

IOSUD – „DUNĂREA DE JOS” UNIVERSITY OF GALAȚI

Școala doctorală de Științe Biomedicale



REZUMAT

TEZĂ DE DOCTORAT

**PARTICULARITĂȚI ALE RELAȚIEI MEDIC PACIENT LA
COPILUL CU DIABET**

Conducător științific,

Prof. univ. dr. Nechita Aurel

Doctorand,

Ștefănescu Cristina

GALAȚI

2024

CUPRINS

ABREVIERI.....	1
INTRODUCERE.....	3
PARTEA GENERALĂ	
Capitolul 1	
DIABETUL - CONSIDERENȚELE PSIHOSOCIALE IMPLICATE IN GESTIONAREA SA.....	9
1.1. Prevalența diabetului la copii și adolescenți.....	9
1.2. Copiii și adolescenții cu diabet de tip 1, anxietate și depresie.....	11
1.3. Adulții cu diabet de tip 1, anxietate și depresie.....	14
Capitolul 2	
DIABETUL DE TIP 1 ȘI INTERVENȚIA PSIHOTERAPEUTICĂ ACT.....	16
2.1. Intervenția psihoterapeutică ACT.....	16
2.2. Eficiența psihoterapiei online ACT și pacienții cu diabet de tip 1.....	20
Capitolul 3	
RELAȚIA MEDIC-PACIENT.....	22
3.1. Relația medic-pacient în literatura de specialitate.....	22
3.2. Particularități ale relației medic-pacient și copiii cu diabet de tip 1.....	25
3.3. Particularități ale relației medic – pacient la adulții cu diabet.....	29
3.4. Efectul intervențiilor psihologice în flexibilizarea relației medic-pacient.....	30
PARTEA PERSONALĂ	
Capitolul 4	
METODOLOGIA GENERALĂ A CERCETĂRII.....	33
4.1. Ipoteza de lucru și obiectivele generale.....	33
4.2. Design și participanți.....	34
4.3. Instrumente.....	35
4.4. Intervenție.....	35
4.5. Procedură.....	36
4.6. Analize statistice.....	37
Capitolul 5	
OPTIMIZAREA RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ȘI A RĂSPUNSURILOR EMOȚIONALE LA ADULȚII CU DIABET DE TIP 1 – UN STUDIU PILOT.....	38

5.1. Introducere.....	38
5.2. Material și metodă.....	41
5.3. Rezultate.....	45
5.4. Discutii.....	51
Capitolul 6	
OPTIMIZAREA RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ȘI A RĂSPUNSURILOR EMOȚIONALE LA COPIII ȘI ADOLESCENȚII CU DIABET DE TIP 1.....	
	59
6.1. Introducere.....	59
6.2. Material și metodă.....	60
6.3. Rezultate.....	70
6.4. Discuții.....	80
6.5. Concluzii.....	81
Capitolul 7	
IMPORTANȚA COMUNICĂRII ȘI A EMPATIEI ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT LA COPIII ȘI ADOLESCENȚII CU DIABET DE TIP 1- O META-ANALIZĂ.....	
	87
7.1. Introducere.....	87
7.2. Material și metodă.....	93
7.3. Rezultate.....	97
7.4. Discuții.....	105
7.5. Concluzii.....	109
Capitolul 8	
CONCLUZII GENERALE.....	114
Capitolul 9	
ORIGINALITATE SI CONTRIBUTII PERSONALE.....	114
LISTA FIGURILOR INCLUSE ÎN TEZA.....	123
LISTA TABELELOR INCLISE ÎN TEZA.....	124
BIBLIOGRAFIE.....	125

INTRODUCERE

Obiectivul științific pentru rezolvare în cadrul cercetării științifice

Obiectivul acestei lucrări este investigarea impactului unei intervenții individuale ACT de patru săptămâni la copii și adolescenți cu diabet de tip 1 în România și modul în care reușește ea să flexibilizeze relația medic-pacient. Studiile efectuate asupra diabetului pediatric și ACT sunt rare, dar datele publicate despre adulții cu diabet zaharat sunt congruente cu constatările mele, evidențierea rolului intervenției ACT în îmbunătățirea calității vieții și a rezultatelor legate de sănătatea mintală la pacienții cu diabet zaharat de tip 1.

Metoda de cercetare abordată și metodologia

Din punct de vedere al metodei de cercetare, am utilizat o metodologie mixtă, cantitativă și calitativă, care asigură atât o acuratețe statistică a datelor, cât și surprinderea experiențelor subiective individuale ale participanților la studii. Intervenția aplicată a fost structurată în 4 sesiuni psihoterapeutice de tip ACT, de aproximativ 50 de minute, desfășurate în format individual, atât fizic, cât și online. Am folosit scale de măsurare pre și post intervenție pentru a verifica ipotezele conturate. De asemenea, feedback-ul narativ a ajutat la coroborarea datelor cantitative din chestionare cu cele calitative.

Din punct de vedere practic, teza oferă o serie de recomandări care pot fi aplicate imediat în practică pentru îmbunătățirea gestionării diabetului la copii și adolescenți. În primul rând, se evidențiază necesitatea formării continue a medicilor în tehnici de comunicare eficientă și suport emoțional, aspecte esențiale pentru construirea unei relații solide medic-pacient. Implementarea programelor de formare în ACT pentru medicii diabetologi și pentru echipele multidisciplinare poate conduce la îmbunătățirea rezultatelor clinice și psihologice ale pacienților. Teza subliniază și importanța utilizării tehnologiilor moderne, cum ar fi platformele online, pentru a oferi suport psihologic și educațional pacienților din zonele rurale sau izolate. Aceste intervenții pot asigura accesul egal la îngrijire de calitate pentru toți pacienții, indiferent de localizarea lor geografică. Rezultatele arată, de asemenea, că dezvoltarea unor programe de psihoeducație pentru pacienți și familiile acestora, care să includă sesiuni de educație despre gestionarea diabetului, tehnici de reducere a stresului și strategii de coping pot fi utile în gestionarea bolii.

PARTEA GENERALĂ

Capitolul 1

DIABETUL - CONSIDERENȚELE PSIHOSOCIALE IMPLICATE ÎN GESTIONAREA SA

În 2024, incidența și prevalența diabetului la copii și adolescenți continuă să fie o problemă semnificativă de sănătate publică.

Estimările recente privind incidența și prevalența diabetului la copii și adolescenți în România pentru anul 2024 nu sunt disponibile în mod specific. Cu toate acestea, datele globale și europene pot oferi o idee generală despre tendințele observate, conform celor mai recente date ale Asociației Mondiale de Diabet. Studiile arată că incidența diabetului de tip 1 variază între 0 și 330 de cazuri la 100.000 de persoane pe an, iar prevalența poate varia de la 0 la 5.300 de cazuri la 100.000 de copii și adolescenți (ADAPPC, 2024). În Europa, se observă o creștere a incidenței diabetului de tip 1 la copii, iar studiile recente indică o prevalență în creștere a diabetului de tip 2, în special în rândul adolescenților supraponderali și obezi. Această tendință este valabilă și pentru România, unde creșterea cazurilor de diabet de tip 2 este asociată cu factorii de risc legați de stilul de viață și obezitate (ADAPPC, 2024).

Conform celui mai mare studiu european existent până în prezent (Reinauer et. al, 2023), realizat pe loturi de adolescenți cu diabet de tip 1, există o prevalență ridicată (30,2%) a simptomelor de anxietate și depresie la adolescenții cu diabet de tip 1. În acest studiu observațional transversal din Germania, efectuat pe 2.394 adolescenți cu diabet de tip 1 (50,7% băieți, vârsta medie 15,4 ani) din 42 de centre, ce au fost incluși în studiu multicentric, au fost incluși în cadrul studiului german COACH (Afecțiuni cronice la adolescenți: implementarea și evaluarea asistenței medicale colaborative centrate pe pacient).

Adolescenții cu diabet zaharat 1, care au participat la vizitele regulate programate la clinicile de diabet, au fost recrutați din instituțiile participante la registrul DPV la nivel național (Registrul german de urmărire prospectivă a diabetului).

Incidența și prevalența anxietății și depresiei în rândul persoanelor cu diabet de tip 1 sunt mai ridicate comparativ cu populația generală. Conform Standardelor de îngrijire a diabetului pentru anul 2024 de la Asociația Americană de Diabet (ADA) pacienții diabetici sunt mai predispuși la tulburări mentale datorită stresului continuu legat de gestionarea bolii,

fluctuațiilor glicemiei și complicațiilor pe termen lung asociate diabetului (ADAPPC, 2024). ADA indică faptul că persoanele cu diabet de tip 1 au o prevalență mai mare a depresiei comparativ cu populația generală. Studiile arată că până la 30% dintre persoanele cu diabet de tip 1 pot experimenta simptome de depresie pe parcursul vieții. Incidența tulburării depresive majore în acest grup este de aproximativ două până la trei ori mai mare decât în cazul celor fără diabet. Tulburările de anxietate sunt, de asemenea, mai des întâlnite la pacienții diabetici. Prevalența tulburării de anxietate generalizată (GAD) la persoanele cu diabet de tip 1 este estimată la aproximativ 20%, ceea ce este semnificativ mai mare decât prevalența în populația generală.

Capitolul 2

DIABETUL DE TIP 1 ȘI INTERVENȚIA PSIHOTERAPEUTICĂ ACT

Scopul general al ACT este de a crește flexibilitatea psihologică – capacitatea de a contacta momentul prezent în mod deplin ca o ființă umană conștientă – și de a schimba sau de a persista în comportament atunci când acest lucru servește scopurilor valoroase. Flexibilitatea psihologică este stabilită prin șase procese de bază. Fiecare dintre aceste domenii este conceptualizat ca o abilitate psihologică pozitivă, nu doar ca un mod de evitare a psihopatologiei (Fletcher and Hayes, 2005).

ACT se bazează pe ideea conform căreia limbajul se află în centrul multor tulburări psihologice în mod specific și al suferinței umane în general (Hayes, Strosahl, & Wilson, 1999).

ACT este o orientare terapeutică concepută pentru a folosi limbajul în scopul de a trata, astfel încât acesta să poată deveni un instrument. Această abordare se bazează pe o direcție tot mai mare de cercetare comportamentală asupra limbajului uman și a cunoașterii numită Teoria Cadrelor Relaționale (RFT: Hayes, Barnes-Holmes, & Roche, 2001).

Este foarte important pentru pacienții pediatrici și adolescenții cu diabet să nu se identifice cu patologia lor. Pentru că altfel de cele mai multe ori ei fie se vor cufunda în boală, fie vor evita să conștientizeze faptul că au diabet. De aceea o sesiune de psihoterapie prin care introducem eul contextual este foarte utilă.

ACT a arătat rezultate pozitive pentru o mare varietate de condiții inclusiv pentru afecțiuni medicale cronice, chiar și atunci când sunt prezentate într-o formă foarte scurtă. De exemplu, o intervenție ACT de 9 ore a avut un impact pozitiv asupra epilepsiei în următorul an (Dahl, 2005).

Studiul pe care îmi voi axa cercetarea este unul din 2006, realizat de Steven C. Hayes, de la Universitatea din Nevada și Jennifer A. Gregg și Glenn M. Callaghan de la Universitatea San Jose.

Pacienții dintr-o comunitate de oameni cu venituri mici, cu diabet de tip 2 au participat la un workshop de 1 zi ca parte din programul lor de management al diabetului (Gregg et. al, 2007). Au fost două grupuri, unul care a primit doar psihoeducație legată de diabet și intervenție ACT și altul care a primit doar educație legată de un mai bun management al diabetului. Comparativ cu cei care au primit doar educație legată de diabet, după 3 luni cei cu intervenție ACT au raportat un nivel mai bun de auto-îngrijire și niveluri HbA1C în parametrii normali.

Capitolul 3

RELAȚIA MEDIC-PACIENT

Prima revizuire sistemică de până acum a evaluării psihologice a relației medic-pacient a fost publicată în 2012 de către Eveleigh et. al. În decembrie 2009, autorii au căutat sistematic chestionare care măsoară relația medic-pacient. Criteriile acestora de includere au fost următoarele:

- 1) articol despre un chestionar sau sondaj;
- 2) chestionar care măsoară relația dintre medic și pacient;
- 3) cu relația ca temă principală a chestionarului, nu cu satisfacția sau comunicarea ca temă principală.

