กลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน

*ศิริไชย หงษ์สงวนศรี พ.บ.** *จินตนา หาอุปละ พย.บ.***
*พรทิพย์ เตชะนิเวศน์ วท.บ.(พยาบาล)** *จริญญา เปรมเปรื่องเวส พย.บ.***
*สมทรง จุไรทัศนีย์ วท.ม.(อนามัยครอบครัว)** *สุนาฏ เตชางาม ปร.ด.****
*จิตติวัฒน์ สุประสงค์สิน พ.บ.****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน และเพื่อพัฒนาและทดสอบประสิทธิภาพของกลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินต่อพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

วิธีการ การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน ใช้ Chulalongkorn Family Inventory (CFI) และ Diabetic Family Behavior Checklist (DFBC) ตามลำดับ ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประเมินจากผลการตรวจระดับ HbA1C และทำการเปรียบเทียบคะแนน DFBC และระดับ HbA1C ก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัด

ผลการศึกษา การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการทำหน้าที่ทั่วไป ($r = -0.71$, $p = 0.04$) และบทบาท ($r = -0.75$, $p = 0.03$) สัมพันธ์กับระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการสื่อสาร ($r = -0.64$, $p = 0.08$) มีแนวโน้มว่าจะสัมพันธ์กับระดับ HbA1C การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้าน การทำหน้าที่ทั่วไป ($r = 0.72$, $p = 0.04$) และการสื่อสาร ($r = 0.78$, $p = 0.02$ สัมพันธ์กับคะแนน DFBC ด้านบวก และครอบครัวที่มีคะแนน DFBC ด้านบวกสูงจะสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี ($r = -0.75$, $p = 0.03$) ส่วนคะแนน DFBC ด้านลบไม่สัมพันธ์กับระดับ HbA1C ($r = 0.29$, $p = 0.49$) และพบว่าคะแนน DFBC ด้านบวกมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (30.3 ± 6.0 vs 34.3 ± 4.9, $p < 0.01$) ภายหลังจากครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคเบาหวาน 10 คน เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ในเวลา 6 เดือน ส่วนคะแนน DFBC ด้านลบ (17.9 ± 4.2 vs 17.5 ± 3.4, $p = 0.23$) และระดับ HbA1C (8.4 ± 2.3 vs 8.2 ± 1.1, $p = 0.96$) ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ

สรุป มีความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่เป็นอีกวิธีการหนึ่งในการปรับพฤติกรรมในครอบครัวให้สนับสนุนการรักษาโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46(4):323-333.**

คำสำคัญ โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน, ครอบครัว, กลุ่มบำบัด

*ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400
**งานการพยาบาลป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400
***สำนักงานวิจัย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร 10400

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินในเด็กเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งแบบเฉียบพลันและเรื้อรังหากไม่ได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม และยังเป็นโรคที่มีแนวโน้มว่าจะมีอุบัติการณ์สูงขึ้นทั่วโลก มีการคาดการณ์ว่าในอีก 10 ปีข้างหน้า จะมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นถึง 2-3 เท่า[1] การรักษาผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินอย่างมีประสิทธิภาพนั้น ผู้ป่วยจำเป็นต้องเจาะเลือดและฉีดอินซูลินวันละหลายครั้ง ต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ ประมาณร้อยละ 95 ของการดูแลรักษาโรคเบาหวานนั้นเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบด้วยตนเอง[2] และทำให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันแทบทุกด้าน[3] จึงมักทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความตึงเครียดค่อนข้างสูง หากผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถปรับตัวต่อการเป็นโรคได้ ผู้ป่วยอาจเกิดปัญหาด้านอารมณ์และพฤติกรรมหรือเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผลต่อความร่วมมือในการดูแลรักษาตนเองตามมา[4-9] ส่วนสมาชิกคนอื่นในครอบครัวโดยเฉพาะพ่อแม่ก็อาจเกิดปัญหาทางด้านจิตใจด้วยเช่นกัน[10] ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างมากที่แพทย์พึงตระหนักถึงการให้การช่วยเหลือด้านจิตใจแก่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมด้วย[11-15]

