

• 专科护理 •
• 论 著 •

基于正常化概念的健康管理方案对 2 型糖尿病患者血糖及心理状态的影响

黄文贞¹, 吴锦华², 吕英华¹, 李莉¹, 张海鑫³, 王洁¹, 韦伟¹

摘要:目的 探讨基于正常化概念的健康管理方案对 2 型糖尿病患者血糖控制及心理状态的改善作用,为 2 型糖尿病患者从“疾病管理”到“疾病融入生活”转化提供参考。方法 根据入院时间,将 2023 年 2—9 月入院的 71 例 2 型糖尿病患者作为对照组,给予常规护理;2024 年 2—9 月入院的 71 例患者作为干预组,实施基于正常化概念的健康管理方案,干预周期 1 年。通过空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白,结合心理弹性量表、糖尿病病耻感量表、感知社会支持量表、糖尿病自我管理行为量表进行综合评价。结果 对照组 68 例、干预组 69 例完成研究。干预后,干预组空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白显著优于对照组(均 $P < 0.05$);心理弹性、感知社会支持、糖尿病自我管理行为得分显著高于对照组,病耻感得分显著低于对照组(均 $P < 0.05$)。结论 基于正常化概念的健康管理方案可改善 2 型糖尿病患者血糖控制水平,提高自我管理行为、心理弹性和感知社会支持水平,降低病耻感。

关键词: 2 型糖尿病; 正常化概念; 血糖; 心理弹性; 社会支持; 病耻感; 健康管理; 健康教育

中图分类号: R473.5; R587.1 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.07.026

Effect of a health management program based on the concept of normalizing on blood glucose and psychological state of patients with type 2 diabetes mellitus

Huang Wenzhen, Wu Jinhua, Lü Yinghua, Li Li, Zhang Haixin, Wang Jie, Wei Wei. Department of Endocrinology, Henan Provincial People's Hospital, Zhengzhou 450003, China

Abstract: **Objective** To explore the effect of a health management program based on the concept of normalizing on glycemic control and psychological state in patients with type 2 diabetes mellitus, and to provide reference for shifting the focus from "disease management" to "integrating the disease into daily life". **Methods** A total of 71 patients admitted from February to September 2023 were assigned to the control group, receiving routine nursing care, and 71 patients admitted from February to September 2024 were served as the intervention group, receiving a health management program based on the concept of normalizing. The intervention lasted one year. The fasting plasma glucose (FPG), 2-hour postprandial blood glucose (2 h PG), and glycosylated hemoglobin (HbA1c) were measured. The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the Type 2 Diabetes Stigma Assessment Scale (DSAS-2), the Perceived Social Support Scale (PSSS), and the Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA) were utilized to measure the effect. **Results** A total of 68 patients in the control group and 69 in the intervention group completed the intervention. After the intervention, the FPG, 2 h PG, and HbA1c levels in the intervention group were significantly lower than those in the control group (all $P < 0.05$). The intervention group had significantly higher scores for CD-RISC, SDSCA, and PSSS, whereas lower DSAS-2 score compared to the control group (all $P < 0.05$). **Conclusion** Health management program based on the concept of normalizing can achieve better glycemic control in patients with type 2 diabetes mellitus, enhance their self-management behavior, resilience and perceived social support, and reduce stigma.

Keywords: type 2 diabetes mellitus; the concept of normalizing; blood glucose; resilience; social support; stigma; health management; health education

我国糖尿病防治形势严峻。据统计,我国糖尿病患者约 1.49 亿,居全球首位;在卫生支出上,我国因糖尿病产生的费用仅次于美国,全球位列第二,给国

家医疗体系带来沉重负担^[1]。糖尿病在我国呈现“一高三低”的特点:患病率高达 12.8%,但知晓率(36.5%)、治疗率(32.2%)和控制率(49.2%)均处于较低水平^[2]。2 型糖尿病作为典型的身心交互疾病之一,随着病程的进展,严重影响患者的生活质量和身心健康。研究显示,2 型糖尿病患者普遍存在心理问题:既承受对并发症的恐惧、治疗依从性差等心理负担,又因社会偏见陷入自我否定,病耻感突出,且心理弹性不足,难以快速恢复心理平衡、适应环境变化^[3-4]。心理问题又会降低治疗依从性,干扰血糖控

