

青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理的质性研究

吕晓辰, 王晓凡, 乔若凡, 郑纪萱, 徐晖, 渠利霞, 张春慧

摘要:目的 探讨青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理的发展过程及阶段特征, 为促进患者家庭参与疾病管理提供参考。方法 采用目的抽样法, 对 20 例青少年 1 型糖尿病患者及 20 名主要照顾者进行半结构式访谈, 采用程序化扎根理论的范式提炼概念与范畴。结果 共提炼 22 个初始范畴和 4 个主范畴, 包括 4 个动态演化阶段, 分别为冲击期、冲突期、重构期和维持期。结论 青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理是多阶段、动态演变的过程, 受家庭内部互动及外部支持系统共同影响, 需结合不同阶段核心需求制订分层干预措施, 以优化疾病管理效果。

关键词: 青少年; 1 型糖尿病; 疾病管理; 家庭参与; 扎根理论; 质性研究

中图分类号: R473.5; R473.2 **DOI:** 10.3870/j.issn.1001-4152.2026.12.103

Family participation in disease management among adolescents with type 1 diabetes: a qualitative study

Lü Xiaochen, Wang Xiaofan, Qiao Ruofan, Zheng Jixuan, Xu Hui, Qu Lixia, Zhang Chunhui. School of Nursing and Health, Zhengzhou University, Zhengzhou 450001, China

Abstract: **Objective** To explore the developmental process and stage characteristics of family participation in disease management among adolescents with type 1 diabetes, and to provide evidence for family participation in disease management. **Methods** Using purposive sampling, semi-structured interviews were conducted with 20 adolescents with type 1 diabetes and 20 primary caregivers. Data were analyzed using the paradigm model of procedural Grounded Theory to extract concepts and categories. **Results** A total of 22 initial categories and 4 core categories were identified, and four dynamic evolutionary stages were formed: the shock stage, the conflict stage, the reconstruction stage, and the maintenance stage. **Conclusion** Family participation in disease management among adolescents with type 1 diabetes is a multi-stage and dynamic process influenced by both internal family interactions and external support systems. Stage-specific and stratified interventions should be developed based on the core needs of each stage to optimize disease management outcomes.

Keywords: adolescents; type 1 diabetes; disease management; family participation; Grounded Theory; qualitative study

1 型糖尿病 (Type 1 Diabetes Mellitus, T1DM) 多见于儿童及青少年^[1]。青少年对疾病管理缺乏认识, 在疾病态度、知识、自我管理、血糖控制等方面的情况并不理想, 又因经历生理、心理等方面的变化, 疾病管理存在诸多挑战^[2-3]。家庭参与是优化儿童和青少年期糖尿病管理的重要环节^[4]。有研究显示, 家庭参与的激活可以补充和维持个体自我护理能力, 并在家庭中产生和创造积极的反馈循环, 对血糖控制有长期影响或产生持久的行为改变^[5-6]。然而, 家庭参与在应对重大挑战时会随时间而变化^[7]。现有研究仅停留在横向分析阶段, 缺乏对家庭参与在不同阶段变化过程的研究。鉴于此, 本研究从家庭参与视角出发, 采用扎根理论的研究方法深入探讨青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理的过程, 识别不同阶段疾病管理存在的问题及需要, 以为后续进行干预性研究提供参考。

1 对象与方法

1.1 对象

2025 年 1—6 月, 采用目的抽样方法, 于郑州市 1 所三级甲等医院内分泌科选取青少年 1 型糖尿病住院患者及主要照顾者作为研究对象。患者纳入标准: 年龄 10~18 岁; 符合 1 型糖尿病的诊断标准^[1]; 病程 ≥ 3 个月; 意识清醒, 有一定的理解和沟通能力; 自愿参与, 并签署知情同意书。排除标准: 患严重精神或慢性疾病, 有严重的糖尿病并发症; 并存有短期影响生命安全的重大疾病。主要照顾者纳入标准: 为患者的父母或近亲属; 平均每天照顾时间 ≥ 4 h; 意识清楚, 具有良好的阅读理解和沟通表达能力。排除患严重精神或慢性疾病者。本研究已获得郑州大学伦理委员会审批 (ZDHL20250401) 及研究医院的批准。遵循质性研究资料饱和原则与归纳逻辑的研究设计, 在访谈至第 18 个家庭时没有新的概念出现, 在此基础上增加访谈 2 个家庭, 确定无新的概念出现后结束访谈, 最终访谈患者 20 例 (P1~P20) 及其照顾者 20 名 (C1~C20)。访谈对象基本资料见表 1。本组患者仅 P13 存在视力模糊, 其他无糖尿病相关并发症。P4、P5、P6、P10、P16、P17 使用胰岛素泵。照顾者均已婚, 其中 7 名仍在职 (C1, C14, C15, C17~C20)。

