei ce-i cer adulții	☐	☐	☐
Are multe griji, adesea pare îngrijorat(ă)	☐	☐	☐
Sare în de ajutor dacă cineva este rănit, supărat sau se simte rău	☐	☐	☐
În mod constant se foiește ori se agită	☐	☐	☐
Are cel puțin un prieten bun	☐	☐	☐
Adesea se luptă cu alți copii ori îi bruschează	☐	☐	☐
Deseori este nefericit(ă), necăjit(ă) ori plângăcios(oasă)	☐	☐	☐
În general este agreat(ă) de alți copii	☐	☐	☐
Este ușor de distras, se concentrează cu dificultate, îi zboară atenția	☐	☐	☐
În situații noi, este neliniștit(ă) sau se agită de altcineva, pierzându-și ușor încrederea în sine	☐	☐	☐
Este amabil(ă) cu copiii mai mici decât el/ea	☐	☐	☐
Adesea minte sau înșală pe ceilalți	☐	☐	☐
Este hărțuit(ă) ori bruscat(ă) de alți copii	☐	☐	☐
Deseori se oferă voluntar să-i ajute pe alți (părinți, profesori, alți copii)	☐	☐	☐
Gândește înainte de a acționa	☐	☐	☐
Fură de acasă, de la școală sau din alte locuri	☐	☐	☐
Se înțelege mai bine cu adulții decât cu alți copii	☐	☐	☐
Are multe temeri, se sperie ușor	☐	☐	☐
Duce sarcinile la bun sfârșit, are atenție bună	☐	☐	☐

Aveți și alte remarci de făcut sau sunt și alte lucruri care vă îngrijorează?

Vă rugăm întoarceți pagina, mai sunt câteva întrebări!

În general, credeți că acest copil are dificultăți în unul sau mai multe din următoarele domenii: emoții, concentrare, comportament sau relaționarea cu alții?

Nu	Da, dificultăți minore	Da, dificultăți clare	Da, dificultăți severe
☐	☐	☐	☐

Dacă răspunsul dvs. este "da", vă rugăm să răspundeți la următoarele întrebări despre aceste dificultăți:

- de câtă vreme sunt prezente aceste dificultăți?

Mai puțin de o lună	1-5 luni	6-12 luni	Mai mult de un an
☐	☐	☐	☐

- aceste dificultăți îl întristează sau îl perturbă pe copil?

Deloc	Doar puțin	Destul de mult	Foarte mult
☐	☐	☐	☐

- aceste dificultăți dăunează vieții de zi cu zi a copilului în următoarele arii?

	Deloc	Doar puțin	Destul de mult	Foarte mult
RELAȚIILE CU COPIII DE ACEEAȘI VÂRSTĂ	☐	☐	☐	☐
ÎNVĂȚAREA ÎN CLASĂ	☐	☐	☐	☐

- reprezintă aceste dificultăți o povară pentru dumneavoastră sau pentru clasă în întregime?

Deloc	Doar puțin	Destul de mult	Foarte mult
☐	☐	☐	☐

Semnătura

Data

Profesor/Diriginte/Învățător/Altceva (vă rugăm specificați):

Vă mulțumim foarte mult pentru ajutorul acordat !

© Robert Goodman, 2005

A1.6. Chestionar pentru Capacități și Dificultăți (SDQ)

SCALA DE GĂNDURI AUTOMATE PENTRU COPII ȘI ADOLESCENȚI (CATS)

Romanian Translation

Numele:	Clasa:
Varsta:	Sexul: Masculin / Feminin

Instructiuni: In lista de mai jos sunt prezentate niste ganduri pe care copiii si adolescentii spun ca le au in diferite situatii. Va rugam cititi fiecare dintre aceste enunturi cu atentie si decideti cat de des, daca este cazul, s-a intamplat să vă treacă prin minte aceste gânduri in ultima saptamână. Incercuiti raspunsul in felul următor:

	Deloc 0	Uneori 1	Destul de des 2	Des 3	Tot 4
Spune de cate ori, in ultima saptamana te-ai gandit că	Deloc	Uneori	Destul de des	Des	Tot
1. Copiii vor crede despre mine că sunt prost(proastă)	0	1	2	3	4
2. Am dreptul să mă răzbun pe ceilalți dacă aceștia merită	0	1	2	3	4
3. Nu fac nimic bine	0	1	2	3	4
4. Cred că voi avea un accident	0	1	2	3	4
5. Ceilalți copii sunt proști	0	1	2	3	4
6. Mi-e teamă că ceilalți copii își vor bate joc de mine	0	1	2	3	4
7. Simt că înnebunesc	0	1	2	3	4
8. Copiii vor râde de mine	0	1	2	3	4
9. Cred că voi muri	0	1	2	3	4
10. Mulți oameni sunt împotriva mea	0	1	2	3	4
11. Nu sunt bun de nimic	0	1	2	3	4
12. Mama sau tatăl meu vor păți ceva rău	0	1	2	3	4
13. Nu-mi reușește nimic din ceea ce vreau să fac	0	1	2	3	4
14. Mă voi face de rușine	0	1	2	3	4
15. Nimeni din cei care se leaga de mine nu vor scapa nepedepsiți	0	1	2	3	4
16. Mi-e frică să nu pierd controlul	0	1	2	3	4
17. Este vina mea că lucrurile nu merg bine	0	1	2	3	4
18. Oamenii cred lucruri urâte despre mine	0	1	2	3	4
19. Dacă cineva mă rănește am dreptul să îl rănesc și eu	0	1	2	3	4
20. Cred că voi păți ceva rău	0	1	2	3	4
21. Mă gândesc ce vor crede ceilalți copii despre mine	0	1	2	3	4
22. Unii oameni merită ceea ce primesc	0	1	2	3	4

centreforeemotionalhealth.com.au

© Centre for Emotional Health, Macquarie University, Sydney, Australia
Original Publication: Schniering, C. A. & Rapee, R. M. (2002)

The information in this document is not intended as a substitute for professional medical advice, diagnosis or treatment.

A1.7. Scala de gânduri automate pentru copii și adolescenți (CATS)

Notă: adaptat de Mihaela Roco după Daniel Goleman și modificat de Chiperi Victoria în 2010
(Mihaela Roco – Creativitate și inteligență emoțională, Polirom, 2001, p. 189-191; ISBN 973-683-654-1)

Test pentru inteligență emoțională (varianta pentru copii)
adaptat de Mihaela Roco modificat de Chiperi Victoria mai 2010

Alege răspunsul care descrie cel mai bine reacția ta la următoarele scenarii. Răspunde pe baza a ceea ce ai fi vrut să faci în realitate, nu cum crezi tu că trebuie să fie răspunsul.

1. Imaginează-ți că te afli la ora de curs și dintr-o dată pământul începe să se cutremure foarte puternic, cu un zgomot înspăimântător. (În cazul nostru în sala de joc la grădiniță, dintr-o dată afară începe o ploaie foarte puternică, cu un tunet înspăimântător). Ce faci?

- a) Continui să stai liniștit în bancă și să citești lecția din manual (stai liniștit și joci mai departe), dând puțină atenție evenimentului, așteptând ca acesta să înceteze curând;
- b) Devii plin de grijă față de pericol urmărind învățătorul/profesorul (educatorul) și ascuți cu atenție instrucțiunile date de acesta;
- c) Câte puțin din a) și b)
- d) N-am observat nimic (M-am ascuns într-un locușor).

2. Ești în curtea școlii (grădiniței) în timpul recreației (plimbării). Unul dintre colegii tăi (copii) nu este acceptat în jocul celorlalți și începe să plângă. Ce faci?

- a) Nu te bagi, îl lași în pace.
- b) Vorbești cu el și încerci să-l ajuți pe coleg (copil);
- c) Te duci la el și îi spui să nu mai plângă;
- d) Îi dai o bomboană sau altceva care să-l facă să uite.

3. Imaginează-ți că te afli la mijlocul ultimului trimestru și speri să obții un premiu, dar ai descoperit că nu ai nota dorită la o materie, ci una mai mică decât cea la care te așteptai (te afli la sfârșit de an la grădiniță și voiai să obții un premiu la desenul familiei, dar ai descoperit că nu ți se primește să-l schițezi la fel de bine cum te așteptai). Ce faci?

- a) Îți faci un plan special pentru a îmbunătăți nota (desenul), hotărându-te să-ți urmezi planul;
- b) Te hotărăști să înveți mai bine anul următor (te hotărăști să desenezi mai bine când vei fi la școală);
- c) Îți spui că nu te interesează materia respectivă (desenul dat) și te concentrezi asupra altor discipline unde notele tale sunt și pot fi mai mari (te concentrezi asupra altor pasiuni unde tu ești mai capabil, cum ar fi adunarea cifrelor).
- d) Mergi la învățător/profesor (educator) și încerci să discuți cu el în scopul obținerii unei note mai bune (unui desen mai original).

4. Consideri că în lipsa învățătorului/profesorului (educatorului) ești elevul (copilul) responsabil cu disciplina în clasă (în sala grădiniței). În urma unor acte de indisciplină zece elevi (doi copii) au fost deja avertizați cu scăderea notei la purtare (din cauza comportamentului obraznic) și ești descurajat din cauza acestei situații. Ce faci?

- a) Notezi numele elevilor indisciplinați și predai lista învățătorului a doua zi (spui prenumele copiilor obraznici educatorilor);
- b) Consideri că nu-ți poți asuma această responsabilitate (crezi că ești prea mic pentru așa ceva și că toți copiii se comportă la fel);
- c) Încerci să discuți cu elevii (copiii) propunând soluții pentru păstrarea disciplinei și pentru îndreptarea situației create (întreținând relații bune, cu compromisuri, astfel făcându-i și pe ceilalți să fie empatici);
- d) Dorești să devii responsabil cu altceva (Jocul te impresionează mai mult).

5. Ești anunțat că de mâine o să aveți un nou coleg (copil) român/țigăn. Surprinzi pe cineva (pe prietenul tău) spunând cuvinte urâte și răutăcioase la adresa lui. Ce faci?

- a) Nu-l iei în seamă considernd că este doar o glumă;
- b) Îl chemi afară pe colegul răutăcios (chemi prietenul răutăcios) și îl cerți pentru fapta făcută;

- c) Îi vorbești în prezența celorlalți spunând că asemenea fapte sunt nepotrivite și nu vor fi acceptate în clasa voastră (*în grădiniță*);
d) Îți sfătuiești colegul (*prietenul*) să fie mai bun și îngăduitor cu toți colegii (*copii*).

6. Te afli în recreația mare (*în curtea grădiniței*) și încerci să calmezi un coleg de clasă înfuriat pe alt coleg (*un copil din grupă înfuriat pe alt copil*) care i-a pus piedică pe hol, riscând astfel să-i fractureze brațul. Ce faci?

- a) Îi spui să-l ierte pentru că ceea ce s-a întâmplat a fost o glumă;
b) Îi povestești o întâmplare hazlie și încerci să-l distrezi;
c) Îi dai dreptate considerând, asemenea lui, că celălalt coleg (*copil*) s-a dat în spectacol;
d) Îi spui că ți s-a întâmplat și ție ceva asemănător și că te-ai simțit la fel de furios, dar după aceea ți-ai dat seama că cel vinovat putea la rândul său să cadă și să-și spargă capul.

7. Tu și prietenul tău cel mai bun vă certați și aproape că ați ajuns să vă luați la bătaie. Care este cel mai bun lucru de făcut?

- a) Faceți o pauză de 20 de minute și apoi începeți să discutați din nou;
b) Te oprești din ceartă și taci;
c) Spui că-ți pare rău și îi ceri și prietenului tău să-și ceară scuze;
d) Vă opriți puțin pentru a vă liniști și apoi fiecare pe rînd spune ceea ce gândește despre problemă.

8. La sfârșit de an școlar (*în ultimul an la grădiniță*) se organizează o serbare. Închipuie-ți că tu ești conducătorul unui grup de elevi (*personajul principal al unui grup de copii*) și vrei să compui o scenă hazlie. Cum faci?

- a) Îți faci un orar și acorzi un timp pentru fiecare amănunt (*Te ocupi un timp pentru a putea deveni acest personaj comic*);
b) Propui să vă întâlniți și să vă cunoașteți mai bine (*Faci pregătire cu educatorul și cu ceilalți copii*);
c) Îi ceri separat fiecărui copil să vină cu idei (*Fiecare copil poate juca ceea ce i se primește mai bine*);
d) Vă strângeți toți în grup și tu îi încurajezi pe ceilalți să propună diverse variante (*Cel mai bine să jucați mai multe personaje hazlii și la sfârșit toți să deveniți prieteni buni*).

9. Imaginează-ți că ai un frate de 3 ani care întotdeauna este foarte timid și puțin înfricoșat de locurile și oamenii străini. Ce atitudine ai față de el?

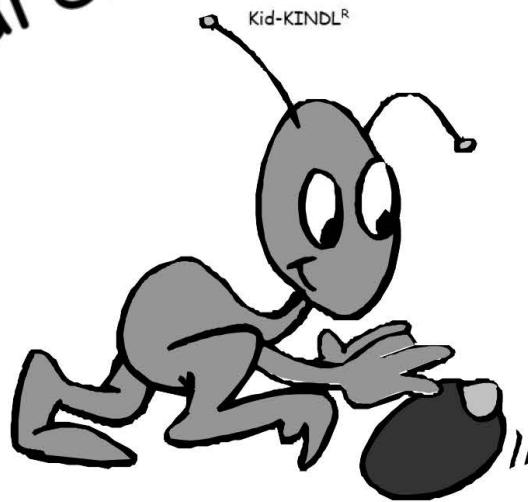
- a) Accepți ca are un comportament timid și cauți să-l protejezi de situații care pot să-l tulbure;
b) Îl prezinți unui medic cerându-i un sfat;
c) Îl duci în bună știință în fața oamenilor străini și în locuri necunoscute astfel încât să-și poată învinge frica;
d) Faci cu el o serie permanentă de jocuri și competiții ușor de realizat care îl vor învăța că poate intra în legătură cu oamenii și poate umbla din nou prin locuri noi.

10. Imaginează-ți că-ți place foarte mult desenul. Începi să te pregătești pentru a desena în timpul tău liber (*la grădiniță/acasă*). Cum faci?

- a) Te limitezi să desenezi doar o oră pe zi;
b) Alegi subiecte de desen mai grele care să-ți stimuleze imaginația;
c) Desenezi doar cînd ai chef (*sau cînd îți spune educatorul/părintele*);
d) Alegi subiecte de desenat pe care știi să le faci.

ID: _____

Children's Questionnaire



Salutare!

am dori să știm cum te-ai simțit în ultima săptămână, așa că am pregătit câteva întrebări la care am dori să răspunzi.

- ⇒ Te rugăm să citești cu atenție fiecare întrebare.
- ⇒ Gândește-te la cum au fost lucrurile pentru tine în ultima săptămână.
- ⇒ Alege răspunsul care ți se potrivește cel mai bine în fiecare rând și pune o cruce în casetă.

Nu există răspunsuri corecte sau greșite. Este ceea ce crezi tu că contează. Ex:

<u>De exemplu:</u>	nu	rar	uneori	adesea	tot timpul
În ultima săptămână, mi-a plăcut să ascult muzică.	☐	☐	☐	☒	☐

Data completării:

(zi/luna/an)

Lasă-ne să știm câte ceva despre tine. Te rog, pune o cruce
în caseta potrivită și completează datele!



Sunt ☐ fată ☐ băiat

Vârstă: ani _____

Câți frați ai? ☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ mai mult de 5 La ce tip de școală mergi?

1. În primul rând, am dori să știm câte ceva despre sănătatea ta fizică...

<i>Pe parcursul săptămânii trecute...</i>	nu	rar	uneori	adesea	tot timpul
1. ... M-am simțit rău	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Am avut o durere de cap sau de burtă	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Am fost obosit și extenuat	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... M-am simțit puternic și plin de energie	☐	☐	☐	☐	☐

2. ... apoi ceva despre cum te-ai simțit în general...

<i>Pe parcursul săptămânii trecute...</i>	nu	rar	uneori	adesea	tot timpul
1. ... M-am distrat și am râs mult	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... M-am plictisit	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... M-am simțit singur	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... M-am simțit speriat	☐	☐	☐	☐	☐

3. ... și cum te-ai simțit pentru tine.

<i>Pe parcursul săptămânii trecute...</i>	nu	rar	uneori	adesea	tot timpul
1. ... Am fost mândru de mine	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... M-am simțit în vârful lumii	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... M-am simțit mulțumit de mine	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Am avut multe idei bune	☐	☐	☐	☐	☐

4. Următoarele întrebări sunt despre familia ta...

<i>Pe parcursul săptămânii trecute...</i>	nu	rar	uneori	adesea	tot timpul
1. ... M-am înțeles bine cu părinții mei	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... M-am simțit bine acasă	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Ne-am certat acasă	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... Părinții mei m-au oprit să fac anumite lucruri	☐	☐	☐	☐	☐

5. ... și apoi despre prieteni.

<i>Pe parcursul săptămânii trecute...</i>	nu	rar	uneori	adesea	tot timpul
1. ... M-am jucat cu prietenii	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Ceilalți copii m-au plăcut	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... M-am înțeles bine cu prietenii mei	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... M-am simțit diferit de ceilalți copii	☐	☐	☐	☐	☐

6. În sfârșit, am dori să știm ceva despre școală.

<i>În ultima săptămână în care am fost la școală...</i>	nu	rar	uneori	adesea	tot timpul
1. ... A fost ușor să-mi fac temele școlare	☐	☐	☐	☐	☐
2. ... Mi-au plăcut lecțiile	☐	☐	☐	☐	☐
3. ... Mi-am făcut griji pentru viitorul meu	☐	☐	☐	☐	☐
4. ... M-am îngrijorat de notele sau rezultatele proaste	☐	☐	☐	☐	☐

Thank you for helping us!



© Kid-KINDLR / copii / Ravens-Sieberer & Bullinger/ 2000

COSIP ID: ____ . ____ . ____ . ____ . ____

KIDCOPE-Interview		
Numele si prenumele copilului la care se refera intrebarile	Data de nastere a copilului (ZZ/LL/AAAA)	
Numele intervioratorului		

Identificarea COSIP a copilului:				
Codul de tara	Sex	Anul nasterii	Numarul familiei	Rolul in Familie
AU =Austria CH =Switzerland DE =Germany DK =Denmark EL =Greece FN =Finland RO =Romania UK =United Kingdom	1 = ♂ 2 = ♀	► e.g. 1987 = 87	► Numarul Consecutiv al familiei	Tata = 1 Mama = 2 ► Numarati toti copiii sub 18 ani, care traiesc curent cu unul din parinti, apoi codificati: cel mai mare copil = 3 urmatorul cel mai mare copil = 4 etc.

Instructiuni:

“Incerca sa aflu cum se descurca copiii cu diferite probleme si suparari. Alege te rog o situatie legata de boala parintelui tau, situatie care te-a necajit foarte mult. Gandeste-te la o intamplare/situatie care s-a petrecut in cursul lunii trecute si te rog sa o descrii.”

1. Te-a facut aceasta situatie nervos sau tensionat?

Deloc	Putin	Oarecum	Destul de mult	Foarte mult
-------	-------	---------	----------------	-------------

2. Te-a facut aceasta situatie mai trist sau deprimat?

Deloc	Putin	Oarecum	Destul de mult	Foarte mult
-------	-------	---------	----------------	-------------

3. Te-a suparat aceasta situatie ?

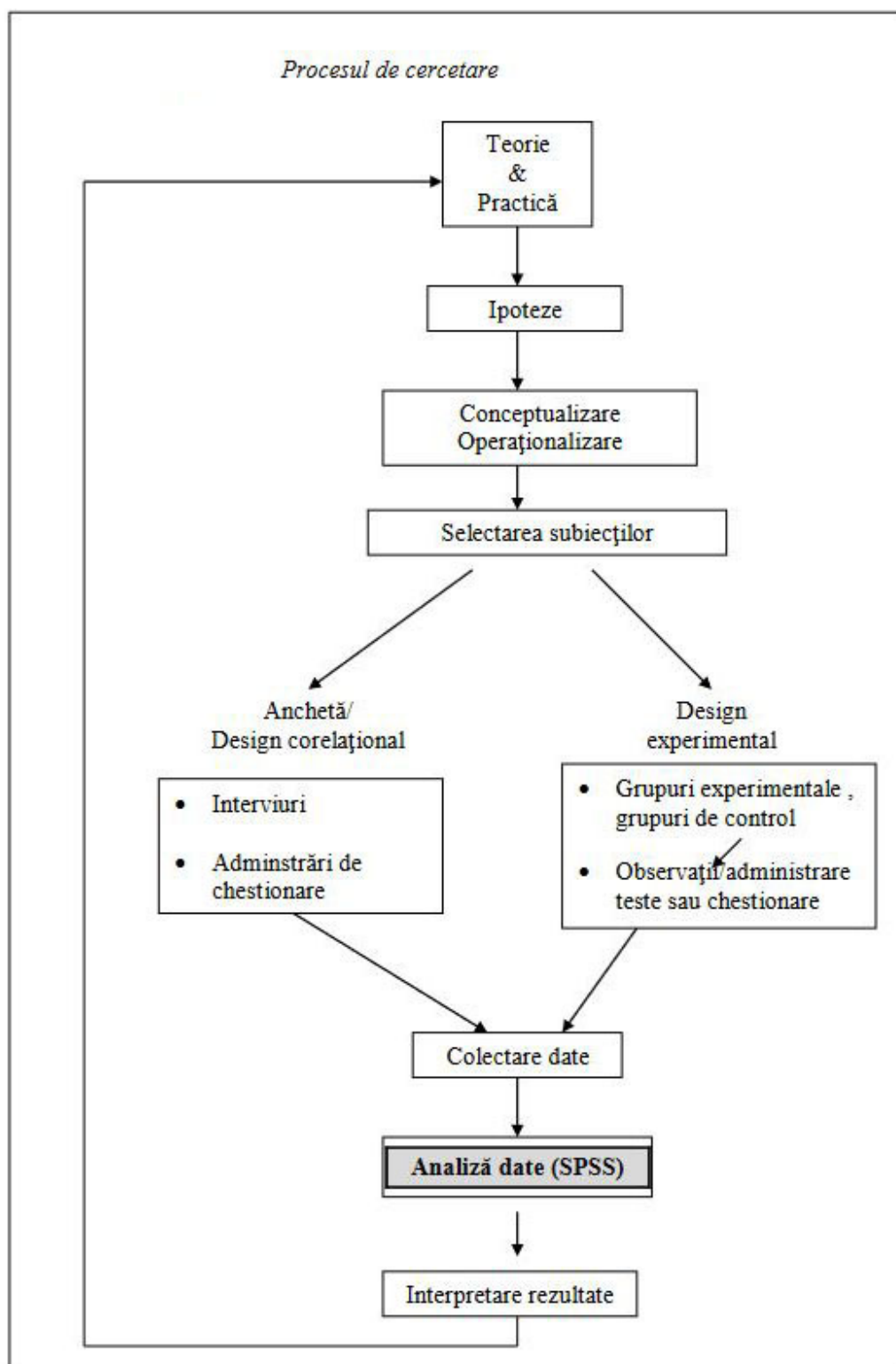
Deloc	Putin	Oarecum	Destul de mult	Foarte mult
-------	-------	---------	----------------	-------------

	Ai procedat asa?	Cat de mult te-a ajutat?
1. Am incercat sa uit.	Da Nu	Deloc Putin Mult
2. Am facut ceva cum ar fi privitul la TV sau un joc, ca sa uit.	Da Nu	Deloc Putin Mult
3. Am stat singur.	Da Nu	Deloc Putin Mult
4. N-am spus nimic despre problema.	Da Nu	Deloc Putin Mult
5. Am incercat sa vad partea buna a lucrurilor.	Da Nu	Deloc Putin Mult

6.M-am invinovatit pentru cauzarea problemei.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
7. Am dat vina pe altul pentru aparitia problemei.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
8.Am incercat sa rezolv problema gandindu-ma la solutii.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
9. Am incercat sa rezolv problema facand ceva sau vorbind cu cineva.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
10.Am tipat, urlat si m-am suparat.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
11.Am incercat sa ma calmez.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
12.As fi vrut ca problema sa nu fi aparut.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
13. As fi vrut sa fi putut face altfel lucrurile.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
14. Am incercat sa ma simt mai bine petrecand timpul cu altii, din familie,oameni maturi sau prieteni.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult
15. N-am putut face nimic pentru ca problema nu putea fi rezolvata.	Da	Nu	Deloc	Putin	Mult

A1.10. Chestionarul KIDCOPE

ANEXA 2. Designul procesului de cercetare



A2.2. Constituirea bazei de date

[illegible][illegible]

A2.3. Variabilele cercetării

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Colu...	Align	Measure	Role
1	Initiale_copil	String	8	0		None	None	6	Left	Nominal	Input
2	Sex	Numeric	1	0	Sex	{0, Masculin}...	None	6	Right	Nominal	Input
3	Varsta_copil	Numeric	8	0	Vârsta copil	None	None	4	Right	Scale	Input
4	DZ	Numeric	8	0	Diabet zaharat	{0, fără DZ1}...	None	9	Right	Nominal	Input
5	Stil_parental	Numeric	8	0	Stil parental	{1, perfectionist}...	None	9	Right	Nominal	Input
6	Emotional_quotation	Numeric	8	0	Inteligenta emotionala	{1, sub medie}...	None	9	Right	Ordinal	Input
7	Simptome_fzice_anx	Numeric	8	0	Simptome fizice anxietate	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
8	Evitarea_lezarii_anx	Numeric	8	0	Evitarea lezarii anx	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
9	Anxietate_sociala	Numeric	8	0	Anxietate sociala	{1, foarte mult sub medie}...	None	10	Right	Scale	Input
10	Anxietate_de_separare_Panica	Numeric	8	0	Anxietate de separare - Panica	{1, foarte mult sub medie}...	None	11	Right	Scale	Input
11	Tensiune_Neliniste	Numeric	8	0	Tensiune - Neliniste	{1, foarte mult sub medie}...	None	10	Right	Scale	Input
12	Somatic_Vegetativ	Numeric	8	0	Somatic - Vegetativ	{1, foarte mult sub medie}...	None	10	Right	Scale	Input
13	Perfectionism	Numeric	8	0	Perfectionism	{1, foarte mult sub medie}...	None	11	Right	Scale	Input
14	Coping_anxios	Numeric	8	0	Coping anxios	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
15	Umlinta_Respingere	Numeric	8	0	Umlinta respingere	{1, foarte mult sub medie}...	None	11	Right	Scale	Input
16	Frica_de_performanta	Numeric	8	0	Frica de performanta	{1, foarte mult sub medie}...	None	11	Right	Scale	Input
17	Indexul_tulburarii_anxioase	Numeric	8	0	Indexul tulburarii anxioase	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
18	Scor_total_MASC_anxietate	Numeric	8	0	Scor total MASC (anxietate)	{1, foarte mult sub medie}...	None	10	Right	Scale	Input
19	Dispozitie_negativa	Numeric	8	0	Dispozitie negativa	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
20	Probleme_interpersonale	Numeric	8	0	Probleme interpersonale	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
21	Ineficienta	Numeric	8	0	Ineficienta	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
22	Anhedonie	Numeric	8	0	Anhedonie	{1, foarte mult sub medie}...	None	11	Right	Scale	Input
23	Stima_de_sine	Numeric	8	0	Stima de sine	{1, foarte mult sub medie}...	None	10	Right	Scale	Input
24	Scor_total_CDI_depresie	Numeric	8	0	Scor total CDI (depresie)	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
25	Distres_emotional	Numeric	8	0	Distres emotional	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
26	Dificultati_comportamentale	Numeric	8	0	Dificultati comportamentale	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
27	Hiperactivitate_Dificultati_de_concentrare	Numeric	8	0	Hiperactivitate/Dificultati de concentrare	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
28	Dificultati_relational	Numeric	8	0	Dificultati relationale	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
29	Comportament_prosocial	Numeric	8	0	Comportament prosocial	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
30	Impact_general	Numeric	8	0	Impact general	{1, normal}...	None	6	Right	Ordinal	Input
31	Scor_total_dificultati	Numeric	8	0	Scor total dificultati	{1, normal}...	None	7	Right	Ordinal	Input
32	Amenintare_fizica	Numeric	8	0	Amenintare fizica	{0, normal}...	None	7	Right	Ordinal	Input
33	Amenintare_sociala	Numeric	8	0	Amenintare sociala	{0, normal}...	None	7	Right	Ordinal	Input
34	Esec_personal	Numeric	8	0	Esec personal	{0, normal}...	None	7	Right	Ordinal	Input
35	Ostilitate	Numeric	8	0	Ostilitate	{0, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
36	Distragerea_atentiei	Numeric	8	0	Distragerea atentiei	{0, slab manifesta}...	None	9	Right	Ordinal	Input
37	Rugaciune	Numeric	8	0	Rugaciune	{0, slab manifesta}...	None	9	Right	Ordinal	Input
38	Autoculpabilizare	Numeric	8	0	Autoculpabilizare	{0, slab manifesta}...	None	8	Right	Ordinal	Input
39	Retragerea_sociala	Numeric	8	0	Retragerea sociala	{0, slab manifesta}...	None	9	Right	Ordinal	Input

	Name	Type	Width	Decimals	Label	Values	Missing	Colu...	Align	Measure	Role
17	Indexul_tulburarii_anxioase	Numeric	8	0	Indexul tulburarii anxioase	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
18	Scor_total_MASC_anxietate	Numeric	8	0	Scor total MASC (anxietate)	{1, foarte mult sub medie}...	None	10	Right	Scale	Input
19	Dispozitie_negativa	Numeric	8	0	Dispozitie negativa	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
20	Probleme_interpersonale	Numeric	8	0	Probleme interpersonale	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
21	Ineficienta	Numeric	8	0	Ineficienta	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
22	Anhedonie	Numeric	8	0	Anhedonie	{1, foarte mult sub medie}...	None	11	Right	Scale	Input
23	Stima_de_sine	Numeric	8	0	Stima de sine	{1, foarte mult sub medie}...	None	10	Right	Scale	Input
24	Scor_total_CDI_depresie	Numeric	8	0	Scor total CDI (depresie)	{1, foarte mult sub medie}...	None	9	Right	Scale	Input
25	Distres_emotional	Numeric	8	0	Distres emotional	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
26	Dificultati_comportamentale	Numeric	8	0	Dificultati comportamentale	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
27	Hiperactivitate_Dificultati_de_concentrare	Numeric	8	0	Hiperactivitate/Dificultati de concentrare	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
28	Dificultati_relational	Numeric	8	0	Dificultati relationale	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
29	Comportament_prosocial	Numeric	8	0	Comportament prosocial	{1, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
30	Impact_general	Numeric	8	0	Impact general	{1, normal}...	None	6	Right	Ordinal	Input
31	Scor_total_dificultati	Numeric	8	0	Scor total dificultati	{1, normal}...	None	7	Right	Ordinal	Input
32	Amenintare_fizica	Numeric	8	0	Amenintare fizica	{0, normal}...	None	7	Right	Ordinal	Input
33	Amenintare_sociala	Numeric	8	0	Amenintare sociala	{0, normal}...	None	7	Right	Ordinal	Input
34	Esec_personal	Numeric	8	0	Esec personal	{0, normal}...	None	7	Right	Ordinal	Input
35	Ostilitate	Numeric	8	0	Ostilitate	{0, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
36	Distragerea_atentiei	Numeric	8	0	Distragerea atentiei	{0, slab manifesta}...	None	9	Right	Ordinal	Input
37	Rugaciune	Numeric	8	0	Rugaciune	{0, slab manifesta}...	None	9	Right	Ordinal	Input
38	Autoculpabilizare	Numeric	8	0	Autoculpabilizare	{0, slab manifesta}...	None	8	Right	Ordinal	Input
39	Retragerea_sociala	Numeric	8	0	Retragerea sociala	{0, slab manifesta}...	None	9	Right	Ordinal	Input
40	Support_social	Numeric	8	0	Support social	{0, slab manifesta}...	None	8	Right	Ordinal	Input
41	Restructurare_cognitiva	Numeric	8	0	Restructurare cognitiva	{0, slab manifesta}...	None	8	Right	Ordinal	Input
42	Reglare_emotionala	Numeric	8	0	Reglare emotionala	{0, slab manifesta}...	None	8	Right	Ordinal	Input
43	Wishful_thinking	Numeric	8	0	Wishful thinking	{0, slab manifesta}...	None	8	Right	Ordinal	Input
44	Culpabilizarea_celoralti	Numeric	8	0	Culpabilizarea celoralti	{0, slab manifesta}...	None	9	Right	Ordinal	Input
45	Resemnare	Numeric	8	0	Resemnare	{0, slab manifesta}...	None	8	Right	Ordinal	Input
46	Rezolvare_de_probleme	Numeric	8	0	Rezolvare de probleme	{0, slab manifesta}...	None	11	Right	Ordinal	Input
47	Physical_Wellbeing	Numeric	8	2	Physical Wellbeing	{1,00, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
48	Emotional_Wellbeing	Numeric	8	2	Emotional Wellbeing	{1,00, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
49	Self_Esteem	Numeric	8	2	Self Esteem	{1,00, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
50	Family	Numeric	8	2	Family	{1,00, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
51	Friends	Numeric	8	2	Friends	{1,00, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
52	Everyday_Funtioning	Numeric	8	2	Everyday Funtioning	{1,00, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input
53	Diabete_Wellbeing	Numeric	8	2	Diabete Wellbeing	{1,00, normal}...	None	8	Right	Ordinal	Input

ANEXA 3. Analiza rezultatelor cercetării constatative

Scala Multivariată de anxietate pentru copii (MASC)

Tabel 1. Indicatorii statistici descriptivi ai distribuțiilor Anxietății (MASC) și a subscalelor componente

	minim	maxim	Media		Abaterea standard	Asimetrie		Boltire	
			M	SE_M		Sk	SE_{Sk}	K	SE_K
Total anxietate (MASC)	1	9	5.33	0.12	1.74	0.20	0.17	-0.15	0.34
Simptome fizice	1	9	5.20	0.12	1.71	0.62	0.17	0.23	0.34
Tensiune/Neliniște	1	9	5.03	0.13	1.81	0.55	0.17	0.29	0.34
Somatic/Vegetativ	3	9	5.18	0.11	1.59	0.65	0.17	-0.04	0.34
Evitarea lezării	2	9	5.39	0.11	1.60	-0.01	0.17	-0.31	0.34
Perfecționism	1	9	4.72	0.11	1.59	0.32	0.17	-0.12	0.34
Coping anxios	2	9	5.23	0.11	1.56	0.69	0.17	0.34	0.34
Anxietate socială	2	9	5.17	0.11	1.57	0.52	0.17	0.20	0.34
Umilința - Respingere	1	9	4.89	0.13	1.82	0.54	0.17	0.14	0.34
Frica de performanță	2	9	5.15	0.12	1.75	0.78	0.17	-0.07	0.34
Anxietate de separare/Panică	1	9	5.32	0.14	1.97	0.19	0.17	-0.58	0.34
Indexul tulburării anxioase	2	9	4.95	0.11	1.54	0.33	0.17	0.51	0.34

Notă: M – media aritmetică, SE_M – eroarea standard a mediei, SD – abaterea standard, Sk – coeficient de asimetrie, K – coeficient de boltire

Tabel 2. Rezultatele analizei de normalitate pentru distribuțiile Anxietății (MASC) și a subscalelor componente.

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	KS	df	p	SW	df	p
Total anxietate (MASC)	0.16	200	<0.001	0.95	200	<0.001
Simptome fizice	0.23	200	<0.001	0.92	200	<0.001
Tensiune-Neliniște	0.19	200	<0.001	0.93	200	<0.001
Somatic-Vegetativ	0.18	200	<0.001	0.92	200	<0.001
Evitarea lezării	0.13	200	<0.001	0.96	200	<0.001
Perfecționism	0.16	200	<0.001	0.96	200	<0.001
Coping anxios	0.22	200	<0.001	0.92	200	<0.001
Anxietate socială	0.17	200	<0.001	0.93	200	<0.001
Umilința - Respingere	0.16	200	<0.001	0.93	200	<0.001
Frica de performanță	0.19	200	<0.001	0.90	200	<0.001
Anxietate de separare/Panică	0.16	200	<0.001	0.95	200	<0.001
Indexul tulburării anxioase	0.14	200	<0.001	0.94	200	<0.001

a. Lilliefors Significance Correction

Notă: KS – valoarea testului Kolmogorov-Smirnov, SW – valoarea testului Shapiro-Wilk

Anxietate (total MASC).

Tabel 3. Distribuția nivelurilor Anxietății și rezultatul testului comparativ Hi-pătrat privind egalitatea reprezentării nivelurilor

	Nivel	Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Anxietate (total MASC)	sub medie	6	3.0%	138.12	3	<0.001
	mediu	111	55.5%			
	peste medie	65	32.5%			
	clinic	18	9.0%			

Tabel 4. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile Anxietății și prezența/absența DZ.

		Diabet zaharat				Test de independență Hi-pătrat		
		Fără DZ		Cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Anxietate scor total	sub medie	2	2.0%	4	4.0%	0.91	3	0.822
	mediu	56	56.0%	55	55.0%			
	peste medie	32	32.0%	33	33.0%			
	clinic	10	10.0%	8	8.0%			

Tabel 5. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Anxietății folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
2.32	3	0.509	(Intercept)	119.95	1	<0.001
			Sex	0.43	1	0.514
			Diabet zaharat	0.37	1	0.545
			Vârstă copil	1.70	1	0.192
Dependent Variable: Anxietate total						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Simptome fizice.

Tabel 6. Distribuțiile nivelurilor Simptomelor fizice și a componentelor ei: Tensiune/Neliniște și Somatic/Vegetativ, precum și rezultatele testului comparativ Hi-pătrat

	Nivel	Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Simptome fizice	sub medie	4	2.0%	196.04	3	<0.001
	mediu	133	66.5%			
	peste medie	39	19.5%			
	clinic	24	12.0%			
Tensiune/Neliniște	sub medie	10	5.0%	169.56	3	<0.001
	mediu	127	63.5%			
	peste medie	43	21.5%			
	clinic	20	10.0%			
Somatic/Vegetativ	sub medie	0	0.0%	93.31	2	<0.001
	mediu	127	63.5%			
	peste medie	56	28.0%			
	clinic	17	8.5%			

Tabel 7. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile Simptomelor fizice și componentelor ei în prezența/absența DZ.

		Diabet zaharat				Test de independență Hi-pătrat		
		Fără DZ		Cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Simptome fizice	sub medie	2	2.0%	2	2.0%	0.59	3	0.900
	mediu	64	64.0%	69	69.0%			
	peste medie	21	21.0%	18	18.0%			
	clinic	13	13.0%	11	11.0%			
Tensiune/ Neliniște	sub medie	4	4.0%	6	6.0%	3.12	3	0.373
	mediu	59	59.0%	68	68.0%			
	peste medie	26	26.0%	17	17.0%			
	clinic	11	11.0%	9	9.0%			
Somatic/ Vegeta- tiv	sub medie	0	0.0%	0	0.0%	1.87	2	0.393
	mediu	66	66.5%	61	61.0%			
	peste medie	24	24.0%	32	32.0%			
	clinic	10	10.0%	7	7.0%			

Tabel 8. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Simptomelor fizice folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
2.02	3	0.569	(Intercept)	63.16	1	<0.001
			Sex	0.09	1	0.759
			Diabet zaharat	0.41	1	0.521
			Vârstă copil	1.43	1	0.231
Dependent Variable: Simptome fizice						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 9. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Tensiune/Neliniște folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
2.16	3	0.541	(Intercept)	80.20	1	<0.001
			Sex	0.02	1	0.889
			Diabet zaharat	2.16	1	0.141
			Vârstă copil	0.01	1	0.921
Dependent Variable: Tensiune/Neliniște						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 10. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Somatic/Vegetativ folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
7.84	3	0.050	(Intercept)	96.87	1	<0.001
			Sex	7.33	1	0.007
			Diabet zaharat	0.02	1	0.903
			Vârstă copil	0.49	1	0.484
Dependent Variable: Somatic/Vegetativ						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 11. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.17	0.24	80.45	1	<0.001	8.75	5.45	14.05
[Sex=F]	0.24	0.09	7.33	1	0.007	1.28	1.07	1.52
[Sex=M]	0 ^a	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.01	0.09	0.01	1	0.903	1.01	0.85	1.21
[Diabet zaharat=0]	0 ^a	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.02	0.02	0.49	1	0.484	1.02	0.97	1.06
(Scale)	0.40 ^b	0.04						
Dependent Variable: Somatic/Vegetativ								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Evitarea lezării.

Tabel 12. Distribuțiile nivelurilor Evitării lezării și a componentelor ei: Perfecționism și Coping anxios, precum și rezultatele testului comparativ Hi-pătrat

	Nivel	Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Evitare lezare	sub medie	7	3.5%	117.32	3	<0.001
	mediu	97	48.5%			
	peste medie	78	39.0%			
	clinic	18	9.0%			
Perfecționism	sub medie	13	6.5%	191.72	3	<0.001
	mediu	132	66.0%			
	peste medie	43	21.5%			
	clinic	12	6.0%			
Coping anxios	sub medie	4	2.0%	184.48	3	<0.001
	mediu	128	64.0%			
	peste medie	50	25.0%			
	clinic	18	9.0%			

Tabel 13. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile Evitării lezării și componentelor ei în prezența/absența DZ

		Diabet zaharat				Test comparativ Hi-pătrat			
		Fără DZ		Cu DZ			χ^2	df	p
		n	%	n	%				
Evitare lezare	sub medie	4	4.0%	3	3.0%	Pearson	0.43	3	0.935
	mediu	48	48.0%	49	49.0%				
	peste medie	38	38.0%	40	40.0%	Relație liniară	0.01	1	0.920
	clinic	10	10.0%	8	8.0%				
Perfecționism	sub medie	2	2.0%	11	11.0%	Pearson	10.49	3	0.015
	mediu	64	64.0%	68	68.0%				
	peste medie	25	25.0%	18	18.0%	Relație liniară	8.72	1	0.003
	clinic	9	9.0%	3	3.0%				
Coping anxios	sub medie	2	2.0%	2	2.0%	Pearson	9.61	3	0.022
	mediu	58	58.0%	70	70.0%				
	peste medie	34	34.0%	16	16.0%	Relație liniară	0.39	1	0.533
	clinic	6	6.0%	12	12.0%				

Tabel 14. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Evitării lezării folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
9.73	3	0.021	(Intercept)	486.60	1	0.000
			Sex	2.99	1	0.084
			Diabet zaharat	0.12	1	0.731
			Vârstă copil	7.12	1	0.008
Dependent Variable: Evitarea lezării						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 15. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.93	0.15	406.95	1	0.000	18.67	14.05	24.82
[Sex=F]	-0.17	0.10	2.99	1	0.084	0.84	0.70	1.02
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.03	0.10	0.12	1	0.731	1.03	0.85	1.25
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.17	0.06	7.12	1	0.008	0.84	0.75	0.96
(Scale)	0.48	0.05						
Dependent Variable: Evitarea lezării								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 16. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Perfecționism folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
15.34	3	0.002	(Intercept)	419.51	1	<0.001
			Sex	3.25	1	0.072
			Diabet zaharat	10.66	1	0.001
			Vârstă copil	3.34	1	0.068

Dependent Variable: Perfecționism

Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil

a. he fitted model against the intercept-only model.

Tabel 17. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.41	0.14	317.02	1	0.000	11.16	8.55	14.55
[Sex=F]	-0.16	0.09	3.25	1	0.072	0.85	0.71	1.01
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.30	0.09	10.65	1	0.001	1.35	1.13	1.61
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.11	0.06	3.33	1	0.068	0.90	0.80	1.01
(Scale)	0.41	0.04						
Dependent Variable: Perfectionism								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 18. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Coping anxios folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
11.70	3	0.008	(Intercept)	495.52	1	.000
			Sex	2.54	1	.111
			Diabet zaharat	.81	1	.369
			Vârstă copil	9.24	1	.002
Dependent Variable: Coping anxios						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 19. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.80	0.14	404.85	1	0.000	16.38	12.47	21.50
[Sex=F]	-0.15	0.09	2.54	1	0.111	.86	0.72	1.03
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.08	0.09	0.81	1	0.369	1.09	.91	1.31
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.18	0.06	9.24	1	0.002	0.83	0.74	0.94
(Scale)	0.44	0.04						
Dependent Variable: Coping anxios								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Anxietate socială.

Tabel 20. Distribuțiile nivelurilor Anxietății sociale și a componentelor ei: Umilință/Respingere și Frică de performanță, precum și rezultatele testului comparativ Hi-pătrat

	Nivel	Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Anxietate socială	sub medie	4	2.0%	151.08	3	<0.001
	mediu	116	58.0%			
	peste medie	61	30.5%			
	clinic	19	9.5%			

Umilință/ respingere	sub medie	13	6.5%	157.88	3	<0.001
	mediu	124	62.0%			
	peste medie	45	22.5%			
	clinic	18	9.0%			
Frică de performanță	sub medie	2	1.0%	184.60	3	<0.001
	mediu	128	64.0%			
	peste medie	49	24.5%			
	clinic	21	10.5%			

Tabel 21. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile Anxietății sociale și componentelor ei în prezența/absența DZ.