การศึกษาของ Diabetes Control and Complication Trial (DCCT) research group พบว่าการรักษาอย่างจริงจังนั้น ผู้ป่วยต้องเจาะเลือดเพื่อติดตามระดับน้ำตาลในเลือดและฉีดอินซูลินอย่างน้อยวันละ 3 ครั้ง ต้องควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างเหมาะสม จนสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับใกล้เคียงปกติได้เกือบตลอดเวลา จะลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ของโรคเบาหวานได้อย่างมีนัยสำคัญ[16] ถึงแม้ว่าผลการศึกษานี้ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ดีขึ้นกว่าเดิม[17] แต่การรักษาอย่างเข้มงวดจริงจังดังกล่าวก่อให้เกิดความยากลำบากอย่างมากต่อทั้งผู้ป่วยเอง ครอบครัว และทีมผู้รักษา[6,15,18,19] การรักษาโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินให้มีประสิทธิภาพดีต้องอาศัยความร่วมมืออย่างจริงจังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องโดยเฉพาะผู้ป่วยเองและครอบครัว จึงเป็นเรื่องท้าทายต่อทีมผู้รักษาในการหารูปแบบการรักษาที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมมือต่อการรักษาอย่างเคร่งครัด

ปัจจัยด้านจิตสังคมหลายอย่างสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วยในการร่วมมือต่อการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด[4-6,11,14,20,21] โดยเฉพาะปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ความตึงเครียดในครอบครัว[13,21-25] ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว[13,21,26] และการทำหน้าที่ของครอบครัว [12,13,27-29] ปัจจัยภายในครอบครัวเหล่านี้มีผลต่อการปรับตัวต่อการเป็นโรคของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งจะไปส่งผลต่อพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวานและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการร่วมมือต่อการรักษา[30] การช่วยเหลือด้านจิตใจอย่างเหมาะสมตั้งแต่เมื่อได้รับการวินิจฉัยจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับตัวได้ดีและร่วมมือต่อการรักษาดีในระยะต่อไป[10,30]

รูปแบบการรักษาโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินในเด็กที่ช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษา และสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี คือ รูปแบบการรักษาแบบองค์รวมโดยทีมผู้รักษาแบบสหวิชาชีพ ซึ่งประกอบด้วยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบต่อมไร้ท่อ พยาบาล นักโภชนาการ และจิตแพทย์หรือนักจิตวิทยาเด็กและวัยรุ่น และต้องเป็นการรักษาที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความสามารถในการดูแลรักษาโรคเบาหวานด้วยตนเอง และพ่อแม่มีทักษะในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษา ซึ่งอาจดำเนินการเฉพาะผู้ป่วยแต่ละคนหรือเป็นแบบกิจกรรมกลุ่ม เช่น support group หรือค่ายเบาหวาน[11-15,31] แม้ว่ายังมี

การศึกษาผลของการดูแลช่วยเหลือด้านจิตสังคมรูปแบบต่างๆ ค่อนข้างน้อย เนื่องจากมักมีข้อจำกัดทั้งในเรื่องรูปแบบของวิธีการดูแลช่วยเหลือและวิธีการศึกษา แต่พบว่าการปรับพฤติกรรมที่อาศัยหลักการการเรียนรู้ทางสังคม หรือกลุ่มบำบัดเพื่อช่วยฝึกทักษะการปรับตัว (coping skills) สามารถช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษา ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[32-41]

การศึกษานี้มีสมมติฐานว่า 1) การทำหน้าที่ของครอบครัว สัมพันธ์กับพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และทั้งสองปัจจัยสัมพันธ์กับการควบคุมระดับ น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย และ 2) ปัจจัยด้านจิตสังคม ได้แก่ สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวกับทีมผู้รักษา[42-44] การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง[21,45] และเข้าใจถึงปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด การสนับสนุนให้พ่อแม่มีทักษะในการปรับพฤติกรรมเด็กที่เป็นโรคเบาหวานให้ร่วมมือต่อการรักษา การรวมกลุ่มของพ่อแม่ผู้ป่วยเพื่อให้คำแนะนำและการช่วยเหลือทางด้านจิตใจซึ่งกันและกัน รวมทั้งทีมผู้รักษาช่วยเหลือให้พ่อแม่สามารถปรับตัวผ่านระยะต่างๆ ต่อการเป็นโรคร้ายแรงจนสามารถยอมรับต่อการเป็นโรคได้มากที่สุด ถึงแม้ว่าจะไม่สามารถช่วยให้พ่อแม่ทุกคนยอมรับได้อย่างสมบูรณ์ก็ตาม จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเบาหวานปรับตัวต่อการเป็นโรคได้ดีตามไปด้วย เป็นปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือต่อการรักษาและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี และช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น[46-48] การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบสมมติฐานดังกล่าว และเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลช่วยเหลือด้านจิตสังคมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การรักษาโรคเบาหวานมีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