作者单位: 郑州大学护理与健康学院 (河南 郑州, 450001)
通信作者: 张春慧, zhangchunhui0617@163.com

吕晓辰: 女, 硕士在读, 护士, xiaochenlv2023@163.com

科研项目: 2026 年度河南省重点研发与推广专项 (科技攻关) 项目 (262102310179)

收稿: 2026-01-03; 修回: 2026-03-04

1.2 方法

1.2.1 资料收集 访谈提纲基于文献回顾及研究团队讨论初步拟订, 经研究团队 7 名研究者集体讨论合并、删减、优化措辞后形成预访谈提纲。选取 2 个家庭开展预访谈, 据此调整引导性问题、总结沟通技巧。

经上述步骤,最终确定的访谈提纲如下。患者:①在糖尿病诊断过程中你经历了什么? ②在疾病管理中,什么情况下需要你或家人做出决策? 你更倾向于自己解决还是依赖家人? 为什么? ③目前,在居家疾病管理中,你和家人如何分配和协调疾病管理任务和责任? 随着年龄增长,这些任务和责任发生了哪些变化? ④伴随着青春期的到来,疾病管理过程中遇到过哪些困难? 采取了哪些措施来应对? 请结合具体情境和事件说明。⑤在疾病管理过程中,你经历过家庭冲突吗? 或几乎发生的家庭冲突? 请结合具体情境和事件说明。⑥关于家庭参与,你认为需要的帮助和支持有哪些? 主要照顾者:①您在孩子糖尿病诊断过程中经历了什么? ②在孩子的疾病管理中,你们家庭参与了哪些方面? 请结合具体情境和事件展开说明。③随着孩子年龄增长,参与程度、参与方式、付出时间等方面有哪些变化? 是什么原因引起的变化? ④在照顾孩子的过程中,您遇到过什么困难? 这些困难对您的日常生活有何影响? ⑤在管理孩子疾病过程中,

您经历过家庭冲突吗? 请结合具体情境和事件说明当时的情况。⑥孩子进入青春期后,您觉得家庭参与面临的最大的挑战是什么? 您是如何调整自己的参与方式来适应青春期孩子的? ⑦关于家庭参与,您认为您需要的帮助和支持有哪些? 正式访谈采用半结构化访谈,由 2 名研究者与患者及其主要照顾者同室进行,地点均为医院独立会谈室,环境安静无干扰,单人单次访谈 30~60 min,所有访谈一次完成。访谈中,研究者围绕核心问题意图,根据患儿年龄及认知水平采用个性化措辞或进行必要解释;针对低龄患儿表达能力有限的特点,采用追问、复述、情境化提问及非语言信息记录等方式确保信息获取的准确性。针对照顾者,访谈初期会围绕孩子的生活小事简单交流以拉近距离、舒缓情绪,再自然过渡到本次访谈内容;过程中通过追问引导照顾者描述事件细节,同时观察并记录其语气、停顿等非语言信息,根据情绪状态适时调整访谈节奏。每场访谈结束后 2 h 内撰写反思笔记,以悬置研究者主观预设,为后续资料分析提供参照。