		Diabet zaharat				Test comparativ Hi-pătrat		
		Fără DZ		Cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Anxietate socială	sub medie	4	4.0%	0	0.0%	13.31	3	0.004
	mediu	49	49.0%	67	67.0%			
	peste medie	32	32.0%	29	29.0%			
	clinic	15	15.0%	4	4.0%			
Umilință/ respingere	sub medie	7	7.0%	6	6.0%	6.85	3	0.077
	mediu	60	60.0%	64	64.0%			
	peste medie	19	19.0%	26	26.0%			
	clinic	14	14.0%	4	4.0%			
Frică de performanță	sub medie	0	0.0%	2	2.0%	10.73	3	0.013
	mediu	60	60.0%	68	68.0%			
	peste medie	23	23.0%	26	26.0%			
	clinic	17	17.0%	4	4.0%			

Tabel 22. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Anxietate socială folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
10.29	3	0.016	(Intercept)	300.50	1	.000
			Sex	0.34	1	.560
			Diabet zaharat	4.12	1	.042
			Vârsta copil	5.42	1	.020

Dependent Variable: Anxietate socială
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil
a. he fitted model against the intercept-only model.

Tabel 23. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.32	0.14	260.83	1	0.000	10.23	7.71	13.56
[Sex=F]	-0.06	0.10	0.34	1	0.560	0.95	0.78	1.14
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.19	0.10	4.12	1	0.042	0.82	0.68	0.99
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.14	0.06	5.42	1	0.020	1.16	1.02	1.30
(Scale)	0.46	0.05						

Dependent Variable: Anxietate socială
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil
a. Set to zero because this parameter is redundant.
b. Maximum likelihood estimate.

Tabel 24. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Umilință/Respingere folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
10.26	3	0.016	(Intercept)	249.54	1	0.000
			Sex	5.56	1	0.018
			Diabet zaharat	1.43	1	0.231
			Vârsta copil	3.41	1	0.065
Dependent Variable: Umilință/Respingere						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 25. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.06	0.15	183.34	1	0.000	7.83	5.81	10.55
[Sex=F]	0.24	0.10	5.56	1	0.018	1.27	1.04	1.55
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.12	0.10	1.43	1	0.231	.89	0.73	1.08
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.12	0.07	3.41	1	0.065	1.13	0.99	1.28
(Scale)	0.51	0.05						
Dependent Variable: Umilință/Respingere								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 26. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Frică de performanță folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
9.35	3	0.025	(Intercept)	338.64	1	0.000
			Sex	1.74	1	0.187
			Diabet zaharat	6.88	1	0.009
			Vârstă copil	0.93	1	0.336
Dependent Variable: Frica de performanță						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 27. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.40	0.14	277.43	1	0.000	10.99	8.29	14.58
[Sex=F]	0.13	0.10	1.74	1	0.187	1.13	0.94	1.37
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.25	0.10	6.88	1	0.009	0.78	0.64	0.94
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.06	0.06	0.93	1	0.336	1.06	0.94	1.20
(Scale)	0.46	0.05						
Dependent Variable: Frica de performanță								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Anxietate de Separare/Panică.

Tabel 28. Distribuțiile nivelurilor Anxietate de separare/Panică și a rezultatele testului comparativ Hi-pătrat

	Nivel	Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Separare/Panică	sub medie	16	8.0%	86.88	3	<0.001
	mediu	104	52.0%			
	peste medie	46	23.0%			
	clinic	34	17.0%			

Tabel 29. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile Anxietății de separare/Panică în prezența/absența DZ

		Diabet zaharat				Test comparativ Hi-pătrat		
		Fără DZ		Cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Separare/Panică	sub medie	8	8.0%	8	8.0%	2.70	3	0.440
	mediu	53	53.0%	51	51.0%			
	peste medie	26	26.0%	20	20.0%			
	clinic	13	13.0%	21	21.0%			

Tabel 30. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Separare/Panică folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
5.59	3	0.133	(Intercept)	301.34	1	0.000
			Sex	1.12	1	0.289
			Diabet zaharat	0.43	1	0.511
			Vârsta copil	3.93	1	0.05

Dependent Variable: Separare/Panică
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil
a. he fitted model against the intercept-only model.

Index tulburare anxioasă.

Tabel 31. Distribuțiile nivelurilor Index tulburare anxioasă și rezultatele testului comparativ Hi-pătrat

	Nivel	Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Index tulburare anxioasă	sub medie	13	6.5	153.48	3	<0.001
	mediu	118	59.0			
	peste medie	59	29.5			
	clinic	10	5.0			

Tabel 32. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile Index tulburare anxioasă și prezența/absența DZ

		Diabet zaharat				Test comparativ Hi-pătrat		
		Fără DZ		Cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Index tulburare anxioasă	sub medie	4	4.0%	9	9.0%	8.06	3	0.045
	mediu	54	54.0%	64	64.0%			
	peste medie	34	34.0%	25	25.0%			
	clinic	8	8.0%	2	2.0%			

Tabel 33. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Indexului tulburării anxioase folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
24.17	3	<0.001	(Intercept)	364.43	1	<0.001
			Sex	16.75	1	<0.001
			Diabet zaharat	9.41	1	0.002
			Vârsta copil	0.39	1	0.530
Dependent Variable: Indexul tulburării anxioase						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 34. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.22	0.13	271.88	1	0.000	9.25	7.10	12.04
[Sex=F]	0.37	0.09	16.75	1	0.000	1.44	1.21	1.72
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.28	0.09	9.41	1	0.002	0.76	0.64	0.91
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.04	0.06	0.39	1	0.530	1.04	0.93	1.16
(Scale)	0.40	0.04						
Dependent Variable: Indexul tulburării anxioase								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Scala depresiei la copii (Child Depression Inventory – CDI)

Tabel 35. Indicatorii statistici descriptivi ai distribuțiilor Depresiei (CDI) și a subscalelor componente

	minim	maxim	Media		Abaterea standard	Asimetrie		Boltire	
			M	SE _M		Sk	SE _{Sk}	K	SE _K
Scor total CDI (depresie)	2	9	4.97	0.12	1.67	0.61	0.17	0.10	0.34
Dispoziție negativă	2	9	5.18	0.11	1.61	0.62	0.17	-0.01	0.34
Probleme interpersonale	2	9	5.02	0.12	1.70	0.29	0.17	-0.36	0.34
Ineficiență	2	9	5.06	0.13	1.86	0.57	0.17	-0.13	0.34
Anhedonie	1	9	4.89	0.11	1.59	0.42	0.17	0.26	0.34
Auto devalorizare	1	9	5.24	0.13	1.83	0.16	0.17	-0.13	0.34

Tabel 36. Rezultatele analizei de normalitate pentru distribuțiile Depresiei (CDI) și a subscalelor componente

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	KS	df	p	SW	df	p
Scor total CDI (depresie)	0.16	200	<0.001	0.93	200	<0.001
Dispoziție negativă	0.20	200	<0.001	0.93	200	<0.001
Probleme interpersonale	0.14	200	<0.001	0.96	200	<0.001
Ineficiență	0.16	200	<0.001	0.93	200	<0.001
Anhedonie	0.22	200	<0.001	0.94	200	<0.001
Auto devalorizare	0.16	200	<0.001	0.96	200	<0.001
a. Lilliefors Significance Correction						

Tabel 37. Distribuția nivelurilor Depresiei (CDI) și a subscalelor sale

	Nivel	Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Depresie scor total (CDI)	sub medie	6	3.0%	182.20	3	<0.001
	mediu	128	64.0%			
	peste medie	49	24.5%			
	clinic	17	8.5%			
Dispoziții negative	sub medie	4	2.0%	181.40	3	<0.001
	mediu	127	63.5%			
	peste medie	51	25.5%			
	clinic	18	9.0%			
Probleme interpersonale	sub medie	13	6.5%	128.84	3	<0.001
	mediu	114	57.0%			
	peste medie	54	27.0%			
	clinic	19	9.5%			
Ineficiență	sub medie	14	7.0%	125.08	3	<0.001
	mediu	115	57.5%			
	peste medie	48	24.0%			
	clinic	23	11.5%			
Anhedonie	sub medie	9	4.5%	224.04	3	<0.001
	mediu	140	70.0%			
	peste medie	36	18.0%			

	Nivel	Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Auto devalorizare	clinic	15	7.5%	98.92	3	<0.001
	sub medie	15	7.5%			
	mediu	106	53.0%			
	peste medie	53	26.5%			
	clinic	26	13.0%			

Tabel 38. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile Depresiei și componentelor ei în prezența/absența DZ

		Diabet zaharat				Test comparativ Hi-pătrat		
		Fără DZ		Cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Depresie scor total (CDI)	sub medie	0	0.0%	6	6.0%	13.54	3	0.004
	mediu	58	58.0%	70	70.0%			
	peste medie	29	29.0%	20	20.0%			
	clinic	13	13.0%	4	4.0%			
Dispoziții negative	sub medie	2	2.0%	2	2.0%	7.56	3	0.050
	mediu	55	55.0%	72	72.0%			
	peste medie	30	30.0%	21	21.0%			
	clinic	13	13.0%	5	5.0%			
Probleme interpersonale	sub medie	9	9.0%	4	4.0%	16.31	3	0.001
	mediu	49	49.0%	65	65.0%			
	peste medie	25	25.0%	29	29.0%			
	clinic	17	17.0%	2	2.0%			
Ineficiență	sub medie	9	9.0%	5	5.0%	15.74	3	0.001
	mediu	44	44.0%	71	71.0%			
	peste medie	30	30.0%	18	18.0%			
	clinic	17	17.0%	6	6.0%			
Anhedonie	sub medie	4	4.0%	5	5.0%	0.88	3	0.830
	mediu	73	73.0%	67	67.0%			
	peste medie	16	16.0%	20	20.0%			
	clinic	7	7.0%	8	8.0%			
Auto devalorizare	sub medie	2	2.0%	13	13.0%	19.74	3	<0.001
	mediu	46	46.0%	60	60.0%			
	peste medie	32	32.0%	21	21.0%			
	clinic	20	20.0%	6	6.0%			

Tabel 39. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Depresiei folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
22.64	3	<0.001	(Intercept)	293.01	1	<0.001
			Sex	3.13	1	0.077
			Diabet zaharat	12.47	1	<0.001
			Vârsta copil	7.63	1	0.006
Dependent Variable: Depresie (CDI)						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 40. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.16	0.14	245.75	1	<0.001	8.66	6.61	11.35
[Sex=F]	0.16	0.09	3.13	1	0.077	1.18	0.98	1.41
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.32	0.09	12.47	1	<0.001	0.72	0.60	0.87
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârstă copil	0.16	0.06	7.63	1	0.006	1.18	1.05	1.32
(Scale)	0.42	0.04						

Dependent Variable: Depresie (CDI)
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil
a. Set to zero because this parameter is redundant.
b. Maximum likelihood estimate.

Tabel 41. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Dispoziției negative folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
11.76	3	0.008	(Intercept)	343.23	1	<0.001
			Sex	3.83	1	0.060
			Diabet zaharat	7.32	1	0.007
			Vârsta copil	1.05	1	0.305
Dependent Variable: Dispoziția negativă						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 42. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.34	0.14	274.94	1	<0.001	10.35	7.85	13.64
[Sex=F]	0.18	0.09	3.83	1	0.060	1.20	1.00	1.44
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.25	0.09	7.32	1	0.007	0.78	0.65	0.93
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.06	0.06	1.05	1	0.305	1.06	0.94	1.20
(Scale)	0.44	0.04						
Dependent Variable: Dispoziția negativă								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 43. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Problemelor interpersonale folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
33.39	3	<0.001	(Intercept)	195.45	1	<0.001
			Sex	6.77	1	0.009
			Diabet zaharat	3.98	1	0.046
			Vârsta copil	24.50	1	<0.001
Dependent Variable: Probleme interpersonale						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 44. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.78	0.15	146.97	1	<0.001	5.92	4.44	7.90
[Sex=F]	0.25	0.10	6.77	1	0.009	1.29	1.06	1.56
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-.19	0.10	3.98	1	0.046	.82	.68	1.00
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.31	0.06	24.50	1	<0.001	1.37	1.21	1.55

(Scale)	0.47	0.05						
Dependent Variable: Probleme interpersonale								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 45. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Ineficiență folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
48.27	3	<0.001	(Intercept)	196.90	1	<0.001
			Sex	21.00	1	<0.001
			Diabet zaharat	9.01	1	0.003
			Vârsta copil	23.49	1	<0.001
Dependent Variable: Ineficiență						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 46. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.75	0.15	140.30	1	<0.001	5.75	4.31	7.68
[Sex=F]	0.45	0.10	21.00	1	<0.001	1.57	1.29	1.90
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.29	0.10	9.01	1	0.003	.74	0.61	0.90
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.31	0.06	23.49	1	<0.001	1.36	1.20	1.54
(Scale)	0.48	0.05						
Dependent Variable: Ineficiență								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 47. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Anhedonie folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
7.71	3	0.050	(Intercept)	264.21	1	<0.001
			Sex	1.00	1	0.317
			Diabet zaharat	0.41	1	0.524
			Vârsta copil	6.48	1	0.011
Dependent Variable: Anhedonie						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 48. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.92	0.14	190.02	1	<0.001	6.83	5.20	8.98
[Sex=F]	0.09	0.09	1.00	1	0.317	1.10	0.92	1.32
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.06	0.09	0.41	1	0.524	1.06	0.88	1.27
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.15	0.06	6.48	1	0.011	1.17	1.04	1.31

(Scale)	0.43	0.04					
Dependent Variable: Anhedonie							
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil							
a. Set to zero because this parameter is redundant.							
b. Maximum likelihood estimate.							

Tabel 49. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Autodevalorizare folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
20.95	3	<0.001	(Intercept)	256.59	1	<0.001
			Sex	.01	1	0.914
			Diabet zaharat	20.41	1	<0.001
			Vârsta copil	.96	1	0.327
Dependent Variable: Autodevalorizare						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 50. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.57	0.16	245.21	1	<0.001	13.07	9.48	18.04
[Sex=F]	-0.01	0.11	0.01	1	0.914	0.99	0.80	1.22
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.49	0.11	20.41	1	<0.001	.61	0.49	0.76
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.07	0.07	0.96	1	0.327	1.07	0.93	1.23
(Scale)	0.59	0.06						
Dependent Variable: Autodevalorizare								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Mecanismele de coping.

Tabel 51. Distribuția nivelurilor de manifestare a mecanismelor de coping

		Total				
		n	%	χ^2	df	p
Distragerea atenției	slab manifestă	112	56.0%	2.88	1	0.090
	manifestă	88	44.0%			
Retragere socială	slab manifestă	126	63.0%	13.52	1	<0.001
	manifestă	74	37.0%			
Restructurare cognitivă	slab manifestă	154	77.0%	58.32	1	<0.001
	manifestă	46	23.0%			
Autoculpabilizare	slab manifestă	134	67.0%	23.12	1	<0.001
	manifestă	66	33.0%			
Culpabilizarea celorlalți	slab manifestă	121	60.5%	8.82	1	0.003
	manifestă	79	39.5%			
Rezolvare de probleme	slab manifestă	122	61.0%	9.68	1	0.002
	manifestă	78	39.0%			
Reglare emoțională	slab manifestă	183	91.5%	137.78	1	<0.001
	manifestă	17	8.5%			
Wishful thinking	slab manifestă	147	73.5%	44.18	1	<0.001
	manifestă	53	26.5%			
Suport social	slab manifestă	125	62.5%	12.50	1	<0.001
	manifestă	75	37.5%			
Resemnare	slab manifestă	148	74.0%	46.08	1	<0.001
	manifestă	52	26.0%			
Rugăciune	slab manifestă	172	86.0%	103.68	1	<0.001
	manifestă	28	14.0%			

Tabel 52. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile de manifestare a mecanismelor de coping în prezența/absența DZ.

		Diabet zaharat				Total		
		Fără DZ		Cu DZ				
		n	%	n	%			
Distragerea atenției	slab manifestă	52	52.0%	60	60.0%	1.30	1	0.159
	manifestă	48	48.0%	40	40.0%			
Retragere socială	slab manifestă	61	61.0%	65	65.0%	0.34	1	0.330
	manifestă	39	39.0%	35	35.0%			
Restructurare cognitivă	slab manifestă	75	75.0%	79	79.0%	0.45	1	0.307
	manifestă	25	25.0%	21	21.0%			
Autoculpabilizare	slab manifestă	68	68.0%	66	66.0%	0.09	1	0.440
	manifestă	32	32.0%	34	34.0%			
Culpabilizarea celorlalți	slab manifestă	55	55.0%	66	66.0%	2.53	1	0.074
	manifestă	45	45.0%	34	34.0%			
Rezolvare de probleme	slab manifestă	49	49.0%	73	73.0%	12.11	1	0.001
	manifestă	51	51.0%	27	27.0%			
Reglare emoțională	slab manifestă	100	100.0%	83	83.0%	18.58	1	0.001
	manifestă	0	0.0%	17	17.0%			
Wishful thinking	slab manifestă	83	83.0%	64	64.0%	9.27	1	0.002
	manifestă	17	17.0%	36	36.0%			
Suport social	slab manifestă	59	59.0%	66	66.0%	1.05	1	0.190
	manifestă	41	41.0%	34	34.0%			
Resemnare	slab manifestă	75	75.0%	73	73.0%	0.10	1	0.436
	manifestă	25	25.0%	27	27.0%			
Rugăciune	slab manifestă	92	92.0%	80	80.0%	5.98	1	0.012
	manifestă	8	8.0%	20	20.0%			

Tabel 53. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Distragerii atenției folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
35.73	3	<0.001	(Intercept)	10.84	1	0.001
			Sex	34.03	1	<0.001
			Diabet zaharat	0.71	1	0.401
			Vârsta copil	3.56	1	0.059

Dependent Variable: Distragerea atenției
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil
a. he fitted model against the intercept-only model.

Tabel 54. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.50	0.10	26.22	1	<0.001	1.64	1.36	1.99
[Sex=F]	-0.04	0.06	34.03	1	<0.001	0.69	0.61	0.78
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.05	0.06	0.71	1	0.401	0.95	0.83	1.07
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.08	0.04	3.56	1	0.059	1.08	1.00	1.17
(Scale)	0.21	0.02						

Dependent Variable: Distragerea atenției
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil
a. Set to zero because this parameter is redundant.
b. Maximum likelihood estimate.

Tabel 55. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Retragerii sociale folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
2.91	3	0.405	(Intercept)	12.36	1	<0.001
			Sex	2.11	1	0.146

			Diabet zaharat	-.39	1	0.534
			Vârsta copil	-.44	1	0.506
Dependent Variable: Retragere socială						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 56. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Restructurării cognitive folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
4.22	3	0.239	(Intercept)	5.06	1	0.024
			Sex	3.15	1	0.076
			Diabet zaharat	.52	1	0.471
			Vârsta copil	.60	1	0.437
Dependent Variable: Restructurare cognitivă						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 57. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Autoculpabilizării folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
20.56	3	<0.001	(Intercept)	20.56	1	<0.001
			Sex	13.14	1	<0.001
			Diabet zaharat	0.01	1	0.928
			Vârsta copil	0.43	1	0.510
Dependent Variable: Autoculpabilizare						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 58. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.27	0.10	7.63	1	0.006	1.31	1.08	1.58
[Sex=F]	0.23	0.06	13.14	1	<0.001	1.26	1.11	1.43
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.01	0.06	0.01	1	0.928	1.01	0.89	1.14
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.03	0.04	0.43	1	0.510	0.97	0.90	1.06
(Scale)	0.21	0.02						
Dependent Variable: Autoculpabilizare								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 59. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Culpabilizării celorlalți folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
10.91	3	0.012	(Intercept)	12.00	1	0.001
			Sex	7.68	1	0.006
			Diabet zaharat	2.06	1	0.151
			Vârsta copil	0.94	1	0.332
Dependent Variable: Culpabilizarea celorlalți						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 60. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.45	0.10	19.82	1	<0.001	1.57	1.29	1.92
[Sex=F]	-0.19	0.07	7.68	1	0.006	0.83	0.73	0.95
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.10	0.07	2.06	1	0.151	0.91	0.80	1.04
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.04	0.04	0.94	1	0.332	1.04	0.96	1.14
(Scale)	0.23	0.02						
Dependent Variable: Culpabilizarea celorlalți								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 61. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Rezolvare de probleme folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
17.80	3	<0.001	(Intercept)	8.46	1	0.004
			Sex	2.83	1	0.093
			Diabet zaharat	11.89	1	0.001
			Vârstă copil	2.64	1	0.104

Dependent Variable: Rezolvarea de probleme

Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil

a. he fitted model against the intercept-only model.

Tabel 62. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.42	0.10	18.23	1	<0.001	1.53	1.26	1.86
[Sex=F]	-0.11	0.07	2.83	1	0.093	.89	0.79	1.02
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.23	0.07	11.89	1	0.001	0.80	0.70	0.91
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.07	0.04	2.64	1	0.104	1.07	0.99	1.17
(Scale)	0.22	0.02						
Dependent Variable: Rezolvare de probleme								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 63. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Reglare emoțională folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
22.05	3	<0.001	(Intercept)	0.06	1	0.800
			Sex	0.06	1	0.807
			Diabet zaharat	21.35	1	<0.001
			Vârsta copil	2.50	1	0.114
Dependent Variable: Reglare emoțională						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 64. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	-0.08	0.06	1.94	1	0.163	.92	0.83	1.03
[Sex=F]	0.01	0.04	.06	1	0.807	1.01	0.94	1.09
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.17	0.04	21.35	1	<0.001	1.19	1.10	1.28
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.04	0.02	2.50	1	0.114	1.04	0.99	1.09
(Scale)	0.07	0.01						
Dependent Variable: Reglare emoțională								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 65. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Whishful thinking folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
12.42	3	0.006	(Intercept)	6.56	1	0.010
			Sex	2.41	1	0.121
			Diabet zaharat	10.58	1	0.001
			Vârstă copil	.58	1	0.448
Dependent Variable: Whishful thinking						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 66. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.15	0.09	2.86	1.00	0.090	1.17	0.98	1.40
[Sex=F]	-0.09	0.06	2.41	1.00	0.120	.91	0.81	1.03
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.20	0.06	10.58	1.00	<0.001	1.22	1.08	1.37
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.03	0.04	0.58	1.00	0.450	1.03	0.95	1.11
(Scale)	0.18	0.02						
Dependent Variable: Whishful thinking								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 67. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Suport social folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
10.54	3	0.015	(Intercept)	49.60	1	<0.001
			Sex	0.66	1	0.416
			Diabet zaharat	1.60	1	0.206
			Vârstă copil	9.13	1	0.003
Dependent Variable: Suport social						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 68. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.64	0.10	40.42	1	<0.001	1.90	1.56	2.31
[Sex=F]	0.05	0.07	0.66	1	0.416	1.06	0.93	1.20
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.08	0.07	1.60	1	0.206	0.92	0.81	1.05
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.13	0.04	9.13	1	0.003	0.88	0.81	0.96
(Scale)	0.22	0.02						
Dependent Variable: Suport social								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 69. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Resemnare folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
11.65	3	0.009	(Intercept)	8.12	1	0.004
			Sex	11.58	1	0.001
			Diabet zaharat	0.04	1	0.849
			Vârstă copil	0.25	1	0.619
Dependent Variable: Resemnare						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 70. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.12	0.09	1.74	1	0.188	1.13	0.94	1.35
[Sex=F]	0.21	0.06	11.58	1	0.001	1.23	1.09	1.38
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.01	0.06	0.04	1	0.849	1.01	0.90	1.14
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.02	0.04	0.25	1	0.619	1.02	0.94	1.10
(Scale)	0.18	0.02						
Dependent Variable: Resemnare								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 71. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția manifestării Rugăciune folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
10.24	3	0.017	(Intercept)	15.02	1	0.001
			Sex	1.07	1	0.301
			Diabet zaharat	5.50	1	0.019
			Vârstă copil	3.20	1	0.074
Dependent Variable: Rugăciune						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 72. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.17	0.07	5.26	1	0.022	1.18	1.02	1.36
[Sex=F]	0.05	0.05	1.07	1	0.301	1.05	0.96	1.15
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.11	0.05	5.50	1	0.019	1.12	1.02	1.23
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.06	0.03	3.20	1	0.074	0.95	0.89	1.01
(Scale)	0.11	0.01						
Dependent Variable: Rugăciune								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Dificultăți și Amenințări.

Tabel 73. Distribuția nivelurilor Dificultăților și subscalelor componente

		Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Scor total Dificultăți	normal	80	40.0%	21.28	2	<0.001
	moderat	84	42.0%			
	abnormal	36	18.0%			
Distres emoțional	normal	56	28.0%	12.28	2	0.002
	moderat	90	45.0%			
	abnormal	54	27.0%			
Dificultăți comportamentale	normal	93	46.5%	25.87	2	<0.001
	moderat	72	36.0%			
	abnormal	35	17.5%			
Hiperactivitate, dificultăți de concentrare	normal	104	52.0%	54.88	2	<0.001
	moderat	76	38.0%			
	abnormal	20	10.0%			
Dificultăți relaționale	normal	82	41.0%	24.04	2	<0.001
	moderat	84	42.0%			
	abnormal	34	17.0%			
Comportament pro-social	normal	106	53.0%	58.33	2	<0.001
	moderat	75	37.5%			
	abnormal	19	9.5%			
Impact	normal	84	42.0%	24.04	2	<0.001
	moderat	82	41.0%			
	abnormal	34	17.0%			

Tabel 74. Analiza de independență Hi-pătrat privind relația dintre nivelurile Dificultăților în prezența/absența DZ

		Diabet zaharat				Test comparativ Hi-pătrat		
		fără DZ		cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Scor total Dificultăți	normal	50	50.0%	30	30.0%	8.97	2	0.011
	moderat	37	37.0%	47	47.0%			
	abnormal	13	13.0%	23	23.0%			
Distres emoțional	normal	31	31.0%	25	25.0%	4.98	2	0.083
	moderat	49	49.0%	41	41.0%			
	abnormal	20	20.0%	34	34.0%			
Dificultăți comportamentale	normal	47	47.0%	46	46.0%	0.10	2	0.954
	moderat	35	35.0%	37	37.0%			
	abnormal	18	8.0%	17	17.0%			
Hiperactivitate, dificultăți de concentrare	normal	61	61.0%	43	43.0%	6.68	2	0.035
	moderat	30	30.0%	46	46.0%			
	abnormal	9	9.0%	11	11.0%			
Dificultăți relaționale	normal	42	42.0%	40	40.0%	0.57	2	0.753
	moderat	43	43.0%	41	41.0%			

		Diabet zaharat				Test comparativ Hi-pătrat		
		fără DZ		cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Comportament pro-social	abnormal	15	15.0%	19	19.0%	4.83	2	0.089
	normal	59	59.0%	47	47.0%			
	moderat	30	30.0%	45	45.0%			
	abnormal	11	11.0%	8	8.0%			
Impact	normal	43	43.0%	41	41.0%	6.67	2	0.036
	moderat	34	34.0%	48	48.0%			
	abnormal	23	23.0%	11	11.0%			

Tabel 75. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Dificultăților folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
6.32	3	0.097	(Intercept)	187.22	1	<0.001
			Sex	2.67	1	0.102
			Diabet zaharat	8.32	1	0.004
			Vârsta copil	0.10	1	0.749
Dependent Variable: Dificultăți total						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 76. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.60	0.15	111.52	1	<0.001	4.94	3.67	6.64
[Sex=F]	0.16	0.10	2.67	1	0.102	1.18	0.97	1.44
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.29	0.10	8.32	1	0.004	1.34	1.10	1.63
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.02	0.07	.10	1	0.749	.98	0.86	1.11
(Scale)	0.50	0.05						
Dependent Variable: Dificultăți total								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 77. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Distres emoțional folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
12.55	3	0.006	(Intercept)	275.99	1	<0.001
			Sex	5.24	1	0.022
			Diabet zaharat	3.00	1	0.083
			Vârstă copil	3.97	1	0.046
Dependent Variable: Distres emoțional						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 78. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.04	0.15	177.13	1	<0.001	7.69	5.70	10.39
[Sex=F]	0.23	0.10	5.24	1	0.022	1.26	1.03	1.54
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.

[Diabet zaharat=1]	0.18	0.10	3.00	1	0.083	1.19	0.98	1.46
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.13	0.07	3.97	1	0.046	0.88	0.77	1.00
(Scale)	0.52	0.05						
Dependent Variable: Distres emoțional								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 79. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Dificultăți comporta-mentale folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
13.01	3	0.005	(Intercept)	144.38	1	<0.001
			Sex	13.20	1	<0.001
			Diabet zaharat	0.05	1	0.831
			Vârstă copil	0.31	1	0.579
Dependent Variable: Dificultăți comportamentale						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 80. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.81	0.15	137.56	1	<0.001	6.09	4.50	8.23
[Sex=F]	-0.37	0.10	13.20	1	<0.001	0.69	0.56	0.84
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.02	0.10	0.05	1	0.831	1.02	0.84	1.25
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.04	0.07	0.31	1	0.579	1.04	0.91	1.18
(Scale)	0.52	0.05						
Dependent Variable: Dificultăți comportamentale								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 81. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
			(Intercept)	169.00	1	<0.001
			Sex	0.31	1	0.578
Diabet zaharat	4.65	1	0.031			
Vârsta copil	0.07	1	0.795			
Dependent Variable: Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 82. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.53	0.14	119.44	1	<0.001	4.64	3.52	6.10
[Sex=F]	-0.05	0.09	00.31	1	.578	.95	0.79	1.14
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.20	0.09	4.65	1	0.031	1.22	1.02	1.47
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.02	0.06	.07	1	0.795	0.98	0.87	1.11
(Scale)	0.43	0.04						
Dependent Variable: Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 83. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Dificultăți relaționale folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
25.73	3	<0.001	(Intercept)	162.04	1	<0.001
			Sex	26.11	1	<0.001
			Diabet zaharat	0.89	1	0.347
			Vârsta copil	1.12	1	0.289
Dependent Variable: Dificultăți relaționale						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 84. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.82	0.14	158.94	1	<0.001	6.19	4.66	8.22
[Sex=F]	-0.49	0.10	26.11	1	<0.001	0.61	0.51	0.74
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.09	0.10	0.89	1	0.347	1.09	0.91	1.32
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.07	0.06	1.12	1	0.289	1.07	0.95	1.21
(Scale)	0.46	0.05						
Dependent Variable: Dificultăți relaționale								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 85. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Comportament prosocial folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
13.03	3	0.005	(Intercept)	139.49	1	<0.001
			Sex	11.06	1	0.001
			Diabet zaharat	1.52	1	0.218
			Vârsta copil	1.54	1	0.214
Dependent Variable: Comportament prosocial						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 86. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.51	0.14	123.37	1	<0.001	4.55	3.48	5.94
[Sex=F]	-0.30	0.09	11.06	1	0.001	0.74	0.62	0.88
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.11	0.09	1.52	1	0.218	1.12	0.94	1.34
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.07	0.06	1.54	1	0.214	1.08	0.96	1.21
(Scale)	0.41	0.04						
Dependent Variable: Comportament prosocial								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 87. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Impactului folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
1.51	3	0.681	(Intercept)	182.90	1	<0.001
			Sex	0.03	1	0.854
			Diabet zaharat	1.01	1	0.314
			Vârsta copil	0.52	1	0.471
Dependent Variable: Impactului						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 88. Distribuția nivelurilor Amenințărilor și subscalelor

		Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Amenințare fizică	normal	129	64.5%	16.82	1	<0.001
	ridicat	71	35.5%			
Amenințare socială	normal	128	64.0%	15.68	1	<0.001
	ridicat	72	36.0%			
Eșec personal	normal	111	55.5%	2.42	1	0.120
	ridicat	89	44.5%			
Ostilitate	normal	117	58.5%	3.78	1	0.076
	ridicat	83	41.5%			

Tabel 89. Analiza de independență Hi-pătrat a nivelurilor Amenințărilor în funcție de prezența/absența DZ

		Diabet zaharat				Total		
		fără DZ		cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Amenințare fizică	normal	82	82.0%	47	47.0%	26.75	1	<0.001
	ridicat	18	18.0%	53	53.0%			
Amenințare socială	normal	60	60.0%	68	68.0%	1.39	1	0.151
	ridicat	40	40.0%	32	32.0%			
Eșec personal	normal	63	63.0%	48	48.0%	4.56	1	0.023
	ridicat	37	37.0%	52	52.0%			
Ostilitate	normal	63	63.0%	54	54.0%	1.67	1	0.125
	ridicat	37	37.0%	46	46.0%			

Tabel 90. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Amenințării fizice folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
31.88	3	<0.001	(Intercept)	22.18	1	<0.001
			Sex	3.03	1	0.082
			Diabet zaharat	29.94	1	<0.001
			Vârsta copil	0.19	1	0.662
Dependent Variable: Amenințare fizică						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 91. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.17	0.09	3.08	1	0.079	1.18	0.98	1.42
[Sex=F]	0.11	0.06	3.03	1	0.082	1.12	0.99	1.26
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.34	0.06	29.94	1	<0.001	1.41	1.25	1.59
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârstă copil	-0.02	0.04	0.19	1	0.662	0.98	0.91	1.06
(Scale)	0.20	0.02						
Dependent Variable: Amenințare fizică								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 92. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Amenințării sociale folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
3.00	3	0.392	(Intercept)	12.85	1	<0.001
			Sex	1.43	1	0.231
			Diabet zaharat	1.21	1	0.272
			Vârstă copil	0.20	1	0.658
Dependent Variable: Amenințare socială						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 93. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Eșecului personal folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
15.66	3	0.001	(Intercept)	23.83	1	<0.001
			Sex	11.32	1	0.001
			Diabet zaharat	4.21	1	0.040
			Vârstă copil	0.02	1	0.886
Dependent Variable: Eșec personal						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 94. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.

(Intercept)	0.26	0.10	6.26	1	0.012	1.29	1.06	1.58
[Sex=F]	0.23	0.07	11.32	1	0.001	1.26	1.10	1.43
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.14	0.07	4.21	1	0.040	1.15	1.01	1.31
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.01	0.04	0.02	1	0.886	1.01	0.92	1.10
(Scale)	0.23	0.02						
Dependent Variable: Eșec personal								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 95. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Ostilității folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
			(Intercept)	16.91	1	<0.001
			Sex	6.49	1	0.011
			Diabet zaharat	2.15	1	0.142
Vârsta copil	0.20	1	0.657			
Dependent Variable: Ostilitate						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 96. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	0.41	0.10	15.87	1	<0.001	1.51	1.23	1.84
[Sex=F]	-0.17	0.07	6.49	1	0.011	0.84	0.73	0.96
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.10	0.07	2.15	1	0.142	1.11	.97	1.26
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.02	0.04	0.20	1	0.657	1.02	.93	1.11
(Scale)	0.23	0.02						
Dependent Variable: Ostilitate								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Inteligența emoțională.

Tabel 97. Nivelul Inteligenței emoționale

	Nivel	Total		χ^2	df	p
		N	%			
IE	sub medie	29	14.5%	45.79	2	<0.001
	mediu	64	32.0%			
	peste medie	107	53.5%			

Tabel 98. Analiza de independență a nivelului Inteligenței emoționale în funcție de prezența/absența DZ

	Nivel	Fără DZ		Cu DZ		Total		
		N	%	N	%	χ^2	df	p
IE	sub medie	11	11.0%	18	18.0%	2.26	2	0.323
	mediu	35	35.0%	29	29.0%			
	peste medie	54	54.0%	53	53.0%			

Tabel 99. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Inteligenței emoționale folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
11.39	3	0.010	(Intercept)	96.04	1	<0.001
			Sex	5.56	1	0.018
			Diabet zaharat	0.41	1	0.522
			Vârsta copil	0.28	1	0.597
Dependent Variable: IE						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 100. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.47	0.15	92.84	1	<0.001	4.35	3.23	5.87
[Sex=F]	-0.24	0.10	5.56	1	0.018	.79	0.65	0.96
[Sex=M]	.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	-0.06	0.10	0.41	1	0.522	.94	0.77	1.14
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.03	0.07	0.28	1	0.597	1.04	0.91	1.18
(Scale)	0.51	0.05						
Dependent Variable: IE								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Stilul parental.

Tabel 101. Distribuția de frecvență a Stilurilor parentale

		Test comparativ Hi-pătrat		χ^2	df	p
		n	%			
Stil parental	neimplicat	41	20.5%	48.00	4	<0.001
	permisiv	37	18.5%			
	democratic	74	37.0%			
	perfecționist	35	17.5%			
	autoritar	13	6.5%			

Tabel 102. Analiza de independență Hi-pătrat privind diferența Stilurilor parentale în funcție de categoria de gen

			Sex		Test de independență Hi-pătrat		
			masculin (N=105)	feminin (N=95)	χ^2	df	p
Stil parental	neimplicat	n	24	17	13.59	4	0.004
		%	22.9%	17.9%			
		Residual	2.5	-2.5			
	permisiv	n	23	14			
		%	21.9%	14.7%			
		Residual	3.6	-3.6			
	democratic	n	40	34			
		%	38.1%	35.8%			
		Residual	1.1	-1.1			
	perfecționist	n	9	26			
		%	8.6%	27.4%			
		Residual	-9.4	9.4			
	autoritar	n	9	4			
		%	8.6%	4.2%			
		Residual	2.2	-2.2			

Tabel 103. Analiza de independență Hi-pătrat privind diferența Stilurilor parentale în funcție de categoria de vârstă

Stil parental		Vârstă			Test de independență Hi-pătrat		
		8 – 9 ani	10 – 12 ani	13 – 14 ani	χ^2	df	p
neimplicat	n	13	16	12	5.21	8	0.735
	%	18.3%	20.3%	24.0%			
	Residual	-1.6	-0.2	1.8			
permisiv	n	12	12	13			
	%	16.9%	15.2%	26.0%			
	Residual	-1.1	-2.6	3.8			
democratic	n	29	31	14			
	%	40.8%	39.2%	28.0%			
	Residual	2.7	1.8	-4.5			
perfecționist	n	11	15	9			
	%	15.5%	19.0%	18.0%			
	Residual	-1.4	1.2	0.3			
autoritar	n	6	5	2			
	%	8.5%	6.3%	4.0%			
	Residual	1.4	-0.1	-1.2			

Tabel 104. Analiza de independență Hi-pătrat privind diferența Stilurilor parentale în funcție de prezența/absența DZ.

			Diabet zaharat		Test de independență Hi-pătrat		
			fără DZ (N=100)	cu DZ (N=100)	χ^2	df	p
Stil parental	neimplicat	n	32	9	19.33	4	0.001
		%	32.0%	9.0%			
		Residual	11.5	-11.5			
	permisiv	n	20	17			
		%	20.0%	17.0%			
		Residual	1.5	-1.5			
	democratic	n	30	44			
		%	30.0%	44.0%			
		Residual	-7.0	7.0			
	perfecționist	n	12	23			
		%	12.0%	23.0%			
		Residual	-5.5	5.5			
	autoritar	n	6	7			
		%	6.0%	7.0%			
		Residual	-.5	.5			

Calitatea vieții (QoL).

Tabel 105. Distribuția nivelurilor subscalelor Calității vieții (QoL)

		Total		Test comparativ Hi-pătrat		
		n	%	χ^2	df	p
Physical wellbeing	normal	63	31.5%	73.81	2	<0.001
	moderat	118	59.0%			
	abnormal	19	9.5%			
Emotional wellbeing	normal	29	14.5%	88.69	2	<0.001
	moderat	129	64.5%			
	abnormal	42	21.0%			
Self esteem	normal	26	13.0%	82.84	2	<0.001
	moderat	126	63.0%			
	abnormal	48	24.0%			
Family	normal	52	26.0%	12.52	2	0.002
	moderat	90	45.0%			
	abnormal	58	29.0%			
Friends	normal	63	31.5%	49.51	2	<0.001
	moderat	109	54.5%			
	abnormal	28	14.0%			
Everyday Functioning	normal	46	23.0%	97.09	2	<0.001
	moderat	131	65.5%			
	abnormal	23	11.5%			

Tabel 106. Analiza de independență a nivelurilor subscalelor Calității vieții în funcție de prezența/absența DZ

		Diabet zaharat				Test comparativ Hi-pătrat		
		fără DZ		cu DZ		χ^2	df	p
		n	%	n	%			
Physical wellbeing	normal	34	34.0%	29	29.0%	4.80	2	0.091
	moderat	61	61.0%	57	57.0%			
	abnormal	5	5.0%	14	14.0%			
Emotional wellbeing	normal	13	13.0%	16	16.0%	4.00	2	0.135
	moderat	71	71.0%	58	58.0%			
	abnormal	16	16.0%	26	26.0%			
Self esteem	normal	17	17.0%	9	9.0%	2.83	2	0.243
	moderat	60	60.0%	66	66.0%			
	abnormal	23	23.0%	25	25.0%			
Family	normal	33	33.0%	19	19.0%	6.68	2	0.035
	moderat	37	37.0%	53	53.0%			
	abnormal	30	30.0%	28	28.0%			
Friends	normal	40	40.0%	23	23.0%	8.04	2	0.018
	moderat	45	45.0%	64	64.0%			
	abnormal	15	15.0%	13	13.0%			
Everyday Functioning	normal	30	30.0%	16	16.0%	6.02	2	0.049
	moderat	58	58.0%	73	73.0%			
	abnormal	12	12.0%	11	11%			

Tabel 107. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Stării de bine fizice folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
5.10	3	0.164	(Intercept)	257.02	1	<0.001
			Sex	2.37	1	0.124
			Diabet zaharat	3.00	1	0.083
			Vârsta copil	0.02	1	0.897
Dependent Variable: Starea de bine fizică						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 108. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Stării de bine emoțională folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
26.74	3	<0.001	(Intercept)	223.17	1	<0.001
			Sex	0.18	1	0.669
			Diabet zaharat	1.49	1	0.223
			Vârstă copil	27.69	1	<0.001
Dependent Variable: Starea de bine emoțională						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 109. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	1.53	0.12	166.58	1	<0.001	4.60	3.65	5.79
[Sex=F]	-0.03	0.08	0.18	1	0.669	0.97	0.83	1.13
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.10	0.08	1.49	1	0.223	1.10	0.94	1.28
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	0.27	0.05	27.69	1	<0.001	1.31	1.18	1.44
(Scale)	0.31	0.03						
Dependent Variable: Starea de bine emoțională								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 110. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Stimei de sine folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
LR χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
6.33	3	0.097	(Intercept)	334.68	1	<0.001
			Sex	4.44	1	0.053
			Diabet zaharat	1.82	1	0.178
			Vârsta copil	.60	1	0.438
Dependent Variable: Stima de sine						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 111. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Relația cu familia folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
7.03	3	0.071	(Intercept)	289.43	1	<0.001
			Sex	0.15	1	0.703
			Diabet zaharat	1.09	1	0.297
			Vârstă copil	5.62	1	0.018
Dependent Variable: Relația cu familia						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârstă copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 112. Coeficienții modelului și semnificația statistică a prezenței factorilor în model

Parameter	B	SE	Testarea modelului			Exp(B)	IC 95% Exp(B)	
			Wald χ^2	df	p		Inf.	Sup.
(Intercept)	2.30	0.16	218.39	1	<0.001	9.93	7.32	13.46
[Sex=F]	-0.04	0.10	0.15	1	0.703	0.96	0.79	1.18
[Sex=M]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
[Diabet zaharat=1]	0.11	0.10	1.09	1	0.297	1.11	0.91	1.36
[Diabet zaharat=0]	0.00	.	.	.	.	1.00	.	.
Vârsta copil	-0.16	0.07	5.62	1	0.018	0.85	0.75	0.97
(Scale)	0.53	0.05						
Dependent Variable: Relația cu familia								
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil								
a. Set to zero because this parameter is redundant.								
b. Maximum likelihood estimate.								

Tabel 113. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Relația cu prietenii folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
$LR \chi^2$	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
7.19	3	0.066	(Intercept)	192.89	1	<0.001
			Sex	2.51	1	0.113
			Diabet zaharat	2.74	1	0.098
			Vârsta copil	1.99	1	0.158
Dependent Variable: Relația cu prietenii						
Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil						
a. he fitted model against the intercept-only model.						

Tabel 114. Rezultatele analizei de regresie ordinală privind predicția nivelului Funcționării zilnice folosind un model logistic format din factorii socio-demografici și prezența/absența DZ

Omnibus Test ^a			Efectele factorilor modelului			
<i>LR</i> χ^2	df	p	Sursa	Type III		
				Wald χ^2	df	p
4.34	3	0.228	(Intercept)	333.99	1	<0.001
			Sex	1.17	1	0.279
			Diabet zaharat	2.62	1	0.106
			Vârsta copil	0.58	1	0.446

Dependent Variable: Funcționarea zilnică

Model: (Intercept), Sex, Diabet zaharat, Vârsta copil

a. he fitted model against the intercept-only model.

ANEXA 4. Analiza rezultatelor cercetării formative

Anxietatea (MASC).

Tabel 1. Indicatori descriptivi ai distribuțiilor *Anxietății (MASC)* și a subscalelor pentru lotul cuprins în cercetarea experimentală ($N=24$).