วิธีการศึกษา

ผู้ป่วย ผู้ป่วยและครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่เข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เป็นเด็กและพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานซึ่งมีอายุน้อยกว่า 12 ปี มารับการรักษาที่คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี โดยพ่อแม่มีความสนใจและเต็มใจเข้าร่วมกลุ่มบำบัด และคาดว่าสามารถมีเวลาเข้ากลุ่มบำบัดได้ครบทุกครั้ง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ใช้ Chulalongkorn Family Inventory (CFI)[49] ซึ่งอุมาพร ตรังคสมบัติ ได้พัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงมาจากแบบสอบถามการทำหน้าที่ของครอบครัว(Family Assessment Device) ที่มีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการทำหน้าที่ของครอบครัวตาม McMaster model เป็นการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านต่างๆ ดังนี้

1.1 การทำหน้าที่ทั่วไป (general functioning)

1.2 การแก้ไขปัญหา (problem solving)

1.3 การสื่อสาร (communication)

1.4 บทบาท (role)

1.5 การตอบสนองทางอารมณ์ (emotional responsiveness)

1.6 ความผูกพันทางอารมณ์ (emotional involvement)

1.7 การควบคุมพฤติกรรม (control)

2. การประเมินพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยแปลจาก Diabetes Family Behavior Checklist (DFBC)[21] ซึ่งได้รับการทดสอบว่ามีความเชื่อถือได้สำหรับการประเมินพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน[20,40] การประเมินพฤติกรรมในครอบครัวจากการใช้แบบสอบถามนี้ แบ่งเป็น พฤติกรรมด้านบวก 9 ข้อ มี

คะแนนระหว่าง 9-45 คะแนน และพฤติกรรมด้านลบ 7 ข้อ มีคะแนนระหว่าง 7-35 คะแนน

พ่อหรือแม่ของผู้ป่วยจะเป็นผู้ตอบแบบสอบถามทั้ง 2 แบบนี้ก่อนการทำกลุ่มบำบัด และตอบแบบสอบถาม DFBC อีกครั้งภายหลังการทำกลุ่มบำบัดครบทุกครั้ง การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะวิเคราะห์เฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 1 ปี ขึ้นไป เนื่องจากเป็นระยะเวลาที่ผู้ป่วยและครอบครัวมักปรับตัวให้เกิดความสมดุลใหม่ในครอบครัวได้แล้ว[10] ส่วนการประเมินผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดประเมินจากระดับ HbA1C ก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัด

การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของผู้ป่วย การทำกลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของผู้ป่วยเด็กโรคเบาหวานมีผู้วิจัยซึ่งเป็นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นเป็นผู้นำกลุ่มบำบัดและพยาบาลซึ่งผ่านการฝึกอบรมการทำกลุ่มบำบัดเป็นผู้ช่วย โดยทำกลุ่มบำบัดทั้งหมด 6 ครั้ง ในช่วงเวลา 6 เดือน แต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง และมีวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งดังนี้

ครั้งที่ 1 เพื่อสร้างความสัมพันธ์ในกลุ่มระหว่างพ่อแม่ของผู้ป่วยและทีมผู้รักษา (ประกอบด้วยกุมารแพทย์ผู้เชี่ยวชาญระบบต่อมไร้ท่อ พยาบาลหน่วยป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ นักโภชนาการและจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่น) ทำความตกลงเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการของกลุ่ม และทบทวนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการปฏิบัติตัวในด้านต่าง ๆ

ครั้งที่ 2 เพื่อให้พ่อแม่ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการทำหน้าที่ของครอบครัว และพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด หลักการและวิธีการในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ร่วมมือในการรักษา