表 1 青少年患者及照顾者一般资料

编号	患者				照顾者				
	性别	年龄(岁)	文化程度	病程(年)	年龄(岁)	文化程度	子女数(个)	身份	其他协助者
1	女	13	初二	2.5	35	高中	2	母亲	祖母
2	男	14	初二(休学)	2.0	36	初中	3	母亲	无
3	女	11	长期休学	2.0	55	文盲	2	祖母	无
4	女	13	初二	1.5	31	高中	3	母亲	祖母
5	男	12	初一	8.0	35	初中	4	母亲	祖母
6	男	11	六年级	0.6	35	高中	2	母亲	祖母
7	女	12	初一	0.4	35	高中	2	母亲	外祖母
8	女	10	四年级	1.0	30	高中	2	母亲	无
9	女	13	初一(休学)	2.0	35	初中	1	母亲	无
10	男	12	初一	0.7	36	初中	2	母亲	无
11	男	11	六年级	0.3	35	初中	1	母亲	无
12	男	15	高一	0.3	37	初中	2	母亲	患者姐姐
13	男	18	大一	10.0	40	高中	3	父亲	无
14	女	17	高二	12.0	40	大专	1	母亲	无
15	女	18	高二	4.0	42	高中	2	父亲	无
16	女	18	高三	11.0	75	文盲	2	外祖母	无
17	女	18	高三	4.0	41	本科	2	母亲	无
18	男	10	五年级	3.0	34	本科	2	父亲	无
19	女	11	六年级	2.0	34	本科	1	母亲	无
20	女	18	高三	14.0	40	本科	2	母亲	无

1.2.2 资料分析 访谈结束后 24 h 内将录音转录为文字,由 1 名研究者转录、另 1 名研究者逐字核对,并对所有可识别信息进行匿名化处理。转录完成后,文字稿经受访者核对确认,确保内容真实反映其原意。总转录文字约 9.9 万字,转录时间 1 328 min。使用 MAXQDA2020 软件整理资料,采用程序化扎根理论资料分析方法^[8]进行资料分析。编码过程包括开放性编码、主轴编码和选择性编码。由 2 名研究者分别独立进行初步编码,通过持续比较的方法提炼概念、范畴,在资料分析过程中,研究者悬置个人观点,进行多次资料分析,并与有扎根理论研究经验的学者及有

相关研究经验的同行讨论编码的合理性,进行资料与编码、类属、理论间的不断比较,不断修改和调整研究结果。

2 结果

2.1 开放性编码 在开放性编码过程中,研究者从零散的资料中找到与主题相关的关键词,通过分析将若干表示同一含义的关键词归纳成单个具有概括性质的概念,再通过对概念的分析,将若干相同概念凝练成初始范畴。最终归纳出 62 个初始概念,并聚合形成 22 个初始范畴。开放性编码内容见附件 1。

2.2 主轴编码及选择性编码 主轴编码是对初始范

畴进行二次对比分析,充分发掘初始范畴之间的关系,建立联系,在此基础上形成主范畴;选择性编码是从主轴编码中提取核心范畴的过程,经过三轮编码提取的核心属性具有高度概念化和系统性。本研究综

合开放式编码与轴心式编码结果,归纳出冲击期、冲突期、重构期和维持期 4 个主范畴,结果见表 2。基于上述编码结果,本研究进一步构建了青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理的动态发展模型,见图 1。