	Minim	Maxim	M	SD	Mdn	Coef. asimetrie		Coef. boltire	
						Sk	SE	K	SE
Scor total MASC	3,00	7,00	5,17	1,17	5,00	-0,17	0,47	-0,68	0,92
Simptome fizice	3,00	8,00	5,58	1,14	6,00	0,16	0,47	0,95	0,92
Tensiune – Neliniste	3,00	6,00	4,67	1,01	5,00	-0,36	0,47	-0,81	0,92
Somatic – Vegetativ	3,00	7,00	5,33	1,17	5,00	-0,36	0,47	-0,36	0,92
Evitarea lezării	2,00	7,00	5,13	1,48	5,50	-0,58	0,47	-0,70	0,92
Perfectionism	2,00	8,00	4,46	1,44	4,50	0,14	0,47	0,45	0,92
Coping anxios	2,00	8,00	4,88	1,36	5,00	-0,09	0,47	0,91	0,92
Anxietate socială	3,00	8,00	5,29	1,23	5,00	0,01	0,47	-0,03	0,92
Umilinta respingere	2,00	9,00	5,00	1,38	5,00	0,43	0,47	2,43	0,92
Frica de performanta	2,00	9,00	5,13	1,54	5,00	0,16	0,47	0,73	0,92
Anxietate de separare	2,00	8,00	5,13	1,78	5,00	-0,15	0,47	-0,63	0,92
Indexul tulburării anxioase	2,00	8,00	4,67	1,46	5,00	-0,27	0,47	0,33	0,92

Notă: M – media aritmetică, SD – abaterea standard, Sk – coeficient asimetrie, K – coeficient boltire, SE – eroarea standard.

Tabel 2. Rezultatele testului de normalitate *Shapiro-Wilk* aplicat distribuțiilor *Anxietate (MASC)* și subscalelor. ($N=24$)

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	KS	df	p	SW	df	p
Scor total MASC	0,18	24,00	0,050	0,92	24,00	0,070
Simptome fizice	0,23	24,00	0,001	0,90	24,00	0,020
Tensiune – Neliniste	0,26	24,00	0,001	0,87	24,00	0,010
Somatic – Vegetativ	0,18	24,00	0,050	0,91	24,00	0,040
Evitarea lezării	0,22	24,00	0,001	0,90	24,00	0,020
Perfectionism	0,17	24,00	0,080	0,93	24,00	0,120
Coping anxios	0,18	24,00	0,050	0,92	24,00	0,070
Anxietate socială	0,18	24,00	0,050	0,94	24,00	0,170
Umilinta respingere	0,21	24,00	0,010	0,90	24,00	0,020
Frica de performanta	0,18	24,00	0,050	0,95	24,00	0,230
Anxietate de separare	0,18	24,00	0,040	0,93	24,00	0,080
Indexul tulburării anxioase	0,26	24,00	0,001	0,90	24,00	0,020

a. Corecția Lilliefors

Notă: KS – valoare test Kolmogorov-Smirnov, SW – valoare test Shapiro-Wilk, df – număr grade de libertate, p – nivel de semnificație

Tabel 3. *Prezentarea indicatorilor statistici ai distribuțiilor Anxietății (MASC) și a subscalelor acesteia comparative GE-GC la momentul test*

Test		minim	maxim	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>
Scor MASC	GC	3	7	5,00	1,21	5,00
	GE	3	7	5,33	1,16	5,00
Simptome fizice	GC	3	8	5,50	1,51	5,50
	GE	5	7	5,67	0,65	6,00
Tensiune/Neliniște	GC	3	6	4,42	1,08	4,50
	GE	3	6	4,92	0,90	5,00
Somatic/Vegetativ	GC	3	7	5,25	1,22	5,00
	GE	3	7	5,42	1,17	5,50
Evitarea lezării	GC	2	7	4,42	1,62	4,50
	GE	4	7	5,83	0,94	6,00
Perfecționism	GC	3	6	4,25	0,87	4,00
	GE	2	8	4,67	1,88	5,00
Coping anxios	GC	2	6	4,58	1,17	4,50
	GE	2	8	5,17	1,53	5,00
Anxietate socială	GC	3	8	5,42	1,38	5,50
	GE	3	7	5,17	1,12	5,00
Umilință/Respingere	GC	2	9	4,67	1,83	4,50
	GE	4	6	5,33	0,65	5,00
Frică de performanță	GC	3	9	5,25	1,71	5,00
	GE	2	7	5,00	1,41	5,00
Anxietate de separare	GC	2	8	5,42	2,15	6,00
	GE	3	7	4,83	1,34	5,00
Indexul tulburării anxioase	GC	2	6	4,50	1,51	5,00
	GE	2	8	4,83	1,47	5,00

Notă: M – media aritmetică, SD – abaterea standard, Mdn – valoarea mediană.

Tabel 4. *Rezultatele testului comparativ non-parametri Mann-Whitney între nivelurile Anxietății (MASC) și subscalelor acesteia determinate de cele două grupuri GE/GC la momentul test*

Test	Grup	N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Mann-Whitney		
					<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Scor MASC	GC	12	11,54	138,50	60,50	-0,69	0,494
	GE	12	13,46	161,50			
Simptome fizice	GC	12	11,79	141,50	63,50	-0,52	0,630
	GE	12	13,21	158,50			
Tensiune/Neliniște	GC	12	10,88	130,50	52,50	-1,18	0,237
	GE	12	14,13	169,50			
Somatic/Vegetativ	GC	12	11,96	143,50	65,50	-0,39	0,713
	GE	12	13,04	156,50			
Evitarea lezării	GC	12	9,46	113,50	35,50	-2,17	0,030
	GE	12	15,54	186,50			
Perfecționism	GC	12	11,04	132,50	54,50	-1,04	0,319
	GE	12	13,96	167,50			
Coping anxios	GC	12	11,00	132,00	54,00	-1,08	0,319
	GE	12	14,00	168,00			
Anxietate socială	GC	12	13,08	157,00	65,00	-0,42	0,713
	GE	12	11,92	143,00			
Umilință/Respingere	GC	12	10,21	122,50	44,50	-1,66	0,114
	GE	12	14,79	177,50			

Test	Grup	N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Mann-Whitney		
					<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Frică de performanță	GC	12	12,63	151,50	70,50	-0,09	0,932
	GE	12	12,38	148,50			
Anxietate de separare	GC	12	13,79	165,50	56,50	-0,92	0,378
	GE	12	11,21	134,50			
Indexul tulburării anxioase	GC	12	12,25	147,00	69,00	-0,18	0,887
	GE	12	12,75	153,00			
	Total	24					

Notă: U – valoare atestului Mann-Whitney, Z – valoarea standardizată, p -nivel de semnificație.

Tabel 5. *Prezentarea indicatorilor statistici ai distribuțiilor Anxietății (MASC) și a subscalelor acesteia comparative GE-GC la momentul re-test*

Re-test		minim	maxim	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Mdn</i>
Scor MASC	GC	3	7	4,50	1,09	4,00
	GE	2	6	4,42	1,31	5,00
Simptome fizice	GC	5	8	6,58	0,90	7,00
	GE	4	7	4,75	0,87	5,00
Tensiune/Neliniște	GC	4	7	5,33	0,89	5,00
	GE	3	6	4,00	1,04	4,00
Somatic/Vegetativ	GC	5	7	6,17	0,72	6,00
	GE	3	7	4,50	1,09	4,50
Evitarea lezării	GC	4	8	5,58	1,24	5,00
	GE	4	7	5,08	0,79	5,00
Perfecționism	GC	3	6	4,58	1,08	5,00
	GE	3	6	4,25	0,75	4,00
Coping anxios	GC	2	5	3,83	1,11	4,00
	GE	2	5	3,75	1,06	4,00
Anxietate socială	GC	4	7	5,75	1,06	5,50
	GE	2	7	4,42	1,38	4,50
Umilință/Respingere	GC	3	6	4,25	1,14	4,00
	GE	2	5	4,00	1,04	4,00
Frică de performanță	GC	3	8	4,92	1,38	5,00
	GE	2	5	4,08	0,90	4,00
Anxietate de separare	GC	4	8	6,00	1,21	6,00
	GE	2	7	4,75	1,22	5,00
Indexul tulburării anxioase	GC	2	5	4,00	1,13	4,00
	GE	2	5	3,42	1,08	3,50

Notă: M – media aritmetică, SD – abaterea standard, Mdn – valoarea mediană.

Tabel 6. *Rezultatele testului comparativ non-parametri Mann-Whitney între nivelurile Anxietății (MASC) și subscalelor acesteia determinate de cele două grupuri GE/GC la momentul re-test*

Retest	Grup	N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Mann-Whitney		
					<i>U</i>	<i>Z</i>	<i>p</i>
Scor MASC	GC	12	12.13	145.50	67.50	-0.27	0.799
	GE	12	12.88	154.50			
Simptome fizice	GC	12	17.38	208.50	13.50	-3.53	0.001
	GE	12	7.63	91.50			
Tensiune/Neliniște	GC	12	16.38	196.50	25.00	-2.77	0.006
	GE	12	8.63	103.50			
Somatic/Vegetativ	GC	12	17.25	207.00	15.00	-3.38	0.001

Retest	Grup	N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Mann-Whitney		
					U	Z	p
	GE	12	7.75	93.00			
Evitarea lezării	GC	12	13.83	166.00	56.00	-1.01	0.378
	GE	12	11.17	134.00			
Perfecționism	GC	12	13.96	167.50	54.50	-1.06	0.319
	GE	12	11.04	132.50			
Coping anxios	GC	12	12.83	154.00	68.00	-0.24	0.843
	GE	12	12.17	146.00			
Anxietate socială	GC	12	15.79	189.50	32.50	-2.36	0.020
	GE	12	9.21	110.50			
Umilință/Respingere	GC	12	13.08	157.00	65.00	-0.42	0.713
	GE	12	11.92	143.00			
Frică de performanță	GC	12	14.75	177.00	45.00	-1.64	0.128
	GE	12	10.25	123.00			
Anxietate de separare	GC	12	15.79	189.50	32.50	-2.37	0.020
	GE	12	9.21	110.50			
Indexul tulburării anxioase	GC	12	14.38	172.50	49.50	-1.35	0.198
	GE	12	10.63	127.50			
	Total	24					

Notă: U – valoare atestului Mann-Whitney, Z – valoarea standardizată, p -nivel de semnificație.

Tabel 7. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile Anxietății (MASC) și subscalelor acestea determinate pentru grupul GE la momentele test și re-test

GE		N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Wilcoxon	
					Z	p
Scor total MASC	Retest < Test	5	3,90	19,50	-1,90	0.058
	Retest > Test	1	1,50	1,50		
	Retest = Test	6				
Simptome fizice	Retest < Test	10	6,10	61,00	-2,65	0.008
	Retest > Test	1	5,00	5,00		
	Retest = Test	1				
Tensiune/Neliniste	Retest < Test	9	6,78	61,00	-1,77	0.076
	Retest > Test	3	5,67	17,00		
	Retest = Test	0				
Somatic/Vegetativ	Retest < Test	7	5,29	37,00	-1,76	0.079
	Retest > Test	2	4,00	8,00		
	Retest = Test	3				
Evitarea lezării	Retest < Test	7	6,36	44,50	-1,78	0.075
	Retest > Test	3	3,50	10,50		
	Retest = Test	2				
Perfectionism	Retest < Test	6	4,50	27,00	-0,55	0.586
	Retest > Test	3	6,00	18,00		
	Retest = Test	3				
Coping anxios	Retest < Test	8	5,31	42,50	-2,40	0.016
	Retest > Test	1	2,50	2,50		
	Retest = Test	3				
Anxietate sociala	Retest < Test	8	5,50	44,00	-1,73	0.084
	Retest > Test	2	5,50	11,00		
	Retest = Test	2				

GE		N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Wilcoxon	
					Z	p
Umilinta/Respingere	Retest < Test	9	5,00	45,00	-2,72	0.006
	Retest > Test	0	,00	,00		
	Retest = Test	3				
Frica de performanta	Retest < Test	8	4,50	36,00	-2,60	0.009
	Retest > Test	0	,00	,00		
	Retest = Test	4				
Anxietate de separare	Retest < Test	6	5,58	33,50	-0,05	0.963
	Retest > Test	5	6,50	32,50		
	Retest = Test	1				
Indexul tulburarii anxioase	Retest < Test	8	4,50	36,00	-2,56	0.011
	Retest > Test	0	,00	,00		
	Retest = Test	4				
	Total	12				

Tabel 8. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile Anxietății (MASC) și subscalelor acesteia determinate pentru grupul GC la momentele test și re-test

GC		N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Wilcoxon	
					Z	p
Scor total MASC	Retest < Test	4	2.50	10.00	-1.86	0.063
	Retest > Test	0	0.00	0.00		
	Retest = Test	8				
Simptome fizice	Retest < Test	1	4.00	4.00	-2.67	0.008
	Retest > Test	10	6.20	62.00		
	Retest = Test	1				
Tensiune/Neliniste	Retest < Test	0	0.00	0.00	-2.60	0.009
	Retest > Test	8	4.50	36.00		
	Retest = Test	4				
Somatic/Vegetativ	Retest < Test	0	0.00	0.00	-2.60	0.009
	Retest > Test	8	4.50	36.00		
	Retest = Test	4				
Evitarea lezarii	Retest < Test	0	0.00	0.00	-2.46	0.014
	Retest > Test	7	4.00	28.00		
	Retest = Test	5				
Perfectionism	Retest < Test	1	2.50	2.50	-1.41	0.157
	Retest > Test	4	3.13	12.50		
	Retest = Test	7				
Coping anxios	Retest < Test	8	5.88	47.00	-2.07	0.038
	Retest > Test	2	4.00	8.00		
	Retest = Test	2				
Anxietate sociala	Retest < Test	2	3.50	7.00	-1.27	0.206
	Retest > Test	5	4.20	21.00		
	Retest = Test	5				
Umilinta/Respingere	Retest < Test	4	3.13	12.50	-1.41	0.157
	Retest > Test	1	2.50	2.50		
	Retest = Test	7				
Frica de performanta	Retest < Test	3	2.00	6.00	-1.63	0.102
	Retest > Test	0	0.00	0.00		
	Retest = Test	9				

GC		N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Wilcoxon	
					Z	p
Anxietate de separare	Retest < Test	2	3.50	7.00	-1.20	0.230
	Retest > Test	5	4.20	21.00		
	Retest = Test	5				
Indexul tulburării anxioase	Retest < Test	5	3.00	15.00	-2.12	0.034
	Retest > Test	0	0.00	0.00		
	Retest = Test	7				
	Total	12				

Tabel 9. Rezultatele testului comparativ Mann-Whitney aplicat pentru a compara nivelurile Anxietății (MASC) și subscalelor corespunzătoare în funcție de gen (masculin/feminin)

	U	Z	p
Scor total MASC (anxietate)	17,00	-0,17	0,937
Simptome fizice	13,50	-0,80	0,485
Tensiune/Neliniste	18,00	0,00	--
Somatic/Vegetativ	12,00	-1,02	0,394
Evitarea lezării	13,00	-0,96	0,485
Perfectionism	17,00	-0,19	0,937
Coping anxios	10,50	-1,26	0,240
Anxietate socială	7,00	-1,81	0,093
Umilinta/Respingere	11,00	-1,18	0,310
Frica de performanță	14,00	-0,70	0,589
Anxietate de separare	15,00	-0,52	0,699
Indexul tulburării anxioase	13,00	-0,83	0,485

Notă: U – valoare atestului Mann-Whitney, Z – valoarea standardizată, p -nivel de semnificație.

Tabel 10. Rezultatele testului comparativ Kruskal-Wallis aplicat pentru a compara nivelurile Anxietății (MASC) și subscalelor corespunzătoare în funcție de intervalul de vârstă (8-9, 10-12, 13-14 ani)

	H	df	p
Scor total MASC (anxietate)	0,42	2	0,811
Simptome fizice	0,27	2	0,873
Tensiune/Neliniste	2,88	2	0,237
Somatic/Vegetativ	2,39	2	0,302
Evitarea lezării	3,76	2	0,153
Perfectionism	2,78	2	0,250
Coping anxios	0,90	2	0,638
Anxietate socială	3,80	2	0,149
Umilinta/Respingere	1,28	2	0,528
Frica de performanță	2,00	2	0,367
Anxietate de separare	4,89	2	0,087
Indexul tulburării anxioase	1,85	2	0,397

Depresia (CDI).

Tabel 11. Indicatori descriptivi ai distribuțiilor Depresiei (CDI) și a subscalelor pentru lotul cuprins în cercetarea experimentală (N=24).

	Minim	Maxim	M	SD	Mdn	Coef. asimetrie		Coef. boltire	
						Sk	SE	K	SE
Scor total CDI	3	9	4,88	1,48	5,00	0,84	0,47	1,22	0,92
Dispoziție negativă	3	9	5,00	1,56	5,00	0,67	0,47	0,18	0,92
Probleme interpersonale	2	7	5,04	1,40	5,00	-0,29	0,47	-0,61	0,92
Ineficiență	2	9	4,79	1,56	5,00	0,23	0,47	1,23	0,92
Anhedonie	2	9	5,38	1,53	5,00	0,18	0,47	0,84	0,92
Autodevalorizare	2	9	4,50	1,84	4,50	0,64	0,47	0,40	0,92

Notă: M – media aritmetică, SD – abaterea standard, Sk – coeficient asimetrie, K – coeficient boltire, SE – eroarea standard.

Tabel 12. Rezultatele testului de normalitate Shapiro-Wilk aplicat distribuțiilor Depresiei (CDI) și subscalelor

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	KS	df	p	SW	df	p
Scor total CDI	0,22	24	0,005	0,90	24	0,020
Dispoziție negativă	0,20	24	0,016	0,92	24	0,050
Probleme interpersonale	0,17	24	0,071	0,93	24	0,105
Ineficiență	0,26	24	0,001	0,89	24	0,010
Anhedonie	0,17	24	0,057	0,96	24	0,344
Autodevalorizare	0,19	24	0,034	0,93	24	0,089

a. Corecția Lilliefors

Notă: KS – valoare test Kolmogorov-Smirnov, SW – valoare test Shapiro-Wilk, df – număr grade de libertate, p – nivel de semnificație

Tabel 13. Prezentarea indicatorilor statistici ai distribuțiilor Depresiei (CDI) și a subscalelor acestora comparative GE-GC la momentul test

Test		minim	maxim	M	SD	Mdn
Scor total CDI	GC	3	9	4,92	1,78	5,00
	GE	3	7	4,83	1,19	5,00
Dispoziție negativă	GC	3	9	5,08	1,83	4,50
	GE	3	7	4,92	1,31	5,00
Probleme interpersonale	GC	2	7	4,83	1,47	5,00
	GE	3	7	5,25	1,36	5,00
Ineficiență	GC	2	9	5,00	1,65	5,00
	GE	2	6	4,58	1,51	5,00
Anhedonie	GC	3	9	5,58	1,62	5,50
	GE	2	8	5,17	1,47	5,00
Autodevalorizare	GC	2	9	4,83	2,08	5,00
	GE	2	7	4,17	1,59	4,00

Notă: M – media aritmetică, SD – abaterea standard, Mdn – valoarea mediană.

Tabel 14. Rezultatele testului comparativ non-parametri Mann-Whitney între nivelurile Depresiei (CDI) și subscalelor acesteia determinate de cele două grupuri GE/GC la momentul test

Test	Grup	N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Mann-Whitney		
					U	Z	p
Scor total CDI	GC	12	12,21	146,50	68,50	-0,21	0,843
	GE	12	12,79	153,50			
Dispoziție negativă	GC	12	12,50	150,00	72,00	0,00	---
	GE	12	12,50	150,00			
Probleme interpersonale	GC	12	11,63	139,50	61,50	-0,62	0,551
	GE	12	13,38	160,50			
Ineficiență	GC	12	12,54	150,50	71,50	-0,03	0,977
	GE	12	12,46	149,50			
Anhedonie	GC	12	13,25	159,00	63,00	-0,53	0,630
	GE	12	11,75	141,00			
Autodevalorizare	GC	12	13,50	162,00	60,00	-0,71	0,514
	GE	12	11,50	138,00			
	Total	24					

Notă: U – valoare atestului Mann-Whitney, Z – valoarea standardizată, p -nivel de semnificație.

Tabel 15. Prezentarea indicatorilor statistici ai distribuțiilor Depresiei (CDI) și a subscalelor acesteia comparative GE-GC la momentul re-test

Re-test		minim	maxim	M	SD	Mdn
Scor total CDI	GC	3	7	4.75	1.14	5.00
	GE	3	5	4.25	0.97	5.00
Dispoziție negativă	GC	3	7	4.50	1.17	4.00
	GE	2	5	3.83	1.03	4.00
Probleme interpersonale	GC	2	7	4.67	1.37	5.00
	GE	3	5	4.17	0.83	4.00
Ineficiență	GC	3	7	5.00	0.95	5.00
	GE	3	5	3.92	0.67	4.00
Anhedonie	GC	4	7	5.33	1.07	5.00
	GE	2	6	4.08	1.16	4.00
Autodevalorizare	GC	2	8	4.92	1.73	5.00
	GE	1	8	5.00	2.00	5.50

Notă: M – media aritmetică, SD – abaterea standard, Mdn – valoarea mediană.

Tabel 16. Rezultatele testului comparativ non-parametri Mann-Whitney între nivelurile Depresiei (CDI) și subscalelor acesteia determinate de cele două grupuri GE/GC la momentul re-test

Retest	Grup	N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Mann-Whitney		
					U	Z	p
Scor total CDI	GC	12	13.83	166.00	56.00	-1.02	0.378
	GE	12	11.17	134.00			
Dispoziție negativă	GC	12	14.04	168.50	53.50	-1.13	0.291
	GE	12	10.96	131.50			
Probleme interpersonale	GC	12	14.04	168.50	53.50	-1.11	0.291
	GE	12	10.96	131.50			
Ineficiență	GC	12	16.50	198.00	24.00	-2.94	0.005
	GE	12	8.50	102.00			
Anhedonie	GC	12	15.79	189.50	32.50	-2.38	0.020
	GE	12	9.21	110.50			
Autodevalorizare	GC	12	12.04	144.50	61.50	-0.32	0.755
	GE	12	12.96	155.50			
	Total	24					

Notă: U – valoare atestului Mann-Whitney, Z – valoarea standardizată, p -nivel de semnificație.

Tabel 17. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile Depresiei (CDI) și subscalelor acestea determinate pentru grupul GE la momentele test și re-test

GE		N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Wilcoxon	
					Z	p
Scor total CDI	Retest < Test	4	3.25	13.00	-1.51	0.131
	Retest > Test	1	2.00	2.00		
	Retest = Test	7				
Dispozitie negativă	Retest < Test	7	4.00	28.00	-2.41	0.016
	Retest > Test	0	0.00	0.00		
	Retest = Test	5				
Probleme interpersonale	Retest < Test	6	3.50	21.00	-2.21	0.027
	Retest > Test	0	0.00	0.00		
	Retest = Test	6				
Ineficiență	Retest < Test	6	4.75	28.50	-1.50	0.135
	Retest > Test	2	3.75	7.50		
	Retest = Test	4				
Anhedonie	Retest < Test	7	4.00	28.00	-2.41	0.016
	Retest > T	0	0.00	0.00		
	Retest = Test	5				
Autodevalorizare	Retest < Test	1	4.50	4.50	-1.30	0.194
	Retest > Test	5	3.30	16.50		
	Retest = Test	6				
	Total	12				

Tabel 18. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile Depresiei (CDI) și subscalelor acestea determinate pentru grupul GC la momentele test și re-test

GC		N	Media rangurilor	Suma rangurilor	Test Wilcoxon	
					Z	p
Scor total CDI	Retest < Test	3	2.17	6.50	-0.56	0.577
	Retest > Test	1	3.50	3.50		
	Retest = Test	8				
Dispozitie negativă	Retest < Test	3	2.00	6.00	-1.63	0.102
	Retest > Test	0	.00	.00		
	Retest = Test	9				
Probleme interpersonale	Retest < Test	2	1.50	3.00	-1.41	0.157
	Retest > Test	0	.00	.00		
	Retest = Test	10	-0.37	0.713		
Ineficiență	Retest < Test	3	2.00	6.00	-0.37	0.713
	Retest > Test	1	4.00	4.00		
	Retest = Test	8				
Anhedonie	Retest < Test	4	2.63	10.50	-0.83	0.408
	Retest > T	1	4.50	4.50		
	Retest = Test	7				
Autodevalorizare	Retest < Test	1	2.50	2.50	-0.27	0.785
	Retest > Test	2	1.75	3.50		
	Retest = Test	9				
	Total	12				

Tabel 19. Rezultatele testului comparativ Mann-Whitney aplicat pentru a compara nivelurile Depresiei (CDI) și subscalelor corespunzătoare în funcție de gen (masculin/feminin)

	U	Z	p
Scor total CDI	9,50	-1,55	0,180
Dispozitie negativă	12,50	-0,95	0,394
Probleme interpersonale	9,50	-1,45	0,180
Ineficiență	10,50	-1,35	0,240
Anhedonie	17,00	-0,17	0,937
Stima de sine redusă	8,00	-1,64	0,132

Notă: U – valoare atestului Mann-Whitney, Z – valoarea standardizată, p -nivel de semnificație.

Tabel 20. Rezultatele testului comparativ Kruskal-Wallis aplicat pentru a compara nivelurile Depresiei (DCI) și subscalelor corespunzătoare în funcție de intervalul de vârstă (8-9, 10-12, 13-14 ani)

	<i>H</i>	<i>df</i>	<i>p</i>
Scor total CDI	0,19	2	0,911
Dispozitie negativă	1,57	2	0,455
Probleme interpersonale	1,78	2	0,410
Ineficiență	1,73	2	0,422
Anhedonie	5,82	2	0,054
Stima de sine redusă	0,86	2	0,652

Mecanismele de coping.

Tabel 21. Asocierea nivelurilor de manifestare a Mecanismelor de coping cu GC/GE la momentul test și rezultatele testului de independență Hi-pătrat

Mecanism de coping test		Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Distragerea atenției	Slab manifestă	7	58,3%	8	66,7%	0,18	1	0,673
	Manifestă	5	41,7%	4	33,3%			
Retragere socială	Slab manifestă	5	41,7%	8	66,7%	1,51	1	0,219
	Manifestă	7	58,3%	4	33,3%			
Restructurare cognitivă	Slab manifestă	11	91,7%	7	58,3%	3,56	1	0,059
	Manifestă	1	8,3%	5	41,7%			
Autoculpabilizare	Slab manifestă	11	91,7%	7	58,3%	3,56	1	0,059
	Manifestă	1	8,3%	5	41,7%			
Culpabilizarea celorlalți	Slab manifestă	8	66,7%	8	66,7%	0,00	1	---
	Manifestă	4	33,3%	4	33,3%			
Rezolvarea de probleme	Slab manifestă	9	75,0%	7	58,3%	0,75	1	0,386
	Manifestă	3	25,0%	5	41,7%			
Reglarea emoțională	Slab manifestă	10	83,3%	9	75,0%	0,25	1	0,615
	Manifestă	2	16,7%	3	25,0%			
Wishful thinking	Slab manifestă	8	66,75	10	83,3%	0,89	1	0,346
	Manifestă	4	33,3%	2	16,7%			
Suport social	Slab manifestă	7	58,3%	7	58,35	0,00	1	---
	Manifestă	5	41,7%	5	41,7%			
Resemnare	Slab manifestă	7	58,3%	10	83,3%	1,82	1	0,178
	Manifestă	5	41,7%	2	16,7%			
Rugăciune	Slab manifestă	9	75,0%	6	50,0%	1,60	1	0,206
	Manifestă	3	25,0%	6	50,0%			

Notă: χ^2 – valoare testului Hi-pătrat, *df* - numărul gradelor de libertate, *p* – nivel de semnificație statistică.

Tabel 22. Asocierea nivelurilor de manifestare a Mecanismelor de coping cu GC/GE la momentul re-test și rezultatele testului de independență Hi-pătrat

Mecanism de coping -re-test		Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Distragerea atenției	Slab manifestă	9	75,0%	5	41,7%	2,74	1	0,098
	Manifestă	3	25,0%	7	58,3%			
Retragere socială	Slab manifestă	6	50,0%	12	100,0%	8,00	1	0,005
	Manifestă	6	50,0%	0	0,0%			
Restructurare cognitivă	Slab manifestă	7	58,3%	2	16,7%	4,44	1	0,035
	Manifestă	5	41,7%	10	83,3%			
Autoculpabilizare	Slab manifestă	12	100,0%	12	100,0%	0,00	1	---

Mecanism de coping -re-test		Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
	Manifestă	0	0,0%	0	0,0%			
Culpabilizarea celorlalți	Slab manifestă	12	100,0%	11	91,7%	1,04	1	0,307
	Manifestă	0	0,0%	1	8,3%			
Rezolvarea de probleme	Slab manifestă	3	25,0%	2	16,7%	0,25	1	0,615
	Manifestă	9	75,0%	10	83,3%			
Reglarea emoțională	Slab manifestă	4	33,3%	2	16,7%	0,89	1	0,346
	Manifestă	8	66,7%	10	83,3%			
Wishful thinking	Slab manifestă	10	83,3%	9	75,0%	0,25	1	0,615
	Manifestă	2	16,7%	3	25,0%			
Suport social	Slab manifestă	4	33,33%	0	0,0%	4,80	1	0,028
	Manifestă	8	66,7%	12	100,0%			
Resemnare	Slab manifestă	11	91,7	5	41,7%	6,75	1	0,009
	Manifestă	1	8,3%	7	58,3%			
Rugăciune	Slab manifestă	7	58,3%	7	58,3%	0,00	1	---
	Manifestă	5	41,7%	5	41,7%			

Notă: χ^2 – valoare testului Hi-pătrat, df - numărul gradelor de libertate, p – nivel de semnificație statistică.

Tabel 23. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile de manifestare a Mecanismelor de coping determinate pentru grupul GE la momentele test și re-test

GE		N	Test semnului McNemar
			p
Distragerea atenției	Retest < Test	1	0.375
	Retest > Test	4	
	Retest = Test	7	
Retragere socială	Retest < Test	4	0.125
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	8	
Restructurare cognitivă	Retest < Test	0	0.063
	Retest > Test	5	
	Retest = Test	7	
Autoculpabilizare	Retest < Test	5	0.063
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	7	
Culpabilizarea celorlalți	Retest < Test	3	0.250
	Retest > T	0	
	Retest = Test	9	
Rezolvare de probleme	Retest < Test	0	0.063
	Retest > Test	5	
	Retest = Test	7	
Reglare emoțională	Retest < Test	0	0.016
	Retest > Test	7	
	Retest = Test	5	
Wishful thinking	Retest < Test	0	---
	Retest > Test	1	
	Retest = Test	11	
Suport social	Retest < Test	0	0.016
	Retest > Test	7	
	Retest = Test	5	

GE		N	Test semnului McNemar
			<i>p</i>
Resemnare	Retest < Test	0	0.063
	Retest > Test	5	
	Retest = Test	7	
Rugăciune	Retest < Test	2	---
	Retest > T	1	
	Retest = Test	9	
	Total	12	

Tabel 24. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile de manifestare a Mecanismelor de coping determinate pentru grupul GC la momentele test și re-test

GC		N	Test semnului McNemar
			<i>p</i>
Distragerea atenției	Retest < Test	2	0.500
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	10	
Retragere socială	Retest < Test	2	---
	Retest > Test	1	
	Retest = Test	9	
Restructurare cognitivă	Retest < Test	0	0.125
	Retest > Test	4	
	Retest = Test	8	
Autoculpabilizare	Retest < Test	1	---
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	11	
Culpabilizarea celorlalți	Retest < Test	4	0.125
	Retest > T	0	
	Retest = Test	8	
Rezolvare de probleme	Retest < Test	0	0.031
	Retest > Test	6	
	Retest = Test	6	
Reglare emoțională	Retest < Test	0	0.031
	Retest > Test	6	
	Retest = Test	6	
Wishful thinking	Retest < Test	2	0.500
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	10	
Suport social	Retest < Test	0	0.250
	Retest > Test	3	
	Retest = Test	9	
Resemnare	Retest < Test	4	0.125
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	8	
Rugăciune	Retest < Test	0	0.500
	Retest > T	2	
	Retest = Test	10	
	Total	12	

Tabel 25. Rezultatele comparării nivelului de manifestare a Mecanismelor de coping în funcție de diferența de gen pentru GE la momentul re-test.

Mecanisme de coping	Test de independență Hi-pătrat		
	χ^2	df	p
Distragerea atenției	0.34	1	0.558
Retragere socială	--	--	--
Restructurare cognitivă	2.40	1	0.121
Autoculpabilizarea	--	--	--
Culpabilizarea celorlalți	1.09	1	0.296
Rezolvarea de probleme	0.00	1	--
Reglare emoțională	2.40	1	0.121
Wishful thinking	4.00	1	0.046
Suport social	--	--	--
Resemnare	0.34	1	0.558
Rugăciune	0.34	1	0.558

Tabel 26. Rezultatele comparării nivelului de manifestare a Mecanismelor de coping în funcție de diferența de vârstă pentru GE la momentul re-test.

Mecanisme de coping	Test de independență Hi-pătrat		
	χ^2	df	p
Distragerea atenției	3.43	2	0.180
Retragere socială	--	--	--
Restructurare cognitivă	4.80	2	0.091
Autoculpabilizare	--	--	--
Culpabilizarea celorlalți	1.09	2	0.580
Rezolvarea de probleme	4.80	2	0.091
Reglare emoțională	0.60	2	0.741
Wishful thinking	0.89	2	0.641
Suport social	--	--	--
Resemnare	3.43	2	0.180
Rugăciune	3.43	2	0.180

Dificultăți.

Tabel 27. Asocierea nivelurilor Dificultăților și subscalelor cu GC/GE la momentul test și rezultatele testului de independență Hi-pătrat

Dificultăți test	Nivel	Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
Scor total Dificultăți	Normal	4	33.3%	3	25.0%	0.34	2	0.842
	Moderat	6	50.0%	6	50.0%			
	Abnormal	2	16.7%	3	25.0%			
Distres emotional	Normal	4	33.3%	5	41.7%	0.25	2	0.881
	Moderat	4	33.3%	4	33.3%			
	Abnormal	4	33.4%	3	25.0%			
Dificultăți comportamen- tale	Normal	3	25.0%	6	50.0%	6.40	2	0.041
	Moderat	4	33.3%	6	50.0%			
	Abnormal	5	41.7%	0	0.0%			
Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare	Normal	6	50.0%	5	41.7%	0.18	2	0.913
	Moderat	5	41.7%	6	50.0%			

	Abnormal	1	8.3%	1	8.3%			
Dificultăți relaționale	Normal	5	41.7%	4	33.3%	0.25	2	0.881
	Moderat	4	33.3%	4	33.3%			
	Abnormal	3	25.0%	4	33.3%			
Comportament prosocial	Normal	4	33.3%	3	25.0%	0.22	2	0.896
	Moderat	6	50.0%	7	58.3%			
	Abnormal	2	16.7%	2	16.7%			
Impact	Normal	4	33.3%	6	50.0%	1.48	2	0.478
	Moderat	7	58.3%	6	50.0%			
	Abnormal	1	8.3%	0	0.0%			

Notă: χ^2 – valoare testului Hi-pătrat, df - numărul gradelor de libertate, p – nivel de semnificație statistică.

Tabel 28. Asocierea nivelurilor Dificultăților și subscalelor cu GC/GE la momentul re-test și rezultatele testului de independență Hi-pătrat

Dificultăți re-test	Nivel	Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
Scor total Dificultăți	Normal	10	83.3%	10	83.3%	0.00	1	---
	Moderat	2	16.7%	2	16.7%			
	Abnormal	0	0.0%	0	0.0%			
Distres emotional	Normal	8	66.7%	10	83.3%	3.02	2	0.221
	Moderat	4	33.3%	1	8.3%			
	Abnormal	0	0.0%	1	8.3%			
Dificultăți comportamen- tale	Normal	6	50.0%	9	75.0%	2.74	2	0.254
	Moderat	4	33.3%	3	25.0%			
	Abnormal	2	16.7%	0	0.0%			
Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare	Normal	8	66.7%	9	75.0%	0.20	1	0.653
	Moderat	4	33.3%	3	25.0%			
	Abnormal	0	0.0%	0	0.0%			
Dificultăți relaționale	Normal	6	50.0%	10	83.3%	3.00	1	0.083
	Moderat	6	50.05	2	16.7%			
	Abnormal	0	0.0%	0	0.0%			
Comportament prosocial	Normal	5	41.7%	4	33.3%	0.18	1	0.673
	Moderat	7	58.3%	8	66.7%			
	Abnormal	0	0.0%	0	0.0%			
Impact	Normal	6	50.0%	10	83.3%	3.00	1	0.083
	Moderat	6	50.0%	2	16.7%			
	Abnormal	0	0.0%	0	0.0%			

Notă: χ^2 – valoare testului Hi-pătrat, df - numărul gradelor de libertate, p – nivel de semnificație statistică.

Tabel 29. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile Dificultăților și subscalelor componente determinate pentru grupul GE la momentele test și re-test

GE		N	Test Wilcoxon	
			Z	p
Scor total Dificultăți	Retest < Test	8	-2,64	0.008
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	4		
Distres emotional	Retest < Test	6	-2,33	0.031
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	6		
Dificultăți comportamentale	Retest < Test	4	-1,34	0.375
	Retest > Test	1		

GE		N	Test Wilcoxon	
			Z	p
	Retest = Test	7		
Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare	Retest < Test	5	-2,24	0.063
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	7		
Dificultăți relaționale	Retest < Test	6	-2,27	0.031
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	6		
Comportament prosocial	Retest < Test	2	-1,34	0.500
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	10		
Impact	Retest < Test	4	-2,00	0.125
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	8		
	Total	12		

Tabel 30. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile Dificultăților și subscalelor componente determinate pentru grupul GC la momentele test și re-test

GC		N	Test Wilcoxon	
			Z	p
Scor total Dificultăți	Retest < Test	7	-2,53	0.016
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	5		
Distres emotional	Retest < Test	5	-2,07	0.063
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	7		
Dificultăți comportamentale	Retest < Test	4	-1,86	0.125
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	8		
Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare	Retest < Test	2	-1,34	0.500
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	10		
Dificultăți relaționale	Retest < Test	3	-1,63	0.250
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	9		
Comportament prosocial	Retest < Test	2	-1,34	0.500
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	10		
Impact	Retest < Test	3	-1,73	0.250
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	9		
	Total	12		

Tabel 31. Rezultatele comparării nivelului Dificultăților în funcție de diferența de gen pentru GE la momentul re-test

Dificultăți re-test	Test de independență Hi-pătrat		
	χ^2	df	p
Scor total Dificultăți	0.00	1	---
Distres emoțional	2.00	2	0.368
Dificultăți comportamentale	0.44	1	0.505

Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare	4,00	1	0,182
Dificultăți relaționale	0,00	1	---
Comportament prosocial	1.50	1	0,221
Impact	2.40	1	0.455

Tabel 32. Rezultatele comparării nivelului Dificultăților în funcție de diferența de vârstă pentru GE la momentul re-test.

Dificultăți re-test	Test de independență Hi-pătrat		
	χ^2	df	p
Scor total Dificultăți	4.80	2	0.091
Distres emoțional	3,10	4	0,541
Dificultăți comportamentale	0.89	2	0.641
Hiperactivitate/Dificultăți de concentrare	0.89	2	0,641
Dificultăți relaționale	2.40	2	0.301
Comportament prosocial	1.50	2	0.472
Impact	0.60	2	0.741

Amenințări.

Tabel 33. Asocierea nivelurilor Amenințărilor cu GC/GE la momentul test și rezultatele testului de independență Hi-pătrat

Amenințări test		Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
Amenințare fizică	Normal	6	50.0%	8	66.7%	0.69	1	0.408
	Ridicat	6	50.0%	4	33.3%			
Amenințare socială	Normal	9	75.0%	7	58.3%	0.75	1	0.386
	Ridicat	3	25.0%	5	41.7%			
Eșec personal	Normal	6	50.0%	5	41.7%	0.17	1	0.682
	Ridicat	6	50.0%	7	58.3%			
Ostilitate	Normal	8	66.7%	5	41.7%	1.51	1	0.219
	Ridicat	4	33.3%	7	58.3%			

Notă: χ^2 – valoare testului Hi-pătrat, df - numărul gradelor de libertate, p – nivel de semnificație statistică.

Tabel 34. Asocierea nivelurilor Amenințărilor cu GC/GE la momentul re-test și rezultatele testului de independență Hi-pătrat

Amenințări re-test		Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
Amenințare fizică	Normal	9	75.0%	11	91.7%	1.20	1	0.273
	Ridicat	3	25.0%	1	8.3%			
Amenințare socială	Normal	11	91.7%	9	75.0%	1.20	1	0.273
	Ridicat	1	8.3%	3	25.0%			
Eșec personal	Normal	8	66.7%	10	83.3%	0.89	1	0.346
	Ridicat	4	33.3%	2	16.7%			
Ostilitate	Normal	11	91.7%	10	83.3%	0.38	1	0.537
	Ridicat	1	8.3%	2	16.7%			

Notă: χ^2 – valoare testului Hi-pătrat, df - numărul gradelor de libertate, p – nivel de semnificație statistică.

Tabel 35. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile Amenințărilor grupului GE între momentele test și re-test

GE		N	Test semnelui McNemar
			<i>p</i>
Amenințarea fizică	Retest < Test	3	0.250
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	9	
Amenințarea socială	Retest < Test	2	0.500
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	10	
Eșec personal	Retest < Test	5	0,063
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	7	
Ostilitate	Retest < Test	5	0,063
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	7	
	Total	12	

Tabel 36. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile Amenințărilor grupului GC între momentele test și re-test

GE		N	Test semnelui McNemar
			<i>p</i>
Amenințarea fizică	Retest < Test	3	0.250
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	9	
Amenințarea socială	Retest < Test	2	0.500
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	10	
Eșec personal	Retest < Test	2	0,500
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	10	
Ostilitate	Retest < Test	3	0,250
	Retest > Test	0	
	Retest = Test	9	
	Total	12	

Tabel 37. Rezultatele comparării nivelului de manifestare a Amenințărilor în funcție de diferența de gen pentru GE la momentul re-test.

Amenințări re-test	Test de independență Hi-pătrat		
	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Amenințare fizică	1.09	1	0.296
Amenințare fizică	0.44	1	0,505
Eșec personal	2.40	1	0.121
Ostilitate	0,00	1	--

Tabel 38. Rezultatele comparării nivelului de manifestare a Amenințărilor în funcție de diferența de vârstă pentru GE la momentul re-test.

Amenințări re-test	Test de independență Hi-pătrat		
	χ^2	<i>df</i>	<i>p</i>
Amenințare fizică	5.46	2	0.065
Amenințare fizică	2,22	2	0,329
Eșec personal	3.00	2	0.223
Ostilitate	3,00	2	0,223

Calitatea vieții (Starea de bine).

Tabel 39. Asocierea nivelurilor Calității vieții și subscalelor cu GC/GE la momentul test și rezultatele testului de independență Hi-pătrat

Calitatea vieții test		Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
Starea de bine fizică	Normal	3	25.05	4	33.3%	0.22	2	0.896
	Moderat	7	58.3%	6	50.0%			
	Abnormal	2	16.7%	2	16.7%			
Starea de bine emoțională	Normal	0	0.0%	0	0.0%	0.20	1	0.653
	Moderat	8	66.7%	9	75.0%			
	Abnormal	4	33.3%	2	25.0%			
Stima de sine	Normal	2	16.7%	1	8.3%	0.78	2	0.676
	Moderat	7	58.3%	9	75.0%			
	Abnormal	3	25.0%	2	16.7%			
Relația cu familia	Normal	4	33.3%	1	8.3%	2.28	2	0.320
	Moderat	5	41.7%	7	58.3%			
	Abnormal	3	25.0%	4	33.3%			
Relația cu prietenii	Normal	2	16.7%	2	16.7%	2.40	2	0.301
	Moderat	9	75.0%	6	50.0%			
	Abnormal	1	8.3%	4	33.3%			
Funcționarea zilnică	Normal	1	8.3%	1	8.3%	1.22	2	0.543
	Moderat	8	66.7%	10	83.3%			
	Abnormal	3	25.0%	1	8.3%			
Starea de bine a diabeti-cilor	Normal	0	8.3%	2	16.7%	2.18	2	0.336
	Moderat	6	50.0%	5	41.7%			
	Abnormal	6	50.0%	5	41.7%			

Notă: χ^2 – valoare testului Hi-pătrat, df - numărul gradelor de libertate, p – nivel de semnificație statistică.

Tabel 40. Asocierea nivelurilor Calității vieții și subscalelor cu GC/GE la momentul re-test și rezultatele testului de independență Hi-pătrat

Calitatea vieții re-test		Grup control		Grup experimental		Testul de independență Hi-pătrat		
		n	%	n	%	χ^2	df	p
Starea de bine fizică	Normal	6	50.0%	9	75.0%	1.60	2	0.206
	Moderat	6	50.0%	3	25.0%			
	Abnormal	0	0.0%	1	8.3%			
Starea de bine emoțională	Normal	5	41.7%	8	66.7%	1.51	2	0.219
	Moderat	7	58.3%	4	33.3%			
	Abnormal	0	0.0%	0	8.3%			
Stima de sine	Normal	1	8.3%	10	83.3%	13.70	2	0.001
	Moderat	10	8.3%	2	16.7%			
	Abnormal	1	8.3%	0	0.0%			
Relația cu familia	Normal	8	66.7%	11	91.7%	2.47	2	0.290
	Moderat	3	25.0%	1	8.3%			
	Abnormal	1	8.3%	0	0.0%			
Relația cu prietenii	Normal	5	41.7%	9	75.0%	2.74	2	0.098
	Moderat	7	58.3%	3	25.0%			
	Abnormal	0	0.0%	0	0.0%			
Funcționarea zilnică	Normal	6	50.0%	10	83.3%	3.00	1	0.083
	Moderat	6	50.0%	2	16.7%			
	Abnormal	0	0.0%	0	0.0%			
Starea de bine a diabeti-cilor	Normal	3	25.0%	10	83.3%	8.77	2	0.012
	Moderat	6	50.0%	2	16.7%			
	Abnormal	3	25.0%	0	0.0%			

Notă: χ^2 – valoare testului Hi-pătrat, df - numărul gradelor de libertate, p – nivel de semnificație statistică.