ครั้งที่ 3 เพื่อให้พ่อแม่ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัวต่อการเป็นโรค (coping style) ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยในการร่วมมือต่อการรักษาและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และวิธีการเผชิญความเครียดและการปรับตัวต่อการที่ลูกเป็นโรคเบาหวานอย่างเหมาะสม

ครั้งที่ 4 เพื่อให้พ่อแม่ผู้ป่วยเข้าใจถึงความสำคัญของภาวะซึมเศร้าของทั้งผู้ป่วยและพ่อแม่ ต่อพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน พฤติกรรมของผู้ป่วยในการร่วมมือต่อการรักษา และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด และวิธีการในการจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าของผู้ป่วยและพ่อแม่เอง

ครั้งที่ 5 เพื่อให้พ่อแม่ผู้ป่วยเข้าใจถึงสาเหตุของพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือต่อการรักษาโรคเบาหวานในด้านต่าง ๆ และการแก้ไขพฤติกรรมดังกล่าวอย่างเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ

ครั้งที่ 6 เพื่อทบทวนประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้ง และอภิปรายประเด็นอื่นที่พ่อแม่ยังมีปัญหาในการดูแลลูกที่เป็นโรคเบาหวาน

รายงานการวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ปกครองเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน ซึ่งมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาหลายด้านที่สัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้ง เช่น ความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาโรคเบาหวาน การปรับตัวต่อการเป็นโรคและการเผชิญความเครียดจากการเป็นโรคเบาหวาน ภาวะซึมเศร้าของทั้งผู้ป่วยเองและครอบครัว และทักษะในการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้ร่วมมือต่อการรักษา เป็นต้น ผลการวิจัยที่นำเสนอในรายงานนี้เป็นการวิเคราะห์เฉพาะตัวแปรที่ใช้ในการทำกลุ่มบำบัดในครั้งที่ 2 โดยผู้วิจัยเปรียบเทียบเฉพาะพฤติกรรมใน

ครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน (DFBC) และระดับ HbA1C ก่อนและหลังการทำกลุ่มบำบัด

การวิเคราะห์ทางสถิติ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว ต่อพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน (DFBC) และความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน (DFBC) ต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ใช้ Spearman correlation analysis และการวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน(DFBC) และระดับ HbA1C ก่อนและหลังการเข้ากลุ่มบำบัดของพ่อแม่ ใช้ Wilcoxon signed ranks test

ผลการศึกษา

จำนวนผู้ป่วยที่พ่อแม่เข้ากลุ่มบำบัดทั้งหมด 10 คน เป็นเพศชาย 3 คน เพศหญิง 7 คน อายุเฉลี่ย 8.1 ± 2.9 ปี (พิสัย; 3 ปี - 11 ปี 8 เดือน) ระยะเวลาในการเป็นโรคเบาหวาน 19.4 ± 12.6 เดือน (พิสัย; 6 เดือน - 3 ปี 7 เดือน) มีผู้ป่วย 8 คน ที่เป็นโรคเบาหวานมานานมากกว่า 1 ปี

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและระดับ HbA1C การทำหน้าที่ทั่วไป ($r = -0.71$, $p = 0.04$) และ บทบาท ($r = -0.75$, $p = 0.03$) สัมพันธ์กับระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการสื่อสาร ($r = -0.64$, $p = 0.08$) มีแนวโน้มว่าอาจสัมพันธ์กับระดับ HbA1C ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านอื่น ได้แก่ การแก้ปัญหา ($r = -0.52$, $p = 0.19$) การตอบสนองทางอารมณ์ ($r = -0.28$, $p = 0.50$) ความผูกพันทางอารมณ์ ($r = -0.53$, $p = 0.18$) และการควบคุมพฤติกรรม ($r = 0.30$, $p = 0.48$) ไม่สัมพันธ์กับระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวานและระดับ HbA1C คะแนน DFBC ด้านบวกสัมพันธ์กับระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.75$, $p = 0.03$) ส่วนคะแนน DFBC ด้านลบไม่สัมพันธ์กับระดับ HbA1C อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.29$, $p = 0.49$)