表 2 青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理的主轴编码及选择性编码

主范畴	副范畴	初始范畴	范畴内涵
冲击	症状认知颠覆	症状识别有误	在疾病确诊前,由于缺乏专业知识、受限于既往经验认知等因素,家庭成员对早期症状出现错误归因
		疾病知识不足	患儿及家庭成员对疾病的认知偏差,表现为严重低估疾病风险,或过度恐慌和焦虑
	情绪应激反应	多重情绪交织	确诊后家庭成员经历复杂的情绪,包括震惊、否认、恐惧、内疚、庆幸等
		多重压力	疾病诊断和管理过程中家庭成员承受的多维度负担和心理压力,包括经济、照护、社会等压力源
冲突	角色被迫转变	照顾者工作角色中断	家庭成员为承担疾病照护责任而被迫暂停或放弃职业发展
		患者社会角色中断	青少年因疾病管理需要或心理适应困难而导致的正常发展轨迹偏离
	权责单方集中	母职超载	传统性别角色分工和疾病照护需求的双重作用下,母亲承担了绝大部分疾病管理责任,导致身心负荷严重超载
		父职边缘化	受传统性别角色分工、工作时间限制等因素影响,父亲在日常疾病管理中处于边缘地位,缺乏直接照护参与
		代际支持	基于血缘责任和传统文化,祖辈主动承担生活照料、经验传授和情感支持等任务,形成多代际协作的照护网络
	控制权威瓦解	青春期疾病自我管理挑战	青少年发展阶段的生理、心理和社会特征与严格疾病管理要求之间产生的冲突,表现为对治疗方案的抵抗、隐瞒、欺骗等行为
		家庭互动冲突	围绕疾病管理产生的家庭成员间矛盾,主要表现为管教方式分歧、沟通障碍、代际价值冲突等
	影响因素	关键事件转折	在疾病管理过程中发生的具有重大影响的事件,这些事件成为认知重构、行为改变和能力提升的重要契机
重构	双向能力建构	患者能力跃升	家庭外部提供疾病管理支持的人际网络和机构系统,包括学校、医护团队、同伴群体、病友组织等
		照顾者能力跃迁	在疾病管理过程中,患者通过学习和实践使自我管理能力显著提升
		技术赋能	照顾者在短时间内掌握专业化疾病管理技能和知识的快速发展过程
	适应性调整	生活规则重塑	现代医疗技术和数字化工具在疾病管理中发挥的支撑作用,包括智能监测设备、远程医疗、健康应用程序等
		家庭应对重构	为适应疾病管理需要而对家庭日常生活模式、习惯和规则进行的系统性调整和重新建构
维持	责任初步转移	照顾者逐渐放手	面对疾病管理挑战,家庭发展和采用的多样化策略体系,包括管理方式的调整、角色分工的重新安排、沟通模式的改进等
		患者主动接手	照顾者基于患者成长需要和自身能力限制,有计划地减少直接干预、增加患者自主权
	常态化生活	正常化生存	患者基于责任意识觉醒和独立需求,主动承担疾病管理责任
		弹性分工	通过心理调适、生活安排和社会参与等方式,实现在疾病状态下维持相对正常生活状态
			家庭成员在疾病管理过程中根据情境变化灵活调整照护职责与参与程度

2.3 青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理过程

2.3.1 冲击期 在疾病确诊初期,家庭成员普遍经历显著的情绪反应及负性情绪冲击。突如其来的诊断结果打破了原有的家庭平衡,照顾者常表现出震惊、否认、焦虑及恐惧等反应。由于缺乏系统的糖尿病知识,家庭成员对疾病的严重程度、治疗过程及长期影响缺乏清晰认识,对未来生活和照护能力产生明

显的不确定感。该阶段家庭的主要特征为情绪反应强烈、应对策略有限、信息需求迫切,其不良影响可延伸至家庭功能及后续疾病管理能力的建立。

2.3.2 冲突期 随着疾病进入长期管理阶段,家庭逐渐从被动应对过渡到持续照护,但家庭成员间的分工与责任界定仍存在问题。受访者中照顾者多为母亲,承担了大量监测与照护任务,在长期高负荷压力

下易产生身心疲惫与焦虑;而青少年随着自主意识增强,对父母的严格监督和行为约束表现出抵触和反抗。照顾者与青少年之间常出现沟通不畅、意见分歧及情绪矛盾,甚至引发家庭冲突。若缺乏外部社会与

医疗支持,这种关系张力可能加剧,导致管理依从性下降和家庭功能紊乱。冲突期反映了家庭从“家长主导型”向“协同管理型”转变过程中的不平衡状态,是家庭系统实现再调整的重要过渡阶段。