Au căutat în patru baze de date: PubMed, PsychINFO, EMBASE și Web of Science, rezultând 9 instrumente, care evaluează diferite aspecte ale relației medic-pacient. Instrumentele găsite variază, de asemenea, în ceea ce privește modul în care au fost testate psihometric. Din cele 19 instrumente, opt se concentrează pe partea psihologică și patru dintre ele au fost dezvoltate în terapie.

PDRQ este instrumentul folosit în studiile prezente. PDRQ-9 a fost dezvoltat din chestionarul Helping Alliance al lui Luborsky, o scală care măsoară alianța terapeutică în psihoterapie. Au fost evaluate calitățile sale psihometrice și validitatea în practica generală, cu colaborarea a 110 medici interniști și 55 pacienți într-o clinică de epilepsie. Analiza componentelor principale demonstrează o structură bifactorială, una legată de medic și una legată de simptomele medicale ale pacientului.

PARTEA PERSONALĂ

Capitolul 4

METODOLOGIA GENERALĂ A CERCETĂRII

Această teză cuprinde trei studii și are următoarele obiective generale:

1. Să investigheze utilitatea unei intervenții ACT în optimizarea relației medic-pacient și a răspunsurilor emoționale la adulții cu diabet de tip 1.
2. Să investigheze utilitatea unei intervenții ACT în optimizarea relației medic-pacient și a răspunsurilor emoționale la copiii și adolescenții cu diabet de tip 1.

Prin urmare, ipotezele generale ale tezei au fost următoarele:

H1 - Intervenția de tip ACT poate facilita scăderea nivelului de stres asociat diagnosticului de diabet tip 1 (adulți și copii, deopotrivă).

H2 - Intervenția de tip ACT poate contribui la creșterea nivelului de acceptare a diagnosticului la pacienții cu DT1 (adulți și copii).

H3 - Intervenția de tip ACT poate ajuta construirea unei mai bune relații medic-pacient la persoanele cu DT1 (adulți și copii).

H4 - Intervenția ACT poate contribui la creșterea nivelului de flexibilitate psihologică la persoanele cu DT1 (adulți și copii).

4.2. Design și participanți

Având ca obiectiv surprinderea particularităților relației medic-pacient la pacienții cu DT1, teza de față a urmărit aceste aspecte atât în cazul adulților (Ștefănescu et al., 2024a), cât și al copiilor (Ștefănescu et al., 2024b), pentru a obține o imagine cât mai comprehensivă asupra modului în care variabilele urmărite se manifestă la vârste diferite. Criteriile de includere au constat în deținerea unui diagnostic de diabet de tip 1, pe o perioadă mai mare de un an, astfel încât pacientul să fi putut avea experiență în legătură cu situațiile apărute post diagnostic, în timp ce criteriile de excludere au vizat deținerea unui diagnostic psihiatric sever și persistent (cum ar fi, de exemplu, schizofrenia), alături de deficiențele cognitive.

4.3. Instrumente

Instrumentele utilizate pentru măsurarea cât mai acurată a variabilelor urmărite, au fost alese conform îndeplinirii criteriului consistenței interne, astfel încât toate instrumentele aplicate au avut un nivel mare de consistență internă. De asemenea, acestea au fost instrumente de tip self-

report, cu măsurători pe scală Likert, pentru surprinderea nuanțelor și a nivelului actual la care se află constructul măsurat.

4.4. Intervenție

În ceea ce privește intervenția care a fost aplicată, aceasta a fost structurată în 4 sesiuni psihoterapeutice de tip ACT, de aproximativ 50 de minute, desfășurate în format individual.

Capitolul 5 – Studiul 1

OPTIMIZAREA RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ȘI A RĂSPUNSURILOR EMOȚIONALE LA ADULȚII CU DIABET DE TIP 1 – UN STUDIU PILOT¹

5.1. Introducere

Includerea unui studiu despre relația medic-pacient la adulții cu diabet într-o teză care se concentrează pe copii și adolescenți poate fi justificată din mai multe perspective. Studiile pe adulți oferă un cadru de referință pentru comparație, evidențiind similitudini și diferențe în nevoile și răspunsurile diferitelor grupe de vârstă.

Obiective, ipoteze și variabile de lucru pentru studiul pilot

Obiective specifice:

- O1. Măsurarea nivelului flexibilității psihologice și al acceptării diabetului pre și post intervenție;
- O2. Măsurarea calității relației medic-pacient pre și post intervenție;
- O3. Măsurarea nivelului de stres pre și post intervenție;
- O4. Analizarea feedback-ului narativ al participanților cu privire la impactul intervenției asupra lor.

Pornind de la obiectivele specifice ale studiului, am elaborat următoarele ipoteze:

- H1. Presupunem că nivelurile flexibilității psihologice și ale acceptării diabetului vor crește semnificativ post intervenție.
- H2. Ne așteptăm ca în urma intervenției să se îmbunătățească relația medic-pacient.
- H3. Ne așteptăm ca nivelurile de stres ale participanților să se diminueze post intervenție.

¹ O parte din informațiile prezentate în această secțiune au fost publicate într-un articol în care sunt autor principal. Referința completă: Stefanescu C, Tatu AL, Nechita A, Iacob CI, Secara E, Nicolescu S and Huiu GA (2024) Brief online acceptance and commitment therapy for adults with type 1 diabetes: a pilot study. Front. Clin. Diabetes Healthc. 5:1378946. doi: 10.3389/fcdhc.2024.1378946

H4. Ne așteptăm ca analiza feedback-ului narativ al participanților să releve că ședințele ACT au fost percepute pozitiv de către participanți.

Variabilele studiului

Principalele variabile ale studiului sunt cele măsurate cantitativ, pe o scală de tip Likert (flexibilitatea psihologică, acceptarea diabetului, relația medic-pacient și nivelul de stres). Ne așteptăm ca acestea să varieze în funcție de impactul variabilei intervenția ACT.

5.2. Material și metodă

Participanți și design

Studiul a fost efectuat pe un lot de treisprezece adulți diagnosticați cu diabet de tip 1, care au fost informați cu privire la modul de desfășurare a cercetării și și-au exprimat în scris consimțământul pentru participare.

Acest lot a inclus un număr de zece participanți de gen feminin și trei de gen masculin, cu o vârstă medie de 39.04 de ani (SD vârstă= 13.47), cuprinsă în intervalul 18-59 de ani.

Instrumente

Scala de Stres, Anxietate și Depresie (DASS-21R)

Pentru măsurarea nivelului de stres, a fost aplicată Scala de stres, anxietate și depresie (DASS-21R) (Lovibond & Lovibond, 1995). Aceasta este o scală de tip self-report, formată din 21 de itemi, dispunând de o bună consistență internă ($\alpha=0.88$). Pentru scopul urmărit de lucrarea de față, doar Scala de Stres a fost aplicată, varianta adaptată pe populația românească (Petre & Miclea, 2011). Un exemplu de itemi cuprinși de aceasta este: "Mi-a fost greu să mă relaxez".

Chestionarul de Acceptare și Angajament pentru Diabet (AADQ)

Chestionarul de Acceptare și Acțiune pentru Diabet (AADQ; Gregg et al., 2007) a fost aplicat pentru surprinderea nivelului de acceptare a diabetului. Cu un indice de consistență internă bun ($\alpha=0.91$), acesta deține șase itemi, care fac referire la angajarea în diferite comportamente de non-acceptare a diabetului (de exemplu, „Încerc pentru a evita amintirile despre diabetul meu”, „Evit să mă gândesc la ce îmi poate face diabetul”). Pentru acest studiu, AADQ a fost tradus din engleză în română.

Chestionarul Relației Pacient-Medic (PDRQ-9)

Relația dintre medic și pacient a fost măsurată cu ajutorul Chestionarului relației pacient-medic (PDRQ-9, Van der Feltz-Cornelis et al., 2004), o scală ce include 9 itemi despre calitatea relației medic-pacient și dispune de o consistență internă puternică ($\alpha = 0.94$). Itemii acesteia sunt formulați sub diferite afirmații legate de dedicarea, accesibilitatea, înțelegerea, încrederea sau utilitatea medicului. Pentru aplicare, chestionarul a fost tradus în limba română, un astfel de item fiind: „Doctorul meu mă înțelege”.

Inventarul de Flexibilitate Psihologică Multidimensională (MPFI)

Inventarul de flexibilitate psihologică multidimensională (MPFI, Rolffs et al., 2016) a fost utilizat pentru a examina flexibilitatea psihologică, având o consistență internă ridicată ($\alpha = .96$). Acesta cuprinde 60 de afirmații legate de implicarea în comportamente ce denotă flexibilitate psihologică. Un exemplu de item este „Am fost receptiv la observarea gândurilor și sentimentelor neplăcute fără să interfierez cu ele”.

Intervenția

Participanților le-a fost aplicată o intervenție psihoterapeutică de tip ACT, structurată în 4 sesiuni individuale de aproximativ 45 de minute, desfășurate în format online, prin intermediul platformei zoom (acest tip de format a fost ales conform normelor de restricție instituite la nivelul spitalului). Acestea au fost conduse de către un psiholog clinician specializat.

Procedură

Recrutarea participanților a avut loc prin grupuri online românești dedicate diabetului și platforme de social media, în perioada decembrie 2022 - august 2023. Înainte de a-și da acordul participării, participanții au fost informați cu privire la scopul cercetării, durata și structura intervenției, precum și cu privire la dreptul de a renunța în orice moment al acesteia și la asigurarea protecției datelor personale și a menținerii anonimatului. Pentru participare, acordul scris al participanților a fost necesar. În ceea ce privește confidențialitatea informațiilor personale colectate, acestea au fost anonimizate (codificate) și stocate în fișiere securizate, accesibile exclusiv echipei de cercetare. Participarea a fost voluntară, nu s-au oferit stimulente, iar intervenția a fost gratuită. Aprobarea pentru protocolul de cercetare a fost obținută de la Comitetul de Etică al Spitalului Clinic Județean de Urgență „Sf. Apostol Andrei”, Galați (aviz nr. 16275, 27.07.2023).

5.3. Rezultate

Fezabilitate

Deși 47 de adulți au finalizat inițial măsurile, 10 persoane nu au participat la prima sesiune (din motive precum constrângeri de timp sau dificultăți în instalarea platformei Zoom), iar 24 de participanți, care s-au implicat în cele patru sesiuni online, nu au finalizat măsurătorile post-intervenție (din motive ce țin de constrângerile de timp, fiind în timpul vacanței sau neavând disponibilitatea unei conexiuni la internet). Vezi Tabelul 5.1 și Tabelul 5.2.

Datele demografice ale participanților

Tabelul 5.1. Nivelul de studii al participanților inițiali (N=24)

	Studii liceale sau mai puțin	Studii universitare	Studii postuniversitare
Număr participanți	13	11	4
Procentaj participanți	44.7%	41.3%	14%

Tabelul 5.2. Datele demografice ale participanților

	Vârsta medie	Gen		Mediu reședință	
		Feminin	Masculin	Rural	Urban
Număr participanți	38 ani	22	7	3	26

În ciuda încercării cercetătorilor de a-i ajuta pe acești participanți să completeze măsurile post-intervenție, aceștia nu au dat curs. Cu toate acestea, feedback verbal a fost obținut de la aceștia la ultima sesiune ACT. Așadar, doar de la 13 participanți au putut fi colectate date pentru întregul proces. De asemenea, nu au fost prezente evenimente adverse sau probleme tehnice în timpul vreunei sesiuni.

Statistici descriptive

Datele descriptive (media, abaterea standard, indicatorii skewness și kurtosis) cu privire la scorurile obținute de participanți pot fi găsite în detaliu în Tabelul 5.3 și Tabelul 5.4. Așa cum se observă, distribuția inflexibilității psihologice a prezentat o deviere semnificativă de la condiția de normalitate, la momentul post-intervenție. Semnificația acestui rezultat va fi detaliată în secțiunea dedicată discuțiilor.

Tabelul 5.3. Mediile și abaterile standard ale variabilelor măsurate înainte și după intervenție

	Stres - Pre	Stres - Post	Flexibilitate – Pre	Flexibilitate – Post	Inflexibilitate- Pre	Inflexibilitate- Post	Acceptare – Pre	Acceptare – Post	PDR – Pre	PDR – Post
Medie	30.46	11.85	3.08	4.8	3.58	2.70	17.77	8.54	32.92	35.08
SD	9.80	9.43	.59	.93	.82	.84	5.1	3.12	7.92	10.91

Notă: PDR= relația medic- pacient; SD= abaterea standard.