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน การทำหน้าที่ทั่วไป ($r = 0.72$, $p = 0.04$) และการสื่อสาร ($r = 0.78$, $p = 0.02$) สัมพันธ์กับคะแนน DFBC ด้านบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การแก้ปัญหา ($r = 0.70$, $p = 0.06$) มีแนวโน้มว่าอาจสัมพันธ์กับคะแนน DFBC ด้านบวก ส่วนการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านอื่น ได้แก่ บทบาท ($r = 0.47$, $p = 0.24$) การตอบสนองทางอารมณ์ ($r = 0.61$, $p = 0.11$) ความผูกพันทางอารมณ์ ($r = 0.47$, $p = 0.24$) และการควบคุมพฤติกรรม ($r = 0.15$, $p = 0.73$) ไม่สัมพันธ์กับคะแนน DFBC ด้านบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และไม่มีการทำหน้าที่ของครอบครัวด้านใดที่สัมพันธ์กับคะแนน DFBC ด้านลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ยกเว้น การสื่อสาร ที่มีแนวโน้มว่าอาจสัมพันธ์กับคะแนน DFBC ด้านลบ ($r = -0.64$, $p = 0.09$)

ครอบครัวของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดทั้งหมดมีจำนวน 10 ครอบครัว ทุกครอบครัวมาเข้าร่วมกลุ่มบำบัดครบทั้ง 6 ครั้ง ครอบครัวของผู้ป่วย 1 คน ทั้งพ่อและแม่มาเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทุกครั้ง ครอบครัวของผู้ป่วย 5 คน แม่มาเข้าร่วมกลุ่มบำบัดทุกครั้งและพ่อมาร่วมด้วยเป็นบางครั้ง ครอบครัวของผู้ป่วย 3 คน มีแม่เพียงคนเดียวที่มาเข้าร่วมกลุ่ม และครอบครัวของผู้ป่วย 1 คน มียายมาเข้าร่วมกลุ่ม เพราะยายเป็นผู้รับผิด

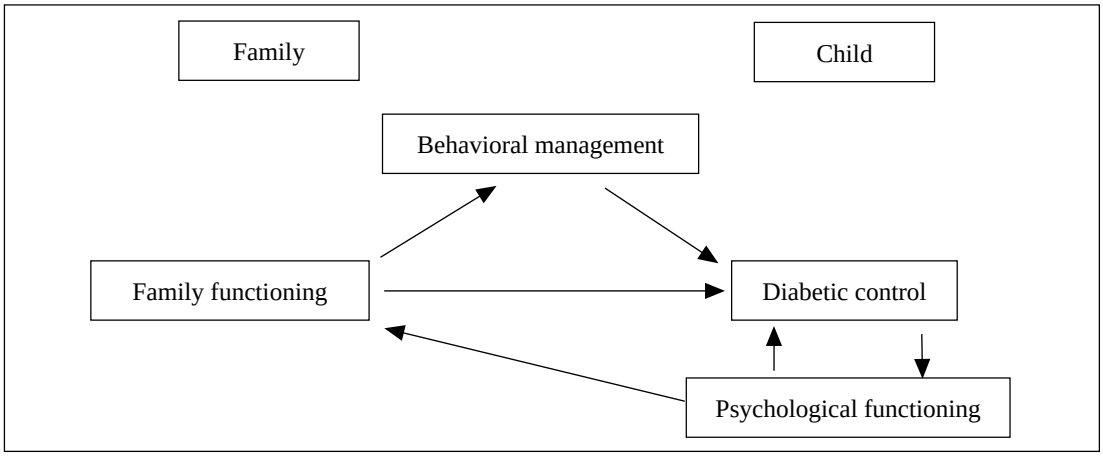
ชอบดูแลผู้ป่วย

การเปรียบเทียบคะแนน DFBC ก่อนและหลังจากการทำกลุ่มบำบัด พบว่าคะแนน DFBC ด้านบวกเพิ่มมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (30.3 ± 6.0 vs 34.3 ± 4.9, $p < 0.01$) ส่วนคะแนน DFBC ด้านลบไม่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (17.9 ± 4.2 vs 17.5 ± 3.4, $p = 0.23$)

ส่วนผลการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ก่อนและหลังจากที่พ่อแม่เข้ากลุ่มบำบัดแล้ว พบว่าระดับ HbA1C ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (8.4 ± 2.3 Vs 8.2 ± 1.1, $p = 0.96$) และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบเฉพาะผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยมานานมากกว่า 1 ปีขึ้นไป ซึ่งมีอยู่จำนวน 8 คน พบว่าระดับ HbA1C ไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกัน (7.7 ± 1.6 Vs 8.1 ± 1.2, $p = 0.33$) และในระยะเวลา 6 เดือนนี้ไม่มีผู้ป่วยคนใดที่เกิดภาวะแทรกซ้อนจนต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล

วิจารณ์

จากผลการศึกษานี้พบว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวบางด้านจากการประเมินโดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory (CFI)[49] มีความสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การทำหน้าที่ของครอบครัวในด้าน การทำหน้าที่ทั่วไป และบทบาท สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ หมายความว่า ครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ทั่วไปดีและสมาชิกในครอบครัวแสดงบทบาทของตนเองอย่างเหมาะสมกับสถานภาพ ผู้ป่วยจะมีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี นอกจากนี้ครอบครัวที่มีการสื่อสารดีก็มีแนวโน้มว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีเช่นเดียวกัน ซึ่งการทำหน้าที่ของครอบครัวนี้อาจสัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดโดยตรง หรือการทำหน้าที่ของครอบครัวมีผลต่อพฤติกรรมในครอบครัวที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษาแล้วจึงมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด (ภาพที่ 1) ดังที่ Marteau และคณะ[28] ได้เสนอไว้



ภาพที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

จากผลการศึกษานี้ยังพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้าน การทำหน้าที่ทั่วไป และการสื่อสาร สัมพันธ์กับพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน (DFBC) ด้านบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หมายความว่าครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ทั่วไปและมีการสื่อสารในครอบครัวดี พ่อแม่จะมีพฤติกรรมที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษา คือ มีพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวานด้านบวกมาก ซึ่งแบบสอบถาม DFBC นั้นส่วนใหญ่เป็นเรื่องเกี่ยวกับการสื่อสารระหว่างพ่อแม่กับผู้ป่วย และการที่คะแนน DFBC ด้านบวกนี้สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด แสดงว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวส่งผลต่อพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน ซึ่งทั้งการทำหน้าที่ของครอบครัวและพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน (DFBC) ด้านบวกนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษาและส่งผลถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยด้วย ตามรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัวและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดที่ Marteau เสนอ ดังนั้นจิตแพทย์เด็กและวัยรุ่นซึ่งอาจอยู่ในทีมผู้รักษาผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลิน หรือได้รับการปรึกษาจากกุมารแพทย์ จึงจำเป็นต้องประเมินและให้ความสำคัญกับการทำหน้าที่ของครอบครัว โดยเฉพาะในด้านการทำหน้าที่ทั่วไป การสื่อสาร และบทบาท รวมทั้งพฤติกรรมในครอบครัวที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาโรคของผู้ป่วย นอกไปจากการประเมินสภาพจิตใจของผู้ป่วยด้วย

การที่คะแนน DFBC ด้านลบไม่สัมพันธ์กับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นต่างจากผลการศึกษาของ Schafer และคณะ[21] ที่พบว่า คะแนน DFBC ด้านลบสามารถทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วยในการร่วมมือต่อการรักษา ในการศึกษาของ Schafer นั้นผู้ป่วยเป็นผู้ตอบแบบสอบถามเอง แต่ในการศึกษานี้พ่อแม่เป็นผู้ตอบแบบสอบถามเองจึงอาจตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมด้านลบน้อยกว่าความเป็นจริง (คะแนน DFBC ด้านลบเฉลี่ย 17.9 ± 4.2 คะแนน จากคะแนนสูงสุด 35 คะแนน)

จากผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ผู้ป่วยเด็กที่เป็นโรคเบาหวานในรูปแบบ group education และ group psychotherapy[48] โดยมีวัตถุประสงค์ตามที่กล่าวในหัวข้อวิธีการศึกษาสามารถช่วยให้พ่อแม่มีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน (DFBC) ด้านบวกเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมในครอบครัวที่ช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษา แม้ว่าการทำกลุ่มบำบัดยังไม่สามารถลดพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน (DFBC) ด้านลบและช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นก็ตาม แต่การที่พ่อแม่มีพฤติกรรมด้านบวกอย่างสม่ำเสมอจะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือต่อการรักษามากขึ้น และเป็นปัจจัยที่ช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นในระยะยาว การที่พ่อแม่ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมในครอบครัวด้านลบค่อนข้างต่ำก็อาจเป็นสาเหตุที่ทำให้คะแนน DFBC ด้านลบไม่มีการเปลี่ยนแปลง

การประเมินผลโครงการกลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินนี้ ใช้ตัวแปรอื่นตามวัตถุประสงค์ในการทำกลุ่มบำบัดแต่ละครั้งด้วย พบว่ากลุ่มบำบัดช่วยให้พ่อแม่สามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือต่อการรักษาและปัญหาพฤติกรรมอื่นได้ สามารถปรับตัวต่อการที่ลูกเป็นโรคเบาหวานได้ดีขึ้น และครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และจากการให้พ่อแม่บรรยายความรู้สึกและประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ากลุ่มบำบัด พบว่าพ่อแม่มีความรู้สึกด้านบวกและได้รับประโยชน์จากการเข้ากลุ่มบำบัดในด้านต่าง ๆ ค่อนข้างมาก หลายครอบครัวได้มีการช่วยเหลือให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน และทุกครอบครัวต้องการให้มี

การทำกลุ่มบำบัดต่อไป ดังนั้นกลุ่มบำบัดสำหรับพ่อแม่ของเด็กที่เป็นโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินจึงนับเป็นการดูแลช่วยเหลือด้านจิตสังคมอีกรูปแบบหนึ่งที่เป็นการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบองค์รวมเพื่อช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพดียิ่งขึ้น

การวิจัยนี้มีข้อจำกัด ได้แก่

1. มีจำนวนผู้ป่วยค่อนข้างน้อย อาจทำให้การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ของครอบครัว พฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวาน และการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดนั้นพบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวในบางด้านเท่านั้นที่มีผลต่อพฤติกรรมในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด

2. เป็นการศึกษาที่ไม่มีกลุ่มควบคุม

3. พ่อแม่ที่เข้าร่วมกลุ่มบำบัดเป็นพ่อแม่ที่มีความสนใจและเต็มใจจึงมักเป็นพ่อแม่ที่เข้าใจถึงความสำคัญของครอบครัวต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยอยู่แล้ว และผลจากการศึกษานี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งของโครงการสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดพึ่งอินซูลินที่ยังมีการดูแลช่วยเหลือด้านจิตสังคมรูปแบบอื่นด้วย เช่น การให้คำแนะนำปรึกษาเฉพาะบุคคล การเยี่ยมบ้าน และการเยี่ยมโรงเรียน เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. Amos AF, McCarty DJ, Zimmet P. The rising global burden of diabetes and its complications: estimates and projections to the year 2010. Diabetic Med 1997; 14(Suppl 5):1-8.
2. Anderson RM. Is the problem of compliance all in our heads? Diabetes Educ 1985;11:31-4.
3. American Diabetes Association. Standards of medical care for patients with diabetes mellitus. Diabetes Care 1998; 21(Suppl 1):23-31.
4. Gath A, Smith MA, Baum JD. Emotional, behavioral, and educational disorders in diabetic children. Arch Dis Child 1980; 55:371-5.
5. Kovacs M, Feinberg TL, Paulauskas S, et al. Initial coping responses and psychosocial characteristics of children with IDDM. J Pediatr 1985; 106:827-34.
6. Close H, Davies AG, Price DA, Goodyer IM. Emotional difficulties in diabetes mellitus. Arch Dis Child 1986; 61:337-40.
7. Blanz BJ, Schmidt MH. IDDM is a risk factor for adolescent psychiatric disorders. Diabetes Care 1993; 16:1579-86.
8. Kovacs M, Goldston D, Oblosky DS. Major depressive disorder in youths with IDDM. Diabetes Care 1997; 20:45-50.
9. Rodin GM, Daneman D. Eating disorder and IDDM: a problematic association. Diabetes Care 1992; 15: 1402-12.
10. Kovacs M, Iyengar S, Goldston D, et al. Psychological functioning among mothers of children with IDDM: a longitudinal study. J Consult Clin Psychol 1990; 58:189-95.
11. Johnson SB. Annotation: psychological aspects of childhood diabetes. J Child Psychol Psychiatry 1988; 29: 729-38.
12. Hanson CL. The health of children with IDDM: a shift to family-centered and community-based care. Diabetes Spectrum 1994; 7:390-2.
13. Hanson CL, Schinkel AM, de Guire MJ, Kolterman OG. Empirical validation for a family-centered model of care. Diabetes Care 1995; 18:1347-56.
14. Jacobson AM. The psychological care of patients with IDDM. N Engl J Med 1996; 334:1249-53.
15. Golden MP. Incorporation of quality-of-life considerations into intensive diabetes management protocols in adolescents. Diabetes Care 1998; 21:885-6.