作者单位:河南省人民医院 1. 内分泌科 3. 护理部(河南 郑州, 450003); 2. 河南大学护理与健康学院

通信作者:韦伟,99083619@qq.com

黄文贞:女,博士,副主任护师,501155639@qq.com

科研项目:2024 年度河南省医学科技攻关计划联合共建项目 (LHGJ20240072)

收稿:2025-11-10;修回:2026-01-14

制,形成恶性循环。目前传统管理模式聚焦技术指导,忽视患者心理社会需求与认知偏差。2015 年, Babler 等^[5]首次在糖尿病管理领域提出正常化(Normalizing)概念,主张将糖尿病视为个体生命的一部分,通过系统地整合疾病管理于日常生活,重构患者的疾病认知并完善社会支持体系,从而为患者创造接近正常的生活环境,最终实现社会功能的完全回归。2016 年, Babler 等^[6]将正常化概念应用于青少年 1 型糖尿病管理,提出了包含从医院回归家庭、预防糖尿病危机、融入家庭外的世界、学习独立管理糖尿病、学会应对糖尿病及帮助他人 6 个阶段的理论框架,并通过整合医院、家庭与学校等多方资源,为相关干预研究提供了理论依据。鉴于 2 型糖尿病与 1 型糖尿病在病因、病程、管理目标及患者群体特征等方面存在差异,因此理论迁移仍需进一步探讨与验证。本研究结合正常化概念^[5-6]构建 2 型糖尿病健康管理方案,以期改善患者血糖及心理状态,实现自我管理,尽早调整到生理、心理、社会生活的正常状态。

1 资料与方法

1.1 一般资料 采用便利抽样法,选取 2023 年 2 月

表 1 两组患者一般资料比较

组别	例数	性别(例)		年龄 (岁, $\bar{x} \pm s$)	婚姻状态(例)			文化程度(例)			
		男	女		未婚	已婚	离异	小学及以下	初中	高中/中专	大专及以上学历
对照组	68	45	23	50.16 ± 8.97	1	65	2	14	32	14	8
干预组	69	50	19	48.30 ± 9.73	1	68	0	18	31	8	12
统计量		$\chi^2 = 0.637$		$t = 1.161$				$Z = -0.449$			
<i>P</i>		0.425		0.248	0.493*			0.653			

组别	例数	糖尿病家族史 (例)	糖尿病病程 [年, $M(P_{25}, P_{75})$]	降糖方案(例)			并存其他 慢性病(例)
				生活方式	口服降糖药	注射胰岛素	
对照组	68	62	6.96(3.00, 10.00)	13	35	20	56
干预组	69	62	6.34(1.00, 10.00)	17	28	24	57
统计量		$\chi^2 = 0.070$	$Z = -1.496$	$\chi^2 = 1.668$			$\chi^2 = 0.002$
<i>P</i>		0.792	0.135	0.434			0.969

注:* 为 Fisher 精确概率法。

1.2 干预方法

1.2.1 对照组 接受常规护理。入院时,责任护士评估患者血糖、饮食、运动、用药及并发症情况。住院期间开展日常疾病健康教育。出院前,给予饮食、运动、血糖监测、用药等出院指导。出院后,患者入“共同照护门诊”,下载“共同照护 App”,由照护师(共同照护门诊专属岗位人员,经过糖尿病管理专项培训)负责院外线上随访,包括预约患者复诊,督促患者监测血糖,线上干预高、低血糖及血糖大幅度波动、饮食评价等,共持续 12 个月。

1.2.2 干预组

1.2.2.1 组建健康管理团队 由医生 2 名、科护士长 1 名、专科护士 6 名、营养师 1 名、心理咨询师 1 名、康复师 1 名、照护师 1 名组成健康管理团队。由

至 2024 年 9 月我院内分泌科收治的 2 型糖尿病患者为研究对象。纳入标准:①符合《中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)》^[2]诊断标准;②年龄 18~70 岁;③能正常沟通并配合研究相关评估及干预措施;④知情同意并自愿参与本研究。排除标准:①并存严重心、肝、肾等脏器功能不全或其他重大慢性疾病(如恶性肿瘤、严重精神障碍等);②近 3 个月内发生糖尿病急性并发症;③存在认知功能障碍或日常生活能力严重受损。剔除标准:①各种原因导致住院时间不足 7 d 或转科、转院,无法完成研究;②自动退出研究。通过 G*Power3.1 软件,采用独立样本 *t* 检验比较两组均数差异,使用中等效应量计算样本量。设定 $\alpha = 0.05, 1 - \beta = 0.80$,效应量 $d = 0.5$,样本量为 $n = 128$,考虑 10% 的脱落率,需要样本总量 142 例。根据入院时间将 2023 年 2-9 月入院的 71 例患者作为对照组,2024 年 2-9 月入院的 71 例患者作为干预组。干预过程中,对照组 3 例无法联系而脱落;干预组 2 例因个人原因退出。最终对照组 68 例,干预组 69 例完成研究。本研究经医院伦理委员会审批通过[2020]伦理第[133]号。入组患者均签署知情同意书。两组患者一般资料比较,见表 1。