Tabelul 5.4. Valorile skewness și kurtosis ale variabilelor măsurate înainte și după intervenție

	Stres - Pre	Stres - Post	Flexibilitate – Pre	Flexibilitate - Post	Inflexibilitate Pre-	Inflexibilitate Post-	Acceptare - Pre	Acceptare – Post	PDR - Pre	PDR – Post
Skewness	-.18	.57	-.87	-.5	.01	1.21	-.34	1.28	-.23	-1.45
Kurtosis	-1.4	-.52	-.05	-1.01	-1.14	2.11	-1.01	1.18	-.83	1.78

Notă: PDR= relația medic-pacient.

Tabelul 5.5. Diferențele pre- și post- intervenția ACT pentru adulții cu diabet de tip 1

Variabile	Testul Wilcoxon- W	P	Diferențele medii pre- și post-intervenție	Mărimea efectului (r)
Stres	86	.005	18	.89

Acceptarea diabetului	78	.002	10	.99
PDR	13.50	.168	-5	-.50
Flexibilitate	3.50	.004	-1.70	-.92
Inflexibilitate	80	.013	.86	.75

Notă: PDR= relația medic-pacient.

5.5. Concluzii

În procesul de gestionare a diabetului, o scurtă intervenție de tipul terapiei prin acceptare și angajament poate scădea semnificativ nivelul de stres asociat bolii, îmbunătățind semnificativ nivelul flexibilității psihologice și a acceptării diagnosticului, factori psihologici cu rol transdiagnostic și protectiv în fața stresului.

În același timp, aceasta nu a produs schimbări notabile în cadrul relației medic-pacient, o posibilă explicație în acest sens constând în complexitatea elementelor psihosociale ce stau la baza acestei legături. Feedbackul narativ a sprijinit aceste date, dezvăluind satisfacția cu intervenția și creșterea calității vieții. Pentru o clarificare a acestor rezultate preliminare, studiile viitoare ar putea ține cont de recomandările reieșite în urma acestui format.

Capitolul 6 – Studiul 2

OPTIMIZAREA RELAȚIEI MEDIC-PACIENT ȘI A RĂSPUNSURILOR EMOTIONALE LA COPIII ȘI ADOLESCENȚII CU DIABET DE TIP 1

6.1. Introducere

În ceea ce privește eficiența ACT pentru copiii fără diabet, în cea mai recentă meta-analiza realizată (Fang, Ding, 2020) pe intervențiile ACT pentru copii, care a inclus 14 studii randomizate controlate cu 1189 de participanți, constatările arată că ACT îmbunătățește semnificativ simptomele de anxietate și depresie.

Cel mai recent studiu din 2024 (Alho, Lappalainen, 2024) a implicat adolescenți diagnosticați cu diabet zaharat de tip 1 care au participat la o serie de sesiuni de grup bazate pe principiile ACT. Aceste sesiuni au avut ca scop să-i ajute să facă față provocărilor psihologice asociate cu

gestionarea stării lor cronice. Studiul a constatat niveluri ridicate de acceptabilitate în rândul participanților.

6.2. Material și metodă

Conform rezultatelor promițătoare pe care le-am obținut în primul studiu prezentat în această teză (Ștefănescu et. al, 2024), ce sprijină eficiența intervențiilor de tip ACT în gestionarea diabetului la adulții cu diabet de tip 1, precum și a literaturii ce atestă asocierea acestor intervenții cu rezultate mai bune și în cazul altor boli cronice, precum fibromialgia sau durerile cronice (Wicksell et al., 2013; Alho et al., 2022, 2024), este important de explorat beneficiile și aplicabilitatea terapiei ACT pe diferite nișe și populații.

Acest studiu a avut următoarele obiective specifice:

- O1. Măsurarea nivelului de stres pre și post intervenție la copii și adolescenți.
- O2. Măsurarea calității relației medic-pacient pre și post intervenție, la copii și adolescenți.
- O3. Măsurarea flexibilității psihologice și a acceptării diabetului pre și post intervenție, la copii și adolescenți.
- O4. Analiza feedback-ului verbal oferit de participanți în urma intervenției.

Pe baza obiectivelor specifice, au fost elaborate următoarele ipoteze:

- H1. Ne așteptăm ca nivelul de stres al participanților să se diminueze semnificativ în urma intervenției.
- H2. Ne așteptăm să crească calitatea relației medic-pacient în urma intervenției.
- H3. Ne așteptăm să crească nivelurile de flexibilitate psihologică și de acceptare a diabetului, în urma intervenției.

Participanți și design

Cincizeci și cinci de copii și adolescenți din România (M vârstă = 14.14, SD vârstă = 2.26; 33% băieți și 67% fete) au participat la acest studiu cu un singur braț, care s-a concentrat pe evaluarea unei intervenții specifice ACT asupra managementului diabetului pediatric de tip 1. Vârstele participanților au fost cuprinse în intervalul 10-18 ani, iar pentru recrutarea acestora s-a apelat la două strategii: recrutarea din cadrul pacienților internați la Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Ioan Galați, și recrutarea din cadrul membrilor unor grupuri de sprijin online pentru diabet, în urma postării invitației de participare.

Instrumente

Pentru măsurarea nivelului fiecărei variabile incluse în studiu, au fost aplicate următoarele instrumente.

Scala de Stres Perceput - Versiunea pentru Copii

Stresul a fost măsurat aplicând Scala de stres perceput- varianta pentru copii (White, 2014). Cu o consistență internă de 0.77, această scală este consacrată în domeniu pentru evaluarea intensității la care este perceput stresul, în cazul copiilor. Scala deține un număr de 14 întrebări ale căror răspunsuri oferă un scor general al stresului. Exemple de itemi cuprind următoarele afirmații: „Pot să fac față gândurilor rele despre mine.”, „Îmi este ușor să mă concentrez la ceea ce fac, chiar dacă mă simt trist.”

Chestionarul de Flexibilitate Psihologică pentru Copii

Pentru măsurarea flexibilității psihologice, a fost aplicat Chestionarul de Flexibilitate Psihologică pentru Copii (Lenoir et al., 2022). Acest instrument cuprinde 24 de itemi care reflectă frecvența sau gradul în care se aplică fiecare situație exemplificată. Itemii acestuia includ afirmații precum „Pot să fac față gândurilor rele despre mine” și „Îmi este ușor să mă concentrez la ceea ce fac, chiar dacă mă simt trist”. Chestionarul a demonstrat o consistență internă ridicată, cu o valoare a indicelui alpha de 0.78. Pentru obținerea scorului general asociat flexibilității, are loc însumarea răspunsurilor la itemi, rezultând un scor total al scalei, precum și scoruri separate pentru fiecare subscală.

Chestionarul de Acceptare și Acțiune pentru Diabet

Acceptarea diabetului a fost măsurată cu ajutorul Chestionarului de Acceptare și Acțiune pentru Diabet (AADQ; Gregg et al., 2007). Acesta conține 6 itemi care reflectă gradul de neacceptare a experiențelor asociate diabetului. Exemple de itemi includ „Încerc să evit gândurile și sentimentele legate de diabet” și „Sunt capabil să îmi gestionez diabetul chiar dacă mă simt stresat.”. De altfel, chestionarul dispune de o consistență internă ridicată, cu un coeficient Cronbach alfa de 0.95. Scorurile se calculează prin însumarea răspunsurilor la itemi, iar scorurile mai mici indică un nivel mai ridicat de acceptare.

Chestionarul Relației Pacient-Doctor

Măsurarea relației stabilite între pacient și medic a avut loc utilizând Chestionarul Relației Pacient-Doctor (PDRQ; van der Felz-Cornelis et al., 2004). Acesta este aplicat pacientului și conține 9 itemi care indică cât de frecvent sunt observate de către pacient anumite comportamente la medicul curant. Astfel de comportamente sunt exprimate în afirmații precum „Medicul meu îmi acordă atenție” și „Medicul meu mă face să mă simt confortabil.” PDRQ-9 nu deține alte subscale, evaluând relația globală dintre pacient și medic. În același timp, consistența internă a chestionarului este foarte ridicată, cu un coeficient Cronbach alfa de 0.94. Scorurile se obțin prin însumarea răspunsurilor la cei 9 itemi, rezultând un scor total între 9 și 45.

Procedură

Participanții la acest studiu au fost selectați pe o perioadă cuprinsă între lunile decembrie 2022 și decembrie 2023, prin intermediul diverselor canale online disponibile, inclusiv grupuri de suport pentru diabet din România, platforme de social media și recomandări directe din partea personalului medical al Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Ioan Galați, România. Studiul a respectat criteriile de rigurozitate în ceea ce privește respectarea principiilor etice, fiind aprobat de Comitetul de Etică al Spitalului pentru Copii Sf. Ioan Galați, România, conform avizului nr. 35792/29.12.2022.

Intervenție

Intervenția vizată de acest studiu a avut la bază modul de lucru specific terapiei prin acceptare și angajament, respectând recomandările din literatură privind la abordarea copiilor în cadrul acesteia (Black, 2022). Aceasta a fost aplicată pe o durată de 4 săptămâni, în format individual, atât față-în-față, cât și online, în funcție de preferințe și condiții. Fiecare dintre cele 4 ședințe s-a desfășurat la o distanță de o săptămână și a durat în jur de 50 de minute. Intervenția a fost livrată de către un psiholog clinician avizat.

6.3. Rezultate

Statisticile descriptive cu privire la participanți După aplicarea criteriilor de selecție, 55 de participanți au oferit date ce au putut fi analizate, 2 dintre cei 57 de copii retrăgându-se înainte de începerea intervenției. Astfel, vârsta medie a participanților la studiu a fost de 14 ani (abaterea medie a vârstei având o valoare de 2.26), iar proporția de fete a fost de 67% (Tabelul 6.1). Dintre aceștia, participanții care la momentul intervenției se aflau în spitalizare au luat

parte în format fizic la intervenție, în cadrul Spitalului Județean de Urgență Sf. Ioan din Galați, în timp ce restul participanților au optat pentru formatul online, majoritatea dintre aceștia locuind în alte zone ale țării (Tabelul 6.2).

Tabelul 6.1. Datele demografice ale copiilor și adolescenților cu diabet de tip 1, participanți la studiu

	Vârsta medie	Gen		Mediu reședință	
		Feminin	Masculin	Rural	Urban
Număr participanți	14 ani	85 (67%)	42 (33%)	7 (5%)	120 (95%)

Tabelul 6.2. Formatul intervenției ACT pentru copii și adolescenți

	Format intervenție	
	Fizic	Online
Procentaj	33%	77%

Ca detalii adiționale despre pacienții spitalizați în cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Ioan Galați, în general, cât și despre participanții incluși în studiu dintre aceștia, la momentul desfășurării studiului au fost raportate 75 de cazuri medicale, ce nu au necesitat intervenții chirurgicale și nici nu au prezentat complicații care să pună în pericol viața pacienților.

De asemenea, dintre acestea, un procent de 78% au ajuns în cadrul spitalului în regim de urgență, sugerând principalele motive pentru care aceștia ajung să se prezinte la medic și implicit, condițiile în care se formează relația cu medicul (și importanța acesteia).

În același timp, 18% dintre cazuri au provenit din localități din alte județe (reflectând lipsa disponibilității serviciilor medicale necesare în cadrul județului de apartenență), iar 52% dintre numărul total de pacienți au declarat că provin din mediul rural (pentru mai multe informații legate de particularitățile spitalizării, vezi Tabelul 6.3).

Mai mult, durata maximă a spitalizării a fost de 24 de zile, iar cele mai comune comorbidități au făcut parte din categoria tulburărilor endocrine, de nutriție și metabolism (83%), existând un singur caz de comorbidități psihiatrice.

Ca detalii adiționale despre pacienții spitalizați în cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Ioan Galați, în general, cât și despre participanții incluși în studiu dintre aceștia, la momentul desfășurării studiului au fost raportate 75 de cazuri medicale, ce nu au necesitat intervenții chirurgicale și nici nu au prezentat complicații care să pună în pericol viața pacienților. De asemenea, dintre acestea, un procent de 78% au ajuns în cadrul spitalului în regim de urgență, sugerând principalele motive pentru care aceștia ajung să se prezinte la medic și implicit, *condițiile în care se formează relația cu medicul (și importanța acesteia)*.