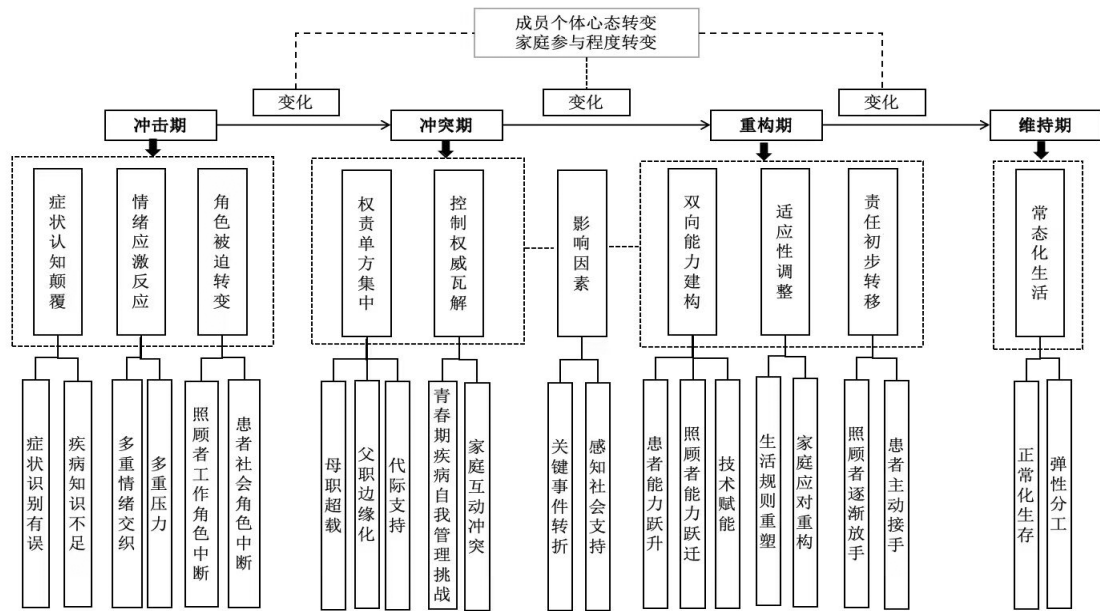


图 1 青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理的动态发展模型

2.3.3 重构期 经历情绪调整与角色磨合后,家庭逐渐进入重构期。家庭成员通过主动学习疾病知识与技能,增强了其疾病管理能力。父母逐渐从单一主导者角色转变为指导者与支持者,而患者在医护人员指导下也逐步提升自我管理水平,逐渐实现从依赖到自觉的转变。同时,家庭内部沟通模式得到优化,亲子间信任和协作关系逐步建立。部分家庭选择智能工具以有效提升管理效率,进一步提升了家庭协同与管理能力。重构期标志着家庭从被动应对向主动适应的转变,是疾病管理能力与家庭功能双重恢复的关键时期。

2.3.4 维持期 当家庭成员在心理和行为层面均趋于稳定后,进入维持期。此阶段的显著特征为疾病管理的常态化与家庭功能的再平衡。家庭成员普遍能够在日常生活中自然融入监测、饮食、运动等管理行为,患者的自我管理意识明显增强,父母角色转向情感支持与行为监督。随着家庭互动模式的稳定,疾病被逐渐视为生活的一部分,形成“以生活为中心、以疾病为常态”的适应性管理模式。尽管疾病仍可能带来潜在心理压力,但家庭整体系统趋于平衡,表现出较强的家庭韧性与持续性。

3 讨论

3.1 家庭参与疾病管理是多阶段的动态演化过程

本研究采用扎根理论揭示了青少年 1 型糖尿病患者家庭参与疾病管理呈现动态的发展过程,该过程分为冲击、冲突、重构和维持 4 个阶段。家庭参与过程受到负面情绪、经济压力、疾病不确定性、照顾负担等多重挑战的影响。在确诊初期,家庭成员面临巨大的焦

虑与压力^[9],父母通常采取高度控制和全程参与的方式,在健康管理中占主导地位;随着患者年龄增长及独立性增强,父母若仍保留控制权,可能导致家庭内的紧张与矛盾,产生家庭冲突^[10-11];随着照顾者照护经验的积累,逐渐进入重构阶段,患者及其家人通过自主支持性的互动关系,共同决定承担疾病管理责任^[12];最终进入维持阶段,家庭实现权利与义务的平衡,青少年逐渐建立疾病自我认同和稳定的管理信念。这一过程印证了心理社会发展理论中关于自主性与身份认同的核心发展任务的观点^[13],也与家庭系统理论所强调的家庭关系中的互动与再平衡的观点相一致^[14]。同时,这种动态演变揭示了家庭参与并非单纯减少,而是通过反复调整和磨合达到共同成长的状态。另外,本研究发现在患者家庭中,重构期是家庭参与发展与调整的关键阶段,这种动态变化不仅依赖于家庭内部的互动和调适,也依赖于外部社会和医疗系统的支持。

3.2 促进家庭参与疾病管理的策略

3.2.1 关注家庭成员的负性情绪,建立心理支持体系,树立参与信念

鉴于疾病的突然性和持久性,诊断记忆、血糖失控、护理责任和经济开销等往往导致家庭成员压力增加^[15]。本研究显示,大部分青少年 1 型糖尿病患者的照顾者存在负性情绪,会对其身心健康造成威胁,对青少年心理健康、糖尿病管理和预后产生不利影响^[16]。因此,医护人员应重视照顾者的负性情绪,引导照顾者识别和表达情绪反应,通过角色扮演和情景模拟提升其对疾病突发情境的应对能力,