科护士长负责牵头协调工作,组织、监控实施、信息通报与反馈等;骨干成员参与人员培训、质量控制、评价分析等。医生全程参与制订或调整患者治疗方案,专科护士负责疾病知识教育与实践指导,营养师负责日常饮食问题解答及特殊节日的饮食指导,心理咨询师进行心理康复干预,康复师负责运动锻炼指导,照护师负责出院后远程指导。健康管理团队每月进行总结分析、持续改进。

1.2.2.2 构建并实施健康管理方案 基于正常化概念,将 2 型糖尿病健康管理分为 6 个阶段:认知重构、行为启动、社会支持、责任承担、常态维持和生活展望,针对不同阶段制订干预策略,见表 2。健康管理团队根据健康管理方案实施干预,各阶段干预均采用“评估-干预-反馈”循环模式,动态评估、精准判

断患者所处的阶段。阶段调整需满足以下标准：该阶段核心目标达标；患者对阶段核心目标的自我评估 ≥ 7 分（1~10分量表）；健康管理团队一致性认可。出院后延续干预采用“App+微信群+多渠道随访”联合模式：建立微信群，通过二维码邀请患者加入对应微信群，根据不同阶段的干预内容由糖尿病教育护士定期发放健康宣教资料、电子化教育处方、饮食-运动-用药宣教视频资料等。患者通过“共

同照护 App”，每周上传健康日记（饮食摄入、运动时长/强度、用药情况、心理状态），同步记录血糖、血压等数值。健康管理团队每2周开展1次线上视频随访，每月预约1次线下复诊，评估方案执行规范性，排查风险，如血糖波动、用药漏服等情况并及时纠正。患者也可通过 App 或微信群随时咨询，健康管理团队24 h内响应。每周对达标患者进行公开肯定，强化治疗信心。