Tabelul 6.3. Date spitalizare Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Ioan Galați în perioada decembrie 2022- august 2023

	N	%procentaj
Cazuri totale	75	100%
Cazuri medicale	75	100%
Cazuri chirurgicale	0	0%
Regim urgență	59	78%
Din alte localități	14	18%
Din mediu rural	40	52%
Zile spitalizare min (N)	1	-
Zile spitalizare max (N)	24	-
Diagnostiche principale la externare		
Diabet mellitus tip 1 fără complicații	35	45%
Diabet mellitus tip 1 cu control slab	11	14%
Diabet mellitus tip 1 cu acidocetoză, fără comă	10	13%
Comorbidități		
Boli și tulburări endocrine- nutriție și metabolism	64	83%

Boli și tulburări ale sângelui	5	6.5%
Boli și tulburări ale sistemului nervos	1	1.3%

Notă: Datele au fost obținute pentru 75 de pacienți spitalizați.

Mediile și abaterile standard ale variabilelor măsurate

În urma analizei mediilor variabilelor înainte și după intervenție, se observă următoarele: înainte de intervenție, variabila cu valoarea cea mai ridicată a fost flexibilitatea, cu o medie de 46.05 (SD = 14.75), urmată de stres, cu o medie de 36.27 (SD = 7.80), acceptare, cu o medie de 24.35 (SD = 7.93), și relația pacient- doctor (PDR), cu o medie de 18.96 (SD = 6.01). Vezi tabelul 6.4.

După intervenție, flexibilitatea rămâne variabila cu cea mai ridicată valoare medie, crescând la 56.07 (SD = 13.07), urmată de PDR, care a înregistrat o creștere semnificativă la 33.02 (SD = 5.74), stres, care a scăzut la 25.91 (SD = 10.34), și acceptare, care a scăzut semnificativ la 8.53 (SD = 4.39). Aceste schimbări indică o îmbunătățire a flexibilității și a relației pacient- doctor, concomitent cu o reducere a nivelului de stres și acceptare după intervenție.

Tabelul 6.4. Mediile și abaterile standard ale variabilelor măsurate înainte și după intervenție

	Stres - Pre	Stres - Post	Flexibilitate - Pre	Flexibilitate - Post	Acceptare - Pre	Acceptare - Post	PD R - Pre	PD R - Post
Medie	36.27	25.91	46.05	56.07	24.35	8.53	18.96	33.02
SD	(7.80)	(10.34)	(14.75)	(13.07)	(7.93)	(4.39)	(6.01)	(5.74)

Notă: SD= abaterea standard; PDR= relația medic- pacient.

Corelațiile dintre variabilele studiului

Analiza corelațiilor înainte și după intervenție evidențiază câteva aspecte notabile (vezi Tabelul 6.5). În perioada pre- intervenție, s-a observat o corelație foarte mare și semnificativă între stres și acceptarea diabetului ($r = 0.75$, $p < 0.01$), precum și între stres și PDR ($r = -0.73$, $p < 0.01$). Aceste corelații indică faptul că un nivel crescut de stres este asociat cu o acceptare scăzută a diabetului și cu o relație pacient- doctor de calitate mai slabă.

După intervenție, corelația dintre stres și acceptarea diabetului a scăzut ($r = 0.18$), iar corelația dintre stres și PDR a devenit mai puțin negativă ($r = -0.18$). De asemenea, s-a observat o corelație moderată și semnificativă între acceptare și PDR ($r = -0.27$, $p < 0.05$), sugerând că acceptarea diabetului s-a îmbunătățit, iar relația pacient-doctor a rămas un factor important în modul în care pacienții percep acceptarea bolii lor.

Tabelul 6.5. Analiza corelațiilor pre și post intervenție

	Stres – Pre	Stres - Post	Flexibilitate – Pre	Flexibilitate – Post	Acceptare - Pre	Acceptare – Post	PDR – Pre	PDR - Post
Stres	-	-						
Flexibilitate	0.03	0.08	-	-				
Acceptare	0.75**	0.18	0.06	-0.10	-	-		
PDR	-0.73**	-0.18	-0.07	-0.18	-0.75	-0.27*	-	-

Notă: * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$.

Indicatorii skewness și kurtosis

Analiza indicatorilor skewness și kurtosis (Tabelul 6.6) relevă schimbări semnificative în distribuția variabilelor înainte și după intervenție. În perioada pre-intervenție, majoritatea variabilelor prezintă o asimetrie ușor negativă, cu excepția relației pacient-doctor (PDR) care are o asimetrie moderată pozitivă (0.72).

Tabelul 6.6. Valorile skewness și kurtosis ale variabilelor măsurate înainte și după intervenție

	Stres – Pre	Stres - Post	Flexibilitate – Pre	Flexibilitate - Post	Acceptare - Pre	Acceptare – Post	PDR - Pre	PDR – Post
Skewness	-0.15	0.60	-0.19	0.22	-1.09	1.81	0.72	-2.38
Kurtosis	-0.78	-0.77	0.64	0.16	-0.36	2.28	-0.72	6.44

Notă: PDR= relația medic- pacient.

De altfel, în urma analizei acestor indicatori, având în vedere nerespectarea valorilor unei distribuții normale, a fost luată *decizia aplicării testului neparametric Wilcoxon pre și post intervenție, în cazul acceptarea diabetului și a relației medic-pacient.*

H4. Ne așteptăm ca feedback-ul verbal al participanților să evidențieze modul în care intervenția a fost de ajutor.

Principalele variabile ale studiului au fost măsurate cantitativ, pe o scală de tip Likert (stresul, relația medic-pacient, flexibilitatea psihologică, acceptarea diabetului), sub un format de autoraportare.

Efectul intervenției

Testul t pentru eșantioane dependente

Așa cum a fost indicat de diferențele la nivelul mediilor pre și post intervenție, după aplicarea *testului t pentru eșantioane dependente*, s-a arătat că intervenția ACT s-a asociat cu o diminuare a nivelului de stres ($t(54) = 8.75, p < .001, d = 1.18$), precum și cu o creștere a flexibilității psihologice ($t(54) = -4.00, p < .001, d = -.54$), demonstrându-se a fi eficientă în privința acestor două aspecte.

Mai specific, efectul asupra stresului a fost unul foarte mare, iar asupra flexibilității psihologice efectul a fost mare (vezi Tabelul 6.7). De notat este și nivelul intervalului de încredere, precum și valoarea lui p, pentru stres având un interval de încredere setat la 95%, cu valorile cuprinse între 0.83 și 1.52, la un $p < 0.001$. Astfel, există 95% șanse ca valoarea reală a rezultatului să se afle cuprins între valorile cuprinse de acest interval. Tot la un prag de 95% s-a aflat și intervalul de încredere pentru flexibilitatea psihologică, ce a avut valorile cuprinse între -0.82 și -0.25, cu un $p < 0.001$.

Tabelul 6.7. Diferențele pre- și post- intervenție ale stresului și flexibilității psihologice

Variabile	95% Intervalul de încredere		t (54)	p	Mărimea efectului (Cohen's d)
	Limita de jos	Limita de sus			
Stres	0.83	1.52	8.75	< 0.001	1.18
Flexibilitate psihologică	-0.82	-0.25	-4.00	< 0.001	-0.54

Testul Wilcoxon

Rezultatele testului au dezvăluit că ambele variabile au suferit modificări semnificative în urma intervenției (vezi Tabelul 6.8). Mai concret, în cazul nivelului de acceptare a diabetului, această modificare semnificativă este indicată de valoarea indicelui Wilcoxon ($Z=1417.5$), reflectând o diferență semnificativă între nivelurile de acceptare a diabetului înainte și după intervenție, diferență aflată la o magnitudine mare a efectului, după cum arată indicele mărimii efectului ($r = 0.98$), la un $p < 0.001$, cu o diferență medie de 15.8 puncte între valorile pre și post intervenție.

Asemănător, în cazul relației medic-pacient, indicele Wilcoxon a arătat că există o diferență semnificativă în urma intervenției ($Z = 89.5$), un $p < 0.001$, cu o diferență medie de -15.5 puncte între valorile pre și post intervenție. Mai mult, indicele mărimii efectului a arătat că această diferență a fost una substanțială ($r = -0.86$). Valoarea negativă a mărimii efectului arată o scădere a comportamentelor ce reflectă o relație slabă medic-pacient, deci prin urmare, aceasta exprimă în realitate o îmbunătățire a relației medic-pacient după intervenție.

Tabelul 6.8. Diferențele pre- și post- intervenție ale acceptării diabetului și ale relației medic-pacient

Variabile	Testul Wilcoxon - W	P	Diferențele medii pre- și post-intervenție	Mărimea efectului (r)
Acceptarea diabetului	1417.5	< 0.001	15.8	0.98
PDR	89.5	< 0.001	-15.5	-0.86

6.4. Discuții

Relația medic-pacient rămâne în continuare un aspect ce nu a fost încă explorat sub toate formele sale. În special, în cazul copiilor cu diabet, studiile cantitative care abordează aspect sunt puține la număr (Brown și Venetis, 2023; Croom et al., 2010; Okeke și Morgan, 2023), iar în domeniul intervențiilor ACT, acestea lipsesc complet. Educația continuă de auto-gestionare a diabetului și sprijinul este esențială pentru prevenirea bolilor acute, existând complicații și reducerea riscului de complicații pe termen lung. Diabetul de tip 1 este una dintre cele mai comune afecțiuni cronice la copii la nivel global, cu o incidență în creștere a cazurilor de diabet zaharat la adolescenți pe parcursul ultimelor decenii (Patterson et. al, 2019). Gestionarea

diabetului zaharat este extrem de solicitantă (Cameron et. al, 2018), fiind o tulburare metabolică complexă care necesită monitorizarea frecventă a glicemiei, administrarea de medicamente, echilibrarea necesarului de insulină, respectarea ghidurilor dietetice și tratarea episoadelor de hipoglicemie sau hiperglicemie. Adolescența reprezintă o perioadă riscantă pentru gestionarea diabetului, din cauza deteriorării controlului metabolic, parțial datorită rezistenței la insulină în timpul pubertății și parțial datorită aderenței reduse la regimul de diabet,

6.5. Concluzii

În consecință, aceste rezultate se aliniază studiilor ce atestă eficiența ACT în diminuarea stresului sau în creșterea flexibilității psihologice la copii (Wicksell et al., 2013; Compas et al., 2017; Alho et al., 2022, 2024), aducând în plus date despre efectele sale asupra îmbunătățirii relației dintre medicul curant și pacient. În plus, acesta validează și extinde cele mai recente rezultate din literatură cu privire la efectul ACT asupra diabetului pediatric. Este vorba despre studiul lui Alho și Lappalainen (2024), ce a arătat eficiența unei intervenții ACT de grup în gestionarea dificultăților întâlnite de adolescenții cu diabet. Aici, sesiunile ACT organizate au avut un format de grup, cu întâlniri fizice care au avut ca scop să-i ajute să facă față provocărilor psihologice asociate cu gestionarea stării lor cronice. În urma intervenției, s-a observat creșterea abilităților de acceptare în rândul participanților, iar adolescenții au raportat că sesiunile ACT au fost utile și relevante pentru nevoile lor, indicând o percepție pozitivă asupra intervenției și utilitatea acesteia. Totodată, participanții au înregistrat îmbunătățiri în flexibilitatea psihologică, o componentă de bază a ACT. Aceasta a fost asociată cu o mai bună gestionare a stresului legat de diabet și o implicare sporită în acțiunile bazate pe valoare, în ciuda provocărilor reprezentate de starea lor. S-a constatat, de asemenea, că punerea în aplicare a ACT în cadrul unui grup este fezabilă și eficientă din punctul de vedere cost-investiție, ajungând la un număr mai mare de pacienți într-un timp scurt, formatul de grup oferind un sprijin suplimentar în construirea unei relații terapeutice și în perceperea unei raportări ca de la egal la egal. Așadar, rezultatele obținute, alături de acest studiu recent, sugerează că ACT poate fi o abordare terapeutică valoroasă pentru adolescenții și copiii cu diabet zaharat de tip 1, oferindu-le instrumente pentru a gestiona mai bine aspectele emoționale și psihologice ale bolii lor. Acest lucru ar putea duce la îmbunătățirea bunăstării generale și la o mai bună gestionare a diabetului. În plus, aceste date (din studiul nostru și cel descris mai sus), coroborate, atestă că ambele tipuri de format în care au fost livrate intervențiile ACT (individual și de grup) sunt la fel de eficiente în gestionarea stresului și creșterea flexibilității psihologice. Date obținute în

urma unui studiu medical la care eu, autoarea tezei de doctorat, am participat în mod egal (Pelin et al., 2022)², susțin întocmai această idee, evidențiind legătura dintre nivelul glicemic și obezitate.