Tabel 41. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile componentelor Calității vieții pentru grupul GE între momentele test și re-test

GE		N	Test Wilcoxon	
			Z	p
Starea de bine fizică	Retest < Test	5	-2,07	0.063
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	7		
Starea de bine emoțională	Retest < Test	10	-3,05	0.002
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	2		
Stima de sine	Retest < Test	9	-2,81	0.004
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	3		
Relația cu familia	Retest < Test	11	-3,07	0.001
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	1		
Relația cu prietenii	Retest < Test	9	-2,81	0.004
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	3		
Funcționarea zilnică	Retest < Test	9	-2,89	0.004
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	3		
Starea de bine a diabeticii	Retest < Test	9	-2,74	0.004
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	3		
Total		12		

Tabel 42. Rezultatele testului comparativ non-parametric Wilcoxon între nivelurile componentelor Calității vieții pentru grupul GC între momentele test și re-test

GE		N	Test Wilcoxon	
			Z	p
Starea de bine fizică	Retest < Test	5	-1,67	0.188
	Retest > Test	1		
	Retest = Test	6		
Starea de bine emoțională	Retest < Test	7	-2,46	0.016
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	5		
Stima de sine	Retest < Test	3	-0,45	0.999
	Retest > Test	2		
	Retest = Test	7		
Relația cu familia	Retest < Test	5	-2,12	0.063
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	7		
Relația cu prietenii	Retest < Test	4	-2,00	0.125
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	8		
Funcționarea zilnică	Retest < Test	6	-2,27	0.031
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	6		
Starea de bine a diabeticii	Retest < Test	5	-2,12	0.063
	Retest > Test	0		
	Retest = Test	7		
Total		12		

ANEXA 5. Programul de intervenție prin reziliență asistată

INTERVENȚIA PĂRINTE (continuare)

Sedința 2 P

Obiective: • *Conștientizarea și elaborarea unui control eficient* • *Rațional vs Emoțional în abordarea problemelor*

Accentul s-a pus pe dezvoltarea/întărirea și înțelegerea competențelor parentale care să susțină gestionarea eficientă a bolii copilului. Părinților le-au fost explicate modelele și modul în care fiecare influențează dezvoltarea copilului cu diabet. **Părinții autocratici** consideră că rolul lor este acela de a-și controla copiii. Aceștia își apără drepturile în detrimentul drepturilor copiilor. Ei iau toate deciziile și consideră că au răspunsurile corecte. Pun mare preț pe respectarea întocmai a regulilor și folosesc pedeapsa pentru a-și controla copiii [92]. Acesta este un tip negativ de parenting. **Părinții perfecționiști** sunt un tip mai pozitiv, dar tot dezechilibrat, care consideră că supravegherea și organizarea constante previn indisciplina. Acești părinți consideră că comportamentul copiilor reflectă cât sunt ei de buni ca părinți, ceea ce influențează unele dintre deciziile lor de parenting. Folosesc tipare rigide de tipul ”trebuie” și impun copiilor lor să simtă, să gândească și să creadă așa cum consideră ei. Își asumă responsabilitatea de a monitoriza și planifica responsabilitățile copiilor, recompensându-i pe aceștia de fiecare dată când cooperează, arătându-se mândri că au ”așa copii buni”, dar făcându-i pe aceștia să se simtă vinovați, criticându-i sau arătându-se dezamăgiți de ei, atunci când greșesc. Copiii acestor părinți au probleme în a prelua responsabilitatea pentru gestionarea proprie a diabetului, deoarece se bazează foarte mult pe ordinele stricte ale părinților. Frica de a nu-și dezamăgi părinții conduce la ascunderea greșelilor în gestionarea bolii, cum ar fi neglijarea monitorizării glicemiei sau excese în alimentație. **Părinții permisivi** sunt mai dispuși să accepte un comportament lipsit de respect din partea copiilor și nu îi trag la răspundere pentru faptele lor. Majoritatea își salvează copiii de greșeli găsindu-le scuze pentru comportamentul lor sau chiar dau vina pe alții. Sunt dispuși să-i lase pe copii să facă orice pentru ca aceștia să fie fericiți. Copiii din astfel de familii nu sunt responsabili, dar cu siguranță au control asupra alegerilor lor comportamentale. Părinții lor nu stabilesc limite și nu aplică reguli, fiindu-le teamă că ar putea pierde dragostea copilului lor.

„În acest tip de parenting drepturile copiilor sunt mai presus de cele ale părinților. Acest tip la prima vedere poate părea unul pozitiv, deoarece nu presupune severitate, critică sau pedepse, însă este la fel de dezechilibrat ca cel autocratic, dar la pol opus, având efecte negative pe termen lung. Copiii acestor părinți întâmpină dificultăți în a-și respecta rutina strictă a diabetului, cum ar fi monitorizarea glicemiei sau administrarea insulinei. Lipsa unei structuri clare conduce la probleme de sănătate pe termen lung, cum ar fi glicemii dezechilibrate. Deși acești copii se simt sprijiniți emoțional, au probleme în a respecta regulile și disciplina necesară pentru a-și gestiona boala. **Părinții democratici** consideră că părinții și copiii au drepturi egale, încearcă să echilibreze nevoile adulților cu nevoile individuale ale copiilor. Aceștia îi învață pe copii respectul, egalitatea, stabilesc reguli care sunt respectate de ambele părți, manifestă și transmit respect de sine stabilind limite și oferind alternative, își învață copiii despre efectele pozitive și negative ale alegerilor de comportament pe care le fac. Astfel de părinți manifestă empatie și înțelegere pentru sentimentele negative și părerile diferite ale copiilor lor, nu încearcă să le modifice sau să le eticheteze în ”corect” sau ”greșit”. Își încurajează copiii să învețe din propriile lor greșeli, înțelegând că greșelile fac parte din viață și din procesul de învățare și nu îi învinovătesc sau critică pe aceștia. Când apar probleme acești părinți își asumă responsabilitatea și partea lor de vină, învățându-i pe copii să facă la fel. Este stilul cel mai benefic în dezvoltarea unui copil cu diabet, deoarece combină disciplina și

limitele cu sprijinul emoțional, oferind copiilor un mediu sigur în care să se dezvolte și să-și exprime individualitatea.

Stilul cel mai dăunător este cel al **părinților neimplicați**, în care nevoile de bază, atât cele ce țin de hrană, adăpost sau îngrijire medicală, dar și cele emoționale sau de dezvoltare lipsesc. Părinții sunt distanți afectiv, deci indisponibili sentimental, comunică puțin cu copilul lor, nu îi oferă îndrumare, sunt neimplicați în activitatea școlară a copilului, îi neglijează disciplina, își încalcă promisiunile și nu le pasă de dezvoltarea copilului. Stilul parental neimplicat, conform cercetărilor psihologice, este unul în care părinții nu oferă suficientă supraveghere, îndrumare sau suport emoțional copiilor [17, 154]. Dr. Laura Markham este de părere că acest tip de parenting este din ce în ce mai întâlnit, fiind prezent inclusiv în cazul părinților preocupați de viața profesională, care își neglijează copiii și le oferă bani, în loc de atenție [155]. Am abordat împreună cu părinții reacțiile de tip Rațional vs Emoțional (A6.6 Exercițiul 1). Problemele sunt asemănate cu straturile unei cepe, pentru că ele au adesea multiple niveluri care trebuie explorate treptat, fie că vorbim de izbucniri emoționale sau de abordarea rațională. Fiecare părinte reacționează diferit în fața dificultăților, iar aceste reacții pot fi influențate de cum sunt gestionate straturile emoționale și cele cognitive. O problemă minoră, poate declanșa o reacție emoțională disproporționată pentru că „deschide” un strat mai profund al cepei — o problemă din trecut care nu a fost rezolvată. Părinții care nu au abilități de gestionare a emoțiilor sau nu au sprijin emoțional pot experimenta izbucniri frecvente. Izbucnirile emoționale apar atunci când persoanele sunt copleșite de emoții intense, iar problema nu este abordată rațional, ci pe baza reacțiilor emoționale brute. Abordarea rațională a problemelor implică un proces de gândire care se desfășoară într-un mod metodic, atent la fiecare strat al problemei, în care părintele identifică și înțelege fiecare „strat” al problemei. În loc de o reacție impulsivă, există o abordare atentă a cauzelor, consecințelor și posibilelor soluții. Emoțiile nu sunt suprimate, dar nici nu preiau controlul, astfel încât părintele își permite să simtă, dar se concentrează pe găsirea de soluții care sunt funcționale pe termen lung. Abordarea emoțională se concentrează pe reacțiile și sentimentele imediate, iar emoțiile predomină în luarea deciziilor și gestionarea problemelor, în timp ce abordarea rațională se bazează pe analiză logică și pe planificare metodică. În mod ideal, gestionarea problemelor ar trebui să combine înțelegerea emoțiilor cu o abordare rațională, deschizând fiecare strat cu grijă și fără a declanșa reacții afective excesive.

Ședința 3 P

Obiectiv: • *Principii de dezvoltare a rezilienței*

În cadrul ședinței au fost discutați, analizați și conștientizați cei „7 C” ca set de trăsături și abilități esențiale care ajută copiii să dezvolte o sănătate emoțională și psihologică solidă, inclusiv în contextul gestionării unei boli cronice, cum ar fi diabetul. Prin aceasta s-a făcut analiza relației părinte-copil. **Competența** (Competence): abilitatea copilului de a face față diferitelor sarcini și provocări cu succes. **Încrederea** (Confidence): sentimentul de siguranță în propria capacitate de a face față provocărilor și de a reuși. **Conexiunea** (Connection): sentimentul de apartenență și legătura cu ceilalți, conexiunea cu familia, prietenii și grupurile de suport este esențială pentru copiii cu diabet. O rețea de suport care înțelege și respectă nevoile speciale ale copilului contribuie la sentimentul de apartenență și la o gestionare mai bună a bolii. **Caracterul** (Character): setul de valori, principii și comportamente care definesc o persoană. Dezvoltarea caracterului include învățarea responsabilității și a disciplinei în gestionarea diabetului. Părinții pot modela comportamente pozitive și pot învăța copilul despre importanța respectării planului de tratament și a luării de decizii sănătoase. **Contribuție** (Contribution): sentimentul de a avea un impact pozitiv și de a contribui la binele celorlalți și la comunitate. Copiii trebuie încurajați să participe la activități care le permit să contribuie și să facă o diferență, fie că este vorba de participarea la grupuri de

suport pentru diabet sau implicarea în educarea altora despre diabet. Acest sentiment de contribuție poate întări încrederea și scopul personal. **Coping** (Coping): abilitatea de a face față stresului și provocărilor într-un mod adaptativ. Copiii trebuie să dezvolte abilități de coping pentru a face față stresului și emoțiilor care vin o dată cu diabetul. Tehnicile de coping pot include strategii de relaxare, mindfulness și identificarea și gestionarea stresului. **Control** (Control): abilitatea de a influența și de a lua decizii care afectează propria viață, dobândirea unui anumit grad de control asupra gestionării propriei boli este importantă. Acest lucru include implicarea în decizii legate de tratament și gestionarea zilnică, care ajută la dezvoltarea autonomiei și responsabilității. Aplicarea celor „7 C” în viața copiilor cu diabet poate ajuta la dezvoltarea abilităților necesare pentru a face față provocărilor legate de boală și pentru a menține o stare de bine generală. (Anexa 6.5 Lista de întrebări pentru părinți ”7 C” [78]).

Ședința 4 P

Obiective: • *Promovarea rezilienței în familie* • *Mindfulness*

În cadrul ședinței a fost analizată importanța rezilienței în familie. În cazul familiilor cu copii bolnavi cronici este esențială pentru a ajuta atât copiii, cât și părinții să facă față provocărilor emoționale și practice legate de gestionarea acestei afecțiuni cronice [31]. Aceasta implică o abordare holistică ce include educația, sprijinul emoțional, dezvoltarea abilităților de coping și în special, menținerea unei perspective pozitive. Părinții trebuie să accepte că diabetul este doar o parte a vieții copilului, dar nu definește întreaga sa identitate, de aceea este important ca familia să mențină o atitudine pozitivă și o abordare sănătoasă [197]. În ședință, părinții au învățat să utilizeze tehnici de echilibrare, cum ar fi respirația profundă, meditația sau exerciții de relaxare pentru reducerea stresului [101] (Anexa 6.1 Exercițiul 1). În loc să se concentreze exclusiv pe limitările impuse de diabet, familia trebuie să pună accent pe abilitățile și pe realizările copilului. Părinții au fost instruiți să fie empatici, să valideze emoțiile copilului și să evite atitudinile hiperprotectoare. În abordarea de familie am identificat modalitățile potrivite fiecărei familii prin care să fie sprijiniți atât copiii, cât și părinții lor și am stabilit un plan adaptat pentru gestionarea situațiilor de urgență (hipoglicemia/hiperglicemia), lucru care ajută la reducerea anxietății și oferă familiei un sentiment de siguranță. Părinții trebuie să aibă grijă și de propria lor sănătate fizică și emoțională pentru a putea oferi sprijin adecvat copilului, de aceea au fost încurajați să aloce timp pentru sine, să caute suport (terapie individuală sau grupuri de sprijin) sau să-și dezvolte noi pasiuni. Acest mod de abordare holistică susține nu doar copilul, ci întregul sistem familial, ajutându-i să devină mai puternici și mai adaptați în fața provocărilor legate de diabet, dar și a altor probleme cotidiene.

Tehnicile de relaxare sunt instrumente valoroase cu ajutorul cărora părinții învață să se adapteze la stres și să-și dezvolte reziliența. Capacitatea de a se adapta și de a răspunde pozitiv la stres și adversități este vitală și s-a confirmat deja ca poate fi cultivată prin metode de relaxare structurate și conștiente [33, 152]. Prin utilizarea regulată a tehnicilor de relaxare, părinții își pot îmbunătăți propriile abilități de a face față stresului, demonstrând totodată un model de comportament pentru copiii lor [77]. Tehnicile de relaxare sunt susținute de dovezi științifice care atestă eficacitatea lor în reducerea simptomelor de stres, anxietate și îmbunătățirea stării generale de sănătate [118, 229]. Studiile științifice au concluzionat ca tehnicile de relaxare, incluzând, dar nelimitându-se la mindfulness, precum tehnici de respirație controlată, implementate constant în contextul familial contribuie semnificativ la creșterea rezilienței psihologice a copiilor și a părinților [3, 152, 207]. Practica mindfulness a fost confirmată ca tratament eficient pe termen lung în ameliorarea anxietății și furiei la copii cu efecte ce au persistat 2 ani, și în ameliorarea comportamentului perturbator, în creșterea rezilienței emoționale a copiilor proveniți din medii familiale

stabile, dar și a celor afectați de divorțul părinților [44]. Respirația conștientă este o tehnică simplă ce poate fi practică de către membrii familiei de orice vârstă. Fie că este vorba de respirația abdominală profundă sau de respirația 4 – 7 – 8, această activitate este un moment de reconectare și calmare atât pentru părinți, cât și pentru copii. Programele educaționale bazate pe mindfulness îmbunătățesc de regulă, bunăstarea și competențele sociale și emoționale ale copiilor [77, 187]. Studiile sugerează că utilizarea frecventă a tehnicilor de relaxare împreună, îmbunătățește sănătatea mintală a întregii familii, scăzând nivelul de stres și facilitând o mai bună reglare emoțională [33, 193]. Mindfulness-ul a apărut chiar și ca factor promițător de reziliență la părinții copiilor cu DZ, facilitând un comportament parental hiperprotector diminuat [205].

Ședința 5 P

Obiective: • *Rutine și reguli familiale* • *Cultivarea independenței*

Rutinele, stabilitatea, relațiile apropiate, rezolvarea problemelor și speranța sunt factori esențiali în promovarea rezilienței în familiile copiilor cu diabet [134]. Familia a fost consiliată în implementarea acestor practici, întrucât familiile creează un mediu de sprijin care contribuie la dezvoltarea unei stări de bine emoționale și fizice, favorizând gestionarea mai eficientă a provocărilor asociate cu diabetul. Rutinele oferă copiilor un sentiment de securitate și predictibilitate, care îi ajută să se simtă mai în control în fața schimbărilor neașteptate. Stabilirea unor reguli clare și consistente este de asemenea fundamentală, însă, ele trebuie să fie aplicabile întregii familii, pentru a evita standardul dublu și să fie comunicate într-un mod pozitiv și înțelegător. Dacă părinții respectă regulile și rutinele stabilite, copilul este mai probabil să le adopte și să le respecte la rândul său. Studiul lui Masten și Motti-Stefanidi [134] a subliniat de asemenea, importanța stabilității, rutinelor și suportului social în dezvoltarea rezilienței la copii, inclusiv la cei cu probleme de sănătate. În terapie, părinții au fost învățați să discute cu copilul despre importanța regulilor și a rutinei într-un mod care să sublinieze beneficiile, aspect care contribuie la dezvoltarea unui sentiment de echitate. Implicarea copilului în procesul de stabilire a regulilor și învățarea consecințelor logice ale comportamentelor ajută la dezvoltarea responsabilității și a unei atitudini pozitive față de gestionarea afecțiunii. Părinții au fost consiliați să-i îndrume și să le ofere suport copiilor, în loc să preia complet sarcinile acestora. Acest lucru încurajează copiii să învețe și să-și dezvolte abilități de rezolvare a problemelor, fără a deveni dependenți de părinți pentru fiecare detaliu. Părinții au fost îndrumați să delege copiilor sarcini legate de mici activități casnice sau școlare, oferindu-le responsabilități adecvate vârstei lor, să încurajeze luarea deciziilor de către copii, dându-le ocazia să aleagă între opțiuni și să învețe să-și asume consecințele alegerilor. Este important ca părinții să aprecieze efortul, nu doar rezultatele obținute de copii, să laude încercările și progresul lor, indiferent de succesul final. Părinții au fost învățați să ofere feedback constructiv și să le punteze realizările, indiferent de dimensiunea acestora. Prin implicarea copiilor în sarcini și luarea deciziilor, aprecierea efortului și stabilirea unor așteptări realiste, părinții contribuie la dezvoltarea unei baze solide pentru reziliență și succes personal. Aceste practici nu doar că sprijină dezvoltarea abilităților de viață, dar și promovează o relație familială pozitivă și de susținere.

Ședința 6 P

Obiective: • *Follow-up (monitorizare)*

În cadrul ședinței de follow-up cu părinții s-au monitorizat și evaluat **îmbunătățirile** și **schimbările** observate în sesiunile precedente. Obiectivul acestei ședințe a fost să analizăm progresul familiei, să consolidăm strategiile de succes și să ajustăm planul unde este necesar. În această ședință s-au urmărit mai multe aspecte esențiale pentru evaluarea progresului și monitorizarea persistenței efectelor terapiei. **Îmbunătățiri observate:** Părinții au raportat o

îmbunătățire semnificativă în modul în care copilul își gestionează stresul și emoțiile legate de diabet, tehnicile de coping, respirația profundă și meditația, au fost aplicate cu succes de către copil, copiii au arătat o mai mare implicare și responsabilitate în monitorizarea glicemiei și administrarea insulinei, contribuind la reducerea dependenței de părinți în aceste aspecte. Comunicarea deschisă dintre copii și părinți s-a îmbunătățit. Copiii au început să vorbească mai deschis despre emoțiile și fricile lor, ceea ce a redus tensiunile în familie și a creat un mediu de sprijin mai bun. Părinții au reușit să promoveze o abordare mai pozitivă față de diabet, concentrându-se pe realizările copilului și pe abilitățile dezvoltate în gestionarea afecțiunii.

Schimbări notabile: Copiii și-au dezvoltat mai multă încredere în ei și-au devenit mai independenți în luarea deciziilor legate de tratament, alimentație și stil de viață. Aceasta a condus la o mai bună acceptare a diabetului ca parte a vieții lor, fără a se simți definiți de boală. Părinții au raportat o scădere a anxietății legate de gestionarea diabetului și de situațiile de urgență (hipoglicemiile). Planul de gestionare a urgențelor a oferit părinților mai multă siguranță și încredere în capacitatea lor de a face față acestor situații. Părinții au învățat să gestioneze emoțiile copilului cu mai multă empatie și răbdare, fără să ofere soluții rapide sau să le minimalizeze problemele. Acest lucru a creat o relație mai solidă între copil și părinți.

Ajustări și planificări viitoare: În perioada post-intervenție, focusul a fost pe continuarea dezvoltării autonomiei copilului în gestionarea diabetului, trecând treptat managementul total către copil în funcție de vârstă și de capacitatea de gestionare. Părinții au fost încurajați să-și mențină implicarea și sprijinul, oferind copiilor siguranța necesară pentru a face față provocărilor și de asemenea, au continuat să aloce timp pentru ei înșiși și să participe la activități care să-i ajute să gestioneze propriul stres, astfel încât să fie un sprijin mult mai eficient pentru copil. Ca o **concluzie**, s-a observat o evoluție pozitivă în procesul terapeutic al copilului și familiei, cu îmbunătățiri reale la nivel emoțional și comportamental.

INTERVENȚIA PĂRINTE-COPIL (continuare)

Ședința 2 P/C

Obiective: • *Comunicarea eficientă* • *Managementul stresului* • *Cultivarea stimei de sine*

Am avut în vedere menținerea unui dialog deschis și sincer între membrii familiei și modul în care aceștia ajută la abordarea problemelor și a îngrijorărilor într-un mod constructiv, deoarece comunicarea eficientă între părinți și copil este elementară pentru dezvoltarea unei relații sănătoase. Se realizează prin: a) *ascultare activă*, este important să-i fie arătat copilului că este ascultat cu adevărat, oferindu-i-se atenție deplină, prin contact vizual și a i se răspunde la ceea ce el spune, nu doar verbal, ci și prin limbajul corpului sau prin comunicarea non-verbală, adică felul în care părintele spune lucrurile prin tonul vocii, gesturi și expresii faciale ce pot influența puternic mesajul transmis; b) *empatie*, înțelegând perspectiva copilului și validându-i sentimentele, chiar dacă părintele nu este de acord întru-totul cu comportamentul lui; c) *stabilirea limitelor* clare comunicate într-un mod care să inspire colaborare și nu autoritate excesivă; d) *comunicare deschisă* de fiecare dată, părintele arătându-se disponibil pentru discuții și ascultând activ preocupările copilului, creând astfel, un mediu sigur pentru exprimarea emoțiilor (A6.6. Activitate 1). Părinții nu pot controla fenomene precum sărăcia, rasismul și toate celelalte probleme ale umanității, dar îl pot pregăti pe copil să se strecoare printr-o varietate de situații stresante, învățându-l să evalueze cu realism iminența unui pericol, apoi să dezvolte strategii de abordare și rezolvare a problemelor și în final să găsească modalități de relaxare care să-l ajute să estompeze efectele stresului [255]. Un aspect important, esențial este că părinții trebuie să țină cont că ei constituie pentru copiii lor modele despre cum se poate gestiona stresul în mod sănătos. În ședință am exersat împreună cu părintele

și copilul o serie de tehnici utile precum reformularea cognitivă, ascultarea activă și asertivă, feedback pozitiv în diferite situații ipotetice, prin jocuri de rol cu scenarii părinte-copil folosind figurine. Stima de sine a copilului este esențială pentru dezvoltarea sănătoasă și adaptarea lui emoțională, mai ales în cazul copiilor care se confruntă cu provocări medicale, iar rolul părinților este foarte important prin încurajarea autonomiei, feedback constructiv și modelarea comportamentelor sănătoase. Copiii împrumută comportamentele părinților, când aceștia își arată respectul față de ei înșiși și își recunosc propriile abilități și limitări, copilul va învăța asta, iar dacă părinții se critică în fața copilului, acesta va începe să își subestimeze propria valoare. Este important deci, ca părinții să fie un model de acceptare de sine și de compasiune față de propriile imperfecțiuni. Părinții au fost îndemnați să arate copiilor prin propriile lor povești de viață cum dificultățile și eșecurile fac parte din viață și că acestea nu reflectă valoarea lor ca persoane. În acest fel, în loc să evite provocările, copiii învață să le privească ca pe oportunități de creștere [218].

Ședința 3 P/C

Obiective: • *Strategii de coping* • *Modelarea comportamentului rezilient*

Învățarea unor strategii sănătoase de coping care să fie exersate în familie, ajută copiii să devină mai rezilienți și să facă față dificultăților cu mai mult calm și claritate. Au fost exersate o serie de tehnici utile, precum: *a) Respirația profundă* (tehnica balonului) implică respirații profunde ca și cum ar umfla un balon imaginar. Aceasta este o metodă eficientă de a reduce anxietatea în momentele de stres. *b) Distragerea atenției* ajută copilul să învețe cum să-și redirecționeze atenția către activități care îi fac plăcere (desen, citit, joc) atunci când este copleșit de emoții negative. *c) Exprimarea emoțiilor* prin care copilul a fost încurajat să vorbească despre ceea ce simte sau să își noteze emoțiile într-un jurnal, identificarea emoțiilor fiind primul pas în a învăța cum să le gestionezi [68]. Sarcina a presupus ca părinții împreună cu copiii să găsească soluții pentru problemele care îl stresează pe copil, discutând atât avantajele, cât și dezavantajele. Discuțiile deschise despre probleme îi oferă copilului un sentiment de control și încredere că poate găsi soluții. Părinții joacă un rol fundamental în modelarea comportamentului rezilient la copii, iar acest lucru poate fi realizat prin exemple și activități concrete. Prin modelarea comportamentului pozitiv părintele îi arată copilului comportamente adecvate în situații sociale sau emoționale dificile, iar copilul observă și învață cum să reacționeze în moduri sănătoase în diferite situații.

Tehnici: Povestea rezilienței: *"Povestește copilului tău despre o situație dificilă prin care ai trecut și cum ai reușit să o depășești. Încurajează-l să facă același lucru, să-și împărtășească propriile provocări și cum a reușit să facă față."*; Învățarea din greșeli: *"Arată-i copilului tău că greșelile sunt oportunități de învățare. Împărtășește propriile greșeli și cum ai învățat din ele. Discută despre ce ar fi putut face diferit și cum să abordeze situații similare în viitor."*; Recunoașterea succeselor mici: *"Încurajează-ți copilul să recunoască micile succese din viața sa, chiar și atunci când lucrurile nu au mers perfect."* Acest lucru întărește sentimentul de autoeficacitate și reziliență. Copiii și părinții au învățat să creeze împreună un plan de acțiune pentru a transforma o provocare recentă într-o oportunitate. De asemenea, au fost exersate tehnici de autocontrol și coping pe care copiii le poată aplica în situații dificile. Prin intermediul modelării comportamentale pozitive, copilul învață de la părinți, terapeut sau de la alte modele (alți copii sau adulți cu diabet) cum să facă față mai bine provocărilor zilnice [250]. Părinții trebuie să fie modele, întrucât copiii ***învață prin observație***, așa că este important ca adulții să modeleze comportamente reziliente. Aceștia vor folosi poveștile ca un instrument extrem de eficient pentru a stimula dezvoltarea copiilor și pentru a-i învăța lecții valoroase despre depășirea greutăților și reziliență. Prin intermediul poveștilor, fie ele din viața reală, din cărți sau filme, copiii învață strategii de a face față provocărilor, de a-și dezvolta încrederea în sine și de a găsi motivație pentru a persevera.

Ședința 4 P/C

Obiective: • *Punctele forte* • *Cultivarea sentimentului de competență* • *Rescrierea convingerilor nesănătoase*

Ședința a vizat identificarea și dezvoltarea punctelor forte. Aceasta este esențială pentru creșterea încrederii și a competenței copilului în gestionarea diabetului, dar și a părinților în susținerea acestuia. Abordarea psihoterapeutică bazată pe punctele forte își are originea în psihologia pozitivă. Norine Johnson (2002) a adus o contribuție importantă la dezvoltarea psihoterapiei bazată pe punctele forte și orientate spre construirea rezilienței persoanei [120]. Am ajutat copiii să-și conștientizeze punctele forte și părinții să fie atenți în a pune mai mult preț pe punctele forte ale copilului, decât pe stereotipurile sociale, de exemplu. Părinții și copiii au lucrat împreună pentru a-și descoperi și dezvolta punctele forte, pentru a oferi și primi feedback constructiv, pentru a cultiva competențe și pentru a rescrie convingerile nesănătoase (Anexa 6.6. Exercițiul 3). Aceste exerciții le-a facilitat o gestionare mai eficientă a problemelor, îmbunătățind atât abilitățile practice, cât și starea emoțională a copilului [61]. Multe convingeri negative legate de diabet sau de gestionarea acestuia sunt dăunătoare din punct de vedere emoțional. Rescrierea acestor convingeri ajută la dezvoltarea unei mentalități pozitive [266]. Astfel, prin tehnica de reîncadrare părinții au fost învățați să-și încurajeze copiii înlocuind exprimările negative cu perspective pozitive, de exemplu, în loc de „Nu pot rezolva asta”, să spună „Mai încearcă o dată” sau „Este o provocare, dar poți găsi o soluție”, stimulând totodată prin încurajare, sentimentul de competență. Atunci când copiii se simt competenți, ei sunt mai motivați să încerce lucruri noi, să persevereze în fața provocărilor și să-și dezvolte abilitățile necesare pentru succes. În cadrul terapiei, au avut loc sesiuni de discuții în care copiii au identificat problemele cu care se confruntă și au lucrat împreună cu părinții pentru a găsi formulări pozitive și constructive. În acest sens, pentru identificarea convingerilor, copilul și părintele notează pe o foaie convingerile pe care le au legat de diverse probleme întâmpinate; se identifică cele negative și se rescriu convingerile într-un mod mai constructiv, de exemplu: „Pot învăța treptat cum să gestionez boala” sau „Familia mea mă sprijină și mă învață să fiu independent”. Prin rescrierea convingerilor nesănătoase, o convingere precum „Nu pot să îmi controlez diabetul” poate fi rescrisă cu ajutorul părinților în „Pot învăța treptat cum să îmi gestionez diabetul, iar familia mea mă sprijină în acest proces”. Un alt exercițiu învățat a fost „Jurnalul recunoștinței” prin care atât copiii, cât și părinții să țină un jurnal în care să scrie zilnic trei lucruri pentru care sunt recunoscători. Acest exercițiu ajută la dezvoltarea unei mentalități pozitive și la consolidarea relației părinte-copil.

Ședința 5 P/C

Obiective: • *Cultivarea umorului*; • *Optimism și cultivarea sentimentelor de sens și semnificație*

În termenii psihologiei dezvoltării, râsul este o activitate umană timpurie, făcându-și simțită prezența pentru prima dată la vârsta de 4 luni. Reacția la umor este prezentă cu mult înainte de a ne dezvolta simțul umorului, pentru că este o emoție naturală, înăscută, umorul în terapie apelează la datele noastre naturale și servește unor funcții practice. Umorel joacă un rol esențial în cultivarea optimismului la copii, deoarece le permite să vadă lumea dintr-o perspectivă mai pozitivă și să-și dezvolte o atitudine de încredere în fața provocărilor. Încorporarea umorului în educație și în interacțiunile zilnice cu copiii este o metodă eficientă de a le dezvolta reziliența și capacitatea de a aborda viața cu mai multă speranță și bucurie. Umorel nu doar că reduce stresul și anxietatea, îmbunătățește relațiile prin crearea unei atmosfere de încredere, ci ajută și la dezvoltarea unei perspective pozitive și a flexibilității cognitive. Umorel ca mecanism de coping prezintă o strategie eficientă prin care oamenii, inclusiv copiii, să facă față stresului și dificultăților

mult mai ușor. Prin umor, situațiile provocatoare sunt reinterpretate într-o manieră mai puțin amenințătoare, ceea ce reduce impactul emoțional negativ. Se poate exersa prin amintiri amuzante din viața copilului sau familiei, ghicitori hazlii, povestiri amuzante sau exerciții de genul: Povestea neterminată sau "Râzi și câștigi!". Cultivarea optimismului și a sentimentelor de sens și semnificație prin inversarea exprimărilor negative "nu pot rezolva" în "mai încearcă o dată", oferirea laudelor, recompenselor, reorientarea atenției asupra unor lucruri semnificative este foarte importantă pentru dezvoltarea unei atitudini pozitive la copii. Împreună cu părinții și copiii, am exersat strategii și practici care să fie integrate în activitățile zilnice pentru a promova optimismul și recunoștința: *Lauda constructivă* pentru eforturile și progresele lor, nu doar pentru rezultate; *Recompense motivaționale* care să sublinieze importanța efortului și a atitudinii pozitive, precum timp suplimentar pentru activitățile preferate, bilete pentru evenimente sau alte mici surprize; *Reorientarea asupra lucrurilor semnificative* prin crearea unui jurnal al recunoștinței în care copilul să-și noteze în fiecare zi lucrurile pentru care este recunoscător, urmând ca la finalul zilei să discute cu părinții despre momentele pozitive și realizările lor, chiar și despre cele foarte mici. Practicile de recunoștință îl ajută pe copil la cultivarea unei perspective pozitive și la conștientizarea aspectelor bune ale vieții. O altă strategie eficientă învățată este identificarea aspectelor pozitive în situațiile mai puțin bune, prin apel la povești, eroi sau persoane cunoscute care au depășit dificultăți și au găsit soluții pentru situațiile lor. Părinții au fost învățați de asemenea, să folosească exerciții de vizualizare pozitivă folosind anticipația cu ajutorul căreia să creeze scenarii ideale, dorite, să-și fixeze obiective, discutând cu copilul despre modalități prin care ar putea dobândi acel lucru imaginat. Aceste strategii nu doar că ajută la dezvoltarea optimismului și recunoștinței, dar contribuie și la formarea unei perspective mai pozitive asupra vieții, ajutând copiii să facă față provocărilor și să-și dezvolte o viziune sănătoasă asupra viitorului.

Ședința 6 P/C

Obiective: • *Follow-up (evaluarea persistenței în timp a efectelor terapiei)*

În cadrul ședinței de follow-up, a fost evaluat progresul în mai multe domenii esențiale. Această ședință a fost o oportunitate de a evalua progresul și de a întări strategiile utile, oferind un cadru sigur pentru părinți și copii în care să-și exprime emoțiile și provocările. A cuprins evaluarea stării emoționale a copilului și identificarea schimbărilor în nivelul de anxietate, stres sau tristețe legate de diabet, discuții despre strategiile utilizate și eficiența acestora. Am verificat dacă copilul își urmează cu succes planul de tratament pentru diabet (monitorizarea glicemiei, administrarea insulinei, alimentația) și dacă copilul simte sprijin și înțelegere din partea celor apropiați, evaluând totodată și cum au răspuns părinții și familia la nevoile copilului. De asemenea, a fost evaluat gradul de autonomie al copilului în gestionarea diabetului și au avut loc discuții despre eventuale dificultăți întâmpinate, dar și despre obiectivele stabilite anterior în terapie, verificând dacă au fost atinse. Copiii au fost încurajați să împărtășească noile provocări sau preocupări apărute între timp. În funcție de progresul făcut, am putut stabili noi obiective pe termen scurt și lung, precum îmbunătățirea abilităților de coping, comunicarea emoțională sau gestionarea stresului. Am continuat să sprijinim părinții în oferirea de suport emoțional adecvat, încurajând discuțiile deschise și implicarea copilului în deciziile legate de tratament. Ne-am concentrat pe consolidarea resurselor de reziliență ale copilului (stima de sine, autoeficacitate, motivație) prin discuții despre realizările recente, recunoașterea succeselor și încurajarea sentimentului de autonomie și control.

INTERVENȚIA COPIL (continuare)

Ședința 2 C

Obiective: • *Abilități de rezolvare a problemelor*; • *Strategii de luare a deciziilor*

Rezolvarea unor situații problemă reprezintă un antrenament pentru creșterea rezilienței. Prin încurajarea gândirii critice, copiii au fost învățați să analizeze problemele din mai multe perspective și să găsească soluții adecvate. În cadrul ședinței s-a promovat ideea că greșelile sunt doar oportunități de învățare, nu eșecuri definitive. Terapeutul a ajutat copilul să identifice problemele legate de diabet și să dezvolte soluții, copilul învață cum să abordeze situațiile dificile. De exemplu, un copil poate învăța să gestioneze mai bine momentele când se simte diferit de colegii săi sau să-și dezvolte abilitățile de a spune "nu" în situații în care trebuie să respecte o dietă specială. Prin exerciții copiii au fost încurajați să ia diverse decizii ținând cont de criterii și scopuri (A6.6. Exercițiul 11, Exercițiul 13 și Exercițiul 20).

Ședința 3 C

Obiective: • *Abilități sociale prin comunicare eficientă cu ceilalți, relații pozitive, căutare de sprijin, empatie și rezolvarea conflictelor*

Această ședință are ca scop sprijinirea copiilor în dezvoltarea abilităților sociale prin comunicarea eficientă, construirea relațiilor pozitive și gestionarea conflictelor într-un mod constructiv. Prin activități interactive și discuții ghidate, copiii sunt încurajați să recunoască importanța relațiilor de susținere cu familia, colegii și profesorii, și modul în care aceste relații contribuie la creșterea sentimentului de securitate și reziliență. În cadrul ședinței, copiii vor exersa tehnici de exprimare a emoțiilor și nevoilor, ascultare activă și empatie, elemente fundamentale în stabilirea unor legături sociale sănătoase. De asemenea, se abordează metode constructive de rezolvare a conflictelor, care să îi ajute să gestioneze situațiile tensionate fără a deteriora relațiile importante pentru ei. Ședința include exerciții practice, precum jocuri de rol. În plus, copiii au fost invitați să reflecteze asupra modului în care pot întări aceste relații, dezvoltând astfel un sentiment autentic de apartenență și siguranță. Relațiile pozitive și de susținere cu familia sau colegii îi ajută pe copii să dezvolte un sentiment de securitate și apartenență care le sporește reziliența. Întărirea legăturilor sociale încurajează copiii să dezvolte relații puternice și de susținere cu familia, colegii și profesorii. (Anexa 6.6 Exercițiul 29, Activitatea 9 și 10)

Ședința 4 C

Obiectiv: • *Stabilirea obiectivelor și oportunităților*

Această ședință a avut ca scop principal susținerea copiilor în dezvoltarea unei mentalități de creștere, care să îi ajute să vadă provocările și greșelile ca pe oportunități. Copiii au învățat că orice dificultate întâmpinată în gestionarea diabetului, cum ar fi o glicemie ridicată sau o criză emoțională, poate fi o lecție din care să învețe cum să gestioneze mai bine situațiile viitoare. Astfel, poate identifica soluții pentru a preveni apariția acelei greșeli în viitor, în loc să se simtă descurajat. Terapeutul îi ajută să reflecteze asupra acestor momente, identificând împreună ce au învățat și cum pot folosi aceste învățăminte pentru a-și îmbunătăți abordarea. Ulterior, copiii sunt ghidați să formuleze obiective concrete și realiste, punând accent pe pași mici și realizabili care pot preveni greșelile repetate. Pentru a sprijini acest proces, se utilizează exerciții practice, cum ar fi crearea unui plan personalizat de monitorizare sau identificarea a strategiilor care să îi ajute să nu uite să-și verifice glicemia. În final, ședința a inclus activitate de încurajare a automotivației, unde copiii au formulat un mesaj pozitiv, reafirmând credința în capacitatea lor de a învăța și de a progresa. Mentalitatea de creștere îi învață pe copii că provocările, cât și eșecurile sunt utile pentru dezvoltare. (Anexa 6.6 Exercițiul 17 și 28, Activitatea 12).