帮助其从被动应激转向积极参与。患者出院后,医护人员可依托随访门诊、移动健康应用和家庭—学校—医院的三方联动机制,持续为照顾者提供信息指导和心理支持,促进其在参与过程中实现责任分担和沟通协商。

3.2.2 优化家庭内部沟通模式,重构责任分担机制,推动协同参与 本研究结果发现,在家庭参与疾病管理过程中,家庭成员的过度干预使青少年感到压抑,对疾病管理产生抵触情绪,甚至出现家庭冲突。依据自我决定理论,自主性是个体行为的内在动机^[17],而父母的过度干预可能抑制青少年的自主性,会减少其参与意愿,并对糖尿病管理产生抗拒心理^[18],影响家庭参与模式的良性发展。应倡导家庭成员共同设定管理目标,定期开展家庭管理会议,由父母和青少年共同商讨管理目标、角色界限和参与方式。在此过程中,应充分重视青少年的需求与意见,父母提供资源和监督支持,避免过度参与,引导家庭建立积极的反馈机制和良性互动模式。通过有效的沟通与合理

的责任分担,逐步形成家庭协同参与的良性循环,从而提升整体疾病管理效能^[19]。有研究显示,共同责任能有效促进青少年和父母参与疾病管理,提高护理效果,优化血糖控制水平^[20]。医护人员应开展健康教育,帮助父母和青少年明确各自的角色和任务,定期评估父母和青少年实际疾病管理过程中的参与度、协作质量,帮助其在实际互动中不断调整参与方式。

3.2.3 强化家庭信念和互动信任,培育家庭韧性,促进共同成长 家庭信念是家庭韧性的重要组成部分,它影响个人和家庭对疾病意义的理解,并指导决策和行动的取向。积极的家庭信念可以相互影响,共同促进家庭在逆境中的应对能力^[21]。本研究发现,具备积极信念的家庭往往能够将危机事件转化为成长契机,父母在认可患者能力的同时逐步放手,患者在获得信任的环境中也更愿意主动承担自我监测与决策任务,形成了相互支持和共同成长的良性循环。医护人员可基于整合认知行为理论和优势视角理论^[22-23],引导家庭成员识别并强化积极信念,通过价值澄清、积极自我对话、正向重构等方法,协助照顾者减少消极认知和自责情绪,增强对家庭功能的信心。同时,应注重挖掘和放大家庭内部已有的优势资源,如互助精神、亲密关系和成功经验,促进其在长期管理中共同成长。

3.2.4 整合内外部资源,重构照护意义,实现家庭参与长期价值 本研究结果发现,当照顾者能够积极履行自身职责,以乐观心态面对生活时,能将照护过程赋予积极意义,并在此过程中重新审视和珍视生活与生命的价值。医护人员应借鉴健康赋能的理念,重视照顾者的内在心理需求,通过专业引导帮助其发现照护过程中的积极价值,提高他们对照护角色的认同感,进而减轻其心理压力感知。同时,进一步激活和整合内外部资源,形成多层次的支持体系。在糖尿病

的长期管理路径中,需通过跨部门协作打破专业壁垒,将社会关怀与公共健康资源有机整合,促进医疗、教育、社会服务等多领域的协同合作,回归“以人为本”的本质,实现患者、家庭与社会三者间的良性互动,最大化地守护患者的健康,并在家庭层面实现价值的延续与升华。

4 结论

本研究结果显示,家庭参与疾病管理过程并非静态或线性存在,而是随着青少年成长、家庭角色调整及外部支持变化不断演进。本研究描述了青少年 1 型糖尿病患者家庭参与的 4 个发展阶段,并阐释了各阶段在家庭责任分配、互动方式等方面的特点,有助于深化对青少年 1 型糖尿病家庭参与动态特征及演变规律的理解。研究结果提示,医护人员在临床实践中应充分关注家庭参与所处的疾病管理阶段,因时、因需提供差异化的家庭支持与护理干预,以促进患者自我管理能力提升和家庭协同管理的持续发展。本研究因样本代表性有限,研究结果的外推性及对家庭参与与疾病管理动态演变过程的阐释尚存一定局限性,建议后续通过纵向随访进一步验证与完善。

附件 1 家庭参与疾病管理的开放性编码
请用微信扫码查看



附件 1 开放性编码

参考文献:

[1] 中华医学会糖尿病学分会,中国医师协会内分泌代谢科医师分会,中华医学会内分泌学分会,等.中国 1 型糖尿病诊治指南(2021 版)[J].中华糖尿病杂志,2022,14(11):1143-1250.