Capitolul 7

IMPORTANȚA COMUNICĂRII ȘI A EMPATIEI ÎN RELAȚIA MEDIC-PACIENT LA COPIII ȘI ADOLESCENȚII CU DIABET DE TIP 1- O META-ANALIZĂ

7.1. Introducere

Majoritatea studiilor pe care le-am analizat în acest studiu au fost efectuate pe copiii și adolescenții cu diabet de tip 1, nu din perspectiva medicilor care tratează pacienții cu diabet de tip 1, de aceea studiul este axat pe perspectiva lor. Căutarea a relevat rezultate divergente.

7.2. Material și metodă

Având în vedere rezultatele divergente existente în literatură cu privire la efectul unei bune relații medic-pacient asupra rezultatelor tratamentului pacienților cu diabet de tip 1, studiul de față își propune ca obiectiv principal să aducă o clarificare în acest sens, prin investigarea particularităților acestei relații în cadrul tratamentului pacienților cu diabet tip 1.

Identificarea și selectarea studiilor de specialitate

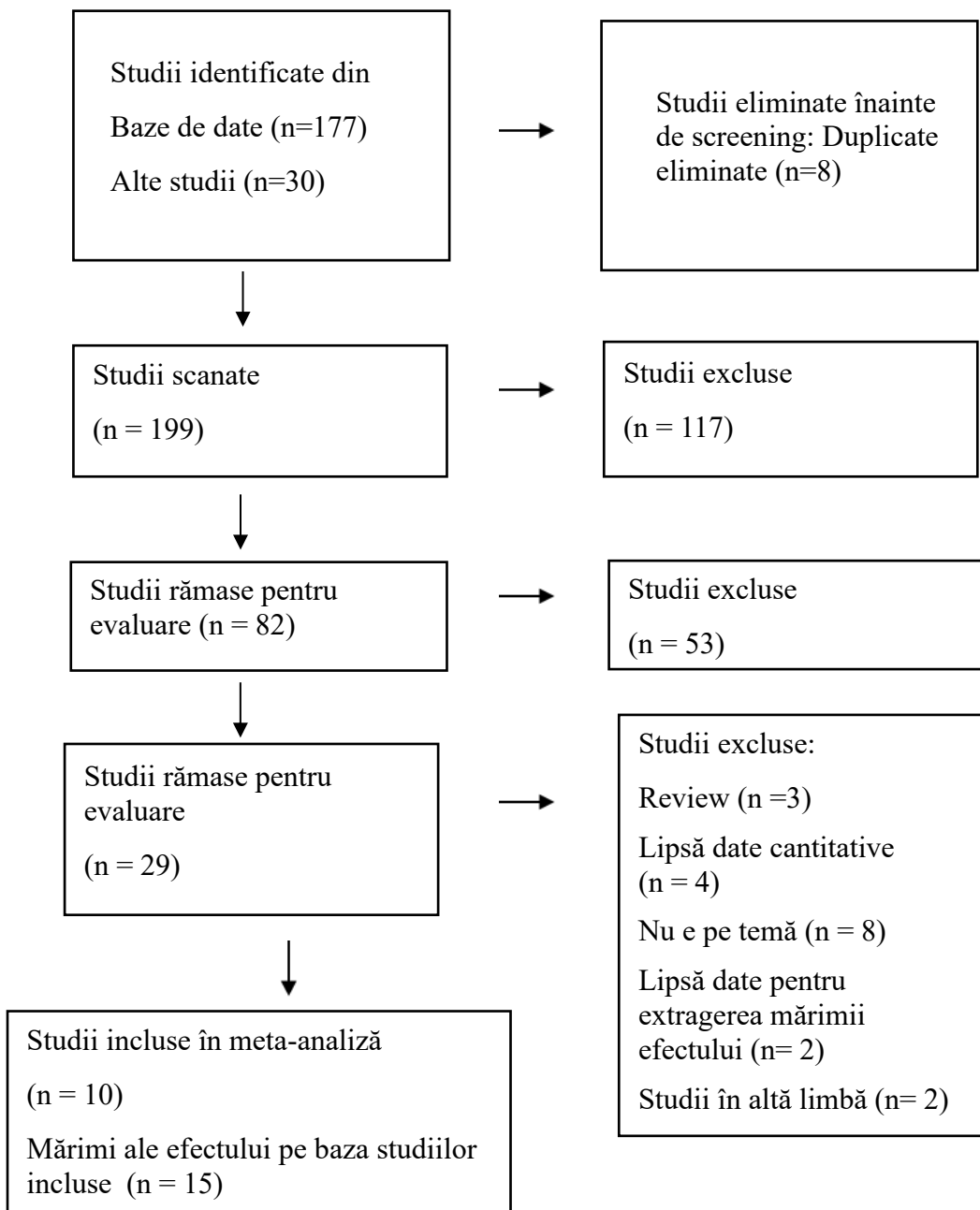
Studiile potențial relevante au fost căutate în principalele baze de date (PubMed, Science Direct, PsychInfo, Web of Science, Proquest, Google Scholar, MedLine), în perioada 3 iunie-29 iunie 2024, urmând apoi extragerea adițională a studiilor incluse în cadrul meta-analizelor anterior realizate din domeniu (ex. Datye et al., 2015; van Dam et al., 2002). În vederea căutării în literatura de specialitate, a fost folosit următorul *șir de căutare*: (patient-doctor relationship OR patient-physician relationship OR patient-provider relationship OR patient adherence to the treatment) AND type 1 diabetes acceptance of the diagnosis AND treatment adherence AND children OR adolescen* OR teenagers OR youth.

Selecția și includerea studiilor

În final, 10 de studii au fost incluse în meta-analiză.

² Studiul la care se face referire face parte din seria articolelor publicate de către autoare pe parcursul studiilor doctorale. Acesta a fost desfășurat în colaborare cu mai mulți profesioniști din domeniu, iar toți autorii au avut contribuții și drepturi egale. Studiul integral poate fi găsit la următoarea referință redată integral: Pelin, A.M., Balan, G., Stefanescu, C., Rosca, S. and Busila, C., 2022. New criteria in defining the metabolic syndrome in children—an analysis of the relationship between the hepatic enzymes and the insulin resistance, HOMA-IR, glucose tolerance test in the obese children. *Progr Nutr*, 23(4), p.e2021316.

Figura 7.1. PRISMA Flow chart: identificarea și selectarea studiilor



Moderatorii extrași

Moderatorii categoriali au fost următorii:

- Elementele ce constituie relația medic- pacient, având în componență 6 categorii-obiectivele clinicianului (1 studiu), comunicarea (5 studii), parteneriatul (2), respectul față de pacient și agreabilitatea doctorului (2), satisfacția pacientului cu relația (2),

telecomunicarea (3). Având în vedere diferența elementelor ce țin de comunicarea față-în-față și comunicarea prin intermediul diferitelor device-uri, cele două au fost analizate sub categorii distincte, pentru a se observa mai bine măsura în care aceste diferențe oferă și rezultate diferite.

- Tipurile de rezultate analizate, și anume managementul diabetului (1), controlul glicemic (9) și aderența la tratament (5), acestea reprezentând cei mai întâlniți indicatori pentru evoluția tratamentului în cazul diabetului.
- Perioada de timp de la primirea diagnosticului- cu două categorii- perioada mai mică de 5 ani (cu 4 studii) și perioada mai mare de 5 ani (cu 10 studii).
- Modul în care a avut loc evaluarea relației- evaluator (3 studii), raportare (fie de către părinți, fie de către medic), care a fost utilizată de 7 studii, auto-raportare (5 studii), precum și evaluarea din partea unui evaluator (de către un alt observator), inclusă în 3 studii.
- Modul de evaluare a rezultatelor a fost împărțit în 2 grupuri- evidența rezultatelor obiective obținute în cadrul studiului (11 studii) și auto-raportările participanților (4 studii).
- Evaluatorul, adică persoana ce a oferit răspunsuri cu privire la variabilele vizate, a fost un alt moderator categorial ce a fost luat în considerare. În acest caz, au existat trei situații- cea în care evaluatorul a fost medicul (2), părintele (5) sau pacientul (9).

Ca **moderatori de tip continuu**, sub această formă de conceptualizare s-au aflat: (a) vârsta, (b) procentajul fetelor, (c) procentajul îngrijitorilor aflați într-un parteneriat (căsătoriți sau într-o relație stabilă), (d) procentajul îngrijitorilor singuri (unde au fost incluse și cazurile îngrijitorilor divorțați sau văduvi), precum și (e) procentajul de caucazieni sau (f) procentajul participanților de o altă etnie decât cea caucaziană (având în vedere că majoritatea studiilor au inclus într-un procent semnificativ mai scăzut participanți de o altă etnie decât caucaziană).

7.3. Rezultate

Caracteristicile studiilor

În ceea ce privește studiile incluse, mărimea eșantioanelor acestora variază de la 56 până la 1500 de participanți, însumând în total un număr de 7013 participanți, având o vârstă medie cuprinsă între 13 și 16 ani, precum și un procentaj de fete în intervalul 44% - 57% (vezi Tabelul 7.1.).

Tabelul 7.1. Caracteristicile studiilor incluse

An	Autori	Titlu	N	% fete	Media vârstei	Elementele relației	Rezultat	Evaluarea rezultatului	Perioada de timp de la diagnostic	Evaluarea relației	Evaluator	Statutul relațional al îngrijitorului	% Caucazieni	% Alte grupuri etnice
2019	Ahrabi-Nejad	Comunicarea între Medic și Pacient și Pregătirea pentru Tranziție în rândul Adolescenților cu Diabet de Tip 1	56	44%	15.5	comunicare	aderența la tratament	self-report	>5ani	self-report	pacient	73.7% în parteneriat; 22.9% singuri	96.50%	5.40%
2018	Caccavale.1	Explorarea rolului interviului motivațional în comunicarea dintre adolescent și medic despre diabetul de tip 1	55	49.10%	14.8	comunicare	aderența la tratament	self-report	>5ani	evaluator	pacient	N/R	76.40%	23.60%
2018	Caccavale.2	Explorarea rolului interviului motivațional în comunicarea dintre adolescent și medic despre diabetul de tip 1	55	49.10%	14.8	comunicare	control glicemic	self-report	>5ani	evaluator	pacient	N/R	76.40%	23.60%
2018	Cameroon	Factorul clinicianului: Caracteristicile de personalitate ale clinicienilor și impactul acestora asupra rezultatelor	150	50%	13	obiectivul medicului și agreabilitatea sa	control glicemii	măsurători	>5ani	self-report	doctor	N/R	N/R	N/R
2015	Carcone.1	Terapia Multisistemică Îmbunătățește Relația dintre Pacient și Medic în Familiile Adolescenților cu Diabet Insulino-Dependent Prost Controlat	144	57%	14	colaborare	control glicemic	măsurători	<5 ani	raportare	părinte	59% singuri; 41% în parteneriat	23%	77%
2015	Carcone.2	Terapia Multisistemică Îmbunătățește Relația dintre Pacient și Medic în Familiile Adolescenților cu Diabet Insulino-Dependent Prost Controlat	144	57%	14	atitudine de respect și susținere	control glicemic	măsurători	<5 ani	raportare	părinte	59% singuri; 41% în parteneriat	23%	77%
2015	Carcone.3	Terapia Multisistemică Îmbunătățește Relația dintre Pacient și Medic în Familiile Adolescenților cu Diabet Insulino-Dependent	144	57%	14	colaborare	control glicemic	măsurători	<5 ani	raportare	părinte	59% singuri; 41% în parteneriat	23%	77%