Ședința 5 C

Obiectiv: • *Strategii de coping și de adaptare*

Copiii au fost încurajați de către terapeut să împărtășească experiențele lor și cum au reușit să abordeze provocările, oferind detalii despre sentimentele și reacțiile proprii. De asemenea, copiii au învățat că pot reflecta asupra unor experiențe anterioare în care au făcut progrese și ce au învățat din acele situații, aplicând acest tip de gândire în mod constant. Acest moment facilitează conștientizarea stărilor afective și normalizează experiențele emoționale. Terapeutul folosește întrebări ghidate pentru a evidenția strategiile deja utilizate și resursele personale sau externe de sprijin. Această parte promovează conectarea cu propriile experiențe și recunoașterea propriilor capacități de gestionare a dificultăților. Prin implicarea activă, reflecție și exprimare creativă, copiii învață să recunoască propriile emoții și să găsească metode sănătoase de adaptare. Terapeutul construiește împreună cu copilul o „scară a copingului”, un instrument vizual care ordonează și personalizează strategiile, facilitând memorarea și aplicarea lor ulterioară. Pentru consolidarea învățării, copiii realizează o activitate creativă denumită „Eroul meu interior”, în care își imaginează și descriu o versiune puternică a lor, capabilă să depășească obstacole. Acest exercițiu întărește sentimentul de autoeficacitate și încurajează o perspectivă pozitivă asupra propriei puteri de adaptare. (Anexa 6.2 Lista de exemple de reziliență emoțională, Anexa 6.6 Exercițiul 7 și 8, Activitatea 9)

Ședința 6 C

Obiectiv: • *Gestionarea stresului și a emoțiilor*; • *Învățarea autoreglării emoționale*

Această ședință este concepută pentru a sprijini copiii în înțelegerea și gestionarea emoțiilor și stresului, prin dezvoltarea abilităților de autoreglare emoțională. Când copiii sunt stresați, primul lor impuls este să scape de disconfort. Dacă nu sunt îndrumați să se elibereze și să reducă stresul pe căile pozitive, vor copia comportamentele negative ale semenilor sau cultura de pe internet, adoptate ca strategie de coping. Din dorința de a proteja copiii, nu putem elimina complet stresul din viața lor. Dar putem juca un rol esențial, ajutându-i să învețe să reacționeze la stres în cele mai benefice moduri [83]. Unul dintre acestea e să înțeleagă cum ne ajută emoțiile să facem diferența între o criză reală și un incident minor. Copiii care învață să-și autoregleze emoțiile devin mai rezilienți, ceea ce le permite să facă față mai bine eșecurilor sau dificultăților asociate cu diabetul, fără a se simți descurajați. Încurajarea copiilor să își exprime emoțiile și să discute despre ele este o componentă importantă a autoreglării. Învățarea autoreglării emoționale poate fi susținută prin stabilirea unor obiective mici și realizabile. Aceste obiective îi ajută pe copii să se concentreze pe pași practici și să-și mențină motivația pe termen lung. Copiii au fost ghidați să învețe și să practice tehnici simple și eficiente de calmare, cum ar fi respirația profundă, exercițiile de mindfulness și meditația ghidată. Prin exerciții practice și jocuri, copiii au exersat recunoașterea emoțiilor proprii și exprimarea acestora într-un mod adecvat. De asemenea, ședința a încurajat stabilirea unor obiective mici, realizabile, care să îi ajute pe copii să practice autoreglarea în viața de zi cu zi, menținându-și motivația și sentimentul de control asupra propriei stări emoționale. Fox & Lentini [55] au evidențiat în studiul lor referitor la strategiile de coping că utilizarea activităților plăcute și a tehnicilor de relaxare sunt metode eficiente pentru gestionarea anxietății și altor emoții negative. (Anexa 6.6 Exercițiile 6, 12, 22, 25, 26, 27)

Ședința 7 C

Obiective: • *Conștientizare prin mindfulness*; • *Managementul stresului*

Această ședință a urmărit să îi ajute pe copii să își dezvolte abilități de auto-observare, calmare și reglare emoțională, prin tehnici de mindfulness adaptate vârstei lor și nivelului lor de înțelegere. Trebuie să fie cât mai plăcute și ludice pentru a încuraja practica regulată. Mindfulness ajută la gestionarea stresului și anxietății legate de boală, în timp ce luarea deciziilor responsabile îmbunătățește autonomia și aderența la tratament. Scopul este să îi ajute pe copii să-și dezvolte

abilități de auto-observare și calmare prin focusarea pe momentul prezent [183]. Copiii învață să-și observe corpul și emoțiile fără a le judeca, reducând astfel stresul și anxietatea legate de gestionarea diabetului. Mindfulness ajută la calmarea fricii de proceduri sau de fluctuațiile glicemiei. Școlarii sunt inițiați în tehnici mai structurate, cum ar fi yoga pentru copii sau exerciții de mindfulness adaptate. La școlarii mai mari, meditația ghidată și mindfulness-ul trebuie să fie prezentate într-o manieră care să rezoneze cu căutarile lor interioare [5]. Efectele sunt: dezvoltarea empatiei, creșterea nivelului de concentrare și atenție, cu impact pozitiv asupra succesului școlar, gestionarea stresului și anxietății legate de școală și de relațiile sociale, oferind o metodă de autocunoaștere și autoreglare. (Anexa 6.6 Exercițiile 1, 2, 3, 4, 30)

Ședința 8 C

Obiective: • *Stima de sine* • *Autocunoaștere și acceptare* • *Incurajarea obiceiurilor sănatoase*

Ședința s-a axat pe exerciții și activități care contribuie la creșterea stimei de sine și a cunoașterii de sine, oferindu-le atât un spațiu de recunoaștere a realizărilor, cât și resurse pentru a adopta obiceiuri care să le îmbunătățească calitatea vieții. Aceste exerciții contribuie la o atmosferă pozitivă și constructivă, încurajând copiii să-și recunoască realizările și să adopte obiceiuri care susțin atât sănătatea fizică, cât și pe cea emoțională. O activitate utilă a fost *Jurnalul realizărilor* în care copilul scrie sau desenează cel puțin o realizare pe care a avut-o în ultima săptămână. Aceasta poate fi legată de managementul diabetului (cum ar fi monitorizarea corectă a glicemiei) sau de alte succese. Realizările include lucruri mici sau mari, precum administrarea corectă a insulinei, controlul glicemiei sau participarea la o activitate sportivă. Printr-o ceremonie simbolică se creează un moment festiv, precum „Medalia săptămânii”, pentru a recunoaște eforturile și realizările sale. În acest fel se consolidează stimei de sine și se creează un spațiu de recunoaștere a succeselor personale. Copiii și-au putut explora prin exerciții punctele forte și au învățat să-și aprecieze calitățile personale, ceea ce le-a influențat stima de sine. Pentru încurajarea obiceiurilor sănatoase, copiii au fost învățați să noteze în jurnalul personal fiecare moment în care au adoptat un obicei sănătos (ex.: exercițiu fizic, alimentație sănătoasă, testarea glicemiei la timp). A fost astfel, încurajată auto-monitorizarea într-un mod plăcut și non-stresant. De asemenea, copiii au creat un personaj de super-erou care este expert în gestionarea obiceiurilor sănatoase Folosindu-și imaginația, prin aceste personaje, copiii se distanțează de dificultățile reale și găsesc modalități creative de a face față provocărilor. Prin implicarea activă în crearea și urmărirea obiceiurilor sănatoase, copiii învață să-și asume responsabilitatea pentru gestionarea diabetului, ceea ce contribuie la creșterea încrederii în sine. Faptul că își văd progresul îi ajută să aibă sentimentul de control și capacitatea de a depăși dificultățile. Această abordare integrativă, bazată pe joc și imaginație, nu doar că a facilitat învățarea abilităților necesare pentru gestionarea diabetului, dar a transformat terapia într-o experiență plăcută și plină de satisfacții pentru copii. (Anexa 6.6 Exercițiile 15, 19, Activitatea 11)

Ședința 9 C

Obiectiv: • *Dezvoltarea creativității și imaginației*

Această ședință are ca scop dezvoltarea creativității, imaginației și gândirii critice, pentru a sprijini copiii să exploreze modalități noi și eficiente de a înțelege și aborda dificultățile cu care se confruntă. Pentru a-i ajuta pe copii să gândească ”out of the box” și să găsească noi abordări ale provocărilor ne-am folosit de tehnici creative de stimulare a creativității, precum povestiri cu final deschis, desenul-test ”Animalul inexistent” (după ideea lui M.Z. Dukarevich), exercițiul ”Ustensilele neobișnuite”, exerciții cu proverbe și fabule care sunt excelente pentru dezvoltarea

abilităților de gândire critică, creativitate și înțelegere morală la copii. Creativitatea este o resursă valoroasă în procesul de adaptare și reziliență. (Anexa 6.6 Exercițiul 14, Activitatea 2)

Ședința 10 C

Obiectiv: • *Modificarea convingerilor iraționale*

Albert Ellis, unul dintre fondatorii terapiei rațional-emoțive și comportamentale (REBT), a identificat o serie de convingeri iraționale care stau la baza celor mai multe probleme emoționale și comportamentale [66]. Conform lui Ellis, aceste convingeri ne ajută să înțelegem de ce reacționăm exagerat la anumite situații și ne influențează modul în care percepem lumea. REBT este o abordare eficientă și flexibilă care poate fi adaptată pentru a răspunde nevoilor emoționale și comportamentale ale copiilor, ajutându-i să devină mai încrezători și mai capabili să facă față provocărilor. Pentru a modifica convingerile nefolositoare ne-am folosit de metoda REBT pentru copii și am parcurs următorii pași: 1) *Identificarea emoțiilor și gândurilor* - copiii au fost ajutați să-și conștientizeze emoțiile (furie, tristețe, frică etc.) și să identifice gândurile care le declanșează. O modalitate eficientă de a face acest lucru cu copiii a fost utilizarea desenelor, poveștilor sau jocurilor pentru a face procesul mai atractiv; 2) *Identificarea convingerilor iraționale* - copiii au fost învățați să recunoască convingerile iraționale sau exagerate pe care le au, cum ar fi „Trebuie să fiu perfect” sau „Dacă cineva râde de mine, înseamnă că nu sunt bun de nimic”; aceste convingeri de obicei conduc la stres acut, anxietate sau comportamente nepotrivite; 3) *Disputarea convingerilor iraționale* - odată identificate, copiii sau fost ajutați să conteste aceste gânduri prin întrebări simple: „Este adevărat că trebuie să fii întotdeauna perfect?” sau „Este atât de rău dacă nu câștigi mereu la jocuri?”, acest proces îi ajută de obicei pe copii să își schimbe perspectiva asupra situațiilor; 4) *Învățarea de noi convingeri raționale* - după ce au disputat gândurile iraționale, copiii au fost ghidați să dezvolte convingeri mai echilibrate și mai sănătoase, ca de exemplu, în loc de „Trebuie să fiu cel mai bun la școală, altfel nu valorez nimic” să adopte un gând mai rațional precum „Este bine să fac tot ce pot, dar nu trebuie să fiu perfect”; 5) *Practica și aplicarea noilor convingeri* - pentru că noile convingeri să devină parte din modul lor obișnuit de gândire, copiii au fost încurajați să practice aceste noi gânduri și să le aplice în situații reale. Activitățile practice sau jocurile de rol au fost foarte utile pentru a întări aceste schimbări. (Anexa 6.3 Modelul ABC, Anexa 6.6. Exercițiul 4, Activitățile 6, 7, 8)

Ședința 11 C

Obiectiv: • *Consecința logică și naturală*

Consecința logică este un principiu central în teoria adleriană, care se concentrează pe învățarea prin consecințele naturale și logice ale comportamentelor. Acest principiu este diferit de pedepse, deoarece îi ajută pe copii să înțeleagă legătura dintre comportamente și rezultate într-un mod rațional și educativ. Este important ca, copilul să învețe despre consecințele logice și naturale ale comportamentelor inadecvate. De exemplu, dacă copilul neglijează administrarea medicației, ar trebui să înțeleagă cum acest lucru îi afectează starea de sănătate. ***Consecințele logice*** se referă la rezultate rezonabile care urmează comportamentului, fie plăcute, fie neplăcute. De regulă, ele solicită copilului să facă bine ceea ce a greșit anterior. De exemplu: dacă copilul nu și-a făcut exercițiile primite de la profesor pentru lucru individual în timpul orei de curs, i se cere să le continue ca temă pentru acasă. ***Consecințele naturale*** sunt diferite de cele logice prin faptul că ele rezultă în mod natural din comportament. De exemplu, dacă un copil se leagănă cu scaunul și cade, faptul că va fi rănit sau se va jena de ceilalți copii din clasă va fi o consecință naturală deoarece jena și lovirea sunt consecințe care nu au fost stabilite prin acord, ci apar spontan. Învățarea consecințelor ajută la dezvoltarea unui sentiment de responsabilitate și la luarea unor decizii mai

bune. Prin povestiri terapeutice, copiii învață prin analogie și au o înțelegere mai profundă a legăturii dintre acțiuni și consecințe, iar prin încurajarea gândirii reflexive și critice, copilul învață asumarea responsabilității pentru comportamentele proprii [62, 83] (Anexa 6.6. Exercițiile 9 și 23)

Ședința 12 C

Obiectiv: • *Planificarea pentru viitor*

Această ședință marchează etapa de consolidare a progreselor și de pregătire pentru continuarea autonomă a strategiilor dobândite. Copiii au fost încurajați să reflecteze asupra parcursului lor, să identifice schimbările pozitive, dar și să-și planifice pași concreți pentru menținerea echilibrului emoțional și a gestionării eficiente a diabetului. Programul de intervenție prin reziliență asistată impune monitorizarea continuă și continuitatea suportului. Suportul psihologic trebuie să continue pentru a preveni recăderile și pentru a răspunde noilor provocări [63]. În general, aplicarea noilor abilități și menținerea unui sistem de suport psihologic ajută copilul să-și păstreze progresul și să continue să se dezvolte în același mod pozitiv și adaptabil. Aceste tehnici vor fi integrate în viața de zi cu zi a copilului, ajutându-l să-și dezvolte abilitățile de a face față stresului, să își gestioneze emoțiile și să dezvolte relații sănătoase și de susținere.

ANEXA 6. Prezentare materiale și exerciții folosite în cadrul programului de intervenție

A6.1. Prezentarea exercițiilor de relaxare, mindfulness

Creierul și respirația conștientă. Tehnicile de respirație conștientă produc schimbări la nivelul creierului în patru moduri importante și utile:

1. Mai puțină activare în centrul fricii (amigdala) din creier:

- Reduce intensitatea reacției la factorii declanșatori de traume
- Reduce răspunsul la stres și crește răspunsul la relaxare
- Diminuează hipervigilența și nevoia de „a fi mereu în gardă”.

2. Mai puțină hiper-reactivitate a centrului de interocepție (insula) din creier:

- Reduce intensitatea reacției la factorii declanșatori de traume
- Reduce furia și alte izbucniri emoționale
- Reduce disocierea
- Reduce amortirea emoțională.

3. Creșterea/Activarea gândirii (cortexul prefrontal):

- Îmbunătățește concentrarea și atenția
- Îmbunătățește conștiința de sine
- Îmbunătățește conștientizarea socială și „inteligenta socială”

4. Creșterea/Activarea centrului de autoreglare (cingularul):

- Îmbunătățește reglarea emoțiilor și autoreglarea
- Îmbunătățește procesul decizional

Exercițiul 1. RESPIRAȚIA PĂTRATĂ

Respirația în pătrat mai poartă și denumirea de respirație pătrată sau sama vritti pranayama. Pe durata acestei tehnici concentrarea trebuie făcută asupra oxigenului care intră și iese din corp. Tehnica se realizează astfel:

- Inspirație lentă pe nas și numărarea până la 4 timpi, umplând plămânii cu mai mult aer;
- Ținerea respirației în timp ce are loc numărarea până la 4 timpi;
- Expirație lentă pe gură și încercarea de a scoate din plămâni tot aerul;
- Repetarea pașilor anteriori încă 4 minute sau până la obținerea calmului dorit.

Această tehnică este frecventă în timpul meditației și este cunoscută pentru efectele sale benefice asupra stării generale de sănătate. Terapeutul va învăța practic copilul arătându-i cum se face. Copilul măsoară în gând timpii, rămânând concentrat pe numărătoare și golindu-și mintea de orice gând.

Exercițiul 2. O EXCURSIE CIUDATĂ

Obiectiv: îngrijirea sănătății fizice și mintale, exercițiu de imaginație ghidată pentru a reduce anxietatea și stresul, ajută la realizarea sentimentelor față de noi înșine și față de ceilalți, ajută să-și dea seama ce pot oferi lumii, să-și realizeze punctele forte și valoarea de sine

Sursa: Rudas, J. (1990). DELFI ÖRÖKÖSEI. Önismereti csoportok: elmélet, módszer, gyakorlat. Kairosz Kiadó, p. 305-307

Instrucțiuni: Terapeutul invită copilul într-o călătorie imaginară și îi cere să se întindă sau să stea confortabil. Îi cere să se cufunde în poveste și să îi asculte vocea. De obicei copiii pun întrebări în timpul poveștii, dar de data asta nu trebuie să le împărtășească până la sfârșitul exercițiului. Apoi i se citește o poveste despre o excursie ciudată în grup. Cel mai bine este să începeți cu un exercițiu

de respirație înainte de acest exercițiu. Cel mai simplu este să ceri copilului să se întindă confortabil, apoi să-și relaxeze părțile corpului una după alta, pe măsură ce terapeutul le menționează din cap până în picioare. La sfârșitul poveștii, puteți ajunge la momentul prezent într-un mod similar. Puteți să vă treziți membrele unul câte unul, într-o ordine inversă față de ordinea folosită la început sau puteți cere copilului să se miște puțin sau să se întindă puțin. Terapeutul trebuie să citească povestea pe un ton calm, bland și relaxant. După acest exercițiu, formatorul cere copilului să deschidă încet ochii și să se întoarcă înapoi la momentul prezent.

Sarcini pentru copii. Întinde-te confortabil! Ascultă doar vocea terapeutului. Urmează instrucțiunile. La sfârșitul călătoriei, poți împărtăși răspunsurile, dar nu este obligatoriu.

Support - o fișă cu următoarea poveste:

Te invit la o excursie în jos la râu și în sus la munți. Drumul va fi frumos și aventuros, plin de surprize și pericole. Poți decide dacă dorești sau nu să pleci în această excursie. Dacă crezi că ai prefera să nu mergi, cine te-ar putea convinge să mergi? Cum? (Aici și după fiecare întrebare, terapeutul așteaptă 10-15 secunde pentru ca copilul să-și adune gândurile). Dacă ai merge fericit, imaginează-ți că cineva din grup ezită sau refuză invitația. Cum l-ai convinge să meargă cu tine? Cine este cel cu care ai vrea să fii cel mai mult în această călătorie? Ajungem la râu unde bărcile sunt pregătite pentru noi. În fiecare barcă, există un plutaș. Ne urcăm în bărci și începem să navigăm. În aer se aude o adiere blândă, soarele ne încălzește fețele și gândurile ne zboară. La ce te gândești? Bărcile devin mai rapide. Râul începe să se îngusteze și mai sălbatic. Ți place viteza, dar ești și puțin speriat. Barca începe să se leagăne și se vede o porțiune stâncoasă în depărtare, unde râul devine și mai sălbatic. S-ar putea să treacă bărcile, dar mai sigur ar fi să mergi la țărm și să continui călătoria pe jos, cu bărcile pe umeri. Astfel, poți evita porțiunea periculoasă a apei. Ce ar trebui să faci acum? Ar trebui să mergi la mal sau să continui să faci rafting? Simți vreo teamă? Ai un coleg de grup care ar dori să convingă grupul să rămână pe râu? Ai vrea să-i convingi pe ceilalți să facă la fel? Cum? Toată lumea rămâne în bărci. Partea stâncoasă este înfricoșătoare, bărcile se întorc și tremură în apă, barcagii au pierdut tot controlul asupra lor. Minutele par ore. Apoi, brusc, râul ajunge într-o porțiune mai largă, mai liniștită. Ai supraviețuit pericolului. Grupul ajunge apoi pe malul din stânga râului și continuă pe jos spre munții împăduriți. Cum te simți acum? Te plimbi într-un canion adânc din pădure. Pe măsură ce continuați, lumina soarelui devine mai slabă, dar nu există altă cale, trebuie să mergeți pe această cale întunecată. Ce simți? Ți-e frică de ceva? Ce este? Deodată, vezi o lumină în depărtare. La capătul canionului, un zid de piatră înalt de 3 metri vă blochează drumul. Nu poți vedea prin, doar turnurile unui castel din spatele lui. Lumina vine de la castel. Te duci la ușă. Nu vezi nici un clopoțel, doar o bătaie grea pe ușa grea de stejar. Bați. Ușa se deschide și în spatele ei apare o siluetă acoperită cu glugă. Nu poți spune dacă este bărbat sau femeie. Cine poate fi? Ce este în acest castel? Figura îmbrăcată vă spune că acest castel păzește cele mai mari comori ale omenirii. Poți vizita castelul pentru a-l vedea și comorile, dar trebuie să lași în schimb o comoară a ta. Ce comoară ai lăsa la ușă? Dar colegii tăi de excursie? Toată lumea dă ceva figurii și intri în castel. Puteți vedea comoara și puteți merge la o plimbare în uriașul parc. Ce simți când te plimbi în parc? Cum este castelul din interior? Ce comori vezi? Apoi te întorci prin canion. Ușa se închide în urma ta și, în curând, nici măcar nu poți vedea lumina care emană din clădire. Te repezi prin pădure, repede și fără pauză. Când te întorci la bărci, este deja noapte. Este lună plină și noaptea este caldă și liniștită. Porniți un foc de tabără și luați o cină. În jurul focului, vă gândiți cu toții la ziua din spatele vostru. Ce îți amintești? Ce a însemnat această călătorie pentru tine?

Exercițiul 3. STAI CALM ȘI IA-O MAI ÎNCET!

Obiectiv: relaxarea corpului și a minții, recunoașterea semnalelor corpului

Sursa: Seiler, L. (2008). Cool Connections with Cognitive Behavioural Therapy. London: Jessica Kingsley Publishers, p. 87-94.

Instrucțiuni. Terapeutul cere copilului să se întindă sau să se așeze confortabil. Apoi citește cu voce tare instrucțiunile. Vei învăța cum să te relaxezi în situații stresante. Învățând să fii conștient de corpul nostru și să fii conștient de semnalele noastre de stres.

Sarcini pentru copii. Stai comod sau întinde-te confortabil. Găsește poziția cea mai potrivită pentru tine. Nu te agita, dar dacă trebuie să te miști, fă-o foarte încet. Ascultă terapeutul și urmează instrucțiunile acestuia. După sesiune, copilul își va monitoriza sentimentele și tensiunea musculară acasă sau în timpul zilei de școală. Note: Exercițiul se poate face individual sau și cu un grup mai mare în funcție de situație. Deoarece este nevoie de timp, este important să evitați orice tulburare (soneria școlii, cineva intră în timpul ședinței, telefonul începe să sune etc.).

Suport – terapeutul trebuie să citească cu voce tare următorul text:

Astăzi vom încerca câteva exerciții care să ne ajute să devenim mai conștienți de semnalele corpului nostru și de schimbările fizice care au loc atunci când suntem tensionați și relaxați. Exerciții de genul acesta vă pot ajuta să învățați să vă relaxați atunci când vă simțiți strâmtorați sau să simțiți fluturi în stomac. Pentru a obține cele mai bune sentimente din acest exercițiu, există câteva reguli pe care trebuie să le urmați. În primul rând, trebuie să faci exact ce spun eu, chiar dacă pare cam prostesc. În al doilea rând, trebuie să fii atent la corpul tău și la cum se simt mușchii atunci când sunt strânși și când sunt slăbiți și relaxați. În al treilea rând, trebuie să exersezi. Cu cât exersezi mai mult, cu atât poți deveni mai relaxat. Înainte de a începe, pune-te cât mai confortabil cu poți. Acum închide ochii și nu-i deschide până nu spune terapeutul. Începem!

Mâinile și brațele. Prefă-te că ai o lămâie întregă în mâna stângă. Acum strânge-o tare în pumn. Încearcă să storci tot sucul. Simți strângerea în mână și braț în timp ce faci acest lucru. Acum aruncă lămâia. Observă cum se simt mușchii când sunt relaxați. Ia o altă lămâie și stoarce-o. Încearcă să o strângi mai tare decât pe cea de dinainte. Asta e cu adevărat greu. Acum aruncă lămâia și relaxează-te. Vezi cât de bine îți simți mâna și brațul când sunt relaxate? Încă o dată, ia o lămâie în mâna stângă și stoarce-i tot sucul. Nu lăsa nici o picătură. Strânge tare. Bun. Acum relaxează-te și lasă lămâia să cadă din mână. (Repetă procesul pentru mâna și brațul drept.)

Brațele și umerii. Prefă-te că ești o pisică blănoasă și leneșă. Vrei să te întinzi. Întinde-ți brațele în fața ta. Ridică-le sus, deasupra capului tău. Trage de ele în dreapta spate. Simți tragerea în umeri. Întinde-te mai sus. Acum doar lasă-ți brațele să cadă înapoi. Să ne întindem din nou. Întinde-ți brațele în fața ta. Ridică-le deasupra capului tău. Trage-le înapoi, trage tare. Acum lasă-le să cadă repede. Bun. Observă cum umerii îți sunt mai relaxați. De data aceasta să ne întindem foarte mult. Încearcă să atingi tavanul. Întinde-ți brațele în fața ta. Ridică-le mult deasupra capului tău. Împinge-le mult, înapoi. Observați tensiunea și trage de brațe și de umeri. Ține-te bine. Grozav! Acum lasă-le să cadă foarte repede și să simți cât de bine este să fii relaxat.

Gura. Ai în gură o gumă de mestecat uriașă. Este foarte greu de mestecat. Mușcă-l. Greu! Lasă-ți mușchii gâtului să te ajute. Acum relaxează-te. Doar lasă-ți maxilarul să atârne. Observați cât de bine este să vă lăsați maxilarul să cadă. OK, să abordăm din nou spărgătorul de falci acum. Mușcă. Greu! Încercați să-l strângeți între dinți. Asta e bine. Chiar rupi acea gumă. Acum relaxează-te din nou. Lasă-ți falca să cadă de pe față. E bine doar să renunți și să nu trebuie să te lupți cu acea gumă de mestecat.

Fața și nasul. Aici vine o muscă cu adevărat enervantă. A aterizat pe nasul tău. Încearcă să-l dai jos fără să-ți folosești mâinile. Așa este, încreți-ți nasul. Faceți cât mai multe riduri în nas. Strânge-ți nasul foarte tare. Bun. L-ai alungat. Acum vă puteți relaxa nasul. Hopa, vine din nou. Chiar înapoi în mijlocul nasului tău. Încrêțește din nou nasul. Alungă-l. Încrêțește-l tare. Ține-l cât poți de strâns. OK, a zburat. Îți poți relaxa fața. Observă că atunci când îți strângi nasul, obrații, gura, fruntea și ochii te ajută cu toate și se strâng și ele. Așa că atunci când îți relaxezi nasul, întregul corp se relaxează și asta se simte bine. Oh-oh. De data aceasta Musca veche s-a întors, dar de data asta e pe fruntea ta. Fa multe riduri. Încearcă să-l prinzi între toate acele riduri. Ține-l bine,

acum. Bine, poți să-i dai drumul. A plecat definitiv. Acum te poți relaxa. Lasă-ți fața netedă, fără riduri nicăieri. Fața ta se simte plăcută, netedă și relaxată.

Stomac. Imaginează-ți că poți vedea un pui de elefant drăguț. Nu urmărește unde merge. Nu te vede întins în iarbă și este pe cale să te calce pe burtă. Nu te misca. Nu ai timp să ieși din drum. Doar pregătește-te pentru asta. Fă-ți stomacul foarte strâns. Strânge-ți mușchii stomacului foarte strâns. Ține-l. Se pare că merge în altă direcție. Te poți relaxa acum. Lasă-ți stomacul să se înmoaie. Lasă-l să fie cât de relaxat poți. Asta se simte mult mai bine. Hopa, vine din nou pe aici. Pregătește-te. Strânge-ți stomacul. Cu adevărat greu. Dacă te calcă când stomacul tău este greu, nu te va răni. Fă-ți stomacul într-o piatră. Bine, se mută din nou. Te poți relaxa acum. Așează-te cumva, fii confortabil și relaxează-te. Observați diferența dintre un stomac strâns și unul relaxat. Așa vrem să ne simțim – drăguți, relaxați și relaxați.

Picioarele. Acum pretinde că stai desculț într-o băltoacă mare de noroi murdar. Strânge-ți degetele de la picioare adânc în noroi. Încearcă să-ți cobori picioarele până la fundul bălții de noroi. Probabil că vei avea nevoie de picioarele tale pentru a te ajuta să împingi. Împingeți în jos, depărtați-vă degetele de la picioare, simțiți cum noroiul se strânge între degetele de la picioare. Acum ieși din balta de noroi. Relaxează-ți picioarele. Lăsați-vă degetele de la picioare și simțiți cât de plăcut este să fiți relaxat. Înapoi în balta de noroi. Strânge-ți degetele de la picioare. Lăsați mușchii picioarelor să vă ajute să vă împingeți picioarele în jos. Împinge-ți picioarele. Greu. Încearcă să storci balta. Bine. Întoarce-te acum. Relaxați-vă picioarele, relaxați-vă picioarele, relaxați-vă degetele de la picioare. E bine să fii relaxat. Fără tensiune nicăieri. Te simți un fel de cald și furnicăături. Rămâi cât mai relaxat poți. Lasă-ți întregul corp să devină moale și simți toți mușchii relaxați. În câteva minute vă voi ruga să deschideți ochii și acesta va fi sfârșitul acestei sesiuni de antrenament. Pe măsură ce parcurgi ziua, aminește-ți cât de bine te simți și cât de relaxat. Uneori trebuie să te încordezi înainte de a te relaxa, așa cum am făcut noi în aceste exerciții. Practică-le în fiecare zi pentru a te relaxa din ce în ce mai mult. Un moment bun pentru antrenament este seara, înainte de culcare când luminile sunt stinse și nu vei fi deranjat. Te va ajuta să adormi. Apoi, când ești un relaxant cu adevărat bun, te poți ajuta să te relaxezi și la școală. Amintește-ți doar de elefantul sau de spargerea fălcilor sau de balta de noroi și poți face exercițiile noastre fără ca nimeni să știe. Astăzi este o zi bună și ești gata să te simți foarte relaxat. Ai muncit din greu și te simți bine să muncești din greu. Foarte încet, acum, deschide-ți ochii și mișcă-ți puțin mușchii. Foarte bine!

Exercițiul 4. ANCORAREA ÎN PREZENT

Acest exercițiu poate fi practicat în majoritatea locurilor, ca o modalitate rapidă și simplă de a crește conștientizarea internă. Urmează aceste instrucțiuni pentru a practica ancorarea în prezent:

1. Așează-ți mâna pe o suprafață. Poate fi o masă, un scaun, propriul corp (brațul, de exemplu) sau orice altă suprafață. Cu mâna pe suprafața respectivă și cu ochii deschiși, pune-ți următoarele întrebări:

- a.** Această suprafață este rece, răcoroasă, caldă sau fierbinte?
 - b.** Această suprafață este tare sau moale?
 - c.** Dacă pun presiune pe această suprafață, se mișcă sau cedează?
 - d.** Ce culoare are această suprafață?
 - e.** Cu ce seamănă această suprafață?
 - f.** Când îmi mișc mâna pe această suprafață, ce senzație îmi creează textura ei?
- 4.** Îndepărtează-ți mâna de pe aceasta suprafață și pune, imediat, mâna pe o suprafață diferită.

Pune-ți următoarele întrebări:

- a.** Se simte această suprafață diferită de prima?
- b.** Această suprafață este mai rece sau mai caldă decât prima suprafață?
- c.** Această suprafață este mai tare sau mai moale decât cea de dinainte?
- d.** Dacă apăs pe această suprafață, se mișcă sau cedează?
- e.** Ce culoare are această suprafață?
- f.** Cu ce seamănă această suprafață?

g. Când îmi mișc mâna pe această suprafață, cum simt textura ei? Este textura acestei suprafețe diferită de cea precedentă?

În sfârșit, ia mâna de pe această suprafață și pune-o, imediat pe o a treia suprafață. Pune-ți următoarele întrebări:

a. Simt că această suprafață este diferită față de precedentă?

b. Această suprafață este mai rece sau mai caldă decât precedentă?

c. Această suprafață este mai tare sau mai moale decât precedentă?

d. Dacă pun presiune pe această suprafață, se mișcă sau cedează?

e. Ce culoare are această suprafață?

f. Cu ce seamănă această suprafață?

g. Când îmi mișc mâna pe această suprafață, cum simt textura ei? Textura acestei suprafețe este diferită de cea a precedentei?

Pentru a încheia acest exercițiu, trece în revistă, în minte, cele trei suprafețe, observând în ce fel diferă una de cealaltă.

A6.2. *Listă de exemple de reziliență emoțională pentru copii (Albert Ellis, Bernard Michael E., 2007, p. 158-159)*

LISTĂ DE EXEMPLE DE REZILIENȚĂ EMOTIIONALĂ

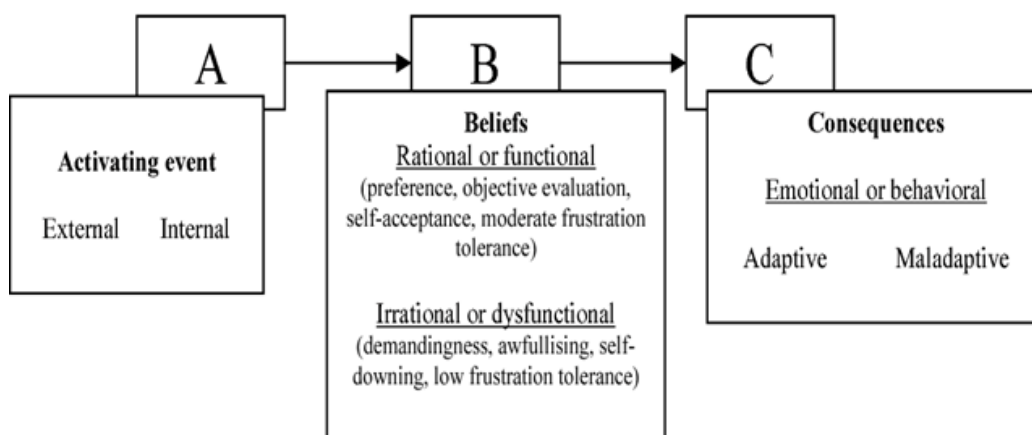
- A nu te întrista când prietenii tăi par să înțeleagă mai bine sarcinile școlare și să aibă note mai bune.
- A nu deveni excesiv de frustrat sau furios pe tine însuși când nu înțelegi ceva.
- A nu deveni excesiv de supărat pentru greșelile pe care le-ai făcut când ai lucrat sau pentru că nu ai avut mai mult succes pe cât ai fi vrut.
- A evita să devii extrem de îngrijorat înainte de un test important sau înaintea unui eveniment în care trebuie să apari în public.
- A evita îngrijorările excesive privind popularitatea ta printre prieteni.
- A nu deveni excesiv de furios când prietenii tăi sunt răi cu tine.
- A rămâne calm și a menține controlul când un adult te tratează incorect sau fără respect.
- A nu deveni prea deprimat când prietenii te necăjesc sau te ignoră.
- A nu deveni prea emoționat și a rămâne calm la întâlnirea cu persoane noi.
- A te opri de la a deveni prea agitat când vrei să te confrunți și să spui "nu" cuiva care încearcă să te preseze să faci ceva rău.
- A nu-ți pierde calmul când ai multe teme de făcut.
- A-ți menține controlul când părinții tăi spun "nu" și părinții prietenilor tăi par să spună "da".

A6.3. *Modelul A (Adversitatea) – B (Credințele) - C (Consecința) Albert Ellis prin activități ABC-ul Emoțiilor (bazat pe principiile terapiei REBT a lui Albert Ellis)*

Obiectiv: Să ajute copiii să identifice legătura dintre evenimente, gânduri și emoții, și să recunoască gândurile iraționale. Exersarea unui limbaj rational și realist. Îi ajută de asemenea, să recunoască puterea gândurilor lor și cum le pot transforma pentru a avea reacții mai constructive și mai sănătoase.

Instrucțiuni: Desenează pe o foaie trei coloane: A (Activating Event - Eveniment declanșator), B (Beliefs - Gânduri), și C (Consequences - Emoții și comportamente). Explică-le copiilor că evenimentele declanșează anumite gânduri (B), care influențează cum se simt și cum reacționează (C).

De exemplu, A: „Colegul m-a împins la joacă”, B: „Nu mă place nimeni”, C: „M-am simțit trist și m-am supărat.” Discutați alternative pentru gândul de la „B”, de exemplu: „Poate a fost doar un accident.”



A6.4. Fișa de analiză a problemelor sau dificultăților din familie



Caracteristicile părinților

Numele copilului: _____

Data: _____

Aici aveți o listă cu probleme și dificultăți care pot afecta familia. Mai întâi analizați domeniile de probleme separate din coloana din stânga și descrieți pe scurt problemele din familia dumneavoastră. Apoi precizați care este intensitatea problemelor și a dificultăților și notați în coloana din dreapta (modalități de soluționare) ce credeți că s-ar putea face pentru a le ameliora.

DOMENIU DE PROBLEME	INTENSITATE	MODALITĂȚI DE SOLUȚIONARE
Probleme de sănătate ale membrilor familiei:	1 2 3 4	
Probleme în cuplu:	1 2 3 4	
Dificultăți financiare:	1 2 3 4	
Probleme cu ceilalți copii din familie:	1 2 3 4	
Probleme la locul de muncă:	1 2 3 4	
Probleme cu rudele:	1 2 3 4	
Probleme cu prietenii:	1 2 3 4	
Alte probleme:	1 2 3 4	

A6.5. Lista celor 7 C ai relației părinte-copil

FIȘĂ. LISTĂ DE ÎNTREBĂRI PENTRU PĂRINȚI “7 C” [78]

Competență

- Îmi ajut copilul să se concentreze pe punctele sale forte și să le construiască?
- Observ ce face bine sau mă concentrez doar pe greșelile lui?
- Când trebuie să subliniez o greșeală, sunt clar și concentrat sau o fac ca să-i arăt că eu cred că întotdeauna el încurcă?
- Îl ajut să recunoască ceea ce are de făcut pentru el însuși?
- Îl ajut să-și dezvolte abilitățile necesare educaționale, sociale și de reducere a stresului pentru a-l face apt în lumea reală?
- Comunic într-un mod care să-i dea copilului meu putere să ia propriile decizii sau îi subminez simțul competenței dându-i informații în moduri pe care el nu le poate înțelege? Cu alte cuvinte, îi țin prelegeri sau îi facilitez gândirea?
- Îl las să facă greșeli sigure, astfel încât să aibă ocazia să se îndrepte el însuși sau încerc să-l protejiez de fiecare experiență și cădere?
- În timp ce încerc să-l protejiez, interferența mea trimite în mod eronat mesajul, „Nu cred că te descurci cu asta”?
- Dacă am mai mult de un copil, recunosc competențele fiecăruia fără comparație cu frații?

Confidence (Încredere)

- Văd ce e mai bun în copilul meu pentru ca el să vadă ce e mai bun în sine?
- Exprim clar că mă aștept la cele mai bune calități (nu realizări ci calități personale precum corectitudinea, integritatea, persistența și bunătatea) în el?
- Îl ajut să recunoască ceea ce a făcut corect sau bine?
- Îl tratez ca pe un copil incapabil sau ca pe cineva care învață să navigheze în lumea lui?
- Îl laud destul de des? Îl laud sincer despre realizări sau îi aduc laudă atât de difuză încât nu pare autentic?
- Îl remarc doar când este generos, de ajutor și bun sau când face ceva fără să fie întrebat sau convins?
- Îl încurajez să se străduiască puțin mai departe pentru că îl cred că poate reuși? Am așteptări înalte în mod realist?
- Îl împing fără intenție să preia mai mult decât poate în mod realist, făcându-l să se împiedice și să-și piardă încrederea?
- Când trebuie să-l critic sau să-l corectez, mă concentrez doar pe ceea ce face el greșit sau îi reamintesc că este capabil să facă bine?
- Evit să insuflu rușine copilului meu?

Caracter

- Îmi ajut copilul să înțeleagă modul în care comportamentele lui îi afectează pe ceilalți în moduri bune și rele?
- Îmi ajut copilul să se recunoască ca o persoană grijulie?
- Îi permit să-și clarifice propriile valori?
- Îi permit să considere bine versus rău și să privească dincolo de satisfacția imediată sau nevoile egoiste?
- Îl prețuiesc atât de clar încât să-i modelez importanța îngrijirii altora?
- Îi demonstrez importanța comunității?
- Îl ajut să dezvolte un simț al spiritualității?
- Am grijă să evit declarațiile rasiste sau pline de ură sau stereotipurile despre vreun grup? Sunt explicit referitor la cum consider aceste gânduri și declarații oricând și oriunde copilul meu este expus la ele?
- Exprim cum mă gândesc la nevoile altora atunci când iau decizii sau măsuri?
- Încurajez efortul și tenacitatea? Îl ajut să înțeleagă că amânarea satisfacției instantanee poate fi răsplătită mai târziu?

Contribuție

- Comunic cu copilul meu (la nivelul de vârstă adecvat, desigur) că mulți oameni din lume nu au atât de mult contact uman, bani, libertate și siguranță după cum au nevoie?
 - Predau valoarea importantă a ajutorării altora? Sa modelez generozitate cu timpul și banii mei?
 - Îi explic copilului meu că cred că poate îmbunătăți lumea?
 - Creez oportunități pentru fiecare copil de a contribui în mod specific?
 - Caut în cercul copilului meu alți adulți care ar putea servi exemple de modele care contribuie la comunitățile lor și la lume?
- Folosesc
acești adulți ca exemple pentru a-mi încuraja copilul să fie cât de bun poate fi?

Coping

- Îmi ajută copilul să înțeleagă diferența dintre o criză reală și ceva care doar pare o urgență?
- Sunt un model de strategii de coping pozitive în mod constant?
- Îi las copilului meu suficient timp pentru a folosi jocul imaginativ? Recunosc fantezia și jocul ca instrumente ale copilăriei pentru a rezolva problemele?
- Îmi ghidez copilul să dezvolte strategii de coping pozitive și eficiente?
- Cred că a-i spune să „oprească” comportamentele negative este ceva bun?
- Recunosc că, pentru mulți tineri, comportamentele de risc sunt încercări pentru a le atenua stresul și durerea?
- Dacă copilul meu participă la comportamente negative, îl condamn pentru asta?
- Recunosc că nu pot decât să-i sporesc sentimentul de rușine și, prin urmare, îl conduc spre mai multă negativitate?
- Sunt un model că rezolvarea problemelor pas cu pas sau reacționez doar emoțional când sunt copleșit?
- Sunt un model că uneori cel mai bun lucru de făcut este să conservi energia și să renunți la credința că poți aborda toate problemele?
- Sunt un model că e important să îngrijim corpul nostru prin exerciții fizice, o alimentație bună și un somn adecvat? Modelez tehnici de relaxare?
- Încurajez expresia creativă?
- În timp ce mă străduiesc să mă compun, astfel încât să pot lua decizii corecte și înțelepte sub presiune, modelez modul în care preiau controlul atent decât să răspund impulsiv sau imprudent la situațiile stresante?
- Creez un mediu familial în care vorbim, ascultăm și partajarea sunt sigură, confortabilă și productivă?

Control

- Folosesc o abordare parentală echilibrată astfel încât regulile pe care le-am stabilit nu sunt văzute ca controlante, ci sunt în schimb înțelese ca venind din dorința mea de a-mi păstra copilul în siguranță și a-l pregăti să fie responsabil? Cu alte cuvinte, știe el că scopul meu nu este de a-l controla, ci de a-i dezvolta autocontrolul și înțelepciunea?
- Îmi ajută copilul să înțeleagă că evenimentele vieții nu sunt pur întâmplătoare și majoritatea lucrurilor se întâmplă ca rezultat direct al acțiunilor și alegerilor cuiva?
- Pe de altă parte, îmi ajută copilul să înțeleagă că nu este responsabil pentru multe dintre circumstanțele proaste din viața sa (cum ar fi separarea sau divorțul părinților)?
- Îl ajută să se gândească la viitor, dar făcând asta pas cu pas?
- Îl ajută să-și recunoască chiar și micile succese ca să poată experimenta că prin cunoaștere poate reuși?
- Îl ajută să înțeleagă că nimeni nu poate controla toate circumstanțele, dar toată lumea poate schimba șansele alegând comportamente pozitive sau protectoare?
- Înțeleg că disciplina înseamnă a preda, nu a pedepsi sau controla? Folosesc disciplina ca mijloc de a-mi ajuta copilul să înțeleagă că acțiunile sale produc anumite consecințe?
- Recompensez responsabilitatea demonstrată cu privilegii sporite?

Conexiune

- Construim un sentiment de siguranță fizică și securitate emoțională în interiorul casei noastre?
- Știe copilul meu că sunt cât de mult îl iubesc?
- Înțeleg că provocările la care mă va supune copilul meu calea sa către independență sunt faze normale de dezvoltare sau le voi lua atât de personal încât relația noastră să fie prejudiciată?
- Îi permit copilului meu să exprime toate tipurile de emoții sau îi suprim sentimentele neplăcute? Învăț el că a merge la alți oameni pentru sprijinul emoțional în momentele dificile este productiv sau rușinos?
- Facem totul pentru a rezolva conflictele în cadrul familiei noastre și lucrăm să rezolvăm problemele în loc să le lăsăm să se deterioreze?
- Avem un televizor și un centru de divertisment în aproape fiecare cameră sau creăm un spațiu comun în care familia noastră împarte timpul împreună?
- Ne pierdem cu toții pe propriile noastre ecrane de computer sau telefoane, sau ne străduim să avem momente în viața noastră fără ecran?
- Îmi încurajez copilul să se mândrească cu etnia, religia, sau grupuri culturale din care facem parte?
- Îmi păzesc gelos copilul să nu dezvolte relații apropiate cu alții sau susțin relații sănătoase care să-mi întărească mesajele pozitive?
- Protejiez copiii prietenilor și vecinilor mei, așa cum sper că ei îl vor proteja pe al meu?

Activitate 1. CONSILIUL DE FAMILIE

În orice grup sau familie există probleme și conflicte. Fiecare membru al familiei are anumite expectanțe, nevoi și dorințe, de aceea conflictele dintre oameni sunt ceva „normal”. Conflictele pot fi evitate sau soluționate prin discuții și înțelegeri sau puțină bună-voință. Consiliul de familie poate oferi nenumărate posibilități; el nu are un efect magic dar ne arată cum putem face viața împreună mai plăcută: mai exact punând bazele unor discuții deschise.



Consiliul de familie merită, chiar și pentru progresele mai mici!

Cum să facem acest lucru!

- ▶ Trebuie să stabiliți un loc și o anumită oră la care să poată veni **toți** membrii familiei.
- ▶ Întâlnirile trebuie să aibă loc **regulat**, de exemplu în fiecare săptămână, la un moment stabilit anterior.
- ▶ Participarea nu este **obligatorie**, dar deciziile sunt luate indiferent de cine este prezent sau nu.
- ▶ Fiecare adunare are nevoie de cineva care să păstreze ordinea! De aceea trebuie să existe un **moderator**, care se schimbă săptămânal sau lunar. **Fiecare** membru trebuie să fie o dată moderator.
- ▶ **Deciziile** trebuie luate în comun, astfel încât fiecare să se simtă responsabil de respectarea regulilor și deciziilor luate.
- ▶ Se va specifica de fiecare dată **exact** cât timp trebuie respectată o regulă (de exemplu realizarea temelor de casă).

Ce reguli sunt necesare pentru consiliul de familie!

- ▶ **Toți** membrii familiei sunt la fel de importanți.
- ▶ **Forum deschis**: fiecare are posibilitatea de a-și exprima plângerile, ideile și părerile, iar ceilalți trebuie să le **asculte**.
- ▶ **Decizii/reguli**: deciziile nu trebuie modificate în intervalul dintre ședințele de familie.

Exercițiul 1. RAȚIONAL VS. EMOȚIONAL

Obiectiv: Să ajute părinții să recunoască diferențele dintre gândirea rațională și cea emoțională și să învețe să gestioneze mai bine emoțiile în situații de stres.

Pași:

1. **Identificarea unei situații recente:** Părinții sunt rugați să aleagă o situație recentă în care au avut o reacție emoțională puternică în legătură cu copilul lor (de exemplu, un moment în care copilul a avut o criză hipoglicemică sau a omis o doză de insulină).

2. **Reflectarea asupra emoțiilor:** Încurajați părinții să descrie în detaliu ce au simțit în acel moment. Întrebări de ghidare:

- Ce emoții ați simțit în acel moment? (de exemplu: frustrare, frică, furie)
- Cum v-a afectat această emoție gândirea și comportamentul?

3. **Gândirea rațională:** După reflectarea asupra emoțiilor, întrebați părinții cum ar putea analiza acea situație într-un mod rațional:

- Care sunt faptele concrete ale situației?
- Care ar fi fost cea mai logică și rațională abordare pentru a gestiona problema?

4. **Confruntarea gândurilor emoționale cu cele raționale:** Împărțiți o foaie în două coloane: una pentru „Gânduri emoționale” și alta pentru „Gânduri raționale.” Rugați părinții să completeze cele două coloane cu gânduri și reacții specifice.

- Ex.: **Emoțional:** „Este vina mea că nu am fost atent(ă).” **Rațional:** „Sunt momente în care greșim cu toții, iar asta este o oportunitate de a învăța să ne organizăm mai bine.”

5. **Dezvoltarea unui plan de acțiune:** Încurajați părinții să formuleze un plan rațional pentru cum ar putea gestiona mai bine o situație similară în viitor. Acest plan ar trebui să fie clar și bazat pe pași concreți.

Discuție finală:

Încurajați părinții să reflecteze asupra modului în care gândurile lor raționale le pot îmbunătăți răspunsurile emoționale pe viitor și cum pot gestiona mai bine situațiile de stres legate de îngrijirea copilului. Acest exercițiu poate fi repetat periodic pentru a consolida obiceiul de a face trecerea de la reacțiile pur emoționale la cele raționale.

Exercițiu 2. IDENTIFICAREA EMOȚIILOR

Obiectiv: recunoașterea și exprimarea emoțiilor într-un mod deschis, creând o bază pentru discuții despre stările emoționale și modul de gestionare a acestora.