[2] 朱帆,王水.父母心理一致感与青少年 1 型糖尿病患者健康状况及行为问题的相关性分析[J].糖尿病新世界,2022,25(7):5-9.

[3] 秦森,巩纯秀,曹冰燕,等.2015 至 2019 年儿童 1 型糖尿病血糖控制管理现状调查及相关因素分析[J].中华糖尿病杂志,2021,13(5):462-469.

[4] 中国医疗保健国际交流促进会营养与代谢管理分会,中国营养学会临床营养分会,中华医学会糖尿病学分会,等.中国糖尿病医学营养治疗指南(2022 版)[J].中华糖尿病杂志,2022,14(9):881-933.

[5] Yamaguchi M, Honda J, Fukui M. Effects of parental involvement on glycemic control in adolescents with type 1 diabetes mellitus: a scoping review[J]. J Fam Nurs, 2023,29(4):382-394.

[6] 陶花,林征,黄晓萍,等.以家庭为中心的护理对青少年糖尿病患者家庭环境及血糖控制的影响[J].中华护理杂志,2014,49(11):1342-1346.

[7] La Greca A M, Follansbee D, Skyler J S. Developmental and behavioral aspects of diabetes management in youngsters[J]. Children's Health Care,1990,19(3):132-139.

[8] Corbin J, Strauss A. Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory

- [M]. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 2014: 6-12.
- [9] Sand P, Blom M D, Forsander G, et al. Family dynamics when a child becomes chronically ill: impact of type 1 diabetes onset in children and adolescents[J]. *Nordic Psychol*, 2018, 70(2): 97-114.
- [10] Alexandra Skodra U, Vasiliki Matziou U, Sofia Zyga U, et al. Family conflict: risk factor for low adherence in adolescents with type 1 diabetes in Greek families[J]. *Int J Life Sci Res Arch*, 2023, 5(2): 31-39.
- [11] 刘欢欢, 黄金. 青少年 1 型糖尿病患者父母支持的研究进展[J]. *护理学杂志*, 2016, 31(13): 102-106.
- [12] Sanjari M, Peyrovi H, Mehrdad N. The process of managing the children with type 1 diabetes in the family: a Grounded Theory study[J]. *Iran J Nurs Midwifery Res*, 2021, 26(1): 25-33.
- [13] Maree J G. The psychosocial development theory of Erik Erikson: critical overview [J]. *Early Child Dev Care*, 2021, 191(7-8): 1107-1121.
- [14] Wang H, Guo J, Guo Y, et al. Effectiveness of Family Systems Theory interventions on adolescents with type 1 diabetes: a Meta-analysis[J]. *J Child Fam Stud*, 2021, 30(2): 2664-2676.
- [15] Fornasini S, Miele F, Piras E M. The consequences of type 1 diabetes onset on family life. An integrative review [J]. *J Child Fam Stud*, 2019, 29(5): 1467-1483.
- [16] Bassi G, Mancinelli E, Di Riso D, et al. Parental stress, anxiety and depression symptoms associated with self-efficacy in paediatric type 1 diabetes: a literature review [J]. *Int J Environ Res Public Health*, 2020, 18(1): 152.
- [17] Ryan R M, Deci E L. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being[J]. *Am Psychol*, 2000, 55(1): 68-78.
- [18] Delamater A M, Daigre A L, Marchante A N, et al. Intrinsic motivation in ethnic minority youth with type 1 diabetes[J]. *Child Health Care*, 2017, 46(3): 215-229.
- [19] Adjei N K, Jonsson K R, Straatmann V S, et al. Impact of poverty and adversity on perceived family support in adolescence: findings from the UK Millennium Cohort Study[J]. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 2024, 33(9): 3123-3132.
- [20] 王旭露, 叶晓静, 张欣, 等. 家庭责任对青少年 1 型糖尿病患者健康管理结局的影响[J]. *中国护理管理*, 2025, 25(5): 775-780.