2015	Carcone. 4	Prost Controlat	144	57%	14	atitudine de respect și susținere	control glicemic	măsurători	<5 yrs	Raportare	părinte	59% singuri; 41% în parteneriat	23%	77%
2024	Coyne	Intervenție pentru a promova comunicarea și implicarea adolescenților în tratarea diabetului	94	53%	13	comunicare	control glicemic	măsurători	>5yrs	evaluator	pacient	N/R	96%	4.20%
2005	Howe	Educație și Management de Caz prin Telefon pentru Copiii cu Diabet de Tip 1: Un Studiu Clinic Randomizat Controlat	75	45%	12.5	telecomunicare	aderența la tratament	măsurători	<5ani	raportare	pacient	N/R	55%	46%
1995	Marrero. 1	Utilizarea Tehnologiei de Telecomunicații pentru Gestionarea Copiilor cu Diabet	106	21%	13.3	telecomunicare	control glicemic	măsurători	>5ani	raportare	pacient	N/R	96.22%	3.77%
1995	Marrero. 2	Utilizarea Tehnologiei de Telecomunicații pentru Gestionarea Copiilor cu Diabet: Studiul Clinica Ambulatorie Conectată la Computer (CLOC)	106	21%	13.3	telecomunicare	control glicemic	măsurători	>5ani	raportare	pacient	N/R	N/R	N/R
2012	Robling. 1	Efectul intervenției de dezvoltare a abilităților de consultare „Talking Diabetes” asupra controlului glicemic și calității vieții la copiii cu diabet de tip 1: studiu clinic randomizat pe clustere (studiul DEPICTED)	693	N/R	4-16	telecomunicare	control glicemic	măsurători	N/R	N/A	pacient	N/R	N/R	N/R
2012	Robling. 2	Efectul intervenției de dezvoltare a abilităților de consultare „Talking Diabetes” asupra controlului glicemic și calității vieții la copiii cu diabet de tip 1: studiu clinic randomizat pe clustere (studiul DEPICTED)	693	N/R	4-16	telecomunicare	aderența la tratament	măsurători	N/R	N/A	pacient	N/R	N/R	N/R

2016	Taylor.1	Satisfacția față de Medic și Aderența la Regim în Rândul Tinerilor Minoritari cu Diabet de Tip 1	169	52%	13.88	satisfacția legată de medic	aderența la tratament	măsurători	>5ani	self-report	pacient	67% în parteneriat; 33% singuri	19%	82%	
2016	Taylor.2	Satisfacția față de Medic și Aderența la Regim în Rândul Tinerilor Minoritari cu Diabet de Tip 1	169	52%	13.88	satisfacția legată de medic	aderența la tratament	măsurători	>5ani	self-report	părinte	67% în parteneriat; 33% singuri	19%	82%	
2018	Varni	Efectele de mediere ale gestionării diabetului între simptomele diabetului și calitatea vieții legată de sănătate la adolescenți și tineri adulți cu diabet de tip 1	418	0%	49.8	16.3	comunicare	managementul diabetului	self-report	>5ani	self-report	pacient	N/R	63.70%	36.30%

Mărimea globală a efectului

În urma analizei de meta-regresie pe baza celor 15 mărimi ale efectului extrase, a rezultat un efect semnificativ al relației medic-pacient asupra diabetului (vezi Tabelul 7.3), în general (incluzând toate tipurile de rezultate), cu un indice de corelație de mărime mică (Schober et al., 2018), $r= 0.165$, 95%-CI: [0.11-0.21], $p= 0.000$.

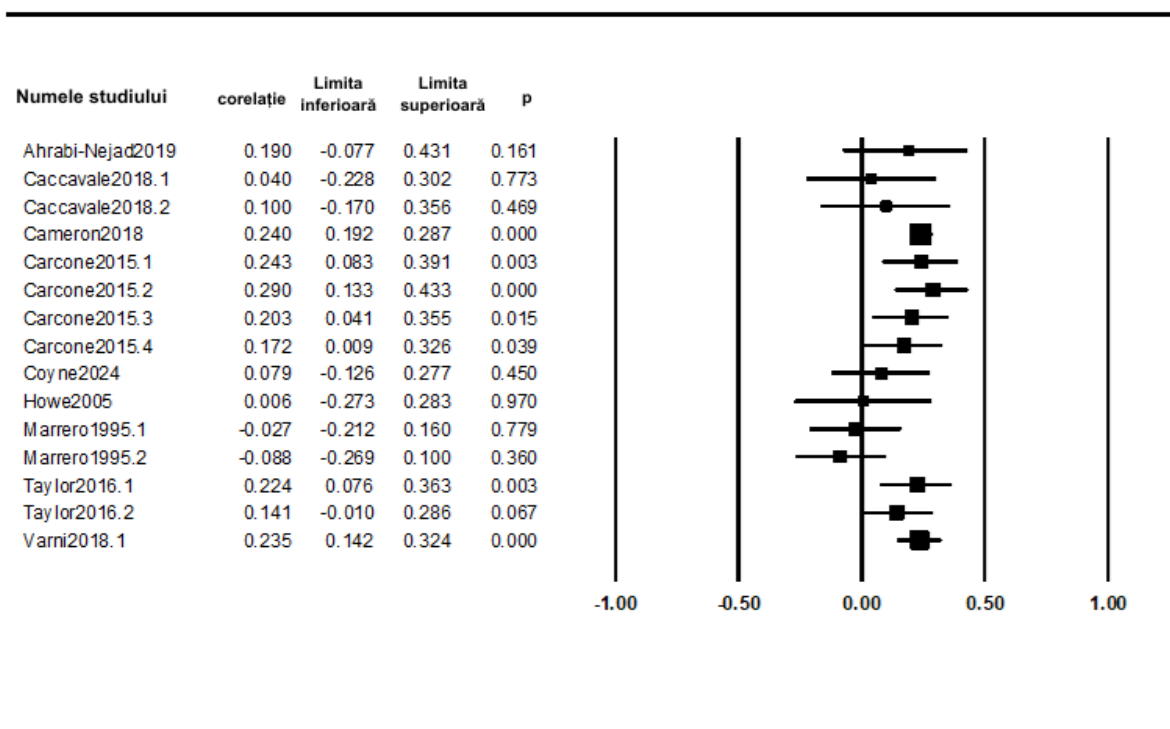
În ce privește analiza separată a tipurilor de rezultate ce au însemnat îmbunătățirea simptomelor asociate diabetului,

- *Managementul diabetului* a fost semnificativ influențat de relația medic-pacient, cu o corelație de 0.235 și un interval de încredere de 95%, cuprins între 0.054 și 0.401, $p=0.012$, la un număr de 6 mărimi ale efectului incluse.
- *Controlul glicemic* a fost și el influențat semnificativ, cu o corelație de 0.156, 95%-CI: [0.080; 0.230], $p=0.00$, la un număr de 9 mărimi ale efectului.
- *Aderența la tratament* a cunoscut și ea mici modificări notabile, $r= 0.141$, 95%-CI: [0.023; 0.255], $p= 0.019$, la 5 mărimi ale efectului incluse.

Așadar, deși la un nivel scăzut, o relație bună medic-pacient s-a asociat cu îmbunătățiri semnificative ale diabetului, atât în ce privește managementul bolii, cât și în ce privește controlul glicemic sau aderența la tratament.

Dupa eliminarea studiilor cu valori extreme (în afara intervalului de încredere), rezultatele au rămas în continuare semnificative, la un indice de corelație cu aproape un punct mai mare (deși în continuare mic), $r = 0.242$, $p = 0.00$. De altfel, nivelul de semnificație a rămas în aproximativ aceeași parametri și în urma aplicării opțiunii “one study removed”, $r = 0.165$, 95%-CI: [0.110; 0.218], $p = 0.000$, indicând că orice studiu va fi exclus, rezultatele sunt în continuare semnificative (vezi Figura 7.2).

Figura 7.2. Graficul Forest



Analiza moderatorilor

Pentru analiza factorilor ce ar fi putut influența aceste rezultate, evaluarea separată a *moderatorilor de tip categorial* a relevat următoarele aspecte (Tabelul 7.2):

- Elementele specifice relației medic-pacient au avut un impact semnificativ, la un $p=0.00$ și o mărime a efectului de 0.175. Dintre toate categoriile de elemente incluse, singurul element ce s-a dovedit a fi nesemnificativ a fost telecomunicarea ($p=0.45$).
- Perioada de timp de la primirea diagnosticului a avut și ea o contribuție semnificativă ($p=0.001$). Astfel, contribuția cea mai mare a avut-o diagnosticul primit în ultimii 5 ani, cu o corelație de 0.227 ($p=0.00$), în timp ce perioada mai mare de 5 ani a avut un efect mai scăzut, $r=0.145$ ($p=0.00$).
- Și modul în care a avut loc evaluarea relației a influențat rezultatele ($p=0.00$), cea mai relevantă în acest sens fiind auto-raportarea din partea pacienților (cu o corelație de $r=0.219$, $p=0.00$), urmată de raportarea din partea medicului/a părinților, cu o corelație de 0.137, $p=0.001$. Pe de altă parte, se pare că evaluarea realizată de către un observator extern nu a avut relevanță pentru rezultate ($p=0.340$).
- Relația medic-pacient și efectele sale asupra diabetului a depins și de către modul de raportare a rezultatelor legate de diabet. În acest sens, atât înregistrarea valorilor obiective, cât și auto-raportarea din partea participanților au avut o contribuție aproape egală, de $r=0.158$, respectiv 0.174 și un $p<0.01$.
- În cazul în care participanții la studiu au fost părinții, legătura dintre variabilele studiului a crescut cel mai semnificativ ($r=0.209$, $p=0.00$), spre deosebire de situațiile în care participanții au fost fie pacienții ($r=0.114$, $p=0.008$), fie doctorul curant ($r=0.199$, $p=0.004$), aceste două ultime instanțe având rezultate aproximativ egale.

Tabelul 7.2. Moderatorii categoriali

		N	R	r 95%-CI	I ²	P
Moderatori categoriali						
<i>Elementele relației medic-pacient</i>	Obiectivul medicului	1	0.240	[0.192; 0.287]	0.000	0.000*
	Comunicarea	5	0.185	[0.111; 0.257]	0.000	0.000*

	Colaborarea	2	0.223	[0.111; 0.257]	0.000	0.000*
	Atitudine de respect și susținere	2	0.232	[0.119; 0.339]	8.986	0.000*
	Satisfacție	2	0.183	[0.077; 0.284]	0.000	0.001*
	Telecomunicare	3	- 0.046	[-0.166; 0.074]	0.000	-0.452
<i>Perioada de timp de la diagnostic</i>	<5 ani	4	0.227	[0.123; 0.327]	0.000	0.000*
	>5 ani	10	0.145	[0.077; 0.211]	59.224	0.000*
<i>Tipul rezultatului</i>	Managementul diabetului	1	0.235	[0.054; 0.401]	0.000	0.012**
	Controlul glicemic	9	0.156	[0.080; 0.230]	62.144	0.000*
	Aderența la tratament	5	0.141	[0.023; 0.255]	0.000	0.019**
<i>Evaluarea relației medic-pacient</i>	Evaluator	3	0.074	[-0.078; 0.223]	0.000	0.340
	Raportare	7	0.137	[0.060; 0.213]	61.167	0.001*
	Self-report	5	0.219	[0.152; 0.284]	0.000	0.000*
<i>Evaluarea rezultatului</i>	Măsurători	11	0.158	[0.092; 0.223]	58.794	0.000*
	Self-report	4	0.174	[0.049; 0.293]	0.000	0.007**
<i>Evaluator</i>	Doctor	2	0.198	[0.063; 0.326]	61.666	0.004**
	Părinte	5	0.209	[0.115; 0.300]	0.000	0.000*
	Pacient	8	0.114	[0.030; 0.196]	53.675	0.008**

Notă: N = numărul de studii; r = coeficientul de corelație; r 95%-CI= 95%intervalul de încredere pentru mărimea efectului; I^2 = procentajul varianței între studii ce se datorează diferențelor reale.