Pași:

Identificarea emoțiilor: Rugați părintele și copilul să aleagă din lista de emoții două expresii care descriu cel mai bine cum s-au simțit în ultima perioadă sau într-o anumită situație (de exemplu, o discuție recentă, un eveniment la școală).

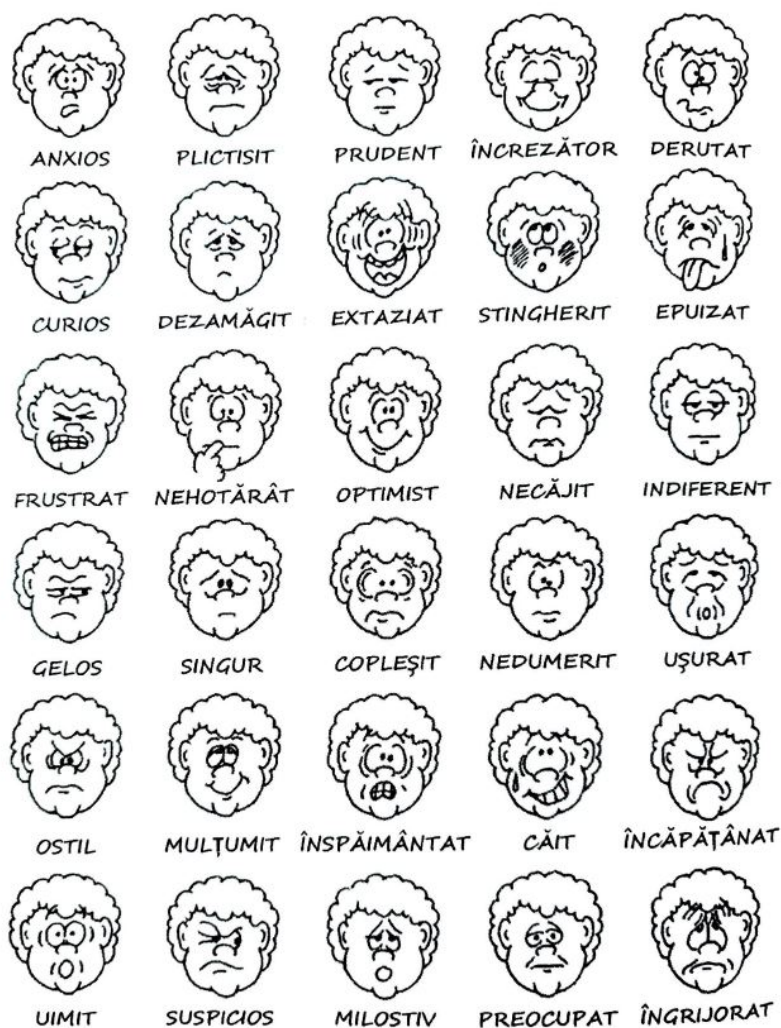
Explorarea emoțiilor: După ce au ales, încurajați-i să discute de ce au ales acele emoții. Întrebări de ghidare pot fi: „- Ce a determinat această emoție?” sau „- Cum ai reacționat când te-ai simțit așa?”

Reflectarea asupra emoțiilor celuilalt: Încurajați fiecare parte să încerce să identifice o emoție din imagine pe care cred ei că o resimte celălalt. După ce și-au ales emoția, puteți întreba: „-Te-ai simțit așa?” Acest pas îi ajută să-și dezvolte empatia și să-și înțeleagă mai bine emoțiile reciproc.

Găsirea soluțiilor: După identificarea și discutarea emoțiilor, treceți la găsirea unor soluții împreună. De exemplu, dacă unul dintre ei se simte „copleșit” sau „îngrijorat,” întrebați: „-Ce putem face pentru a ne simți mai bine data viitoare când apare această emoție?”

Plan de acțiune: Stabiliți împreună un plan mic, realist, pentru a îmbunătăți modul de gestionare a emoțiilor. De exemplu, dacă copilul se simte „anxios,” puteți lucra împreună la o tehnică de relaxare pe care să o folosească data viitoare când apare anxietatea.

Acest tip de exercițiu facilitează dialogul emoțional, ajutând la dezvoltarea abilităților de comunicare și reziliență emoțională.



Exercițiul 3. RESCRIEREA GÂNDURILOR NEGATIVE

Descriere: Părintele și copilul discută despre convingerile negative pe care le are copilul legate de diabet („Nu voi reuși niciodată să fac asta”, „Sunt o povară pentru familia mea”). Aceste convingeri sunt apoi rescrise într-un mod mai pozitiv și realist. Folosiți modelul de mai jos.

Obiectiv: Să ajute copilul să-și schimbe perspectiva și să își dezvolte o atitudine sănătoasă și optimistă față de provocările asociate diabetului și viață, în general.

Transformă gândurile negative în gânduri pozitive

Adeseori, gândim în mod negativ despre o situație sau un eveniment care s-a întâmplat sau urmează să se întâmple. Atunci când gândim negativ, de cele mai multe ori, șirul gândurilor e foarte greu de oprit. Acest lucru face ca puterea gândurilor să crească. În astfel de momente, este foarte dificil să găsim gânduri pozitive. Situațiile de acest fel pot duce la o viziune unilaterală asupra unui fapt sau a unui eveniment, care adesea nu este o judecată obiectivă.

Completează tabelul de mai jos pentru a vedea cum poți schimba gândurile negative în gânduri pozitive.

Gânduri negative	Gânduri pozitive
Prietenii mei nu mă mai plac pentru că nu pot merge sâmbătă seara la petrecere.	Unii dintre prietenii mei nu pot merge nici ei la petrecere, așa că ne-am putea întâlni duminică.
Nu sunt bun la matematică pentru că la test am luat doar 6 puncte din cele 10 corecte.	
Nu vreau să îmi mut locuința pentru că nu îmi voi face prieteni noi și mă voi simți singură.	
Noua mea școală nu va fi la fel de bună ca școala mea actuală.	

Activitate 2. PROVOCAREA PROVERBELOR

Descriere: Împărtășește cu copiii diferite proverbe și discută despre semnificația fiecăruia. Apoi, cere-le să încerce să descopere proverbe similare din cultura lor sau să creeze propriile lor proverbe bazate pe lecții învățate.

Exemplu de proverbe: „Nu lăsa pe mâine ce poți face azi.”, ”Buturuga mică răstoarnă carul mare”

Discuție: Întreabă copiii ce înseamnă aceste proverbe și cum se aplică în viața lor de zi cu zi.

Obiective:

- *Învățarea prin distracție:* Copiii învață că umorul poate transforma situațiile, dezvoltându-și încrederea și exprimarea emoțională.
- *Îmbunătățirea comunicării:* Ei își exersează abilitățile de a comunica idei și povești amuzante, ceea ce le dezvoltă vocabularul și creativitatea.
- *Stimularea gândirii flexibile:* Găsirea unor soluții amuzante și neașteptate pentru a face pe cineva să râdă necesită gândire divergentă.

Acest exercițiu poate fi repetat ori de câte ori, devenind o activitate preferată de grup, cu râsete și recompense care contribuie la un mediu plin de energie pozitivă!

Exercițiul 4. DETECTIVUL GÂNDURILOR

Obiectiv: Să ajute copiii să devină conștienți de gândurile exagerate și nerealiste. Evaluarea autodefinirii exagerat de critice

Consemn: Explicați copilului că gândurile iraționale sunt ca niște „hoți ai fericirii”, iar rolul lui este să fie un detectiv care le prinde.

Dați exemple de gânduri iraționale, cum ar fi „Nu sunt bun la nimic” sau „Toți trebuie să mă placă” și cereți copilului să le „aresteze” (adică să le identifice) și să vină cu gânduri mai raționale, de exemplu: „Nu trebuie să fiu perfect, e în regulă să greșesc uneori.”

Exercițiul 5. LISTA DE NEMULȚUMIRI

Obiectiv: să faciliteze o discuție deschisă și constructivă între părinte și copil, ajutându-i să exprime nemulțumirile într-un mod sănătos și să găsească soluții împreună.

Beneficii:

- Îmbunătățește comunicarea între părinte și copil.
- Oferă un cadru sigur pentru exprimarea emoțiilor negative.
- Ajută la identificarea unor soluții concrete și la dezvoltarea unor strategii de rezolvare a conflictelor.
- Întărește relația părinte-copil prin promovarea înțelegerii și cooperării.

Pași:

Introducerea conceptului:

- Explicați părintelui și copilului că acest exercițiu este o oportunitate pentru ei să-și exprime liber nemulțumirile fără teama de a fi judecați, dar cu accent pe găsirea de soluții constructive.
- Subliniați importanța unei atmosfere de respect și ascultare activă în timpul exercițiului.

Crearea listelor individuale:

- Fiecare (părinte și copil) va primi o foaie și va trebui să noteze cel puțin 3-5 nemulțumiri legate de celălalt.
- Încurajați formularea nemulțumirilor într-un mod descriptiv și specific, evitând criticile generalizate sau atacurile personale. (Ex. „Mă simt frustrat când nu sunt ascultat” în loc de „Niciodată nu mă asculți.”)

Citirea și ascultarea reciprocă:

- Odată ce listele sunt completate, fiecare persoană va citi nemulțumirile, iar cealaltă parte va asculta fără a întrerupe sau a se apăra.
- După ce fiecare a terminat de citit, încurajați ambii participanți să reflecteze pe scurt asupra celor auzite și să exprime, dacă pot, cum se simt în acel moment.

2. Identificarea punctelor comune:

- Încurajați părinte și copil să identifice dacă există teme comune în nemulțumirile lor. Acestea ar putea oferi indicii despre problemele majore care ar trebui abordate.
- De exemplu, atât părintele cât și copilul pot menționa o lipsă de comunicare eficientă sau nevoia de mai mult timp petrecut împreună.

Discuție despre posibile soluții:

- Ghidează-i să găsească împreună soluții practice pentru fiecare nemulțumire identificată.
- Întrebări de ghidare pentru soluții:
 - Ce putem face pentru a îmbunătăți această situație?
 - Cum pot eu (ca părinte sau copil) să mă comport diferit în viitor?
 - Ce nevoi reale sunt exprimate în această nemulțumire?

Crearea unui plan de acțiune:

- După ce au discutat soluțiile, rugați-i să stabilească împreună un plan de acțiune concret. Acesta poate include mici schimbări în comportamentele zilnice sau noi rutine.
- Este important ca ambele părți să fie de acord cu schimbările propuse și să se angajeze în implementarea lor.

Revizuirea periodică:

- Stabiliți un moment ulterior pentru a verifica dacă soluțiile găsite funcționează și dacă există îmbunătățiri în relația părinte-copil.
- În cadrul unei alte sesiuni de terapie, puteți discuta cum a evoluat situația și dacă au fost respectate angajamentele.

Acest exercițiu poate fi repetat ori de câte ori este nevoie pentru a adresa nemulțumirile noi apărute sau pentru a monitoriza progresul făcut în gestionarea celor existente.

Activitate 3. ANALIZA SWOT

Obiectiv: să identifice punctele forte, punctele slabe, oportunitățile și amenințările din relația părinte-copil, astfel încât să construiască un plan pentru îmbunătățirea comunicării și a colaborării.

Beneficii:

- **Claritate și înțelegere reciprocă:** Părintele și copilul devin mai conștienți de punctele tari și vulnerabile ale relației lor.
- **Planificare:** Identifică strategii pentru îmbunătățirea relației pe termen lung.
- **Comunicare eficientă:** Crează un spațiu sigur pentru exprimarea nemulțumirilor și pentru găsirea soluțiilor împreună.

Acest exercițiu poate fi extrem de valoros în cadrul terapiei de familie, oferind o perspectivă clară și un punct de plecare pentru schimbări pozitive.

Pași:

Explicarea conceptului SWOT: Explicați părintelui și copilului că SWOT este un instrument folosit pentru a analiza o situație sau relație din patru perspective:

- **Puncte Forte:** Ce funcționează bine în relația lor?
- **Puncte Slabe:** Ce ar putea îmbunătăți în relația lor?
- **Oportunități:** Ce ocazii au pentru a-și îmbunătăți relația?
- **Amenințări:** Ce factori ar putea să le afecteze negativ relația?

Crearea unei liste: Fiecare participant (părinte și copil) completează propria analiză SWOT pentru relația lor.

- **Puncte Forte:** În ce moduri relația voastră este bună? (Ex.: „Ne înțelegem bine când discutăm despre hobby-uri comune.”)
- **Puncte Slabe:** Ce lucruri vă dăunează relației? (Ex.: „Ne certăm frecvent din cauza temelor.”)
- **Oportunități:** Ce puteți face pentru a îmbunătăți relația? (Ex.: „Am putea petrece mai mult timp împreună la sfârșit de săptămână.”)
- **Amenințări:** Ce factori din afara voastră pot afecta negativ relația? (Ex.: „Timpul limitat din cauza muncii sau școlii.”)

Discuția și schimbul de perspective: După completarea analizelor SWOT individuale, fiecare persoană își va prezenta concluziile. Încurajați o discuție deschisă în care să asculte activ și să încerce să înțeleagă punctele de vedere ale celuilalt.

Întrebări de ghidare:

- Cum te-ai simțit când ai scris punctele tale slabe sau amenințările?
- Care dintre punctele forte crezi că sunt cele mai importante pentru tine în relația cu copilul tău? (și invers)
- Cum crezi că puteți folosi oportunitățile pentru a depăși punctele slabe?

Identificarea priorităților: Ghidează-i să prioritizeze câteva puncte esențiale din analiza SWOT care merită atenție imediată. De exemplu, dacă un punct slab este lipsa de timp petrecut împreună, poate acesta va fi un aspect central asupra căruia să lucreze.

Întrebări pentru reflecție:

- Ce punct slab crezi că ar trebui să fie prioritar pentru îmbunătățire?
- Cum putem transforma o amenințare într-o oportunitate? (Ex.: „Timp limitat poate însemna planificarea activităților de calitate.”)

Dezvoltarea unui plan de acțiune: După ce au identificat prioritățile, încurajați-i să construiască împreună un plan de acțiune. Acesta poate include pași specifici pentru a întări punctele forte, a adresa punctele slabe, a valorifica oportunitățile și a minimiza amenințările. (Ex.: Dacă „comunicarea defectuoasă” este o slăbiciune, pot stabili să aibă o discuție săptămânală în care fiecare să-și exprime sentimentele fără a fi întrerupt).

Revizuirea și monitorizarea progresului: Stabiliți o întâlnire de revizuire după o perioadă de timp (de exemplu, după 1 lună) pentru a evalua progresul realizat în implementarea planului de acțiune și pentru a face ajustări dacă este necesar.

Exemple de întrebări în funcție de fiecare componentă SWOT:

- **Puncte Forte:**
 - Ce apreciem unul la celălalt?
 - În ce moduri ne sprijinim reciproc?
- **Puncte Slabe:**
 - Ce ne face să ne certăm frecvent?
 - Care sunt comportamentele care ne afectează negativ relația?
- **Oportunități:**
 - Ce putem face diferit pentru a avea o relație mai bună?
 - Ce activități ne-ar ajuta să ne apropiem?
- **Amenințări:**
 - Ce factori externi (școală, muncă, alți membri ai familiei) afectează negativ relația noastră?
 - Cum putem gestiona mai bine stresul cotidian care ne afectează?

Analiza SWOT

Puncte tari/Calități	Puncte slabe/Însușiri de schimbat
Oportunități	Amenințări

Activitate 4. SORA DIA (poezie terapeutică)

Obiectiv: Cunoașterea și acceptarea bolii cronice (diabetul)

a) indicații terapeutice: - copil bolnav cronic (diabet);

b) efecte dorite: -cunoașterea etiologiei bolii; -acceptarea bolii

1. Eu sunt simplu,
Sora DIA
Și descind din ...DIABET
Stai și-ascultă un ...moment:

2. Cum ajung la ușa ta
Vrei acum să știi mata?
Simplu, vin încet pe scară,
Poate-ai vrea să stau afară!
Da, corect ar fi mai bine
Nici să nu afli de mine.

3. Pentru că există-un „dar”
Doar o clipă stai măcar
Și m-ascultă cu răbdare:
Eu nu caut pete-n soare!
Nici mâncare fără sare
Sau zahăr prin buzunare!

4. Nu-ți pot spune, poate-i trist
Când apar, dar eu exist.
Vin încet cu analize.
Și-ți mai fac chiar și surprize
Dar, apoi, te iau de mână
Ca să mergem împreună.

5. Știi, când e multă mâncare
Faci concurs printre borcane,
Și la fotbal ai uitare,
Fără să dai ascultare,
Când stai tot „pierdut” pe-afară
De cu ziuă, până-n seară.

6. Și văzându-ți glicemia
Vine HIPO...nebunia,
Fiindcă, simplu, ai uitat
C-ai putea fi vinovat
De tot ce s-a întâmplat
Când o clipă am...plecat.

7. După care, stai cuminte
Că te-nvață DIA minte
Să știi scurt, clar și precis
Ce să faci și ce-am prescris,
Când apar în grabă mare
Fără să-ți dau ascultare.

8. Caută în raft, mai sus
Unde proteine-ai pus
Plus mormane de glucide
Și-alte tinere lipide
Apoi, treci și calculează
Cât pe zi se ... ingerează.

9. După care, în dozaj
INSULINA, ca marcaj,
Te ajută să reglezi,
Sigur, să nu galopezi,
Jocul tău cu mine, DIA
Peste noapte, chiar și ziua.

10. Știu că-ți place să înveți,
Să joci mingea de pereți,
Nu te-opresc să faci ce vrei,
Doar cu grijă să mă iei,
Căci efortul tău prea mare
Pentru mine-i o-necare.

11. De aceea, vreau să-ți zic,
Nu pleca, mai stai un pic.
Hai să facem casă bună
Și-ți jur, chiar și pe lună,
O să fiu copil cuminte,
Nu uita și ia... aminte.

12. Că încet, încet de tot,
O să mă iei peste tot,
Pentru-o viață împreună
Chiar mai rea sau foarte bună
E nevoie de talent
Să învingi în ...DIABET!

13. Asta e povestea care
O s-o știe fiecare
Fiindcă eu, DIA numită
Sora TA, neprețuită,
Te învăț să știi mai bine,
Cum să viețuiești cu... mine.

14. Deci, te rog, nu mă uita,
Eu sunt simplu, sora DIA
Și descind din DIABET,
Mulțumesc pentru ... moment!
Aș fi vrut să-ți scriu în proză, dar
m-am trezit că-ți spun în versuri!

Activitate 5. AVENTURILE LUI ALEX ȘI MAGIA PICĂTURILOR DULCI

Alex era un băiat vesel și plin de energie, căruia îi plăcea să se joace afară, să alerge și să se cațere în copaci. Însă, într-o zi, Alex a început să se simtă ciudat. Era obosit tot timpul, îi era mereu sete și nu mai avea aceeași energie să facă lucrurile pe care le iubea. Părinții săi l-au dus la medic, iar Alex a aflat că are **diabet**. La început, vestea l-a speriat. *Ce este diabetul? De ce trebuie să fiu diferit de ceilalți copii?* Toate aceste întrebări îl copleșeau pe Alex. Într-o noapte, pe când se gândea la toate aceste lucruri, a auzit un zgomot ciudat în camera lui. Când a deschis ochii, a văzut o ființă micuță și strălucitoare, cu aripi delicate, zburând în fața sa.

„- Salut, Alex!”, a spus creatura strălucitoare. „Eu sunt **Glucinda**, spiridușul picăturilor dulci. Am venit să-ți arăt că diabetul nu este o magie rea, ci una pe care poți învăța să o controlezi.” Alex a privit cu uimire la Glucinda, dar curiozitatea lui l-a făcut să întrebe:

„- Cum să fie o magie? Medicul mi-a spus că trebuie să fiu foarte atent la ce mănânc și să îmi verific mereu glicemia. Mi se pare greu și complicat.” Glucinda zâmbi și îi făcu semn să o urmeze. Cu o mișcare de aripi, a deschis o ușă magică spre un tărâm numit *Țara Echilibrului*. Acolo, toate lucrurile păreau să fie în echilibru perfect – copacii aveau fructe exact cât trebuia, râurile curgeau la o viteză constantă, iar locuitorii ținutului se simțeau bine tot timpul.

„- Vrei să știi secretul acestui loc?”, întreabă Glucinda. „Aici, toată lumea știe să își echilibreze magia dulce din corp, exact așa cum vei învăța și tu. Diabetul tău este ca o floare specială. Dacă ai grijă de ea și îi oferi ceea ce are nevoie, va crește frumoasă și sănătoasă. Dar dacă o ignori, poate deveni ofilită și fragilă.” Alex începu să se întrebe cum ar putea el să aibă grijă de floarea sa magică.

„- Dar cum să fac asta?”, întreabă el. „- Uite, aici, în *Țara Echilibrului*, locuitorii își verifică mereu cât de dulci sunt picăturile din sângele lor”, explică Glucinda, arătând spre o creatură micuță care își verifica o floare specială. „- Așa se asigură că magia lor dulce este în echilibru. Tu, Alex, vei învăța să faci același lucru cu ajutorul glucometrului tău. Îți arată cât de dulci sunt picăturile tale și, dacă sunt prea multe sau prea puține, știi cum să îți setezi magia.” Alex începu să înțeleagă. Floarea magică pe care trebuia să o îngrijească nu era altceva decât modul în care el își menținea sănătatea. Glucinda continuă:

„- De asemenea, alimentele pe care le mănânci sunt precum poțiunile magice. Unele sunt foarte dulci și trebuie să le folosești cu grijă, iar altele sunt perfecte pentru a-ți menține echilibrul. Nu trebuie să le eviți pe toate, doar să știi cum să le combini.” „- Și ce se întâmplă dacă nu-mi îngrijesc floarea?” întreabă Alex, ușor îngrijorat. „- Ei bine, dacă nu ai grijă de ea, floarea ta poate deveni prea dulce sau prea amară, iar tu vei începe să te simți din nou obosit și slăbit. Dar vestea bună este că tu deții controlul. Poți învăța să te asculți pe tine însuși și să faci ceea ce este necesar pentru a-ți menține floarea sănătoasă. Iar când te simți nesigur, familia și medicul tău sunt mereu aici să te ajute.”

După ce au petrecut ceva timp în *Țara Echilibrului*, Alex se simți mult mai încrezător. Înțelegea acum că diabetul său nu era un obstacol atât de îngrozitor, ci doar o parte din viața lui, ceva ce putea gestiona și învăța să controleze. Când Glucinda îl aduse înapoi în camera sa, îi spuse:

„- Amintește-ți, Alex, că diabetul tău este ca o magie pe care doar tu o poți controla. Cu atenție și grijă, vei putea să te bucuri de toate lucrurile pe care le iubești, fără ca magia dulce să te împiedice.”

Mesaj terapeutic: Această poveste ajută copilul să vadă diabetul nu ca o povară, ci ca pe un aspect al vieții pe care îl poate controla. Prin intermediul personajului Glucinda și al metaforei florii și echilibrului, copilul învață importanța monitorizării glicemiei și a alegerii alimentelor potrivite, într-un mod pozitiv și încurajator.

Exercițiul 6. ROATA EMOȚIILOR

Obiectiv: Conștientizarea de sine a emoțiilor, autocunoașterea, auto-reflecția, recunoașterea emoțiilor și asocierea cu diferite contexte

Descrierea activității. Participanții învață despre emoții și cum să facă diferența între nuanțele lor. O teorie psihoevoluționară generală a emoției. Sursa: în R. Plutchik & H. Kellerman (Eds.), *Emotion: Theory, research, and experience*: Vol. 1. Teorii ale emoției. New York: Academic, p. 3-33.

Instructiuni. Terapeutul înmânează copilului Roata lui Plutchik. Mai întâi verifică emoțiile primare (de bază) și poziția lor față de alte emoții, apoi verifică emoțiile secundare.

Obiectivele activității. Învățare despre emoții la un nivel mai profund. A fi capabil să-și identifice propriile emoții. Învățarea despre gradele emoțiilor poate ajuta la escaladarea situațiilor riscante și la înțelegerea proceselor emoționale.

Sarcini pentru copii. Găsiți emoțiile primare pe roată. Care sunt omoloagele lor? De ce? Verificați gradele unei emoții pe rând. Care este diferența dintre ele? Uită-te la roată. Ce se întâmplă când amestecii emoțiile una lângă cealaltă? Încearcă să-ți identifice emoția actuală. Ce evenimente ar putea schimba asta? Care ar fi emoțiile tale în acest caz? Încearcă mai multe evenimente și scrie răspunsurile. Discută răspunsurile și cu alții copii sau cu familia.

Note: Teoria emoțiilor a lui Plutchik descrie 8 emoții primare în 4 perechi opuse: fericire și tristețe, furie și frică, încredere și dezgust, surpriză și intuiție. Fiecare emoție are 3 niveluri de intensitate: de ex. acceptare – încredere – admirație, plictiseală – dezgust – silă etc. Opusele se exclud reciproc, de ex. nu putem fi interesați și distrași în același timp sau fericiți și supărați.

Roata se învârtă, iar acul atașat se va opri la o emoție. Copilul va trebui să ofere un exemplu de situație din viața lui în care a trăit emoția respectivă și ce a însemnat acel moment pentru el. Notăm situațiile exemplificate de copil și emoțiile asociate lor. Dați ca exemplu o anumită emoție (de ex. frica) și solicitați copilului să dea exemple de situații în care au trăit emoția respectivă. Se listează răspunsurile și se analizează. Concluzia - Aceeași emoție este trăită de oameni diferiți în contexte diferite.

Se oferă ca punct de plecare o situație. Se solicită copilului să dea un exemplu de activitate preferată. Terapeutul va oferi și el o emoție personală. Concluzie- Același context facilitează trăirea de emoții diferite de către persoane diferite.

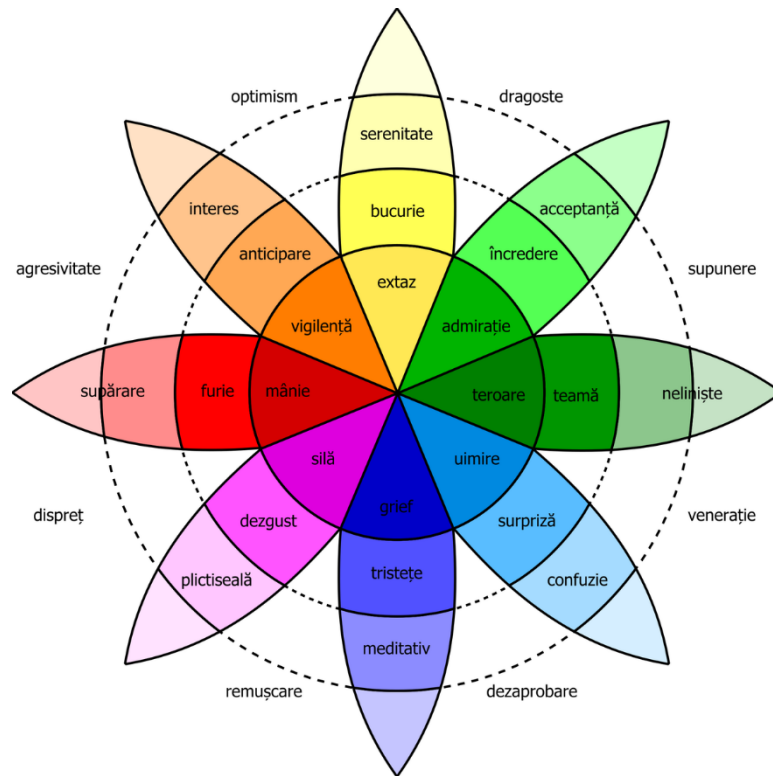
Se ia ca punct de plecare o anumită emoție (de ex. tristețea). Copilul e rugat să spună ce face atunci când este trist. Se listează răspunsurile pe o foaie. Concluzie - Aceeași emoție este exprimată diferit de către oameni diferiți.

Întrebări referitoare la conținut: Unele emoții sunt similare cu cele trăite de voi într-o situație? Există emoții pe care nu le-ați trăit niciodată ?

Întrebări de personalizare: Ce ați învățat despre emoțiile voastre și ale celorlalți? Identificați o situație similară în care ați avut emoții diferite?

Aspecte de discutat cu copiii: Toate emoțiile noastre sunt firești. Oameni diferiți, trăiesc aceeași emoție în contexte diferite. Același context facilitează trăirea de emoții diferite, de către persoane diferite.

Roata emoțiilor a lui Plutchik, R. (1980)



Activitate 6. TEHNICA SCAUNULUI GOL

Această tehnică, ce implică mișcare, este un mod ilustrativ de a ajuta copiii să înțeleagă procesul de disputare. Utilizați două scaune. Unul din scaune este desemnat ca fiind ”scaunul irațional”, iar celălalt, ca fiind ”scaunul rațional”. Mai întâi, rugați copilul să șadă pe scaunul irațional și să verbalizeze gândurile pe care le are în legătură cu o situație problematică. Apoi cereți-i să se mute pe scaunul rațional și să încerce să-și dispute propriile convingeri iraționale. Următorul exemplu prezintă o fetiță de 6 ani care a învățat acest proces după ce i-a fost modelat de către terapeut pentru o problemă diferită:

”Scaunul irațional: Mama nu-mi acordă niciodată atenție. Singura de care îi pasă este sora mea mai mică.

Scaunul rațional: Doar pentru că mama îi acordă atenție bebelușului, asta nu înseamnă că nu mă iubește. Sora mea nu poate să facă nimic singură, așa că mama trebuie să o ajute.

Scaunul irațional: Știu că mă iubește, însă nu e corect că îmi citește numai o poveste înainte de culcare, iar pe sora mea o leagă pentru mai mult timp.

Scaunul rațional: Așa stau lucrurile pur și simplu. Poți să te enervezi, sau pur și simplu să-ți citești singură o altă poveste.”

Activitate 7. DISPUTAREA CONVINGERILOR IRAȚIONALE

Această activitate (Vernon, 1989b, pag. 49-51) ajută copiii și adolescenții să învețe să-și dispute convingerile iraționale. După ce copilul a învățat cum funcționează procesul, poate să substituie propriile convingeri iraționale și să le dispute. Veți folosi următoarea listă de scenarii:

- Ai șansa de a câștiga meciul pentru echipa ta, iar tu ratezi lovitura.
- Nu ai numai note de zece în carnet.
- Prietenul tău cel mai bun se mută din oraș.
- Ai răcit și vei rata singura petrecere a școlii din anul respectiv.
- După amiază vor avea loc antrenamente cu public, și tu ai emoții.
- Un profesor te învinovățește de ceva ce nu ai făcut.
- Măine dai teste la patru discipline.
- Persoana de care ești îndrăgostit te ignoră.
- Părinții tăi divorțează.
- Un grup de copii te necăjește în legătură cu hainele tale, spunând că sunt urâte.

Citiți itemii cu rândul, cu voce tare. Când este rândul dumneavoastră, identificați două credințe iraționale care ar putea fi asociate cu situația de față; apoi copilul dispută fiecare convingere irațională. De exemplu, pentru situația cu prietenul cel mai bun care se mută din oraș, convingerile iraționale ar putea fi că nu suporti acest lucru și că nu vei mai găsi vreodată un alt bun prieten. O disputare ar putea fi că vei suporta acest lucru chiar dacă crezi că nu poți. O altă sarcină ar fi găsirea dovezilor că nu vei găsi vreodată un alt bun prieten. După ce copilul înțelege procesul identificării și disputării convingerilor iraționale, cereți-i să identifice exemple personale cu care să lucreze.

Activitate 8. ȘTERGEREA IRAȚIONALULUI

Activitățile precum aceasta (Vernon, 1989a, pag. 217-218) învață copiii și adolescenții cum să-și înlocuiască gândurile iraționale cu unele raționale. După ce îi explicați conceptul de convingeri raționale versus iraționale, și discutați despre ideea de a șterge ceva, oferiți copilului următoarea listă de convingeri iraționale, și cereți-i să „șteargă” următoarele convingeri iraționale, și să scrie în locul lor unele raționale:

- Trebuie să fiu perfect în tot ceea ce fac.
- Prietenii mei trebuie să facă întotdeauna exact ceea ce le cer eu.
- Dacă fac o greșală, înseamnă că sunt prost.
- Toată lumea trebuie să mă placă. Nu suport dacă nu mă place toată lumea.
- Sunt singurul care face treabă în casă.
- Modul în care lucrez la proiect este cel mai bun, iar ceilalți ar trebui să facă așa cum le spun eu.
- Nu ar trebui să cedez de la mine pentru a-mi face prieteni. Ceilalți trebuie să vină la mine.
- Nu este vina mea că sunt nefericit tot timpul.
- Ceilalți copii nu trebuie să stea pur și simplu în timpul unui joc – ar trebui să depună efort la fel de mult ca și mine.
- Prietenii mei trebuie să asculte întotdeauna ceea ce am de spus.

Activitatea 9. MODUL ÎN CARE MĂ SIMT

Materiale - Fișe de lucru

Procedură Introduceți activitatea discutând cu copilul despre ce crede el privitor la modul în care se simt oamenii în anumite situații. Discuția poate să pornească de la un exemplu concret - dacă am trăi într-o țară unde nu ninge niciodată, vestea că va ninge ar putea să ne producă bucurie deoarece adesea avem prea puține ocazii de a ne da cu sania sau cu patinele. Dacă suntem dintr-o țară în care ninge foarte des, vestea unei ninsori apropiate ne-ar întrista deoarece suntem plictisiți de zăpadă. Pornind de la acest exemplu, accentuați ideea că modul în care gândim despre lucruri influențează modul în care ne simțim. Copilul primește o fișă de lucru cu mai multe scenarii. Pentru fiecare scenariu, copilul va nota gândurile și emoțiile asociate lor.

Instrucțiuni: Citește fiecare scenariu. Pentru fiecare încearcă să identifici ce crezi tu despre această situație. De exemplu, dacă crezi că colegii mai mari nu ar trebui să îți spună ce să faci s-ar putea să fii nervos în legătură cu această situație, iar dacă ai alte preocupări și nu te interesează în mod special să participi la discuțiile celorlalți colegi de clasă, s-ar putea să te simți indiferent- nu ar fi mare lucru. După ce ai identificat gândurile, notează în spațiul liber, modul în care te-ai simțit.

1. Te joci cu mingea în curtea școlii. Unul dintre elevii mai mari vine către tine și îți spune că nu ai voie să te joci.

Te gândești:.....

Te simți:.....

2. Tatăl tău a încălcat legea și va merge la închisoare. Colegii de la școală au aflat acest lucru și te tachinează legat de acest subiect

Te gândești:.....

Te simți:.....

3. Ești în pauza mare. Vrei să joci baschet dar sunt prea mulți copii afară care se joacă.

Te gândești:.....

Te simți:.....

4. Două dintre prietenele/prietenii tăi stau împreună într-un colț al clasei. Ei/ele se uită la tine și încep să chicotească și să șușotească

Te gândești:.....

Te simți:.....

5. Aseară te-ai tuns. Îți place foarte mult. Colegii de clasă te tachinează și îți spun cât de rău îți stă.

Te gândești:.....

Te simți:.....

Întrebări de conținut: Crezi că oamenii sau situațiile te fac să te simți în modul în care te simți sau avem posibilitatea de a alege?, Care este legătura dintre gândurile tale și emoțiile tale?

Întrebări de personalizare: Ați spus vreodată ceva de genul ” Ea m-a supărat! Mă enervează!”, Crezi că cineva te poate înfuria sau te poate răni sau tu ești cel care te face să te simți astfel?

Aspecte de accentuat în discuțiile cu copilul:

- Același context facilitează trăirea de emoții diferite de către persoane diferite.
- Dacă contextul ar determina modul în care ne simțim, ar însemna ca în aceeași situație toți oamenii să simtă același lucru.
- Modul în care ne simțim depinde de modul în care noi interpretăm situațiile cu care ne confruntăm

Activitatea 10. ALTERNATIVE

Obiectiv: să identifice cât mai multe modalități de interpretare a unui comportament sau o situație

Se oferă copilului mai multe situații neutre și i se solicită să noteze pentru fiecare comportament explicația care îi vine în minte. Ulterior pentru fiecare comportament se vor identifica mai multe explicații alternative. Activitatea se poate desfășura în perechi sau individual.

Situații:

1. Trec pe lângă un grup de colegi de școală. Când ajung în dreptul lor, ei izbucnesc în râs.

Ce gândesc.....

2. O întreb pe colega mea ce am avut de pregătit pentru ora care urmează. Ea scrie în caiet și îmi răspunde pe un ton ridicat.

Ce gândesc.....

3. Merg în pauză iar pe hol observ de la distanță un coleg mai mare care vine spre mine și mă privește.

Ce gândesc.....

4. Îi dau bună dimineața colegului meu de bancă iar acesta nu îmi răspunde.

Ce gândesc.....

5. Merg pe stradă și observ o persoană care se îndreaptă direct spre mine.

Ce gândesc

6. Invit prietenul/a în oraș iar ea îmi spune că nu poate deoarece are alt program

Ce gândesc.....

Fiecare elev completează pentru fiecare comportament din situațiile de mai sus explicațiile inițiale, după care identifică la fiecare situație/comportament cât mai multe modalități alternative de interpretare.

Aspecte de accentuat în discuțiile cu copilul:

- Realitatea din mintea noastră este o realitate limitată
- Este bine să ne exprimăm opiniile sau punctele de vedere ca propriile gânduri și emoții, nu ca adevăruri absolute
- Adesea un comportament poate fi abordat din mai multe puncte de vedere
- Ne gestionăm mai ușor emoțiile dacă reușim să găsim interpretări alternative la acțiunile sau reacțiile colegilor, care ne deranjează.

Exercițiul 7. RECUNOAȘTEREA ȘI GESTIONAREA COMPORTAMENTELOR AGRESIVE

Obiectiv: să învețe modalități adecvate de a face față ridiculizării și respingerii

Materiale:

- Povestea "Ridiculizat și Respins"
- Creion și foaie de hârtie pentru activitatea de follow-up.

Procedură

Cereți copilului să ridice mâna dacă una din situațiile i s-a întâmplat și lui:

- Cineva a râs de modul în care arăți
- Cineva a râs de modul în care umbli, fugi, mergi, dansezi, arunci sau prinzi
- Cineva ți-a spus că el/ea nu vrea să fie prietenă cu tine niciodată
- Cineva ți-a spus că nu te place
- Cineva ți-a spus că ești urât/ă și miroși urât
- Cineva a râs de modul în care te îmbraci
- Cineva a râs de faptul că porți senzor

Discutați cu copiii despre faptul că mulți dintre ei au trăit experiența de a fi respins sau ridiculizat de către alții. Solicitați copilului să identifice cuvinte care descriu modul în care se simt când trăiesc aceste experiențe.

Ridiculizat și respins

Maria este elevă în clasa a VII. Ea își servește pachetul pe holul școlii împreună cu Marta și privesc împreună pe geam la ceilalți copii care aleargă prin curtea școlii. Ele aproape că terminaseră de mâncat când Carolina a ajuns în dreptul lor.

- Maria de ce stai cu fraiera asta? a întrebat-o Carolina uitându-se la Marta. Nu știi că e o mare mincinoasă și trișează? De ce preferi să stai cu ea când ai prieteni mai buni? Pe lângă asta este și în clasa a V-a. De ce îți pierzi timpul cu tâncii?

Maria era șocată că această fetiță, Carolina putea să spună așa ceva. S-a uitat la Marta și a observat că avea lacrimi în ochi. Maria nu știa ce să facă sau ce să spună. Pe Marta nu o știa de prea mult timp, dar ele împreună erau partenere la clubul de pictură. Maria nu o văzuse pe Marta trișând, și nu avea nici un motiv pentru care să creadă că minte. În plus, nu înțelegea de ce Carolina ar spune acele lucruri despre ea. Cu toate acestea Maria știa cum este să fii în situația Martei. Anul trecut, trecuse și ea printr-o experiență asemănătoare. Maria nu greșise cu nimic, din câte își amintea ea, dar dintr-o dată unul din colegii ei a început să o strige cu diferite nume (să îi pună porecle) și i-a spus că nu are voie să vină să se joace pe terenul de sport după ore. Când Maria i-a spus mamei despre ce s-a întâmplat, mama i-a spus că lucrurile acestea se întâmplă câteodată în clasele V-a, VI-a, VII-a, pentru că copiii nu se gândesc înainte la modul în care se simte o altă persoană dacă i se spun acele lucruri. În plus, mama i-a explicat Mariei că la această vârstă copiii devin geloși unii pe alții, se tem că cineva poate să fie îndrăgit mai mult de ceilalți colegi sau de profesori, au haine mai frumoase, sunt apreciați mai mult de ceilalți. În consecință, pentru a se simți mai bine acești copii încearcă să rănească pe altcineva, prin a-i respinge și ridiculiza. Mama Mariei a învățat-o pe Maria că dacă răspunde cu aceeași monedă nu își va rezolva problemele. Faptul că cineva se comporta în acest fel cu ea nu

înseamnă că și ea trebuie să facă la fel. Cel mai potrivit lucru pe care ar putea să-l facă ar fi să se oprească și să se întrebe dacă lucrurile pe care le spune acel coleg despre ea sunt adevărate. Dacă ceea ce se spune despre ea nu este adevărat atunci cuvintele nu pot să o rănească decât dacă ea lasă să se întâmple acest lucru. Maria a înțeles ce i-a spus mama ei, dar se simțea în continuare tristă. Ea nu putea să înțeleagă de ce ar încerca cineva să îi facă așa ceva pentru că ea nu încercase să se “dea mare” sau să facă pe grozava. Maria își amintește că nu a spus lucruri urâte despre nimeni. Ea se simțea tristă și confuză și a mers în cele din urmă să vorbească cu consilierul școlii. Consiliera a ascultat cu atenție tot ceea ce i-a povestit Maria și i-a cerut să pună o palmă pe masă. Apoi i-a cerut Mariei să ridice pe rând câte un deget și să identifice pentru fiecare deget lucruri care țin de persoana ei și îi plac sau plac altora (părinți, profesori, prieteni etc). După ce a precizat cinci lucruri care-i plac sau plac altora, consiliera a pus-o pe Maria să strângă pumnul și să îl țină în față. I-a explicat Mariei că acolo sunt calitățile ei pe care nu i le poate lua nimeni, indiferent de cât de mulți copii ar ridiculiza-o sau ar respinge-o. În plus, i-a spus Mariei că data viitoare când i se va mai întâmpla un lucru asemănător, să își reamintească lista și să ridice pumnul pentru a-și reaminti de calitățile sale, chiar dacă unii colegi nu cred asta. Consiliera i-a mai explicat că uneori colegii nu conștientizează că ceea ce fac ei rănesc pe ceilalți. Noi nu putem să controlăm comportamentul celorlalți, dar cu siguranță știm că am înrăutăți situația dacă am răspunde la agresivitate cu agresivitate. Consiliera i-a mai spus Mariei că uneori aceste situații se rezolvă repede, iar alteori devin mai complicate și atunci trebuie să facă ceva mai mult ca să le rezolve. Pentru a rezolva cu tristețea, consiliera a ajutat-o pe Maria să identifice soluții de petrecere a timpului liber, implicându-se în activități plăcute pentru a alunga tristețea. Maria i-a spus că se va gândi la toți oamenii care i-au spus că o plac și i-au spus lucruri frumoase în loc să se mai gândească la cei care îi spun lucruri urâte. Si astfel, în timp ce stătea cu noua ei prietenă, Maria și-a amintit cum a fost experiența trăită de ea anul trecut. I-a spus Martei ceea ce consiliera i-a spus și ei anul trecut, gândindu-se că acest lucru o va ajuta. I-a mai spus că cu cât se va gândi mai mult la acest eveniment, cu atât va fi mai nefericită și astfel i-a sugerat să meargă în pauză și găsească să facă ceva împreună. Dacă celelalte fete nu doreau să se joace împreună cu ele, pierderea era a lor. Ele cu siguranță vor găsi ceva de făcut și nu vor sta și nici nu vor fi nefericite din această cauză.

Întrebări de conținut

Cine s-a simțit ridiculizat și respins în povestire? Ce a ajutat-o pe Maria atunci când a fost tratată în acest mod? De ce credezi că Carolina a tratat-o în acel mod pe Marta? Ce părere ai despre modul în care Maria s-a comportat față de Marta? Dar despre modul în care s-a comportat Marta?

Întrebări de personalizare

S-a comportat vreodată cineva cu tine așa cum s-a comportat Carolina cu Maria și cu Marta? Dacă da, cum te-ai simțit? Te-ai comportat vreodată cu cineva în felul în care Carolina s-a comportat cu Marta? Dacă da, de ce crezi că ai făcut acest lucru și cum te-ai simțit când ai făcut acest lucru? Dacă ai fi ridiculizat sau respins cum ai reacționa în aceste situații? Crezi că vreuna din ideile pe care Maria le-a împărtășit Martei ar funcționa în cazul tău? Ce altceva ai putea face pentru a face față situațiilor în care ceilalți te-ar ridiculiza sau respinge?

Exercițiul 8. NU ACORDA ATENȚIE TACHINĂRILOR

Obiective: să identifice comportamente personale care pot conduce la excludere, tachinare sau evaluări negative, să identifice modalități alternative de a gândi, a simți și a se comporta atunci când sunt excluși, tachinați sau evaluați negativ, să recunoască că modul în care cineva își controlează gândirea afectează modul în care acea persoană simte și se comportă în situațiile de conflict.