表 2 2型糖尿病正常化健康管理方案

阶段/干预时间	核心目标	具体干预内容
认知重构 (第1周)	强调多学科协作,帮助患者实现从“疾病异常化”到“认知正常化”的关键转变	①基于正常化概念,为患者构建科学的疾病认知框架,详细阐释正常化干预的6个阶段及各阶段核心目标,助力患者明晰治疗进程与方向。②建立兼顾生理与心理指标的糖尿病评估体系。生理上,关注血糖、血脂、肾功能及血压、眼底、神经功能等指标,用以评估病情及并发症风险;心理方面,借助糖尿病病耻感量表、心理弹性量表等全面评估患者心理状态,为精准干预提供支撑。③提供个性化电子健康教育处方,介绍糖尿病发病机制、症状、降糖药的名称、剂量、服用时间、作用及不良反应等知识。饮食方面,营养师依患者血糖、体质量等,制订个性化饮食方案。运动方面,周一至周五8:00-8:30进行集体广播体操活动,同时康复师根据患者情况制订运动处方。心理咨询师指导心理调适方法,如呼吸放松法、听音乐等,辅助自我管理
行为启动 (第2周)	帮助患者建立自我管理行为;掌握自我管理实操技能(饮食搭配、血糖监测、用药规范、足部护理等);熟练使用“共同照护App”,会记录上传行为日志	①开展结构化教育。依实际情况,安排患者参加标准化大课堂、一对一或小组宣教。②组织示范-模仿训练。结合临床需求,定期举办运动、饮食、并发症体验、胰岛素注射等工作坊。③建立行为记录反馈机制。患者出院时,注册“共同照护App”,要求每周上传血糖检测结果,饮食、运动、情绪日志等,照护师负责远程指导
社会支持 (第3~4周)	建立同伴-家庭-医院-社区四位一体的支持系统,为患者创造有利于疾病管理的微环境	①组建同伴支持小组。通过微信群,定期组织线上线下交流活动,分享控糖心得、应对困难的方法,互相鼓励监督。②开展家庭赋能培训。举办线下讲座,邀请内分泌科医生、营养师、康复师、糖尿病专科护士等为患者家属讲解糖尿病管理知识,发放实操手册,指导家属模拟胰岛素注射、紧急情况处理等操作,提升家庭照护能力。③通过“共同照护App”建立医疗团队联络机制。患者检查检验结果、日常健康数据实时上传,团队成员及时讨论,依据患者病情变化调整治疗方案,并通过平台推送至患者端。④整合社区资源。与社区卫生服务中心合作,为患者提供免费定期血糖、血压检测;联合社区活动中心,开展糖尿病健康讲座、运动活动
责任承担 (第2~3个月)	帮助患者完成从“被动接受管理”到“主动承担责任”的关键转变,能自主处理低血糖/高血糖等突发情况;具备同伴支持能力,可参与基础经验分享	①提高患者危机管理能力。指导患者识别低血糖前兆及处理流程,掌握高血糖应急处理流程,正确使用急救联系方式,常备应急工具包。②提升患者生活应变能力。主要包括节假日、旅行、外出就餐等特殊场景应对;营养师制订节假日饮食方案,康复师设计运动补偿方案,医生调整血糖监测频率;鼓励患者制作旅行急救包清单,包括时区变化用药调整,规划旅行用药计划,准备应急联络卡;糖尿病专科护士培训患者设计应酬应对策略,外出就餐选择指南。③培养患者反思性学习,鼓励患者撰写糖尿病管理日记与日常生活感悟,并上传App。④鼓励表现优异的患者认证糖尿病教育者,争做同伴支持辅导员和社区健康倡导者
常态维持 (第4~5个月)	巩固糖尿病管理习惯,达到“管理即生活”的理想状态:①维持高水平自我管理行为;②心理状态稳定;③血糖指标控制在目标范围	①日常生活整合策略。a.家居空间功能重构:设立健康学习角,摆放糖尿病科普书籍、宣传册,方便患者随时学习;划定固定监测区域,配备齐全监测设备(如血糖仪、血压计等),保证测量环境稳定、数据准确;设定固定用药时间,设置醒目提醒标识,避免漏服或误服药物。b.工作场所适应性改造:争取在工作区设置休息角落,备用糖块、零食等,预防低血糖;避免长时间高强度劳作,保障患者有精力控制病情。c.社交环境正向筛选:鼓励患者多参与糖尿病患者互助团体活动,分享控糖经验、互相鼓励监督;减少与不良生活习惯人群接触,避免烟酒、高糖饮食等不良行为诱导。②强化正向激励机制。通过家庭庆祝仪式,同伴群体认可,医护团队表扬,自我认同等形式增强患者自信心。③建立预警干预方案。评估空腹血糖达标,餐后血糖达标,饮食合理,用药规律,运动规律,心理状态稳定6个项目,5~6项不达标为红色预警,3~4项不达标为橙色预警,1~2项不达标为黄色预警。黄色预警强化提醒,主要以患者自我干预为主;橙色预警进行生活方式干预,以糖尿病专科护士干预为主,通过电子化教育处方,远程血糖解读服务等提高患者管理能力;红色预警进行多学科干预,通过药物调整、心理疏导、家庭访视等重塑疾病认知
生活展望 (第6~12个月)	实现从“疾病管理”到“健康生活”的范式转变	①建立持续、动态的健康支持体系。医院、社区持续为患者提供医疗咨询、健康监测指导、康复训练跟进等服务,保障疾病管理的连贯性与有效性。②维持患者生理、心理长期处于良好状态。降低非计划入院频次,延缓、减少糖尿病肾病、视网膜病变、神经病变等并发症的发生,整体提升患者生活质量与社会功能