* $p < 0.001$

** $p < 0.05$

De altfel, după analiza *moderatorilor de tip continuu*, distribuția în funcție de gen nu a reieșit a fi un moderator semnificativ ($p = 0.06$). Aceeași situație a fost valabilă și pentru restul moderatorilor, respectiv statutul relațional al îngrijitorului principal ($p = 0.88$, atât pentru îngrijitorii aflați într-o relație de parteneriat, cât și pentru cei singuri) și etnia ($p = 0.182$ pentru procentajul de caucazieni, $p = 0.185$ pentru alte etnii). Pentru mai multe detalii, vezi Tabelul 7.3.

Tabelul 7.3. Mărimea efectului și moderatorii de tip continuu

	B	SE	95%CI	I^2	P	p overall	Q
Mărimea generală a efectului	0.165	0.004	[0.110; 0.218]	45.388	0.000*	0.000*	25.636
Moderatori tip continuu							
%Fete	-0.209	0.110	[-0.426; 0.007]	0.000	0.058	0.056	23.263
Vârsta medie	-0.264	0.379	[-1.007; 0.478]	0.004	0.485	0.399	14.695
Etnie							
%Caucazieni	0.274	0.049	[0.177; 0.372]	0.001	0.000*	0.182	17.377
% Alt grup etnic	0.044	0.049	[-0.052; 0.142]	0.001	0.367	0.185	17.317
Statutul relațional al părintelui							
%Singuri	0.071	0.238	[-0.395; 0.538]	0.000	0.746	0.887	2.326
%Într-un parteneriat	0.439	0.441	[-0.370; 1.358]	0.000	0.263	0.887	2.326

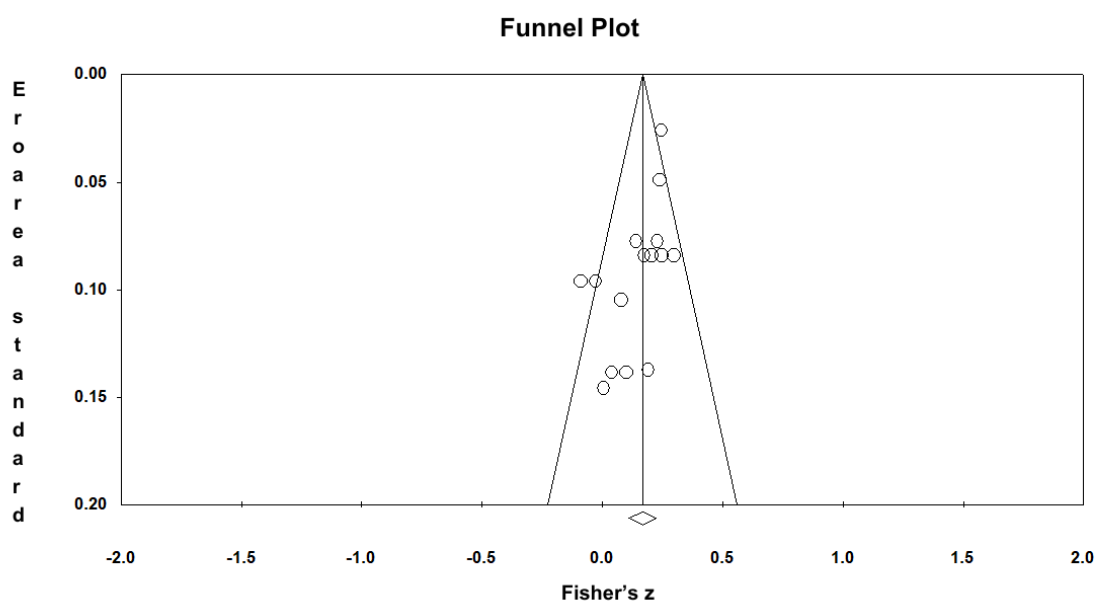
Notă: β = panta de regresie; SE = eroarea standard; 95%-CI= 95% intervalul de încredere pentru mărimea efectului; I^2 = procentajul total al varianței dintre studii ce se datorează unor diferențe reale în mărimea efectului; Q = varianța la nivelul studiilor; p = nivelul de semnificație pentru I^2 ; p overall= nivelul de semnificație pentru întreg efectul.

Bias-ul de publicare

Pentru evaluarea bias-ului de publicare, acesta a fost investigat prin intermediul a trei modalități. Pentru început, a avut loc examinarea vizuală a funnel plot-ului, unde studiile lipsă ar fi fost marcate prin intermediul unor puncte negre (Figura 7.3.). Apoi, Pe baza "Classic fail-safe N", rezultatele sugerează că nu există un bias de publicare semnificativ, deoarece ar fi necesare un număr foarte mare de studii nepublicate (de aproximativ 254) pentru a invalida rezultatele actuale.

Pe de altă parte, anul publicării a reieșit a fi semnificativ, (slope = 0.011, 95%-CI: [0.005; 0.017], $p = 0.000$), sugerând că rezultatele studiilor variază în funcție de anul în care au fost publicate.

Figura 7.3. Graficul Pâlnie



7.4. Discuții

Relația medic-pacient (Ștefănescu et. al, 2024) este esențială pentru un tratament de succes în cazurile de diabet pediatric de tip 1, iar factorii care contribuie la astfel de rezultate favorabile sunt numeroși. De la prezența unei atitudini suportive și pline de respect față de pacient, până la comunicarea, stabilirea de obiective și cooperarea cu acesta, toate aceste elemente sunt important de urmărit pentru a crea o relație bună cu pacientul și pentru a obține o eficiență mai mare a tratamentului.

În plus, gradul de satisfacție al pacientului în ce privește cooperarea cu medicul îmbunătățește mai departe rezultatele. Astfel, un medic suportiv și care implică pacientul în procesul decizional al tratamentului are șanse mai mari de a păstra pacienții angajați în urmărirea tratamentului și a recomandărilor de sănătate, care în timp, se vor traduce în valori mai scăzute ale nivelului de control glicemic.

Concluzionând, studiul prezent indică lipsa unui impact semnificativ al comunicării prin intermediul tehnologiei, spre deosebire de comunicarea față- în- față, ce are efecte pozitive semnificative (Ștefănescu et. al, 2024).

În plus, este posibil ca în cazul comunicării prin mijloace tehnologice, informații legate de tratament sau elemente necesare creării unei legături solide (precum prezența fizică sau elementele non-verbale) să se piardă în mediul virtual, din cauza volumului mai mare de stimul pe care pacientul (sau chiar doctorul) trebuie să-l gestioneze, astfel încât această formă de comunicare nu produce îmbunătățiri (Ștefănescu et. al, 2024).

7.5. Concluzii

Conform datelor, majoritatea variabilelor care moderează asocierile dintre relația medic-pacient (PDR) și rezultatele diabetului sunt legate de atitudinile/comportamentele adoptate de medic, de aspectele specifice bolii (de exemplu, durata), de aspectele specifice pacientului (cum percepe ei medicul) sau de modul în care aceste aspecte au fost evaluate.

Datele demografice s-au dovedit ne semnificative în acest caz, fiind necesare studii viitoare pentru a clarifica contribuția lor. Datele actuale sunt primele care cuantifică relația medic-pacient și legătura acesteia cu aderența la tratament la copiii cu diabet de tip 1 printr-un design meta-analitic, oferind clarificări în acest domeniu și direcții pentru cercetări viitoare. Integrarea acestor constatări în intervențiile clinice axate pe construirea acestei relații, precum și crearea de instrumente pentru a o măsura, sunt câteva moduri în care aceste date ar putea fi aplicate.

Capitolul 8

CONCLUZII GENERALE

1. Cunoașterea particularităților relației medic-pacient la copilul cu diabet de tip 1 sunt esențiale pentru un bun management al diabetului de tip 1 atât pentru copii, aparținători, cât și pentru medici (Coyne, 2024).

2. Flexibilitatea psihologică și importanța intervențiilor psihoterapeutice pentru copiii cu diabet sunt esențiale pentru un bun management al patologiei, pentru înțelegerea ei și pentru acceptare (Iina, 2021).
3. Dincolo de granițele bunelor practici în diabet și boli metabolice sunt necesare protocoale psihologice pentru copiii și adolescenții cu diabet (Ștefănescu 2024).
4. Atât timp cât pacienții cu diabet de tip 1, aflați într-o etapă de dezvoltare care le permite flexibilizarea cognitivă, cum sunt pacienții pediatrici (Ayala, 2014), ei pot beneficia de programe de consiliere sau psihoterapie care le poate facilita această modalitate de a se raporta la realitate (Ștefănescu, 2024).
5. Prin această lucrare, am investigat impactul unei intervenții individuale ACT, de patru săptămâni la copii și adolescenți cu diabet de tip 1 în România și modul în care reușește ea să flexibilizeze relația medic-pacient. Acest studiu este primul de acest gen din România (Ștefănescu, 2024).
6. Studiile efectuate asupra diabetului pediatric și ACT sunt rare, dar datele publicate despre adulții cu diabet zaharat sunt congruente cu constatările mele, evidențierea rolului intervenției ACT (Hayes, 2006) în îmbunătățirea calității vieții și a rezultatelor legate de sănătatea mintală la pacienții cu diabet zaharat de tip 1. Natura transdiagnostică a ACT și formatul individual în care a fost realizată intervenția au favorizat personalizarea dialogului terapeutic și atingerea subiectelor relevante pentru viața participanților (Ștefănescu, 2024).
7. Rezultatele celor două studii comparative, la copil, adolescent, pe de o parte, și adult, pe de altă parte, vin să evidențieze particularitatea relației medic-pacient la copilul și adolescentul cu diabet, aceea că față de adulți populația pediatrică este mult mai deschisă spre flexibilizarea psihologică. Majoritatea medicilor pot beneficia de pacienți mai complianți, care înțeleg limitele imuabile ale sistemului și care se raportează flexibil la el, în urma intervențiilor psihologice (Ștefănescu, 2024).
8. Relația medic-pacient este esențială pentru un tratament de succes în cazurile de diabet pediatric tip 1, iar factorii care contribuie la astfel de rezultate favorabile sunt numeroși (Lassen, 2023). De la prezența unei atitudini suportive și pline de respect față de pacient, până la comunicarea, stabilirea de obiective și cooperarea cu acesta, toate aceste elemente sunt important de urmărit pentru a crea o relație bună cu pacientul și pentru a obține o eficiență mai mare a tratamentului. În plus, gradul de satisfacție al pacientului în ce privește cooperarea cu medicul îmbunătățește mai departe rezultatele. Astfel, un medic suportiv și care implică pacientul în procesul decizional al tratamentului are

șanse mai mari de a păstra pacienții angajați în urmărirea tratamentului și a recomandărilor de sănătate, care în timp, se vor traduce în valori mai scăzute ale nivelului de control glicemic. Zolnierek și DiMatteo (2009) accentuează, în recenzia lor sistematică, importanța adoptării unei atitudini de la egal- la egal în special în cazul adolescenților, precum și a comunicării în termeni cât mai apropiați nivelului de înțelegere al pacienților despre boală și efectele sale.

2. Studiile viitoare au nevoie să țină cont de aceste lipsuri din literatură și să abordeze subiectul, în primul rând, prin adoptarea unui design cantitativ și prin folosirea unor instrumente psihometrice consacrate. În acest mod, nivelul informațiilor existente (Lassen, 2023) ar putea fi mai solid și cu un nivel mai ridicat de generalizare a rezultatelor.
3. Așa cum am evidențiat în urma rezultatelor meta-analizei realizate de mine, deși într-un nivel mai scăzut, relația medic-pacient (Cameron, 2018) contribuie la o îmbunătățire a indicatorilor progresului la pacienții pediatrici cu diabet, îmbunătățire care în unele cazuri ar putea însemna decizia de a continua tratamentul.
4. Așa cum au arătat datele obținute de mine, majoritatea variabilelor ce influențează aceste asocieri țin de atitudinile/comportamente adoptate de medic, dar și de aspecte specifice bolii (durată, de exemplu), specifice pacienților (modul în care percep medicul) sau de modul în care a avut loc evaluarea acestor aspecte. Datele demografice s-au dovedit a fi ne semnificative în acest caz, fiind nevoie de studii viitoare care să clarifice acest lucru.
5. Pentru ca relația medic-pacient să aibă un efect asupra managementului diabetului (Ridd, 2009), este esențial ca pacientul, în primul rând, să perceapă o relație bună cu medicul, acesta fiind principalul actor implicat în suportarea atât a simptomelor diabetului, cât și a creării unei legături directe cu medicul.
6. Datele obținute de mine sunt primele ce au măsurat printr-un design meta-analitic relația medic-pacient și efectul ei asupra aderenței la tratament la copiii cu diabet 1 și aduc o clarificare și o nuanțare în acest domeniu cu privire la nivelul său de influență. Integrarea lor în vederea creării unor intervenții clinice axate pe construirea acestei relații, precum și în vederea creării de instrumente care să măsoare relația sunt câteva moduri în care datelele acestea ar putea fi aplicate.
7. În același timp, datele din urma meta-analizei realizată de mine au arătat că distribuția în funcție de gen nu a influențat asocierea variabilelor vizate, ceea ce înseamnă că relația medic-pacient se manifestă la fel asupra rezultatelor legate de diabet, atât în

cazul fetelor, cât și al băieților. În plus, lipsa de semnificație a vârstei, statutului marital al îngrijitorului sau etnia participanților, arată că același lucru este valabil și în cazul celorlalte variabile demografice. Prin urmare, modul în care relația medic-pacient influențează rezultatele legate de diabet (Cleves Valencia, 2024) pare să se manifeste la fel indiferent de etnie, vârstă sau statutul relațional al părintelui în cazul copiilor, cel mai important aspect fiind implicarea directă a actorilor implicați în relație (ținând cont că doar variabilele ce au măsurat un astfel de aspect au fost semnificative).