Materiale

- Fișă de lucru
- Hârtie și creion pentru activitatea de follow-up

Procedură:

1. Cereți copilului să noteze pe o foaie de hârtie următoarele aspecte:
 - O situație în care au fost excluși, tachinați sau evaluați negativ de către colegi
 - Modul în care s-au simțit în legătură cu acea situație
 - Modul în care au făcut față situației
 - Dacă au avut vreo contribuție la declanșarea comportamentelor de tachinare din partea celorlalți (ei au început tachinarea, poreclirea etc)
2. Discutați pe baza mai multor exemple pe care copilul le-au oferit, făcând referire la emoții și la modul în care ei au reacționat în acele situații. Discutați despre comportamentele care ar putea să declanșeze reacții agresive din partea celorlalți. De exemplu, dacă un elev poreclește un coleg crește probabilitatea de a i se răspunde cu o poreclă. Încurajați o discuție despre ceea ce copiii pot și nu pot controla în relațiile cu ceilalți colegi. Ei își pot controla propriul comportament (ex. să nu inițieze nici un act agresiv și să nu răspundă agresiv la acțiunile agresive ale celorlalți, îndreptate asupra lor), dar ei nu pot controla ceea ce ceilalți colegi aleg să facă. Discutați răspunsurile identificând în primul rând orice comportament declanșator care ar fi putut determina o reacție comportamentală. Discutați cu copilul despre faptul că ei au controlul asupra propriilor lor comportamente chiar dacă trebuie să răspundă la comportamentele declanșatoare ale altora. Utilizați următoarea explicație ca modalitate de a ilustra modul în care copiii își pot controla propriul comportament chiar dacă ei nu pot controla ceea ce fac sau spun ceilalți copii.

Ori de câte ori cineva face ceva care vă enervează, vă supără sau vă irită, puteți face alegeri. Puteți reacționa la fel, comportament care de regulă declanșează o altă reacție de la acea persoană sau puteți să îi faceți față pe cont propriu. De exemplu să presupunem că cineva vine la voi și vă pune o poreclă. Ți-ai putea spune în gând "Sunt eu ceea ce spun ei că sunt? Si chiar dacă aș fi acest lucru înseamnă că nu sunt bun de nimic? La ce mă ajută să îl lovesc? Care sunt celelalte opțiuni pe care le am?" Gândind lucrurile în această manieră veți vedea că nu veți mai fi atât de supărat. Asta nu înseamnă că trebuie să vă placă când oamenii vă tachinează, vă evaluează negativ sau vă exclud, dar nici nu înseamnă că trebuie să reacționați în moduri care ar putea să înrăutățească situația.

2. Solicitați copilului să aleagă două exemple de pe fișă și să identifice pentru fiecare situație ce ar fi putut ei să-și spună pentru a se liniști.

Fișe de lucru

Situația 1

Maria stă singură în curtea școlii. Două colege trec pe lângă ea și îi spun pe un ton ridicat că ele nu o vor în apropierea lor pentru că este prost îmbrăcată și le este rușine cu ea.

Întrebări

- A făcut Maria ceva care le-ar fi putut determina pe cele două colege să se comporte astfel? Dacă da, ce anume a făcut ea? _____
- Poate Maria să controleze ceea ce îi spun aceste colege? Dacă da, cum anume? _____
- Poate Maria să își controleze modul în care să reacționeze față de aceste colege? Dacă da, cum? _____

Situația 2

Cornel și-a terminat lucrarea la matematică iar profesoara i-a spus că a rezolvat bine problemele. Colega lui de bancă încă mai scrie la lucrarea ei. Cornel se întoarce spre ea și îi spune "Ha, ha, ha, am terminat înaintea ta și le-am făcut și bine!" Colega lui de bancă i-a spus "Mare scofală! Data trecută ai luat o notă mică, așa că nu ești așa de deștept precum crezi"

Întrebări

- A făcut Cornel ceva care ar fi putut să o determine pe colega lui să se comporte astfel? Dacă da, ce anume a făcut el? _____
- Poate colega lui Cornel să controleze ceea ce Cornel îi spune? Dacă da, cum anume? _____
- Poate Cornel să controleze ceea ce el face? _____ Dacă da, cum? _____

Situația 3

Filip se uită la TV iar fratele său mai mare a venit și începe să se ia de el. Filip și-a pierdut răbdarea și i-a tras un pumn fratelui său.

Întrebări

- A făcut fratele lui Filip ceva care l-ar fi putut determina pe Filip să se comporte astfel? Dacă da, ce anume a făcut el? _____
- Poate Filip să controleze ceea ce face fratele său? Dacă da, cum anume? _____
- Poate Filip să controleze ceea ce el face? _____ Dacă da, cum? _____

Situația 4

Sergiu așteaptă la rând să cumpere ceva de la chioșcul din curtea școlii iar Matei a venit și l-a împins din calea lui, spunând că proștii trebuie să stea la capătul rândului.

Întrebări

- A făcut Sergiu ceva care l-ar fi putut determina pe Matei să se comporte astfel? Dacă da, ce anume a făcut el? _____
- Poate Sergiu să controleze ceea ce face Matei? Dacă da, cum anume? _____
- Poate Sergiu să controleze ceea ce el face? _____ Dacă da, cum? _____

Întrebări de conținut: Credeți că puteți controla, de obicei, modul în care ceilalți se comportă cu voi? Există situații în care comportamentul vostru îi poate influența pe alții să se comporte într-un anumit fel? Dacă da, aveți control asupra a ceea ce faceți? Trebuie să luați în serios și să aveți încredere în ceea ce alții vă spun când vă tachinează sau vă evaluează negativ?

Întrebări de personalizare: Te supără sau te enervează dacă cineva te evaluează negativ, te tachinează sau te exclude? Cum crezi că te-ar ajuta vorbirea cu sine pentru a face față unor situații de acest gen? Există ceva în modul tău de comportare care trebuie schimbat astfel încât să existe posibilități mai mici pentru a declanșa o reacție din partea altora? Dacă da, care este acest comportament, și cum îl vei schimba?

Exercițiul 9. CE POT CONTROLA SI CE NU

Obiectiv:

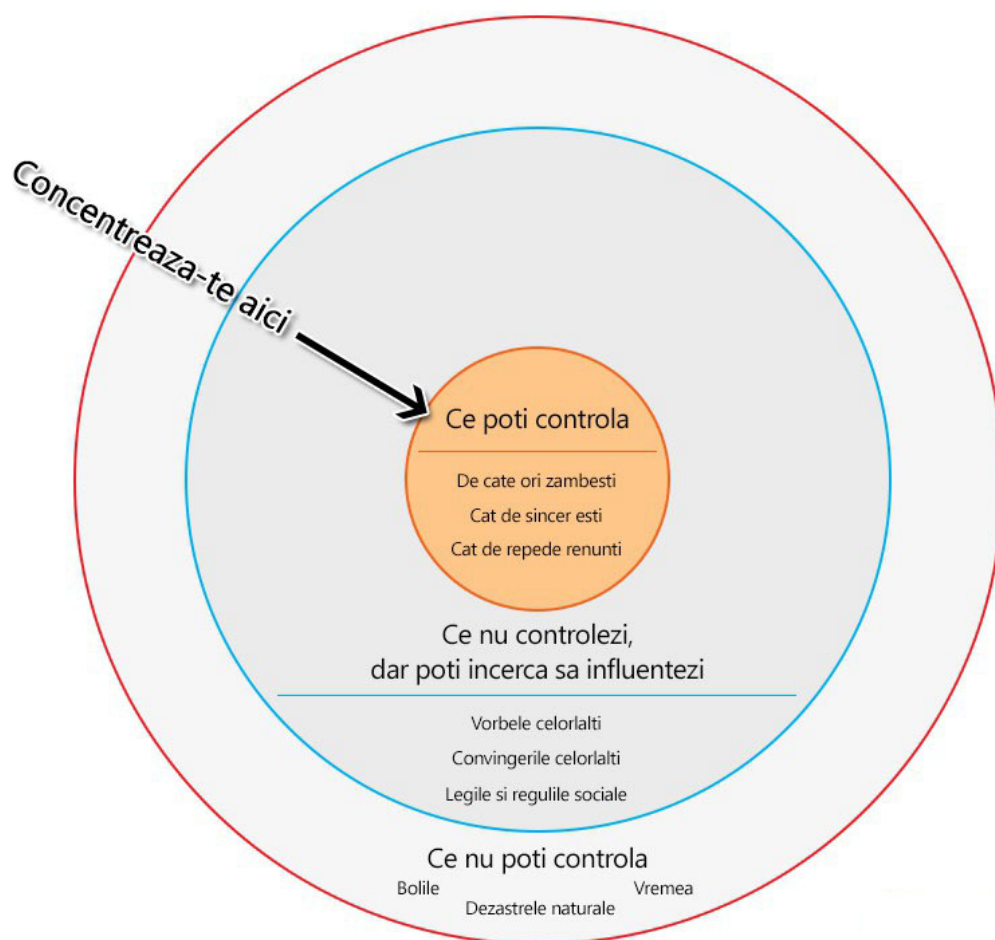
- A conștientiza frustrarea în anumite situații
- A fi conștient că sunt lucruri pe care nu le putem controla

Instrucțiuni:

- Punem bilețele cu diferite situații într-un bol și rugăm copilul să extragă un bilețel.
- Copilul va nota apoi pe cerc la categoria dorită. Ei vor trebui să explice de ce au ales să îl treacă acolo. Există și o a treia variantă în care ei pot încerca să influențeze situația.
- Copiii sunt încurajați să completeze lista cu oricare altă situație.

Situații – ce nu pot controla: Când ninge; Ce gândesc alte persoane; Profesorii; Ce le place sau ce nu le place altora; Ce vorbesc ceilalți; Ce fac oamenii; Trecutul; Familia mea; Culoarea pielii; Colegii de clasă; Cum se simt oamenii; Înălțimea; Dacă cineva mă iartă; Dacă ceilalți sunt corecți; Timpul; Părinții; etc.

Situații – ce pot controla: De câte ori zâmbesc; Cât de sincer sunt; Cât de repede renunț; Să gândesc înainte să vorbesc; Ceea ce spun; Cum tratez oamenii; Să ascult; Să mă iubesc; Să-i iubesc pe ceilalți; Să fiu bun; Să mă perfecționez; Să am grijă de mine; Să îmi văd de treabă; Să curăț după mine; Să îmi cer scuze; Să iau decizii; Să iert; Să încerc din nou; Cum îmi petrec timpul liber; Să cer ajutor; Să fiu onest; Ideile mele; Vocea din capul meu; Cu cine sunt prieten; Cât de tare vorbesc; Să spun adevărul; Diabetul; etc.



Exercițiul 10. ANIMALUL INEXISTENT

Descriere:

Exercițiul „Animalul inexistent” este o activitate creativă care implică desenul și descrierea unui animal imaginar, pe care copiii îl creează din propria imaginație. Scopul este de a stimula gândirea creativă, imaginația, dar și de a reflecta asupra modului în care percep caracteristicile și trăsăturile reale ale animalelor. Exercițiul poate fi realizat individual sau în grup. Este o metodă excelentă de a dezvolta creativitatea, auto-exprimarea și abilitățile sociale ale copiilor într-un mod ludic și captivant.

Obiective:

1. *Dezvoltarea imaginației și creativității:* Exercițiul îi provoacă pe copii să își folosească imaginația pentru a crea ceva complet nou, explorând combinații unice de caracteristici.
2. *Exprimarea emoțiilor și personalității:* Caracteristicile animalului pot reflecta stările emoționale ale copilului sau aspecte ale personalității lui.
3. *Îmbunătățirea abilităților de comunicare:* Prin descrierea verbală și/sau scrisă a animalului, copiii își dezvoltă abilitățile de exprimare și vocabularul.
4. *Dezvoltarea abilităților de rezolvare a problemelor:* Copiii trebuie să decidă cum va arăta animalul, ce abilități are și cum funcționează într-un anumit mediu.
5. *Încurajarea reflecției personale:* După finalizarea desenului, copiii pot fi încurajați să reflecteze asupra animalului creat și să facă paralele cu propria viață sau trăsături de personalitate.

Mod de desfășurare:

Introducere: Explicați copiilor că vor crea un animal care nu există în realitate. Le puteți da un exemplu simplu, cum ar fi un animal care zboară, dar are trăsături de pește sau un animal care locuiește sub apă, dar are aripi.

Desen: Copiii primesc o coală de hârtie și materialele de desen (creioane colorate, carioci, etc.). Ei sunt încurajați să deseneze animalul inexistent așa cum și-l imaginează.

Descriere: După ce au finalizat desenul, copiii trebuie să descrie animalul. Pot răspunde la întrebări precum:

- Cum se numește acest animal?
- Unde trăiește?
- Ce mănâncă?
- Are puteri speciale sau abilități unice?
- Cum interacționează cu alte animale sau cu mediul său?

Prezentare: Dacă este un exercițiu de grup, ceilalți copii pot pune întrebări despre animal pentru a încuraja gândirea critică și colaborarea.

Reflecție: Discutați împreună despre procesul creativ. Întrebați copilul dacă animalul lor are trăsături care reflectă ceva din propria lor personalitate sau din emoțiile pe care le simte.

Varianta extinsă:

Se poate introduce și o componentă de poveste, în care copiii trebuie să creeze o aventură în care animalul lor joacă un rol important, dezvoltând astfel și abilități narative.

Exercițiul 11. COPACUL DECIZIILOR

Această activitate oferă un cadru vizual simplu și interactiv pentru dezvoltarea responsabilității și înțelegerii consecințelor comportamentale.

Obiective:

- Învățare vizuală și practică: Copilul vede direct cum deciziile au consecințe diferite, fiind încurajat să ia decizii mai bune în viitor
- Creativitate și expresie: Prin desen, colorat și decorat, copilul își folosește imaginația pentru a înțelege mai bine conceptele abstracte
- Autorefecție: Prin discuțiile ulterioare, copilul învață să reflecteze asupra propriilor alegeri și comportamente, ceea ce duce la dezvoltarea abilităților de luare a deciziilor.

Instrucțiuni: Desenează un copac cu mai multe ramuri pe o foaie mare de hârtie sau pe un panou. Fiecare ramură reprezintă o decizie importantă pe care copilul o poate lua. Ramurile pot fi, de exemplu:

„Îmi iau medicamentele” sau „Nu îmi iau medicamentele”

„Îmi fac temele” sau „Nu îmi fac temele”

„Îmi ajut prietenii” sau „Nu îi ajut”

Frunzele ca și consecințe: Pe fiecare ramură, copilul adaugă frunze, fiecare frunză reprezentând o consecință a deciziei respective. Aceste consecințe pot fi pozitive sau negative, în funcție de decizie. De exemplu, pentru ramura „Îmi iau medicamentele”, frunzele pot reprezenta consecințe precum: „Mă simt mai bine”, „Rămân sănătos”, „Am mai multă energie”. Pe ramura „Nu îmi iau medicamentele”, frunzele pot fi: „Mă simt rău”, „Trebuie să merg la doctor”, „Îmi este greu să mă concentrez”.

Colorarea și decorarea copacului: Copilul poate colora frunzele în funcție de tipul consecințelor: frunzele verzi pot reprezenta consecințe pozitive, iar cele roșii sau galbene, consecințe negative. Copilul poate, de asemenea, să adauge alte elemente decorative, precum flori pentru consecințe foarte bune sau crengi rupte pentru cele mai dificile, pentru a vizualiza mai clar rezultatele acțiunilor sale.

Reflecție și discuție: După ce copacul este complet, terapeutul și copilul pot discuta despre fiecare ramură și frunză, explorând cum deciziile influențează viața copilului. Aceasta ajută la întărirea responsabilității și a înțelegerii cauzei și efectului.

Exercițiul 12. HARTA EMOȚIILOR

Deși vocabularul nostru pentru a descrie sentimentele este adesea foarte limitat, de obicei suntem capabili să identificăm cu ușurință unde ne simțim emoțiile în corpul nostru, cum ne percepem emoțiile în interior și cum le exprimăm. Cu alte cuvinte, putem folosi desene pentru a arăta cum ne simțim dacă ne lipsesc cuvintele pentru a numi sau a descrie. Încurajarea exprimării sentimentelor prin desene poate facilita procesul de înțelegere și creștere.

Sursa: Glazer, H. R. In: Kaduson, H.G., Schaeffer, Ch. E. (2015). *101 tehnici favorite ale terapiei prin joc*. Bucharest: Editura Trei, p. 213.

Instrucțiuni. Acesta este un exercițiu artistic, în care vom lucra cu sentimentele și le vom „simți” în corpul nostru.. Copiii sunt rugați să aleagă cinci sentimente legate de o problemă din viața lor. O hartă de sentimente sau carduri de sentimente pot fi folosite pentru a facilita procesul. Copiii sunt rugați să asocieze fiecare sentiment o culoare aleasă din gama de culori de creioane colorate. În dreptul fiecărui sentiment se face un semn colorat, astfel încât alegerea să poată fi identificată. Astfel, copiii au pe foaie o cheie a sentimentelor pe care le pot urma. După aceea, copiii sunt rugați să folosească lista de sentimente și să coloreze părțile corpului în care se află fiecare dintre sentimente.

Note: Exercițiul necesită o alegere de culori pentru sentimentele selectate. Nu există o convenție cu privire la culori, deși interpretarea culorilor are o bază. Nu există un model potrivit pentru numele emoțiilor și culorilor. Pentru copil, alegerea culorilor este un element important al acestei experiențe.

Descriere: Copilul desenează o hartă a corpului său și identifică locurile în care simte emoții diferite. De exemplu, poate simți furia în stomac, frica în piept sau bucuria în mâini.

Cum funcționează: Copilul folosește harta pentru a explora cum emoțiile sunt resimțite fizic în corpul său, lucru care îl ajută să recunoască mai bine stările emoționale și să le gestioneze.

Obiectiv: Dezvoltarea conștientizării corpului și a emoțiilor pentru a înțelege mai bine semnalele emoționale. Obiectivele activității învață copiii care au dificultăți în exprimarea emoțiilor să-și comunice sentimentele. Arată copiilor diversitatea sentimentelor și îi ajută să înțeleagă sentimentele celorlalți.

Sarcini pentru copii. Rugăm copiii să vorbească despre culori și să reflecteze asupra expresiei sentimentelor. Pot fi încurajate discuțiile despre asemănările și diferențele dintre realizări, în funcție de profunzimea discuției, mai ales cu adolescenții.

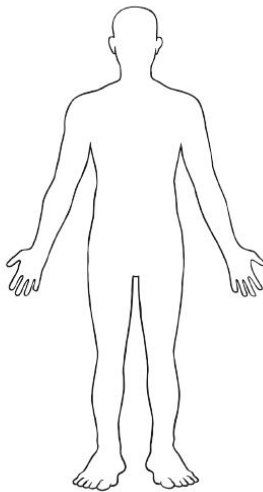
Beneficii: Copilul învață să își identifice emoțiile nu doar la nivel mental, ci și fizic, ceea ce îl ajută să răspundă mai bine la semnalele corpului.

How Do You Feel Right Now?
Cum te simți acum?

Choose a colour for each of the emotions below. Use that colour to draw where you feel that emotion in your body right now. Add any other emotions to the outline if you wish.

Alege o culoare pentru fiecare dintre emoțiile de mai jos. Folosește acea culoare pentru a colora partea corpului în care simți acea emoție în acest moment. Adaugă orice altă emoție după cum dorești.

Emotion Emoție	Colour Culoare
Love Iubire	
Fear Frică	
Anger Furie	
Sadness Tristețe	
Happiness Fericire	



Use this box to write down any thoughts or feelings you have right now.
Folosește această casută pentru a scrie gândurile și sentimentele pe care le ai în acest moment.

Exercițiul 13. CELE 100 DE ALEGERI

Acest tip de exercițiu este distractiv și captivant pentru copii, permițându-le să participe activ și să învețe mai multe despre ei înșiși. Copiii învață să își exprime preferințele și să ia decizii pe baza

dorințelor personale. Alegând constant, copilul își dezvoltă încrederea în propriile judecăți și preferințe. Exercițiul îi ajută pe copii să descopere mai multe despre ceea ce le place sau nu le place, contribuind la formarea identității personale. Exercițiul încurajează luarea deciziilor rapide, intuitive.

Obiectiv: dezvoltarea abilităților de luare a deciziilor și auto-exprimare, încurajând copilul să își exploreze preferințele și valorile personale într-un mod structurat și distractiv.



Ce ai face dacă ar exista un tigru în școală?

Ce ai face dacă stelele ar cădea de pe cer?

Ce ai face dacă ai câștiga un milion de lei?

Ce ai face dacă ai fi director de școală pentru o zi?

Ce ai face dacă ai putea zbura?

Ce ai face dacă ai fi invizibil?

Ce ai face dacă ai întâlni un extraterestru?

Ce ați face dacă nu ar exista copaci?

Ce ai face dacă ai fi celebru?

Ce ai face dacă ai fi președintele țării?

Ce ai face dacă nu ar exista Internet?

Ce ai face dacă la robinet ar curge dulciuri?

Ce ai face dacă nu ai avea nevoie să dormi în timpul nopții?

Ce ai face dacă Soarele ar înceta să mai strălucească?

Ai prefera să înotați într-un bazin cu ciocolată sau într-un bazin cu miere?

Ai prefera să călătorești în trecut sau în viitor?

Ai prefera să ai super forță sau să poți zbura?

Ai prefera să ai dulciuri gratuite timp de un an sau jucării gratuite timp de un an?

Ai prefera să trăiești într-un loc cald sau într-un loc rece?

Ai prefera să nu ai Internet sau să nu ai telefon mobil?

Ai prefera să trăiești acum sau să trăiești în anul 3000?

Ai prefera să înoți cu balenele sau să zbori cu păsările?

Ai prefera să fii celebru și urmărit peste tot sau să nu fii celebru dar lăsat în pace?

Exercițiul 14. ÎNTREBUIȚĂRI NEOBIȘNUITE

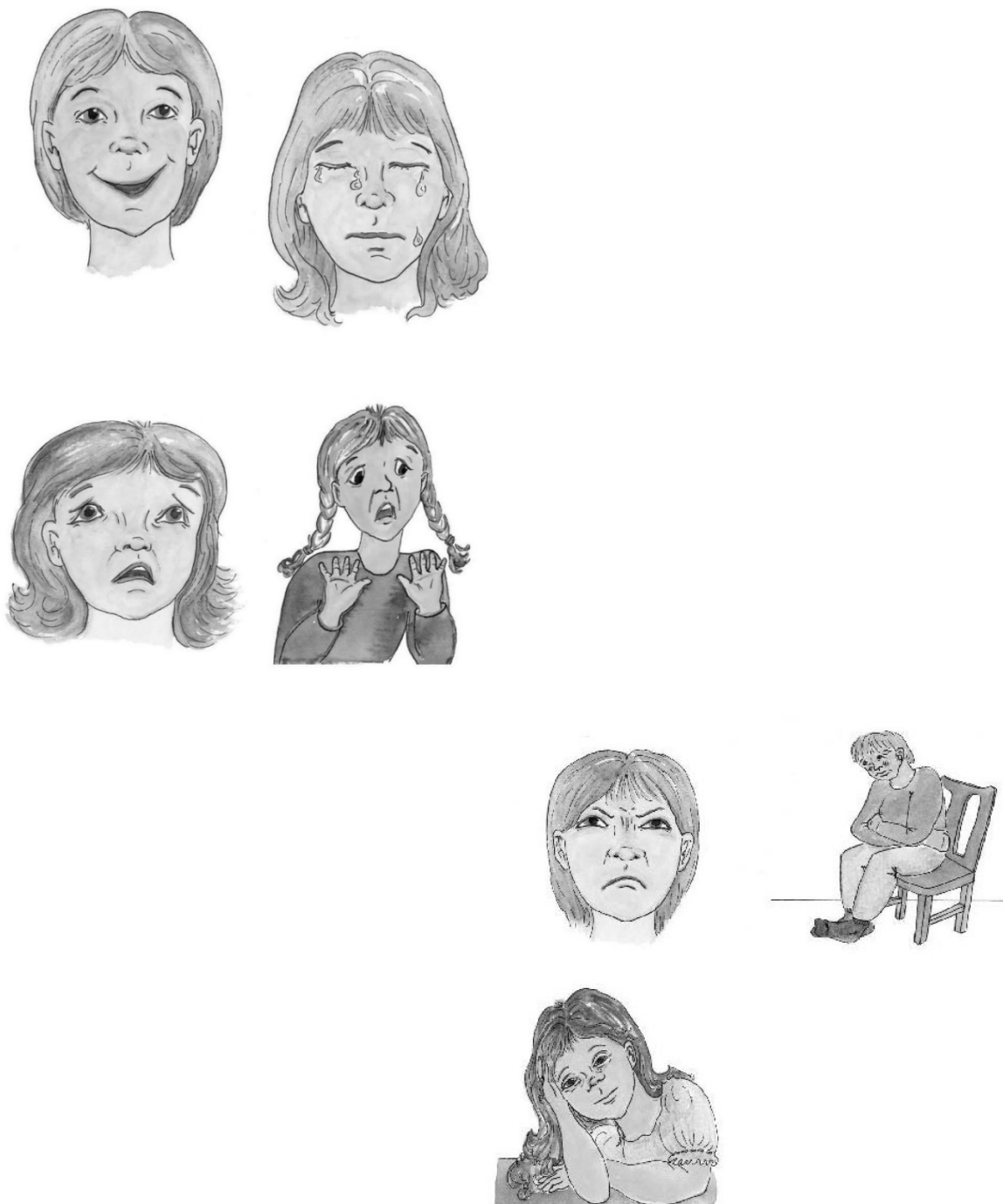
Aceasta este o activitate excelentă pentru stimularea creativității și gândirii divergente! Această activitate îi poate încuraja pe copii să își folosească imaginația și să găsească soluții creative, explorând noi întrebări pentru obiectele cotidiene. Copiii sunt invitați să găsească cât mai multe întrebări neobișnuite pentru diverse obiecte. Iată câteva exemple suplimentare de întrebări neobișnuite pentru diverse obiecte: sticlă, farfurie, măgele, etc.

- Sticlă (statuie, copăcel, căsuță, ghiveci de flori, popice, obiect decorativ după ce va fi pictată, vază)
- Măgele (brățări, coronițe, decorarea camerei, a hainelor, măștișoare, curea)
- Pahare (vas de flori, suport pentru creioane, decor de masă pentru lumânări, piesă pentru un joc de construcție (turnuleț), mini-terariu, șablon de desenat cercuri, forme de turnat pentru nisip)
- Capace de la sticle (jetoane de joc, magneți de frigider, decor pentru rame de fotografii, decorațiuni pentru un mozaic, cercel decorativ etc.

Exercițiul 15. CE FACI CÂND...

Copilul primește imagini cu chipuri care arată diferite expresii emoționale. El trebuie să vină cu cât mai multe soluții inedite care să explice situația care a dus la acea trăire. Ce faci când ești trist? Ce faci când ești speriat? Ce faci când ești vesel? Ce faci când ești nehotărât?

În continuarea jocului putem da copiilor o imagine cu trei personaje fără expresie facială pe care să le folosească pentru a descrie terapeutului sentimentele personajului. Copiii desenează mai întâi expresia personajelor. Pe urmă terapeutul ghicește expresia sau ei pot să discute despre cum s-a simțit personajul. Se dezvoltă astfel imaginația, simțul culorilor, empatia, abordarea artistică.



Exercițiul 16. CUM SUNT EU?

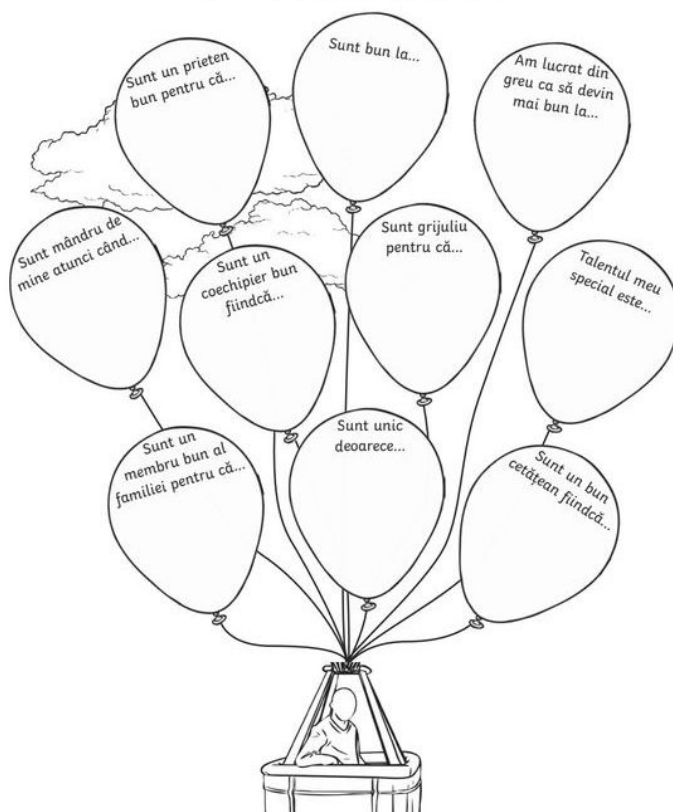
CUM SUNT EU?

1. Cu prietenii mei sunt o persoană
2. Pentru profesori sunt un elev/o elevă
3. În timpul meu liber sunt
4. Când sunt singur/ă sunt
5. Pentru cel mai bun prieten/prietenă sunt
6. Munca este pentru mine ca
7. Grupul meu de prieteni este pentru mine
8. Viitorul este pentru mine
9. Aș vrea să cândva să
10. Eu sunt
11. Voi încerca
12. Știu să
13. Școala este pentru mine ca
14. În viață doresc să
15. Viața în general este pentru mine
16. Părinții mei vor de la mine
17. Eu cred că
18. Eu am
19. Am încredere că
20. Iubesc să
21. Îmi doresc foarte tare să
22. Măine voi
23. Mă descurc bine când
24. Mi-e greu când
25. Visez să

PSY CONSULTANCY, Cabinet Individual de Psihologie Aplicată și Psihoterapie
www.psvconsultancy.ro

Sunt o persoană minunată!

Citește și completează afirmațiile din baloane.



Trist

Ce te face să te simți mai bine când ești trist? Colorează ce ți se potrivește.

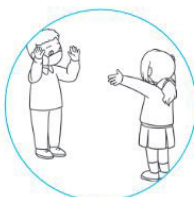
Mă simt mai bine când...



Vorbesc cu cineva în care am încredere.



Mă joc cu jucăria mea preferată.



Primesc o îmbrățișare de la distanță.



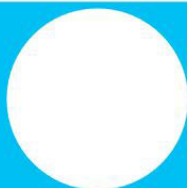
Desenez.



Fac mișcare.



Ascult muzică.



**Desenează
o soluție
găsită de tine.**

Exercițiul 17. CAUZĂ ȘI EFECT

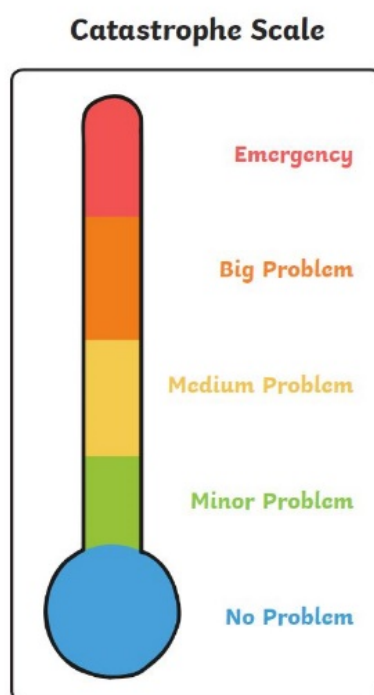
Obiectiv: să ajute copiii să recunoască și să înțeleagă și să recunoască legătura dintre cauzele și efectele comportamentelor. Acest exercițiu îi ajută să identifice motivele din spatele propriilor acțiuni și consecințele acestora, promovând reflecția asupra comportamentului și dezvoltarea autocontrolului.

Introducerea conceptului: Explicați copiilor că orice acțiune pe care o facem are o cauză (de ce o facem) și un efect (ce se întâmplă după). Dați un exemplu simplu (de exemplu, „Am împins scaunul și s-a răsturnat.”).

Identificarea cauzelor și efectelor: Împărtășiți copilului cartonașe cu diferite exemple de comportamente (pozitive sau negative). Aceste exemple pot include acțiuni obișnuite din viața de zi cu zi, cum ar fi "a împărți o jucărie", "a țipa", "a ajuta un coleg" sau "a lovi o minge în direcția altcuiva".

Instrucțiuni: Rugați copiii să împartă exemplele în două coloane pe foaia de lucru: cauză (ce gând sau emoție a dus la acest comportament) și efect (cum i-a afectat pe cei din jur sau ce s-a întâmplat după). După completarea foilor de lucru, discutați împreună exemplele. Întrebați-i cum ar putea schimba comportamentele negative, astfel încât efectele să fie pozitive și ce ar păstra la comportamentele pozitive.

Apoi, terapeutul enumeră diverse situații critice pe care copilul trebuie să le evalueze pe scala catastrofică referitor la cât de rea este situația din punctul său de vedere.



Exercițiul 18. NU SUNT DE ACORD CU TINE

Gândirea critică și autonomă, precum și capacitatea de a argumenta o afirmație, sunt competențe de bază la orice vârstă, ce pot fi antrenate cu succes în copilărie.

Jocul *Nu sunt de acord cu tine* presupune adresarea unor întrebări care fac referire la preferințele personale ale copilului. De exemplu, îi puteți adresa întrebarea “Ce carte ai citit recent și ti-a plăcut?”, iar el va răspunde, poate, “Micul prinț”. Pasul următor este să încercați să-l provocați cu un răspuns care să-i contrazică punctul de vedere: “Este o carte mai puțin reușită, nu înțeleg de ce ți-a plăcut”. Sarcina copilului este să încerce să argumenteze de ce o consideră o carte bună.

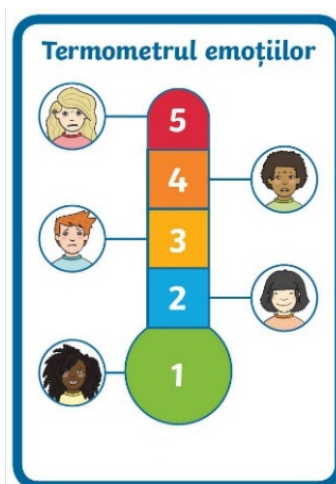
Indiferent de întrebare, jocul îi învață pe copii să-și apere punctul de vedere și să învețe să-și argumenteze opiniile, fiind excelent de jucat și în familie.

Exercițiul 19. TERMOMETRUL SENTIMENTELOR ȘI ACȚIUNILOR

Obiectiv: Autocontrol și autogestionare, Identificarea și monitorizarea intensității sentimentelor, identificarea și automonitorizarea nivelului de comportamente, performanță, autoevaluare. Copiii pot învăța consecințele și impactul social al propriilor dispoziții, emoții, comportamente și stiluri de interacțiune.

Descrierea activității. Poate fi folosit în diferite scopuri și în diferite situații. Dacă este folosit în mod regulat, poate fi folosit după diferite situații supărătoare. Fiecare copil are propriul termometru. Copiii sunt instruiți să măsoare nivelul perceput al propriilor stări emoționale sau să-și evalueze performanța comportamentală în orice sarcină dată. Odată ce s-au obișnuit să folosească termometrul, li se poate cere să: evalueze un coleg, să se evalueze așa cum cred că un coleg favorit i-ar putea evalua. Copiii învață să identifice și să monitorizeze gradul de reciprocitate și corectitudine care există între colegii, percepția de sine mai precisă, îmbunătățirea perspectivei generale, ajutând copiii să evalueze impactul pe care acțiunile și dispozițiile lor îl pot avea asupra celorlalți. Terapeutul denumeste sentimentul (de ex., tristețe, bucurie, furie etc.), după care copilul marchează pe termometru.

Sursa: Glazer, H. R. In: Kaduson, H.G., Schaeffer, Ch. E. (2015). *101 tehnici favorite ale terapiei prin joc (101 More Favorite Play Therapy Techniques)*. Bucharest: Editura Trei, p. 135/138.



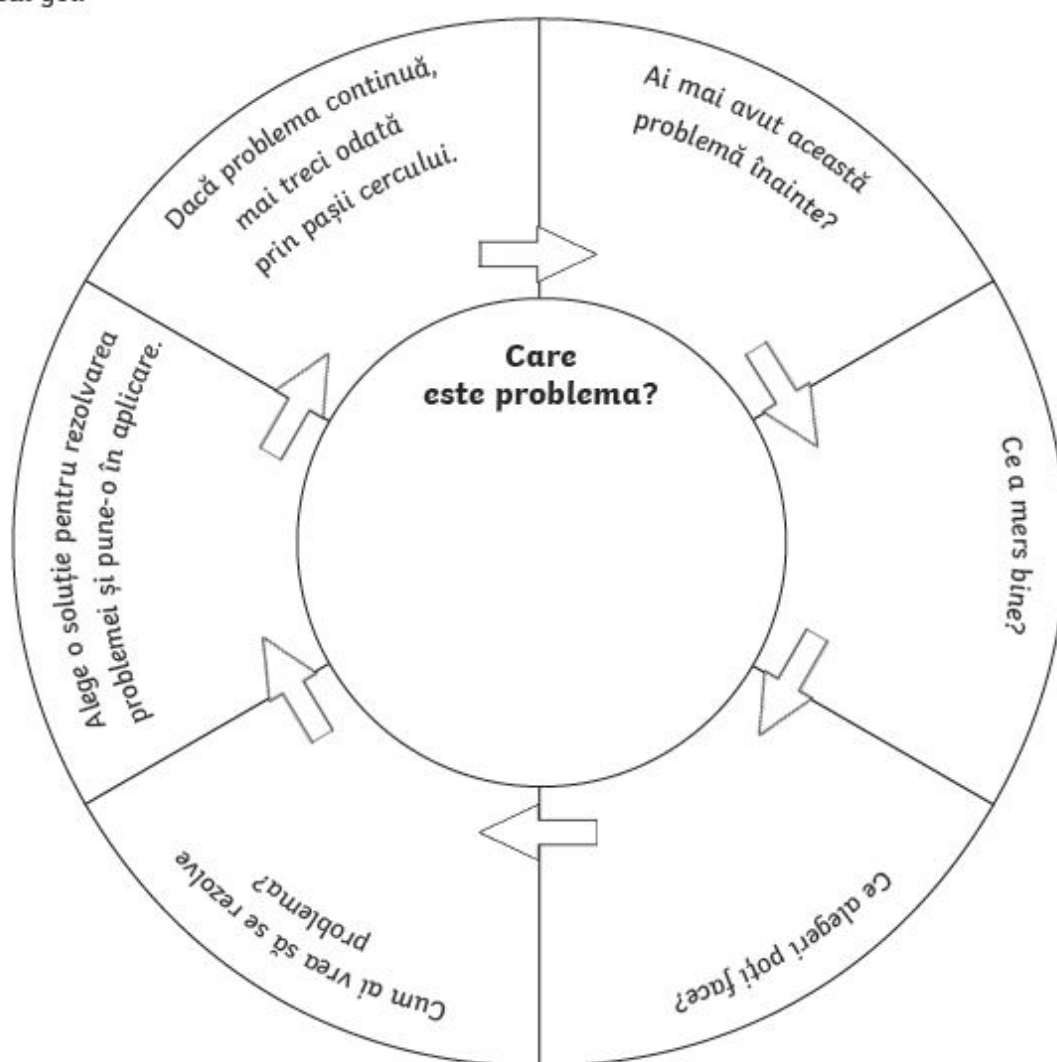
Cum pot rezolva o problemă?

Unele probleme sunt atât de simple încât le rezolvăm adesea fără a sta pe gânduri, în timp ce altele sunt mai dificile și necesită atenția noastră.

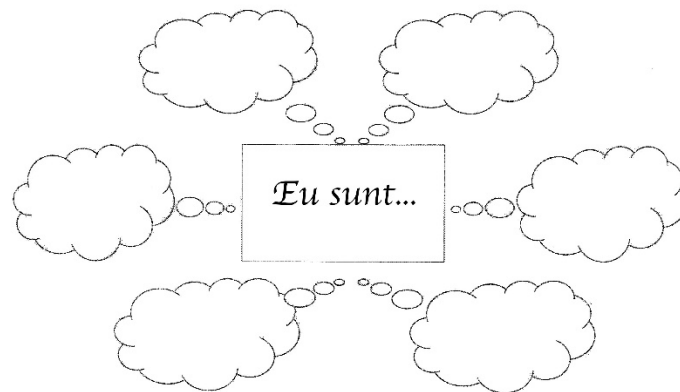
Când ne confruntăm cu o problemă dificilă, cea mai eficientă cale de a o rezolva este împărțirea ei în mai mulți pași. În acest fel, te poți ocupa de câte unul dintre pași pe rând, fără a te simți copleșit de întreaga problemă. Această strategie te va ajuta să iei cea mai bună decizie pentru că ai analizat fiecare parte a problemei înainte.

Pașii pe care trebuie să îi urmezi sunt în cercul de mai jos.

Privește pașii din acest cerc iar apoi creează propria strategie pentru problema ta în cercul gol.



Exercițiul 21. EU AM, EU SUNT, EU POT



Exercițiul 22. EU ȘI EMOȚIILE MELE



Obiectiv: să înțeleagă că fiecare experimentăm diverse emoții, în funcție de situație și de ceea ce gândim cu privire la acea situație

Instrucțiuni: Într-un bol se află o serie de cartonașe, fiecare dintre ele conținând o situație posibilă. Copilul va extrage câte un cartonaș și va numi emoția pe care ar simți-o dacă ar experimenta respectiva situație.

- Ai luat nota maximă la testul final de matematică.
- Prietenul tău ți-a adus o surpriză.
- În curtea bunicii ai văzut o șopârlă.
- Părinții tăi îți cumpără de ziua ta o bicicletă.
- Ai uitat să-ți faci tema la limba engleză.
- Te-ai certat cu sora ta.
- Ai reușit să citești o carte în câteva zile.
- Ți-ai pierdut telefonul.
- Colegii de clasă te jignesc mereu.
- Bunica a venit în vizită.
- Îți petreci timpul jucându-te cu familia ta.
- Mama te-a pedepsit pentru o faptă de care nu ai fost tu responsabil/ă.
- Un coleg ți-a rupt, din greșeală, ochelarii.
- Părinții te anunță că în curând vă veți muta în alt oraș.
- Nu ai învățat poezia la limba română și ești ascultat/ă.
- Am pârât-o pe colega mea la doamna învățătoare.
- Am ajutat-o pe mama la curățenie.
- Te doare burtica.

Exercițiul 23. CE-AR FI DACĂ...

Mai jos sunt o serie de evenimente a căror producere este puțin probabilă. Totuși, te rog să te gândești la consecințele logice și naturale posibile ale evenimentelor respective.

Exemplu:

Ce s-ar întâmpla dacă soarele nu ar mai răsări niciodată?

- Ar fi foarte frig, ar fi mereu întuneric, nu s-ar mai fabrica bronzul, ar muri floarea-soarelui, ar da faliment producătorii de costume de plajă, omul nu și-ar cunoaște umbra, nu ar mai înflori pomii...

Ce s-ar întâmpla dacă toate produsele alimentare ar fi gratis?

Ce s-ar întâmpla dacă toate femeile ar deveni invizibile?

Ce s-ar întâmpla dacă temperatura în Moldova ar crește cu 20°C?

Ce s-ar întâmpla dacă s-ar interzice prin lege folosirea cosmeticelor?

Ce s-ar putea întâmpla dacă am putea auzi tot ce gîndesc ceilalți oameni?

Activitate 11. FII MULȚUMIT CU CEEA CE EȘTI

Probleme abordate

- A nu fi împăcat cu ceea ce ești • Nefericire • Dorința de a schimba ceea ce nu poate fi schimbat
- Modele nepotrivite • Scopuri irealizabile

Resurse dezvoltate

- Învățarea din experiență • Căutarea a ceea ce poate fi util • A învăța să ne descotorosim de ceea ce nu funcționează • Stabilirea de scopuri realizabile • A învăța ce poate fi schimbat și ce nu
- A schimba ceea ce poate fi schimbat • Recunoașterea propriilor puncte forte

Obiective propuse

- Autoacceptarea • Abilitatea de a schimba atitudini • A te bucura de propriile calități • Fericire

A fost odată un bărbat foarte scund — atât de scund, de fapt, încât de multe ori fusese actor, jucându-l pe unul dintre piticii din „Albă-ca-Zăpada și cei șapte pitici”. Problema nu era că era scund, ci că asta îl făcea nefericit. Câteodată, unora dintre oameni nu le place să fie diferiți de ceilalți.

A început să se gândească ce ar fi putut face pentru a deveni mai înalt. Poate că trebuia să facă lucrurile pe care le făcea cineva înalt, așa că a mers la zoo și a întrebat-o pe doamna Struț, cea mai înaltă pasăre din lume:

— Ce faci ca să fii înaltă?

— Păi, a spus doamna Struț, nu m-am gândit niciodată cu adevărat la asta, dar cred că e din cauza faptului că îmi întind gâtul foarte mult până la pământ pentru a mânca grăunțe sau pentru a-mi scufunda capul în nisip.