- [21] Kuang Y, Wang M, Yu N X, et al. Family resilience of patients requiring long-term care: a meta-synthesis of qualitative studies [J]. *J Clin Nurs*, 2023, 32(13-14): 4159-4175.
- [22] Stallard P. Evidence-based practice in cognitive-behavioural therapy[J]. *Arch Dis Child*, 2022, 107(2): 109-113.
- [23] 王亮. 优势视角理论国内研究综述[J]. *社科纵横*, 2018, 33(12): 73-76.
- (本文编辑 李春华)
-
- (上接第 57 页)
- [19] 何悦, 祝奉硕, 马春跃, 等. 晚期或复发性口腔(口咽)癌的救治性外科治疗中国专家共识[J]. *中国口腔颌面外科杂志*, 2024, 22(6): 521-528.
- [20] 顾芬, 王悦平, 杨文玉, 等. 口腔颌面头颈肿瘤术后康复护理专家共识[J]. *上海交通大学学报(医学版)*, 2023, 43(10): 1289-1296.
- [21] Healy D W, Cloyd B H, Straker T, et al. Expert consensus statement on the perioperative management of adult patients undergoing head and neck surgery and free tissue reconstruction from the Society for Head and Neck Anesthesia[J]. *Anesth Analg*, 2021, 133(1): 274-283.
- [22] Ince C, Boerma E C, Cecconi M, et al. Second consensus on the assessment of sublingual microcirculation in critically ill patients: results from a task force of the European Society of Intensive Care Medicine[J]. *Intensive Care Med*, 2018, 44(3): 281-299.
- [23] Dort J C, Farwell D G, Findlay M, et al. Optimal perioperative care in major head and neck cancer surgery with free flap reconstruction: a consensus review and recommendations from the Enhanced Recovery After Surgery Society[J]. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 2017, 143(3): 292-303.
- [24] 王欣, 刘元波, 张世民, 等. “游离穿支皮瓣常见并发症原因分析与防治”专家共识[J]. *中华显微外科杂志*, 2017, 40(3): 209-212.
- [25] Walia A, Lee J J, Jackson R S, et al. Management of flap failure after head and neck reconstruction: a systematic review and meta-analysis [J]. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2022, 167(2): 224-235.
- [26] Tan Y Y, Liaw F, Warner R, et al. Enhanced recovery pathways for flap-based reconstruction: a systematic review and meta-analysis[J]. *Aesthetic Plast Surg*, 2021, 45(5): 2096-2115.
- [27] Shen A Y, Lonie S, Lim K, et al. Free flap monitoring, salvage, and failure timing: a systematic review[J]. *J Reconstr Microsurg*, 2021, 37(3): 300-308.
- [28] Oppelaar M C, Zijtveid C, Kuipers S, et al. Evaluation of prolonged vs short courses of antibiotic prophylaxis following ear, nose, throat, and oral and maxillofacial surgery: a systematic review and meta-analysis[J]. *JAMA Otolaryngol Head Neck Surg*, 2019, 145(7): 610-616.
- [29] 田思维, 喻磊, 范满红, 等. 口腔癌患者围术期个案管理模式的应用[J]. *护理学杂志*, 2022, 37(1): 36-38.
- [30] 魏卓, 郭骏, 黄怡, 等. 股前外侧皮瓣修复口腔恶性肿瘤切除术后缺损的临床疗效分析[J]. *口腔疾病防治*, 2021, 29(5): 328-333.
- [31] Head and Neck Cancer Australia. Reconstructive surgery: soft tissue free flaps[EB/OL]. (2020-09-10)[2025-11-20]. <https://www.headandneckcancer.org.au/media/n3wcld1q/reconstructive-surgery-soft-tissue-free-flaps.pdf>.
- [32] Lee C, Chen C, Hsu F, et al. A postoperative free flap monitoring system: circulatory compromise detection based on visible-light image[J]. *IEEE Access*, 2022, 10(1): 4649-4665.
- [33] Rogoń I, Rogoń A, Kaczmarek M, et al. Flap monitoring techniques: a review[J]. *J Clin Med*, 2024, 13(18): 5467.
- (本文编辑 李春华)