1.3 评价方法 分别于入组当天、干预结束时(干预 12 个月的最后 1 次复诊时)测评。①血糖:包括空腹血糖、餐后 2 h 血糖、糖化血红蛋白。由护理人员采集患者清晨空腹静脉血送检。②心理弹性:采用心理弹性量表(Connor-Davidson Resilience Scale, CD-RISC)评估。该量表由 Connor 等^[7]研制, Yu 等^[8]汉化修订,包含力量(8 个条目)、乐观(4 个条目)、坚韧(13 个条目)3 个维度 25 个条目。采用 Likert 5 级评分,“从来不”至“一直如此”依次计 0~4 分。总分 0~100 分,得分越高表明心理弹性水平越佳。量表 Cronbach's α 系数为 0.910。③病耻感:采用 2 型糖尿病病耻感评估表(Type 2 Diabetes Stigma Assessment Scale, DSAS-2)评估。该量表由 Browne 等^[9]开发,李玉峰等^[10]汉化,包含区别对待(6 个条目)、责怪和评判(7 个条目)、自我耻辱(6 个条目)3 个维度 19 个条目。采用 Likert 5 级评分,“非常不同意”至“非常同意”依次计 1~5 分。总分 19~95 分,得分越高表明病耻感越强。量表的 Cronbach's α 系数为 0.879。④自我管理行为:采用糖尿病自我管理行为量表(Summary of Diabetes Self-Care Activities measure, SDSCA)评估。该量表由 Toobert 等^[11]研制,万巧琴等^[12]汉化,包含 7 个条目(饮食、运动、血

糖监测、监测频率、足部护理、用药、吸烟)。除吸烟条目采用二分类评分外,其余条目均采用 0~7 分的频率评分(对应过去 7 d 的执行天数)。总分 0~42 分(不计入吸烟维度),得分越高提示自我管理行为越好。量表的 Cronbach's α 系数为 0.861。⑤社会支持:采用领悟社会支持量表(Perceived Social Support Scale, PSSS)评估。量表由 Zimet 等^[13]研制。包含 3 个维度,即家人支持、朋友支持、其他支持;每个维度包含 4 个条目,共 12 个条目。采用 Likert 7 级评分法,“极不同意”至“极同意”依次计 1~7 分。总分 12~84 分,得分越高表明社会支持水平越高^[14]。量表的 Cronbach's α 系数为 0.897。量表评估由 2 名经过统一培训的研究生规范收集。通过现场辅助、双人校验等举措,保障数据完整性和准确性。

1.4 统计学方法 使用 Excel 录入数据, SPSS26.0 软件进行统计分析。服从正态分布的计量资料以($\bar{x} \pm s$)描述,行 t 检验;不服从正态分布的计量资料以 $M(P_{25}, P_{75})$ 表示,行 Mann-Whitney U 检验。计数资料以频数表示,行 χ^2 检验、Fisher 精确概率检验。检验水准 $\alpha=0.05$ 。

2 结果

2.1 两组干预前后血糖比较 见表 3。

表 3 两组干预前后血糖比较

$\bar{x} \pm s$

组别	例数	空腹血糖(mmol/L)		餐后 2 h 血糖(mmol/L)		糖化血红蛋白(%)	
		干预前	干预后	干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	68	8.34±2.51	7.02±1.41	11.31±3.61	8.90±2.16	8.70±2.02	7.01±1.34
干预组	69	8.63±2.69	6.30±1.01	11.08±3.82	8.10±1.80	8.60±2.09	6.54±1.26
t		0.660	3.420	0.360	2.355	0.285	2.106
P		0.510	0.001	0.719	0.020	0.776	0.037

2.2 两组心理弹性及病耻感得分比较 见表 4。

表 4 两组心理弹性及病耻感得分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	心理弹性		病耻感	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	68	66.53±11.66	77.63±7.38	54.82±8.64	51.25±5.95
干预组	69	66.27±11.59	83.39±7.17	55.03±7.73	37.90±5.24
t		0.128	4.632	0.147	13.950
P		0.898	<0.001	0.884	<0.001

2.3 两组自我管理行为及社会支持得分比较 见表 5。

表 5 两组自我管理行为及社会支持得分比较

分, $\bar{x} \pm s$

组别	例数	自我管理行为		社会支持	
		干预前	干预后	干预前	干预后
对照组	68	26.18±8.32	33.87±10.20	64.16±10.50	67.50±5.80
干预组	69	27.55±7.83	37.88±11.85	62.38±11.65	72.59±5.34
t		0.995	2.125	0.941	5.351
P		0.321	0.035	0.348	<0.001