Bărbatul a decis să încerce și el. A început să ciugulească boabe de pe pământ, dar i s-a părut extrem de dificil să se aplece asemenea unui struț, iar semințele îi provocau greață. Și-a pus o mască pe față pentru a putea respira și și-a îngropat capul în nisip, dar, din fericire, și-a dat seama că era periculos și a renunțat... și după toate astea nu a crescut nici măcar cu un centimetru mai înalt.

„Trebuie să existe o cale mai bună”, s-a gândit, așa că l-a întrebat pe cel mai înalt animal:

— Spune-mi, doamnă Girafă, ce faci pentru a fi așa de înaltă?

— Poate e din cauza faptului că mă întind pentru a mânca frunzele fragede din vârful copacilor cei mai subțiri, a răspuns doamna Girafă. Bărbatul cel scund, încercând să imite girafa, s-a ridicat pe

vârfurile de la picioare și s-a întins. Cum nu avea nicio șansă să ajungă până în vârful copacului subțire, a decis să se cațere până la frunzele fragede din vârf. Crengile ascuțite îl zgâriau, a început să sângereze și, când a ajuns în vârf, a descoperit că fruzele aveau un gust și mai rău decât semințele. Nu crescuse niciun centimetru și îi era *foarte* rău.

— *Dacă doamnele Struț și Girafa nu mă pot ajuta, s-a gândit nefericitul bărbat scund, poate că trebuie să găsesc o persoană cu adevărat înaltă și să aflu ce face.*

După ce a căutat puțin, l-a găsit pe domnul Baschet. Ajungându-i până la genunchi când stătea lângă el, a întrebat:

— Ce faci pentru a fi așa de înalt?

— Lucrez mult la sală, alerg în jurul terenului de baschet și arunc mingi, a răspuns domnul Baschet. Așa că bărbatul cel scund și-a dedicat câteva luni de zile lucrului la sală, alergatului în jurul terenului de baschet și aruncării la coș. Voia să-i iasă foarte bine, dar, din nou, nu a crescut nici măcar o fracțiune dintr-un centimetru.

Pentru că ființele înalte nu-l ajutaseră, a decis că avea nevoie de cineva înțelept, așa că a vizitat-o pe bătrâna doamnă Bufniță.

— Îmi poți spune cum să fiu înalt? a întrebat.

— Spune-mi, l-a întrebat doamna Bufniță, de ce vrei să fii mai înalt decât ești?

— Păi, a răspuns el, cred că aș putea să câștig o luptă dacă aș intra în ea.

— Cât de des te bați? l-a întrebat Bufnița.

— O, nu foarte des, a spus bărbatul mititel. De fapt, nu-mi amintesc să mă fi bătut vreodată. Dar poate, dacă aș fi mai mare, oamenii m-ar respecta mai mult.

— Oamenii nu te respectă acum? a întrebat doamna Bufniță.

— Nu, nu chiar, a spus bărbatul scund.

— E ceva ce ai putea face dacă ai fi înalt, și nu poți face fiind scund? a continuat Bufnița.

— Nu știu, a răspuns bărbatul scund, pus pe gânduri. Știu sigur că nu vreau să ciugulesc boabe de pe pământ, nu vreau să-mi îngrop capul în nisip, nu vreau să mănânc frunze din vârful copacilor și nu vreau să arunc la coș la nesfârșit. Am încercat toate astea și nu sunt pentru mine.

— Deci, ce poți face acum, a întrebat doamna Bufniță, și nu ai putea face dacă ai fi înalt?

— Ei bine, a spus bărbatul cel scund, pot juca unul din piticii din „Albă-ca-Zăpada” și îi pot face pe copiii mici să râdă și să fie fericiți. Pot să vorbesc cu copiii de la nivelul lor și, în consecință, mă pot distra mai mult cu ei decât alți adulți.

A văzut un zâmbet ridicându-se în colțurile ciocului doamnei Bufnițe și a schițat un surâs și pe fața lui bucuroasă și rotunjoară în timp ce vorbeau.

Exercițiul 24. CUM TE SIMȚI?

Obiectiv: Copiii învață că există diferite modalități de exprimare a emoțiilor

Instrucțiuni: Se poate desfășura activitatea și în grupuri, fiecare grup va primi mai multe cartonașe cu situații pe care le vor analiza și vor mima emoția declanșată de situația respectivă, sarcina celorlalți fiind de a numi emoția.

- Mama ți-a promis că-ți cumpără un cadou dorit de tine, dar a trecut mai bine de o lună și nu ți-a cumpărat nimic.
- Colegul de bancă te amenință în fiecare zi că te va spune la doamna învățătoare.

- Azi ți-ai mințit părinții.
- Un băiat deranjează în fiecare zi orele.
- Ai plecat de acasă și ți-ai amintit pe drum că nu ai închis ușa de la intrare.
- Am confecționat un produs lăudat de toată lumea care l-a văzut.
- Prietena ta refuză să te ajute la un exercițiu.
- Ai fost apreciat/ă pentru performanțele tale sportive.
- În fiecare weekend merg cu familia la ștrand.
- Ai întârziat la școală.
- Ți s-a furat penarul.
- Prietenul tău cel mai bun își serbează ziua de naștere și nu te-a invitat.
- Ai fost la un concert cu formația ta preferată.
- Doamna învățătoare m-a felicitat în fața clasei pentru conștiinciozitatea mea.
- Te-ai certat cu sora mai mare.

Activitate 12. DEPĂȘIREA OBSTACOLELOR

Caracteristici terapeutice:

Probleme abordate: • Pierdere • Tristețe • Tendința de generalizare • Gândire negativă
• Pesimism • A te pierde în gânduri • Lipsa speranței

Resurse dezvoltate • Gândire aplicat • Gândire pozitiv • Optimism • Privire către aspectele practice
• A fie centrat pe acțiune

Obiective propuse: • Cunoașterea faptului că nu evenimentul în sine e problema, ci felul în care îl tratăm • Conștientizarea faptului că gândurile ne pot determina sentimentele • Descoperirea faptului că atitudinea poate determina rezultatul

Dolly și Debbie erau două puiute de dinozaur. De fapt, erau două fete dinozauriene foarte curioase cărora le plăcea să inventeze jocuri noi și să descopere locuri noi. Ele trăiau într-o familie de dinozauri dintr-o vale plină de verdeață, cu izvoare de apă rece și mâncare din abundență. Viața lor era îndestulată. Într-o zi, Debbie și Dolly explorau o peșteră pe dealurile din jurul văii. Au coborât din ce în ce mai adânc în peșteră, încura- jându-se una pe cealaltă, curioase să vadă cât de departe puteau ajunge — când brusc de afară s-a auzit o bubuitură puternică. Dolly și Debbie au alergat către intrarea peșterii, unde au descoperit că valea lor plină de verdeață și familia de dinozauri dispăruseră. Sigur, nu știau ce se întâmplase, și avea să mai dureze câteva milioane de ani până ce oamenii de știință aveau să descopere că valea lor fusese lovită de un meteorit care distrusese totul, cu excepția lui Dolly și Debbie, care fuseseră ascunse în adâncul peșterii.

La început, au rămas la intrarea peșterii privind valea, complet uluite. Nu le venea să creadă. Apoi, dându-și seama ce au pierdut, au fost cuprinse de tristețe.

Privind peste valea înnegrită, Dolly a vorbit prima:

— E îngrozitor, a spus ea. E cel mai rău lucru care se putea întâmpla cuiva. Cum vom trece peste asta? Și apoi se înnegură și mai tare.

— Da, ceea ce s-a întâmplat e îngrozitor, a spus Debbie, dar nu e totuși bine că noi în tot acest timp explorăm peștera? Suntem norocoase că am supraviețuit. Am avut baftă. Și gândindu-se la asta, s-a simțit mai puțin tristă — desigur, asta nu înseamnă că a uitat de necaz.

— Da, dar am pierdut totul, a spus Dolly. Toată familia noastră, toți prietenii noștri, toată mâncarea și apa noastră — casa noastră e complet distrusă.

— Ar fi putut fi și mai rău, a răspuns Debbie. Cel puțin ne avem una pe cealaltă. Praful începe deja să se așeze; putem din nou să vedem cerul și s-ar putea ca peste dealuri să mai fie o vale neatinsă. Poate vom descoperi că mai sunt alții care au supraviețuit dincolo de valea aceasta.

— Nu-mi pasă de ceilalți, a zis Dolly. Sunt copleșită de tristețe. De ce mi se întâmplă tocmai mie acest lucru? Viața mea e distrusă.

— S-ar putea ca lucrurile să se schimbe în bine, a zis Debbie. Nimic nu rămâne la fel pentru totdeauna. Când am intrat în peșteră, cerul era senin și soarele strălucea. Toată lumea părea fericită și își vedea de treabă. Cât am fost înăuntru, totul s-a schimbat brusc. E probabil ca situația să se schimbe din nou și să înceapă să se îndrepte.

— Nu se va întâmpla niciodată, a zis Dolly. Propriile cuvinte au întristat-o și starea ei devenea tot mai tristă cu fiecare propoziție pe care o spunea.

— Nu, nu va fi la fel ca înainte, a fost de acord Debbie. Dar să nu ne pierdem speranța în viitor. Că ar fi să începem să facem lucruri care să îmbunătățească situația? Și, în timp ce se gândea la viitor, tristețea ei s-a diminuat și mai mult.

— Ce poate fi mai rău de-atât, a spus Dolly. Am pierdut totul și pe toți cei din jurul nostru. Ce ne facem? Nimic nu mai e la locul său. Repeta aceleași lucruri la infinit în minte și, cu cât făcea asta mai mult, cu atât se simțea mai rău și cu atât mai puțin avea chef să facă altceva în afară de a sta pur și simplu la intrarea în peșteră și de a privi valea înnegrită, simțindu-se tot mai necăjită.

— Haide, a zis Debbie, ridicând-o pe Dolly în picioare. Trebuie *să facem* ceva. Trebuie să ne mișcăm ca să ne găsim o nouă casă și noi prieteni. Nu a fost ușor să o facă pe Dolly să se miște, dar, imediat ce Debbie s-a ridicat și a început să meargă, ea cu siguranță a început să se simtă mai bine. Deși lui Dolly și lui Debbie li se întâmplase același lucru, mă întreb care credeți că avea să facă față mai bine situației. Cum gândea Debbie și ce făcea astfel încât să reziste mai bine? Cum putea Dolly să-și schimbe gândurile și lucrurile pe care le făcea pentru a se ajuta pe sine însăși să se simtă mai bine?

Exercițiul 25. IDENTIFICAREA EMOȚIILOR

Obiectiv: Să identifice situații/ lucruri/ evenimente care declanșează diferite emoții

Instrucțiuni: Fiecare copil va scrie câte două exemple de situații care-l fac să experimenteze emoția notată

Mă simt **furios/oasă** când _____

Mă simt **dezamăgit/ă** când _____

Mă simt **mulțumit/ă** când _____

Mă simt **îngrijorat/ă** când _____

Mă simt **fericit/ă** când _____

Mă simt **încântat/ă** când _____

Mă simt **fricos/oasă** când _____

Mă simt **surprins/ă** când _____

Activitatea 13. GESTIONAREA DURERII

Caracteristici terapeutice

Probleme abordate • Durerea • Rănirea în absența persoanelor dragi care să te ajute • Tratamentul medical • Lipsa abilităților de gestionare a durerii

Resurse dezvoltate • Învățarea unei noi abilități • Învățarea schimbării direcției focusării sau a atenției • Concentrarea pe plăcere, nu pe durere • Capacitatea de a deosebi între bine și rău și dezvoltarea abilităților comportamentale manierate • Savurarea succesului

Obiective propuse • Strategii de gestionare a durerii • Abilități autoimpuse de gestionare a situațiilor dificile • Abilitatea de a schimba direcția atenției

Urmărești campionatul de baschet (aici poți alege orice sport sau alt domeniu de interes al clientului)? Care e echipa ta preferată? Cine e jucătorul tău preferat?

Larry era un fan împătimit al baschetului. Dormitorul lui era tapetat cu postere ale echipei sale și ale jucătorului preferat. Mergea la toate meciurile la care putea și, când nu ajungea, le urmărea la televizor. Era încântat când jucătorii echipei iubite câștigau, furios uneori când erau conduși și trist când pierdeau meciul. Un lucru de care Larry nu își dădea seama era cât de util avea să-i fie faptul că era un suporter așa de înfocat al echipei. Din nefericire, a existat un moment când Larry s-a îmbolnăvit foarte tare și a trebuit să meargă la spital. Lucrurile pot fi destul de înfricoșătoare atunci când corpul tău nu funcționează foarte bine și nu știi ce să faci în această privință. Lucrurile pot părea groaznice când nu ai controlul asupra a ceea ce se întâmplă și mama și tatăl tău nu pot sta tot timpul lângă patul tău. Unele din tratamentele doctorilor și asistentelor pot fi destul de dureroase și neplăcute. Cred că de aceea l-a ajutat pe Larry faptul că era un fan așa de înfocat al echipei sale.

Larry era un copil destul de deștept. Își imagina că boala lui era ca un joc de baschet. Avea un adversar pe care trebuia să îl învingă. Își imagina că e jucătorul său favorit — în formă și puternic, pregătit să joace întreg meciul până câștiga. Se gândea cum trebuia să parcurgă drumul spre vindecare, chiar dacă se putea simți împins la limita capacităților lui. Cei mai buni jucători, își spunea el,

nu se dau bătăuți, ei perseverează și joacă întreg meciul. Se gândea cum până și cei mai buni jucători se rănesc și suferă uneori. Ei stăpânesc durerea și rănila mai bine decât majoritatea oamenilor, îi spunea tatăl său, păstrându-și mintea concentrată la lucrurile pe care trebuie să le facă.

Citise o grămadă despre ce face ca un sportiv ca să fie bun, pentru că voia să fie el însuși un astfel de competitor. Citise despre modul în care atleții de top trăiau ceea ce ei numeau „sentimentul victoriei”. Se gândeau la succes mai mult decât la eșec. Învățau din propriile greșeli, dar nu-și făceau griji exagerate din cauza lor. Se concentrau mai mult asupra lucrurilor pe care le făceau bine și pentru a le face și mai bine.

Larry a citit, de asemenea, despre ceva numit „îngustarea perspectivei” sau „vederea în tunel”. E ceva ce are un jucător atunci când e așa de concentrat, încât poate opri lucrurile care nu sunt importante — vremea, huiduielile sau încurajările publicului... și durerea. Dacă vrei să înscrii un coș de trei puncte trebuie să fii relaxat și concentrat. Nu e loc de neatenție. Trebuie să-ți dedici toată forța de concentrare. Larry încercase să exerseze asta când juca baschet. Acum, exersa în spital. Se concentra pe a fi bine. Își imagina cum s-ar fi simțit să înscrie din săritură ultimul coș, cel câștigător, al meciului, să știe că a câștigat și că și-a depășit adversarul. Larry păstra un poster cu jucătorul lui favorit lângă pat. Era ceva care-i amintea de unele din lucrurile de care e nevoie pentru a câștiga. Tu ai un poster cu jucătorul tău favorit? Cum ai putea face ca un astfel de poster să-ți servească pentru a-ți aminti de unele lucruri importante?

Exercițiul 26. CÂT DE PUTERNICĂ E EMOȚIA?

Obiectiv: Să conștientizeze că emoțiile variază ca intensitate

Instrucțiuni: Citiți fiecare dintre situațiile de mai jos, identificați emoția pe care ați simți-o în situația respectivă și intensitatea emoției din acel moment.

1. Părinții te-au felicitat pentru rezultatele școlare obținute.

Emoția: _____

Intensitate: puternică _____ medie _____ slabă _____

2. Ți-ai pierdut telefonul și ești într-un magazin mare.

Emoția: _____

Intensitate: puternică _____ medie _____ slabă _____

3. Azi ai lucra la limba română.

Emoția: _____

Intensitate: puternică _____ medie _____ slabă _____

4. Ai fost ales căpitanul echipei de fotbal.

Emoția: _____

Intensitate: puternică _____ medie _____ slabă _____

5. Un coleg îți adresează cuvinte jignitoare în fiecare pauză.

Emoția: _____

Intensitate: puternică _____ medie _____ slabă _____

6. Pentru mâine nu aveți nicio temă de făcut.

Emoția: _____

Intensitate: puternică _____ medie _____ slabă _____

7. Ai fost martorul unui accident de circulație.

Emoția: _____

Intensitate: puternică _____ medie _____ slabă _____

Exercițiul 27. TERMOMETRUL EMOȚIILOR

Obiectiv: Să învețe că emoțiile pot fi schimbate.

Instrucțiuni: Fiecare elev va avea posibilitatea să extragă câte un cartonaș, să-l așeze pe tabla magnetică și să specifice emoția pe care o simte în situația dată și intensitatea ei pe o scală de la 1 la 5 (1- foarte slabă, 5- foarte puternică).

1. M-am certat în pauză cu colega de bancă.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

2. Dacă am aparat dentar, toți copiii râd de mine.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

3. Astăzi voi urmări emisiunea mea preferată.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

4. Fratele meu s-a îmbolnăvit.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

5. Mama m-a pedepsit pentru o săptămână să nu mă uit la televizor.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

6. Mi-am pierdut un cerceș din aur.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

7. Peste 2 zile va avea loc petrecerea de ziua mea de naștere.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

8. Un coleg nu mai vorbește cu mine

Emoția _____ Intensitatea ei _____

9. La concursul de matematică am avut cel mai mare punctaj din școală.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

10. Am uitat să-mi fac proiectul la științe.

Emoția _____ Intensitatea ei _____

Exercițiul 28. GESTIONAREA EMOȚIILOR NEGATIVE

Obiectiv: Să caute modalități potrivite pentru a face față emoțiilor negative

Instrucțiuni: Alege dintre situațiile de mai jos comportamentele care te-ar ajuta să faci față următoarelor emoții negative: furie, dezamăgire, supărare și notează-le în spațiul potrivit!

FURIE	DEZAMĂGIRE	SUPĂRARE

Fac mișcare! Plâng! Vorbesc cu cineva! Fac o activitate plăcută pentru mine!

Respir profund! Stau puțin singur! Spun o rugăciune! Țip singur!

Numără în gând până la 10! Îmi imaginez că sunt un erou care învinge! Cântă!

Zâmbesc! Relaxează-te! Scrie un bilet! Desenez

Exercițiul 29. „X” ȘI „O”

Obiectiv: Să învețe să distingă comportamentele pozitive de cele negative în relațiile interpersonale.

Instrucțiuni: Fiecare copil primește o fișă. Terapeutul citește, pe rând, comportamentele de pe cartonașe. Copiii care au acele comportamente vor pune „X” în dreptul acelei situații, iar dacă nu vor scrie „O”. Copiii care au obținut „X” sau „O” pe verticală sau pe diagonală vor anunța terapeutul.

Vorbesc frumos cu colegii mei	Mă cert mereu	Îmi place să îmi fac prieteni
Mă joc cu colegii mei	Îmbrățișez	Frecvent pun porecle

Părăsc	Zâmbesc mereu	Nu ofer nimic din ceea ce am eu
--------	---------------	---------------------------------

Sunt admirat/ă	Sunt nemulțumit/ă	Îi ajut pe ceilalți
Mă cert des	Împart cu colegii mei	Nu-mi place singur/ă
Ascult	Sunt răutăcios/asă	Critic mereu
Colegii mei mă mint	Au încredere în mine	Fac aprecieri pozitive
Îi ajut pe ceilalți	Sunt simpatizat/ă	Jignesc
Mă uit urât la ceilalți	Știu să țin secrete	Sunt vesel/ă mereu

Exercițiul 30. ESTE GROAZNIC!

Obiectiv: Să identifice exemple de situații în care gândirea este catastrofică și să înțeleagă că ceea ce noi gândim, convingerile și principiile noastre, contribuie la acest tip de gândire

Instrucțiuni: Copiii vor primi bilețele cu situații la care trebuie să le analizeze intensitatea catastrofei (de la 1 la 5, unde 1 este acceptabil, iar 5 este extrem de groaznic). Fiecare își va expune punctul de vedere și va argumenta răspunsul dat.

1. Mama ta și-a rupt piciorul.
2. Afli că școala se va închide pentru 2 săptămâni.
3. Niciunul dintre cadourile primite de ziua ta nu a fost pe placul tău.
4. Ai fost martorul unui accident foarte grav.
5. Prietenul tău și-a rupt mâna dreaptă.
6. Ai luat un calificativ mic la test.
7. Ai pierdut banii pentru cartea de matematică.
8. Casa în care locuiești a fost inundată.
9. A intrat un străin peste tine în casă pentru ca ai uitat ușa deschisă.
10. Nu ți-ai făcut proiectul pentru azi la geografie.

ANEXA 7. Materiale promoționale utilizate în cadrul programului



A7.3. Chestionar de feedback pentru părinți

Chestionar de Feedback pentru părinți

”Programul de Intervenție Psihoterapeutică prin Reziliență Asistată”

		Acord total	Acord	Dezacord	Dezacord total
1)	Copilul meu se simte bine la programul de intervenție prin reziliență asistată				
2)	Copilul meu a înregistrat progres de la începutul intervenției				
3)	Calitatea intervenției și a activităților propuse este ridicată				
4)	Intervenția psihoterapeutică este una potrivită nevoilor copilului meu				
5)	Copilul meu este tratat bine de către terapeutul cu care interacționează				
6)	Copilul meu este încurajat să se dezvolte				
7)	Copilul meu este încântat de programul de intervenție adaptat				
8)	Copilul meu se simte în siguranță				
9)	Programul de intervenție propus promovează achiziții valoroase				
10)	Programul pune accent pe dezvoltarea comportamentelor și atitudinilor pozitive ale copilului				
11)	Terapeutul are cunoștințe potrivite de intervenție				
12)	Comunicarea problemelor întâmpinate este făcută la timp fiind însoțită de planuri de îmbunătățire				

Observații/Recomandări:

Semnătura:

ANEXA 8. Resurse video prezentate în program

Integrarea resurselor video într-un program de intervenție psihologică destinat copiilor cu diabet contribuie la îmbunătățirea experienței de învățare și dezvoltare emoțională a copiilor. Videoclipurile prezintă informații despre diabet într-o manieră clară și atractivă, adaptată vârstei copiilor, astfel că prin animații și povești vizuale, copiii înțeleg mai ușor concepte precum monitorizarea glicemiei, administrarea insulinei și importanța alimentației sănătoase. Videoclipurile oferă și părinților informații esențiale despre cum să-și sprijine copiii din punct de vedere emoțional și comportamental. Acestea pot include sfaturi despre cum să gestioneze crizele emoționale sau să construiască o relație pozitivă și deschisă cu copilul în legătură cu diabetul.

1) [Wellbeing For Children: Confidence And Self-Esteem](#)



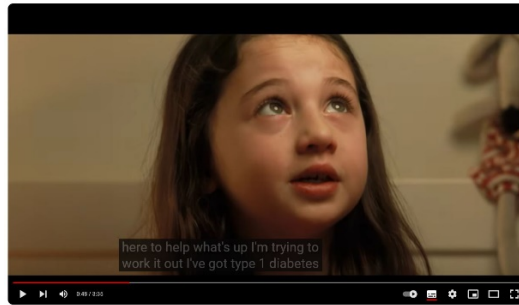
2) [You are not your thoughts](#)



3) [Why Do We Lose Control of Our Emotions?](#)



4) What is Type 1 diabetes?



5) Inside Out 1 (film) – vizionat împreună cu părinții



6) Inside Out 2 (film) – vizionat împreună cu părinții



7) Mindfulness for Kids : What does being present mean?



ANEXA 9. Lista lucrărilor științifice la tema tezei/lucrării de sinteză

1. Articole în reviste științifice

Cucui, Corina - ***"Parenting style, supporting factor of the socio-emotional development of the child with diabetes"*** – Review of Psychopedagogy, 2024, vol. 13 nr. 1, ISSN 2784-3092, ISSN L 2784-3092, revistă indexată în EBSCO, Crossref, Google Scholar, Semantic Scholar, WorldCat, DRJI, Index Copernicus, Elektronische Zeitschriftenbibliothek (EZB), Scilit, CiteFactor, CEEOL, ResearchBib, Advance Science Index, OAJI (Disponibil: <https://doi.org/10.56663/rop.v13i1.74>)

Cucui, Corina - ***"Coping strategies in the development of resilience in children with diabetes mellitus"*** – Romanian Journal of Psychological Studies (RJPS), 2024, vol 12, Issue 1, ISSN 2559-1649, ISSN–L 2559-1649, Hyperion University, revistă indexată în SSRN, Research Bib, I2OR, Scientific Indexing Services, Academic Keys, Zeitschriftendatenbank, CZ3 Electronic Journal Library, Livivo, OAJI.net, CiteFactor (Disponibil: <https://rjps.hyperion.ro/wp-content/uploads/2024/11/RJPS-vol12-issue2-full-2024.pdf>)

Cucui, Corina - ***"Relevanța programelor de intervenție în dezvoltarea rezilienței la copiii cu diabet zaharat"*** – Revista "Vector european" 2024, nr. 2, ISSN 2345-1106, ISSN–E 2587-358X, Universitatea de Studii Europene din Moldova (USEM), revistă indexată în Crossref, ROAD Open Acces, Library.ru, Central and Eastern European Online Library (EE) (Disponibil: <https://doi.org/10.52507/2345-1106.2024-2.36>)

Cucui, Corina - ***"The Relationship between Stress – Coping – Resilience in Children with Diabetes"*** – Didactica Danubiensis, 2023, Didactica Danubiensis, Vol. 3, No. 1/2023, pp.184-191 ISSN: 2284 – 5224, print ISSN: 3008-2617, include EBSCO database (Disponibil: <https://dj.univ-danubius.ro/index.php/DD/issue/view/174>)

Cucui, Corina - ***"A review on cognitive impact of school-age children in the background of Hypo-/Hyperglycaemia"*** – Romanian Journal of Psychological Studies (RJPS), 2020, vol 8, Special Issue p. 31-39, ISSN 2559-1649, ISSN–L 2559-1649, Hyperion University, revistă indexată în SSRN, Research Bib, I2OR, Scientific Indexing Services, Academic Keys, Zeitschriftendatenbank, CZ3 Electronic Journal Library, Livivo, OAJI.net, CiteFactor, (Disponibil: <https://rjps.hyperion.ro/rjps-volume-8-special-issue-2020-2/>)

2. Articole în lucrările conferințelor și altor manifestări științifice

Cucui, Corina - **"Vulnerabilitate - Stres la copiii cu diabet zaharat"** - Analele științifice ale doctoranzilor "Probleme actuale ale științelor umaniste" – (vol. XIX, partea a II-a). Chișinău: Tipografia Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, 2021 (Disponibil: https://ibn.idsi.md/ro/vizualizare_articol/155921)

Cucui, Corina - **"Dezvoltarea cognitivă și emoțională a copiilor cu diabet zaharat"**, București: Broșura Conferinței naționale "eDiabet", ed. VII, 2019

Cucui, Corina - **"Introducere în problematica dezvoltării cognitive și emoționale a copiilor cu diabet zaharat"**, Analele științifice ale doctoranzilor "Probleme actuale ale științelor umaniste" – 16 mai 2019 (vol. XVIII, partea 3). Chișinău: Tipografia Universității Pedagogice de Stat „Ion Creangă”, 2019, p. 196-208., ISBN 978-9975-46-423-9

3. Alte lucrări și realizări specifice diferitelor domenii științifice

Cucui, Corina M.D. - **"Noncompliance, un obstacol în calea vindecării. Non-compliance, an obstacle to healing"** – Revista de Studii Psihologice, 2016, nr 3, p. 129-136, Facultatea de Jurnalism și Psihologie, Universitatea Hyperion, București (Disponibil: <https://rjps.hyperion.ro/rjps-volume-3-issue-1-february-2016/>)

Rizeanu, Steliana (prof.univ.dr.), Cucui, Corina M.D. - **"Diferențele de gen la elevii cu comportament agresiv din România. Gender differences of the Romanian students with aggressive behaviour "**, Psihologie, Revistă științifico-practică, nr 3-4 (33), 2018, ISSN 1857-2502, ISSN e 2537-6276, CZU: 159.9+305:316.62, p 3-13, (Disponibil: <https://key.upsc.md/revista-psihologie-nr-3-4-2018/>)

4. Citări

Lirawi, M., Saadatmand, Z., & Rahmani, J. - **Designing a Play-Based, Skill-Oriented Homework Model in the Persian Language Curriculum for Early Primary Education**. International Journal of Education and Cognitive Sciences, 2025, vol 6, no2, 1-11. (Cucui, 2024) <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.6.2.14>

AUTOR:

(semnătura)

Secretarul științific
(titlul științific, numele și prenumele)

(semnătura)

Ștampila, data

Declarație privind asumarea răspunderii

Subsemnata Cucui Corina, declar pe propria răspundere că teza cu titlul ”*Dezvoltarea psihonoțională a copiilor cu diabet zaharat*” este rezultatul propriilor mele cercetări și realizări științifice. Conștientizez că, în caz contrar, urmează să suport consecințele în conformitate cu legislația în vigoare.

Semnătura

Data:

CUCUI CORINA

Adresa: sector 2, București
E -mail: corinacucui@yahoo.com
Telefon: + 40 728 415 423
Website: www.psyconsultancy.ro

OBIECTIV PROFESIONAL:

Sunt un profesionist dedicat și motivat, în continuă căutare a unor oportunități deosebite pentru a-mi extinde activitatea și experiența profesională. Cred cu tărie că succesul se construiește pe baza unor valori solide, iar eu mă bazez pe profesionalism, competență și integritate în toate interacțiunile mele profesionale. Implicarea activă în proiecte și determinarea de a depăși provocările sunt aspecte esențiale pentru mine. Mă angajez să contribui la realizarea obiectivelor comune și să dezvolt relații de colaborare durabile, bazate pe încredere și respect reciproc cu instituții, organizații și asociații din diverse domenii.

Cod parafă: 10091 Colegiul Psihologilor din România

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7985-7407>

EXPERIENȚĂ:

Psiholog clinician / Psihoterapeut adlerian / Supervizor / Expert psiholog judiciar (febr. 2014 – prezent) – PSY CONSULTANCY, Cabinet Individual de Psihologie Aplicată și Psihoterapie

Responsabilități: psihologie clinică, consiliere psihologică, expertiză judiciară și extrajudiciară, psihodiagnoză, evaluare neurocognitivă, psihoterapie adleriană copii, adolescenți, cuplu/familie, adulți, recuperarea afaziei post-AVC, avize psihologice (psihologia muncii, psihologia transporturilor), dezvoltare personală, stimulare cognitivă (tulburări de dezvoltare, neurodegenerative), supervizări și formări profesionale pentru psihologi, expertize tehnice judiciare pentru instanțe, colaborări contractuale cu CMI neurologie, CMI psihiatrie, CMI medicina muncii

Psiholog clinician / Consilier vocațional / Psihoterapeut (apr. 2024 – prezent) – Organizația Umanitară CONCORDIA

Responsabilități: servicii psihologice pentru tineri defavorizați - psihologie clinică, evaluare și psihodiagnoză, interviuri motivaționale, consiliere vocațională, job coaching, dezvoltare personală, psihoterapie

Psiholog clinician / Psihoterapeut (sept. 2021 – febr. 2024) – Centrul Medical BELLANIMA

Responsabilități: psihologie clinică (evaluare psihologică, psihodiagnostic), psihoterapie copii, adolescenți, adulți, psihoterapie adleriană de cuplu și familie, parenting

Psiholog clinician / Psihoterapeut (iun. 2014 – sept. 2021) – SANAMED Hospital

Responsabilități: psihodiagnoză clinică, consiliere psihologică, psihoterapie, evaluare neurocognitivă, sti-mulare cognitivă, contract cu CASMB

Psiholog organizațional (iun. 2012 – mai 2014) – MB Entertainment Group Plc.

Responsabilități: gestionarea proiectelor de recrutare și selecție de personal pentru diverse poziții în funcție de nevoile interne, identificarea candidaților eligibili, realizarea profilului psihoaptitudinal al candidaților și selecția lor prin tehnici specifice de intervieware și testare, suport și coaching pentru manageri, concepere strategii recrutare și implementare proceduri organizaționale, conceperea și construirea unor teste de evaluare, formulare și instrumente implicate în procedurile companiei, testarea, analiza și evaluarea angajaților, consilierea angajaților din punct de vedere al jocurilor de noroc, consumului de droguri, raportări, analize statistice, identificarea profilului infracțional, comportamentului simulat, reprezentarea companiei la târguri de joburi, bursa locurilor de muncă sau în relația cu firmele de profil, AJOFM, asociații profesionale

Psiholog (aug. 2011 – iun. 2012) – TOP-ASSISTANTS Recruiting Agency

Responsabilități: gestionarea simultană a proiectelor de recrutare pentru diferite poziții în: vânzări, contabilitate, IT, customer service, administrativ, telecomunicații, medici UK, traducători, avocați, ingineri în domeniul Telecom, Automotive, specialiști în diverse alte domenii etc. Stabilirea profilului candidatului ideal, Head-hunting

Manager HR (aug. 2010 – iul. 2011) – TASTANLAR FACTORY SRL

Responsabilități: organizarea și coordonarea procesului de recrutare a personalului, inducția noilor angajați pentru a facilita integrarea lor în organizație, urmărind evoluția lor din punct de vedere al performanțelor, analiza fișelor de post și a organigramei firmei, realizarea evaluării profesionale a angajaților, gestionarea relațiilor de muncă bazate pe cooperare și orientare spre rezultate, elaborarea și implementarea unor norme, reguli și proceduri de resurse umane, propunerea celor mai bune măsuri de optimizare a structurii organizatorice și a modalităților de lucru, contracte de muncă, înregistrare în Revisal, încetări CIM, pontaj lunar, decizii, adeverințe etc, măsuri de reducere a atrișiei de personal, politici de fidelizare

Documentarist juridic / Training support (dec.2008 – oct.2011) - SCA MUȘAT & ASOCIAȚII

Responsabilități: suport documentar juridic pentru avocații firmei; achiziție de publicații și alte materiale juridice, plăți; actualizare colecții materiale online (Monitorul Oficial, Buletinul procedurilor de insolvență); relația cu furnizorii, colaborare cu site-uri străine de materiale juridice; indexări în reviste juridice formând o bază de date pe diferite tematici; realizare rapoarte și statistici zilnice sau lunare; organizarea documentelor, a dosarelor de clienți și conservarea lor, implementarea unui soft specializat și administrarea materialelor juridice și de marketing, fond bibliotecă, arhivă de clienți,

relația cu instituțiile statului (Asociația Națională a Vănilor, Agenția Națională de Presă AGER-PRES, ONRC etc.), realizarea unui curs profesional pentru personalul front-office, numit “ *Posibilități de creștere a calității serviciilor de front-office*”

HR Catalyst/SAPPA (oct. 2006 – dec. 2008) - GENPACT ROMANIA SRL

Responsabilități: relația cu furnizorii străini și clienții germani, verificarea și actualizarea datelor în sistem, introducerea datelor în baze de date; realizarea operațiunilor prin sistemele Oracle și SAP pe diferite centre de cost, clarificarea eventualelor erori; realizare de rapoarte; suport pentru departamentul HR și intermediar între acesta și angajații echipei Honeywell, medierea conflictelor organizaționale, assesment center, interviuri de exit, organizator și membru în comisia de alegere a reprezentantului angajaților, suport în inducția noilor angajați, organizarea procesului de autoevaluare a angajaților, susținerea altor programe

Jurnalist colaborator (2002 - 2003) – „OPINIA CRAIOVEI”, „EDIȚIE SPECIALĂ”

Responsabilități: redactare articole de presă și știri din domeniul social

Agent de asigurări (2002 – 2006) - AVIVA România

Responsabilități: încheierea asigurărilor de viață și informarea clienților cu privire la oportunitățile financiare oferite de firmă, urmărirea polițelor și a datelor scadente și lărgirea pieței proprii și a portofoliului

PROJECT-BASED

Site de recrutare BestJobs.ro în campania “*HR Volunteers – User’s CV Review*”

Asociația M.A.I.A. (2014-2015) – Program de intervenție educațională în cadrul Centrului de zi “Copiii străzii”, sector 1

Asociația Creștină “Sfântul Nicolae și Sfântul Alexandru” – Program de stimulare cognitivă pentru vârsta a treia; Coordonator voluntari – program “*Bătrâneți fericite*”

Asociația “Jubileu” – Coordonator program “*Terapie Recuperatorie Cognitivă și Comportamentală a persoanelor cu retard mintal*”

STUDII

Doctorat Psihologia dezvoltării – Școala doctorală Universitatea Pedagogică de Stat “Ion Creangă” din Chișinău, temă de cercetare: “*Dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu diabet zaharat*”

Master Psihologie clinică și Consiliere psihologică - disertație Universitatea “Hyperion” București, temă de cercetare: “*Tablouri clinice ale tulburărilor de anxietate*”

Master Management organizațional și al resurselor umane - disertație Universitatea “Spiru Haret” București, temă de cercetare: “*Impactul conflictului asupra eficienței organizaționale*”

Facultatea de Psihologie și Științele Educației - licență Universitatea din București, temă de cercetare: “*Agresivitatea în mediul școlar*”

Școala de Jurnalistică “Felix Aderca” Craiova - Ministerul Tineretului și Sportului

Școala de formare în Biblioteconomie – Centrul de formare profesională al Ministerului Culturii
Formare în Psihoterapie adleriană – Asociația de Psihologie și Psihoterapie Adleriană (APPAR)
Curs Formator – Ministerul Muncii

CURSURI, ATESTATE

- Supervisor Psihologie clinică autorizat de Colegiul Psihologilor din România
- Expert tehnic judiciar - Psihologie clinică autorizat de Ministerul Justiției
- Atestat de liberă practică Psihologie clinică – Colegiul Psihologilor
- Atestat de liberă practică Psihoterapie – Colegiul Psihologilor
- Atestat de liberă practică: Psihologia transporturilor – Colegiul Psihologilor
- Atestat de liberă practică Psihologia securității naționale – Colegiul Psihologilor
- Atestat de liberă practică Psihologia muncii și organizațională – Colegiul Psihologilor
- HR Toolkit Training - Genpact România
- Cursuri de contabilitate generală, TVA extra și intracomunitar - Genpact România
- Cursuri PC (avansat): Oracle, Savvion, SAP - Genpact România
- Certificare a performanțelor On the Job Training - Germania
- Cursuri Microsoft Office complet (avansat) - Genpact Romania
- Cursuri de telefonie AVAYA - Genpact România
- Deutsche Sprache Erinnerung Kurs - International House
- Atestat agent de asigurări - AVIVA România

LIMBI STRĂINE: engleză – avansat; germană – mediu

CUNOȘTINȚE PC

- Microsoft Office: Word, Excel, Outlook, Power Point - nivel avansat
- ERP Systems - Oracle, SAP; Workflow Systems – Savvion
- Windows software - avansat
- experiență în utilizarea programului de analiză statistică a datelor SPSS
- experiență în utilizarea testelor psihologice nivel C (profesional)
- software legislativ (Lege 4 Professional, Legis, Legalis)

APTITUDINI

Abilități de prezentare, Abilități de planificare și organizare, Abilități de documentare, Capacitate de a depune eforturi în solutionarea problemelor, Spirit de echipă și abilitatea de a dezvolta relații interpersonale, Managementul timpului, Abilități de organizare și de coordonare, Foarte bună capacitate de comunicare, Creativitate, capacitatea de a lua decizii, inițiativă, Rezistență la efort intelectual, Asertivitate, Empatie

CERTIFICĂRI

”Tehnici adleriene de evaluare a stilului vieții” (APPAR)
”Evaluarea clinică a demenței” (IPADSM)
”Evaluare și intervenție psihoterapeutică adulți” (IPADSM)
”Evaluare și intervenție psihoterapeutică copii/adolescenți” (IPADSM)
”Evaluare și factori de risc în organizații” (PSIHOTRAFIQ)
”Stres și comportament disfuncțional în organizații” (PSIHOTRAFIQ)
”Testul SZONDI” (Asociația Psihologilor Atestați din România)
”Managementul traumei în accidente colective” (SPER)
”Teste, metode și tehnici în evaluarea copilului cu disabilități” (IPADSM)
”Modificarea comportamentului prin training” (Asociația de Științe Cognitive din România)
”Evaluarea clinică a tulburărilor de personalitate” (IPADSM)
”Evaluarea clinică a întârzierilor mintale” (IPADSM)
”Psihodiagnostic și intervenție clinică în PTSD” (IPADSM)
”Evaluarea personalității individuale” (APIO)
”Evaluarea schizofreniei” (IPADSM)
”Hipnoterapia cognitiv-comportamentală la copii și adolescenți” (RASG)
”Recuperarea afaziei” (Asociația Logopezilor din România)
”Evaluare, expertiză, intervenție psihologică clinică pentru copii și familie” (IPADSM)
”Evaluare și intervenție în stres post-traumatic”
”Parenting eficient” (APPAR)
”Gerontopsihologie clinică” (Asociația Română de Psihologie Clinică)
”Psihologie și Îmbătrânire” (Asociația Română de Psihologie Clinică)

”Cuplul în impas. Reconstructuirea încrederii și intimității” (APPAR)

”Alegerea partenerului de cuplu” (APPAR)

”Analiza climatului organizațional” (APIO)

”Psihoterapia dependenței de jocuri de noroc” (Asociația ”Joc responsabil”)

”Evaluarea personalității individuale” (APIO)

”Evaluarea psihologică a personalului” (APIO)

”Interdependența dintre tulburările de somn și starea de sănătate fizică și psihică a individului” (Facultatea de Psihologie)

”Analiza climatului organizațional” (APIO)

”Hipnoterapie cognitiv-comportamentală la copii, adolescenți și adulți” (RASG)

”Tehnici și proceduri de intervenție în terapia logopatiilor. Logopedie aplicată” (Asociația Logopezilor din România)

CONFERINȚE

- Conferința *”Psihologia judiciară în procesul penal”*, ed. a V-a, Cluj-Napoca, aprilie 2025
- Conferința Doctoranzilor UPS, Chișinău, mai 2021
- Conferința *”Managementul diabetului zaharat centrat pe pacient”*, București, noiembrie 2019
- Conferința Doctoranzilor UPS, Chișinău, mai 2019
- Conferința *”eDiabet”*, București, aprilie 2019
- Conferința *”Creierul în bolile psihice”* - Spitalul de Psihiatrie ”Dr. Constantin Gorgos”, București, 2018
- Conferința *”Brain Awardness Week”* - organizată de EFNA și APAN, București, 12-18 martie 2018

CERCETARE

- Colaborare prof. univ. dr. Constantin Ticu (Universitatea ”Alexandru Ioan Cuza” Iași) – etalonare teste psihologice pe populația românească
- Cercetare doctorală *”Dezvoltarea psiho-emoțională a copiilor cu diabet zaharat”*

ARTICOLE

- CUCUI, Corina PhD(c) – *”Relatia dintre consumul de cannabis și riscul de schizofrenie și psihoză: o analiză a dovezilor științifice actuale”* – 2025. Disponibil: <https://psyconsul-tancy.ro/relatia-dintre-cannabis-si-schizofrenie/>

- CUCUI, Corina PhD(c) – *”The relevance of intervention programs in developing of the resilience in children with diabetes”* – Revista Vector european, no 2, Chisinau, 2024
- CUCUI, Corina PhD(c) – *”Relationship between Stress-Coping-Resilience in Children with Diabetes”* – Didactica Danubiensis, vol. 3 no 1, Galati, 2023
- CUCUI, Corina PhD(c) – *”Parenting style, supporting factor of the socio-emotional development of the child with diabetes”* – Review of Psychopedagogy, vol. 13 no 1, Bucharest, 2024
- CUCUI, Corina PhD(c) – *”Coping strategies in the development of resilience of children with diabetes”* – Romanian Journal of Psychological Studies, vol. 12, issue 1, Bucharest, 2024
- CUCUI, Corina PhD st – *”Vulnerabilitate-stres la copiii cu diabet zaharat”* – Journal of Psychology and Special Education ”Ion Creangă” State Pedagogical University, Chişinău, 2021
- CUCUI, Corina PhD st – *”A review on cognitive impact of school-age children in the background of hypo-/hyperglycemia”* – Romanian Journal of Psychological Studies, Bucureşti, 2020
- CUCUI, Corina PhD st – *”Dezvoltarea cognitivă şi emoţională a copiilor cu diabet zaharat. Introducere în problematică. Argumente ştiinţifice”* – Revista de Psihologie ştiinţifico-practică, Chişinău, 2019
- CUCUI, Corina MD – *”Non-complianţa, un obstacol major în calea vindecării. Studiu de caz”* – Revista de Studii Psihologice 3/2016, Universitatea Hyperion din Bucureşti, 129-136
- RIZEANU, Steliana (prof. univ. dr.), CUCUI, Corina MD – *”Diferenţele de gen la elevii cu comportament agresiv din Romania”* – Revista de Psihologie ştiinţifico-practică, Chişinău, 2018

CITĂRI

- LIRAWI, M., SAADATMAND, Z.. & RAHMANI, J. – *Designing a Play-Based, Skill-Oriented Homework Model in the Persian Language Curriculum for Early Primary Education*. International Journal of Education and Cognitive Sciences, 2025, vol 6, no2, 1-11. (Cucui, 2024) Disponibil: <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.6.2.14>

HOBBIES

calculatoare/internet, muzică, artă, literatură, politici sociale, justiţie, legislaţie