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. American Diabetes Association Professional Practice Committee et al. (2024) '4. Comprehensive Medical Evaluation and Assessment of Comorbidities: Standards of Care in Diabetes—2024', *Diabetes Care*, 47(Supplement_1), pp. S52–S76. Available at: <https://doi.org/10.2337/dc24-S004>.
2. Andersson, G. and Cuijpers, P. (2009) 'Internet-Based and Other Computerized Psychological Treatments for Adult Depression: A Meta-Analysis', *Cognitive Behaviour Therapy*, 38(4), pp. 196–205. Available at: <https://doi.org/10.1080/16506070903318960>.
3. Antoniou, S.A. et al. (2010) 'Reflections of the Hippocratic Oath in Modern Medicine', *World Journal of Surgery*, 34(12), pp. 3075–3079. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00268-010-0604-3>.
4. Ardisson, A. (2021) 'From loyalty to resignation: Patient–doctor figurations in type 1 diabetes', *Sociology of Health & Illness*, 43(6), pp. 1388–1404. Available at: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13304>.
5. Anstey, K.J. and Hofer, S.M. (2004) 'Longitudinal Designs, Methods and Analysis in Psychiatric Research', *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 38(3), pp. 93–104. Available at: <https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2004.01343.x>.
6. Arnett, J.J. (2000) 'Emerging adulthood. A theory of development from the late teens through the twenties', *The American Psychologist*, 55(5), pp. 469–480.
7. Ayala, J. et al. (2014) 'Partnerships With Providers: Reflections From Parents of Children With Type 1 Diabetes', *Western Journal of Nursing Research*, 36(9), pp. 1238–1253. Available at: <https://doi.org/10.1177/0193945913518848>.
8. Balint, M. (1955) 'THE DOCTOR, HIS PATIENT, AND THE ILLNESS', *The Lancet*, 265(6866), pp. 683–688. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(55\)91061-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(55)91061-8).
9. Bandini, A., Bernal, A., & Axtell, G. (2020). Epistemic paternalism in doctor-patient relationships. Epistemic paternalism: Conceptions, justifications and implications, 123-137.
10. Barnes-Holmes, D., Hayes, S.C. and Dymond, S. (2002) 'Self and Self-directed Rules', in S.C. Hayes, D. Barnes-Holmes, and B. Roche (eds) *Relational Frame Theory*. Boston: Kluwer Academic Publishers, pp. 119–139. Available at: https://doi.org/10.1007/0-306-47638-X_7.

11. Burgdorf, J. and Panksepp, J. (2006) The neurobiology of positive emotions. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 30(2), pp.173-187.
12. Butwicka, A. et al. (2015) ‘Risks of Psychiatric Disorders and Suicide Attempts in Children and Adolescents With Type 1 Diabetes: A Population-Based Cohort Study’, *Diabetes Care*, 38(3), pp. 453–459. Available at: <https://doi.org/10.2337/dc14-0262>.
13. Cai, J. et al. (2024) ‘Association between depression and diabetes mellitus and the impact of their comorbidity on mortality: Evidence from a nationally representative study’, *Journal of Affective Disorders*, 354, pp. 11–18. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.03.003>.
14. Caccavale, L.J. et al. (2019) ‘Exploring the role of motivational interviewing in adolescent patient-provider communication about type 1 diabetes’, *Pediatric Diabetes*, 20(2), pp. 217–225. Available at: <https://doi.org/10.1111/pedi.12810>.
15. Cameron, F.J. et al. (2018) ‘The clinician factor: Personality characteristics of clinicians and their impact upon clinical outcomes in the management of children and adolescents with type 1 diabetes’, *Pediatric Diabetes*, 19(4), pp. 832–839. Available at: <https://doi.org/10.1111/pedi.12646>.
16. Carcone, A.I. et al. (2015) ‘Multisystemic Therapy Improves the Patient-Provider Relationship in Families of Adolescents with Poorly Controlled Insulin Dependent Diabetes’, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 22(2–3), pp. 169–178. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10880-015-9422-y>.
17. Cerolsaletti, K., Hao, W. and Greenbaum, C.J. (201). Genetics Coming of Age in Type 1 Diabetes. *Diabetes Care*, 42(2), pp.189-191.
18. Coyne, I. et al. (2024) ‘Intervention to promote adolescents’ communication and engagement in diabetes clinic encounters: A pilot randomized controlled trial’, *Patient Education and Counseling*, 126, p. 108322. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2024.108322>.
19. Cardel, M.I. et al. (2020) ‘Acceptance-based therapy: the potential to augment behavioral interventions in the treatment of type 2 diabetes’, *Nutrition & Diabetes*, 10(1), pp. 1–6. Available at: <https://doi.org/10.1038/s41387-020-0106-9>.
20. Cohen, M.D., 2023. Five Things You Need to Know About Childhood Diabetes. NYU Langone Health. [online] Available at: <URL> [Accessed 13 July 2024].

21. Columb, M. and Atkinson, M. (2016) 'Statistical analysis: sample size and power estimations', *BJA Education*, 16(5), pp. 159–161. Available at: <https://doi.org/10.1093/bjaed/mkv034>.
22. Streisand, R. *et al.* (2008) 'Parental anxiety and depression associated with caring for a child newly diagnosed with type 1 diabetes: Opportunities for education and counseling', *Patient Education and Counseling*, 73(2), pp. 333–338. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pec.2008.06.014>.
23. Ștefanescu, C., Tatu, A. L., Nechita, A., Iacob, C. I., Secara, E., Nicolescu, S., & Huiu, G. A. (2024). Brief online acceptance and commitment therapy for adults with type 1 diabetes: A pilot study. *Frontiers in Clinical Diabetes and Healthcare*, 5, 1378946. <https://doi.org/10.3389/fcdhc.2024.1378946>
24. Ștefanescu, C., Nechita, A., Iacob, C.I., 2024. Brief acceptance and commitment therapy for children and adolescents with type 1 diabetes. *Front. Psychol.* 15, 1382509. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1382509>
25. Ștefanescu, C. *et al.* (2024) 'Impact of the Patient–Doctor Relationship on Treatment Outcomes in Children with Type 1 Diabetes: A Meta-Analysis and Systematic Review', *Children*, 11(9), p. 1041. Available at: <https://doi.org/10.3390/children11091041>
26. Ștefănescu, C. and Davidson, M. (2024) 'Should dietary restrictions be imposed on Alzheimer's Disease patients affected by type 2 diabetes?', *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 26(1), pp. 53–55. Available at: <https://doi.org/10.1080/19585969.2024.2392491>
27. Stewart, M. (2005) 'Reflections on the doctor–patient relationship: from evidence and experience', *British Journal of General Practice*, 55(519), pp. 793-801.
28. Sun, H. *et al.* (2022) 'IDF Diabetes Atlas: Global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045', *Diabetes Research and Clinical Practice*, 183, p. 109119. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2021.109119>.
29. Sroufe, L.A., Fox, N.E. and Pancake, V.R. (1983) Attachment and dependency in developmental perspective. *Child development*, pp.1615-1627.
30. Taylor, G.J., Michael Bagby, R. and Parker, J.D.A. (1991) 'The Alexithymia Construct: A Potential Paradigm for Psychosomatic Medicine', *Psychosomatics*, 32(2), pp. 153–164. Available at: [https://doi.org/10.1016/S0033-3182\(91\)72086-0](https://doi.org/10.1016/S0033-3182(91)72086-0).

31. Taylor, C.J. et al. (2016) ‘Satisfaction with the Health Care Provider and Regimen Adherence in Minority Youth with Type 1 Diabetes’, *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 23(3), pp. 257–268. Available at: <https://doi.org/10.1007/s10880-016-9460-0>.
32. Tilea, I., Petra, D., Voidazan, S., Ardeleanu, E. and Varga, A., 2018. Treatment adherence among adult hypertensive patients: a cross-sectional retrospective study in primary care in Romania. *Patient Preference and Adherence*, 12, pp.625-635. <https://doi.org/10.2147/ppa.s162965>
33. Trento, M. et al. (2014) ‘Diagnosis of type 1 diabetes within the first five years of life influences quality of life and risk of severe hypoglycemia in adulthood’, *Acta Diabetologica*, 51(3), pp. 509–511. Available at: <https://doi.org/10.1007/s00592-013-0530-6>.
34. Troncone, A. et al. (2022) ‘Doctor-Patient Relationship in Synchronous/Real-time Video-Consultations and In-Person Visits: An Investigation of the Perceptions of Young People with Type 1 Diabetes and Their Parents During the COVID-19 Pandemic’, *International Journal of Behavioral Medicine*, 29(5), pp. 638–647. Available at: <https://doi.org/10.1007/s12529-021-10047-5>.
35. Tsiouli, E. et al. (2014) ‘Short-Term Impact of a Stress Management and Health Promotion Program on Perceived Stress, Parental Stress, Health Locus of Control, and Cortisol Levels in Parents of Children and Adolescents With Diabetes Type 1: A Pilot Randomized Controlled Trial’, *EXPLORE*, 10(2), pp. 88–98. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.explore.2013.12.004>.
36. Tully, C. et al. (2022) ‘Diabetes-specific functioning in parents of young children with recently diagnosed type 1 diabetes.’, *Health Psychology*, 41(6), pp. 423–432. Available at: <https://doi.org/10.1037/hea0001164>.
37. Van Der Feltz-Cornelis, C. M., Van Oppen, P., Van Marwijk, H. W. J., De Beurs, E., & Van Dyck, R. (2004). A patient-doctor relationship questionnaire (PDRQ-9) in primary care: Development and psychometric evaluation. *General Hospital Psychiatry*, 26(2), 115–120. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2003.08.010> 50.
38. U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF). (2023). Prediabetes and type 2 diabetes in children and adolescents: Screening. Retrieved from <https://www.uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/recommendation/prediabetes-type2-diabetes-children-adolescents-screening>

39. Zolnierek, H, K.B. and DiMatteo, M.R. (2009) 'Physician Communication and Patient Adherence to Treatment: A Meta-Analysis', *Medical Care*, 47(8), pp. 826–834. Available at: <https://doi.org/10.1097/MLR.0b013e31819a5acc>.
40. Zeitoun, M.H. et al. (2023) 'Relationship between depressive and anxiety symptoms and fear of hypoglycemia among adolescents and adults with type 1 diabetes mellitus', *Primary Care Diabetes*, 17(3), pp. 255–259. Available at: <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2023.03.002>.
41. van Dam, H.A., Van der Horst, F., Van den Borne, B., Ryckman, R. and Crebolder, H. (2003). Provider–patient interaction in diabetes care: effects on patient self-care and outcomes: a systematic review. *Patient education and counseling*, 51(1), pp.17-28. doi: 10.1016/s0738-3991(02)00122-2.
42. Whitebird, R.R., Kreitzer, M.J. and O'Connor, P.J. (2009) 'Mindfulness-Based Stress Reduction and Diabetes', *Diabetes Spectrum*, 22(4), pp. 226–230. Available at: <https://doi.org/10.2337/diaspect.22.4.226>.