3 讨论

3.1 健康管理方案的实施可改善患者血糖控制效果 空腹血糖反映基础血糖控制情况,餐后 2 h 血糖体

现进食后血糖的波动幅度,糖化血红蛋白则能反映过去 2~3 个月的平均血糖水平,这些指标综合反映了患者在不同时段的血糖控制效果,能直观体现护理对血糖管理的成效^[15-16]。本研究结果显示,方案实施后,干预组空腹血糖、餐后 2 h 血糖及糖化血红蛋白显著低于对照组(均 $P<0.05$)。本研究区别于既往聚焦药物调整、饮食运动指导的研究^[16],干预方案以正常化概念为研究框架,将糖尿病管理过程划分为 6 个阶段,强调系统性与阶段性协同,各阶段目标明确、层层递进,形成贯穿生理、心理及自我管理的干预服务体系,为患者提供连续、全面的支持。认知重构阶段,引导患者扭转“疾病异常化”认知,把糖尿病当作生活一部分,从心理层面调动其主动管理血糖的积极性。行为启动阶段,借标准化体系,将复杂管理技能转化为患者日常可操作行为。社会支持阶段重点帮助患者建立社会支持网络,营造疾病管理微环境。责任承担阶段考虑患者已基本具备自我管理能力和自我培养患者危机管理能力,推动从“被动接受管理”转向“主动承担责任”。常态维持阶段让糖尿病管理融入

生活。生活展望阶段聚焦患者生理与心理长期良好状态的维持及持续健康支持的建立,实现从“疾病管理”到“健康生活”的范式转变。该模式有机整合各个阶段的干预措施,致力于促进 2 型糖尿病患者将疾病管理融入日常生活。同时,通过认知重构、社会支持体系重建等一系列措施,助力患者实现社会功能的回归,进而提升整体健康水平与生活质量。

3.2 健康管理方案的实施可改善患者心理状态 心理弹性是指个体在面对逆境、压力或挫折时,能够有效应对并恢复到良好心理状态的能力^[17]。病耻感是患者因自身疾病而产生的一种负面自我认知,伴随羞耻、自卑等情绪,在 2 型糖尿病患者中普遍存在^[18]。故本研究采用心理弹性量表和病耻感量表从正、负两方面评估干预对患者心理层面的影响。本研究结果显示,干预后干预组心理弹性得分显著高于对照组,病耻感得分显著低于对照组(均 $P < 0.05$),表明患者心理弹性增强,病耻感降低。在认知重构阶段,借助多学科协作,深入剖析患者心理问题与认知偏差根源,给予个性化心理疏导,打破患者对疾病的错误认知,对心理认知的深度干预激发患者主动管理疾病的动力^[19]。社会支持阶段,通过建立同伴支持小组让患者在同病相怜中相互鼓励,家庭赋能培训提升家属对患者心理支持能力,远程医疗团队联络机制随时为患者提供专业心理指导。常态维持阶段的强化正向激励机制让患者增强自信心。这种全方位的支持网络极大改善患者心理状态,提升心理韧性,降低病耻感。

3.3 健康管理方案的实施可提高患者自我管理行为和社会支持水平 本研究显示,干预后干预组自我管理行为、社会支持得分显著高于对照组(均 $P < 0.05$)。行为启动阶段的示范—模仿训练与行为记录反馈机制,使患者从理论学习迅速过渡到实践操作,并通过反馈不断优化自我管理行为。在责任承担阶段,强调、鼓励患者承担疾病管理责任,培养独立应对疾病的多种能力,推动其由被动向主动管理转变,这与传统被动式教育有本质区别^[20]。常态维持阶段,通过家居空间功能重构,工作场所适应性改造,建立预警干预方案定期评估与动态监测,使患者在日常生活场景融入疾病管理。上述措施显著提升了患者的自我管理行为。本研究通过整合同伴—家庭—医院—社区资源,构建全方位社会支持网络,既使患者增加了社会支持获取途径,又通过多层次措施如持续、动态的健康支持、康复训练跟进等服务,提升支持的利用度与有效性,提升患者社会支持感知水平^[21]。

4 结论

本研究基于正常化理论构建的健康管理方案,从血糖代谢、心理状态、自我管理及社会支持多维度,对 2 型糖尿病患者产生积极作用,促使患者从疾病状态尽早调整到生理、心理、社会生活的正常状态。但本

研究样本选取局限于特定地区与医疗机构,难以代表不同特征患者。未来建议开展多中心、大样本研究,延长随访周期,密切跟踪长期健康指标,完善影响因素监测体系,记录并分析潜在干扰因素,以提升研究准确性与方案可靠性。

参考文献:

- [1] Sun H, Saeedi P, Karuranga S, et al. IDF Diabetes Atlas: global, regional and country-level diabetes prevalence estimates for 2021 and projections for 2045 [J]. *Diabetes Res Clin Pract*, 2022, 183: 109119.
- [2] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南 (2020 年版) [J]. *中华糖尿病杂志*, 2021, 13(4): 315-409.
- [3] 孟利, 郎延梅. 2 型糖尿病患者自我调节疲劳现状及影响因素 [J]. *护理学杂志*, 2023, 38(23): 73-76.
- [4] 韦伟, 张俊梅, 王洁, 等. 2 型糖尿病患者病耻感与抑郁和血糖控制的关系 [J]. *护理学杂志*, 2020, 35(12): 75-78.
- [5] Babler E, Strickland C J. Normalizing: adolescent experiences living with type 1 diabetes [J]. *Diabetes Educ*, 2015, 41(3): 351-360.
- [6] Babler E, Strickland C J. Helping adolescents with type 1 diabetes "figure it out" [J]. *J Pediatr Nurs*, 2016, 31(2): 123-131.
- [7] Connor K M, Davidson J R. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) [J]. *Depress Anxiety*, 2003, 18(2): 76-82.
- [8] Yu X N, Zhang J. Factor analysis and psychometric evaluation of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) with Chinese people [J]. *Soc Behav Personal*, 2007, 35: 19-30.
- [9] Browne J L, Ventura A D, Mosely K, et al. Measuring the stigma surrounding type 2 diabetes: development and validation of the Type 2 Diabetes Stigma Assessment Scale (DSAS-2) [J]. *Diabetes Care*, 2016, 39(12): 2141-2148.
- [10] 李玉峰, 马宏文, 侯若楠, 等. 2 型糖尿病病耻感评估量表的汉化及信效度研究 [J]. *中国实用护理杂志*, 2017, 33(30): 2343-2347.
- [11] Toobert D J, Hampson S E, Glasgow R E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale [J]. *Diabetes Care*, 2000, 23(7): 943-950.
- [12] 万巧琴, 尚少梅, 来小彬, 等. 2 型糖尿病患者自我管理行为量表的信、效度研究 [J]. *中国实用护理杂志*, 2008, 24(7): 26-27.
- [13] Zimet G D, Powell S S, Farley G K, et al. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support [J]. *J Pers Assess*, 1990, 55(3-4): 610-617.
- [14] 汪向东, 王希林, 马弘. 心理卫生评定量表手册 [M]. 增订版. 北京: 中国心理卫生杂志社, 1999: 117-118.
- [15] 钱丽丽. 生化检验指标在糖尿病肾病早期诊断中的效果分析 [J]. *中国实用医药*, 2024, 19(22): 90-93.

验,并以时限性自我调节理论作为解释性视角,在解释参与者的时间—价值权衡及行为选择等方面提供了有益的视角。但研究也发现,情境因素和社会支持等其他元素同样在行为维持中起到重要的作用。因此,医护人员在制订中青年 T2DM 患者自我管理支持策略时,需结合理论视角与个体情境化因素。本研究样本仅来源于 1 所医院,代表性不足,后期可纳入不同地区的研究对象,进一步丰富研究结果。

参考文献:

[1] 张杰,丁祥龙,龙妍,等. 1990—2019 年中国 2 型糖尿病发病趋势及 2020—2030 年预测[J]. 华中科技大学学报(医学版),2024,53(3):315-320.

[2] Zhang Y, Luk A O Y, Chow E, et al. High risk of conversion to diabetes in first-degree relatives of individuals with young-onset type 2 diabetes: a 12-year follow-up analysis[J]. Diabet Med,2017,34(12):1701-1709.

[3] 梁宝怡,李律蓉,陈颖君,等. 中青年男性职业人群生活方式与心血管代谢危险因素聚集的关联性研究[J]. 环境与职业医学,2025,42(4):385-391,407.

[4] Houle J, Beaulieu M D, Chiasson J L, et al. Glycaemic control and self-management behaviours in Type 2 diabetes: results from a 1-year longitudinal cohort study[J]. Diabet Med,2015,32(9):1247-1254.

[5] Tang T S, Funnell M M, Oh M. Lasting effects of a 2-year diabetes self-management support intervention: outcomes at 1-year follow-up[J]. Prev Chronic Dis,2012,9: E109.

[6] 中华医学会糖尿病学分会糖尿病教育与管理学组. 中国 2 型糖尿病自我管理处方专家共识(2017 年版)[J]. 中华糖尿病杂志,2017,9(12):740-750.

[7] Shah A, Isath A, Aronow W S. Cardiovascular complications of diabetes[J]. Expert Rev Endocrinol Metab, 2022,17(5):383-388.

[8] Kelly O, Sullivan J, Carris N, et al. The impact of diabetes mellitus on the development of psychiatric and neurological disorders [J]. Brain Disorders, 2024, 14: 100135.

[9] Smith J, Flowers P, Larkin M. Interpretative phenomenological analysis: theory, method and research [M]. London: Sage,2009:5.

[10] 于秉洋,柏基香,李小洁,等. 时限性自我调节理论在健

康行为领域中的研究进展[J]. 军事护理,2022,39(10): 88-90.

[11] 中华医学会糖尿病学分会. 中国 2 型糖尿病防治指南(2020 年版)[J]. 中华糖尿病杂志,2021,13(4):315-409.

[12] Toobert D J, Hampson S E, Glasgow R E. The summary of diabetes self-care activities measure: results from 7 studies and a revised scale[J]. Diabetes Care, 2000, 23 (7):943-950.

[13] 侯佳坤,周宏珍,屠燕,等. 叙事研究在护理领域中的应用与启示[J]. 中国护理管理,2021,21(7):1116-1120.

[14] Wilson A. A guide to phenomenological research[J]. Nurs Stand,2015,29(34):38-43.

[15] Dossett L A, Kaji A H, Cochran A. SRQR and COREQ reporting guidelines for qualitative studies [J]. JAMA Surg,2021,156(9):875-876.

[16] 巩璐,王艳红,牟成华,等. 延迟折扣对糖尿病患者自我管理行为影响的范围综述[J]. 护理学杂志,2025,40(3): 109-113.

[17] 程利,袁加锦,何媛媛,等. 情绪调节策略:认知重评优于表达抑制[J]. 心理科学进展,2009,17(4):730-735.

[18] 连艳娜,王婧瑶,赵彩杰,等. 不同日常生活习惯 2 型糖尿病患者执行功能比较[J]. 中国老年学杂志,2018,38 (4):958-960.

[19] 何雅薇,葛华英,李修英,等. 中青年 2 型糖尿病患者自我管理行为的影响因素研究[J]. 预防医学,2022,34(3): 258-262.

[20] Ntoumanis N, Ng J Y Y, Prestwich A, et al. A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health[J]. Health Psychol Rev,2020,15(2):214-244.

[21] 蔡丽,韩樱,罗小林,等. 2 型糖尿病病人对糖尿病视网膜病变认知及健康教育需求的质性研究[J]. 护理研究, 2024,38(10):1864-1867.

[22] 游嘉欣,徐蓉,夏添,等. 2 型糖尿病患者自我损耗的成因分析[J]. 护理学杂志,2025,40(16):70-74.

[23] 黄晴茵,吴燕,刘佳,等. 糖尿病患者对人工智能电话随访的意愿及需求的质性研究[J]. 护理学杂志,2025,40 (2):108-111.

[24] 汤佳佳. 用四象限法则规划时间[J]. 新教育,2024(12): 11.

(本文编辑 宋春燕)

(上接第 30 页)

[16] 谢国晓. 太原市社区老年 2 型糖尿病三种不同管理模式代谢指标的比较[D]. 太原:山西医科大学,2023.

[17] 王霞,李巍,李淑锋. 心理弹性支持结合时效激励干预对首诊 2 型糖尿病患者疾病进展恐惧、自我效能及预后的影响[J]. 中国健康心理学杂志,2025,33(1):106-110.

[18] 林艳,邢树平,陈丹,等. 2 型糖尿病病人病耻感现状及影响因素分析[J]. 全科护理,2023,21(31):4416-4420.

[19] Narindrarangkura P, Dejhansathit S, Khan U, et al. Developing and evaluating SEE-Diabetes: a patient-centered educational decision support system for diabetes care[J].

J Eval Clin Pract,2025,31(1):e14234.

[20] 张谢稍,尹小娟,张杰宾,等. 以家庭病床为基础的居家药学服务对 2 型糖尿病患者疗效及安全性的影响[J]. 中国药业,2025,34(7):21-24.

[21] Reddy M, Oliver N. The role of real-time continuous glucose monitoring in diabetes management and how it should link to integrated personalized diabetes management[J]. Diabetes Obes Metab,2024,26 Suppl 1:46-56.

(本文编辑 宋春燕)