16. Diabetes Control and Complication Trial Research Group. Effect of intensive diabetes treatment on the development and progression of long-term complications in adolescents with IDDM: Diabetes Control and Complication Trial. J Pediatr 1994; 125: 177-88.
17. Thompson CJ, Gould C, Cummings FR, et al. How have patients reacted to the implications of the DCCT? Diabetes Care 1996; 19:876-9.
18. Diabetes Control and Complication Trial Research Group. Influence of intensive diabetes treatment on quality-of-life outcomes in the diabetes control and complication trial. Diabetes Care 1996; 19:195-203.
19. Tamborlane WV, Ahern JA. Implications and results of DCCT. Pediatr Clin N Am 1997; 44:285-300.
20. Schafer LC, McCaul KD, Glasgow RE. Supportive and nonsupportive family behaviors: relationships to adherence and metabolic control in persons with type I diabetes. Diabetes Care 1986; 9:179-85.
21. Schafer LC, Glasgow RE, McCaul KD, Dreber M. Adherence to IDDM regimens: relationship to psychosocial variables and metabolic control. Diabetes Care 1983; 6:493-8.
22. Hanson CL, Henggeler SW, Burghen GA. Model of associations between psychosocial variables and health-outcome measures of adolescents with IDDM. Diabetes Care 1987; 10:752-8.
23. Lloyd CE, Robinson N, Stevens LK, Fuller JH. The relationship between stress and the development of diabetic complications. Diabetes Med 1990; 8:146-50.
24. Delamater AM, Cox DJ. Psychosocial stress, coping and diabetes. Diabetes Spectrum 1994; 7:18-49.
25. Viner R, McGrath M, Trudinger P. Family stress and metabolic control in diabetes. Arch Dis Child 1996; 74:418-21.
26. Anderson BJ, Miller JP, Auslander WF, Santiago JV. Family characteristics of diabetic adolescents: relationships to metabolic control. Diabetes Care 1981; 4:586-94.
27. Waller DA, Chipman JJ, Hardy BW, et al. Measuring diabetes-specific family support and its relation to metabolic control: a preliminary report. J Am Acad Child Psychiatry 1986; 25:415-6.
28. Marteau TM, Bloch S, Baum JD. Family life and diabetic control. J Child Psychol Psychiatry 1987; 28:823-3.
29. Kovacs M, Kass RE, Schnell TM, et al. Family functioning and metabolic control of school-aged children with IDDM. Diabetes Care 1989; 12:409-14.
30. Newbrough JR, Simpkins CG, Maurer H. A family development approach to studying factors in the management and control of childhood diabetes. Diabetes Care 1985; 8:83-92.
31. Cerreto MC, Travis LB. Implications of psychosocial and family factors in the treatment of diabetes. Pediatr Clin N Am 1984; 31:689-710.
32. Gross AM, Johnson WG, Wildman H, Mullett N. Coping skills training with insulin-dependent pre-adolescent diabetics. Child Behav Ther 1982; 3:141-53.
33. Marrero DG, Myers GL, Golden MP, et al. Adjustment to misfortune: the use of a social support group for adolescent diabetics. Pediatr Adoles Endocrinol 1982; 10:213-8.
34. Kaplan RM, Chadwick MW, Schimmel LE. Social learning intervention to promote metabolic control in type I diabetes mellitus: pilot experimental results. Diabetes Care 1985; 8:152-5.
35. Padgett D, Mumford E, Hynes M, et al. Meta-analysis of the effects of educational and psychosocial interventions on management of diabetes mellitus. J Clin Epidemiol 1988; 41:1007-30.

36. Anderson BJ, Wolf FM, Burkhart MT, et al. Effects of peer-group intervention on metabolic control of adolescents with IDDM: randomized outpatient study. Diabetes Care 1989; 12:179-83.
37. Rubin RR, Peyrot M, Saudek CD. Effects of diabetes education on self-care, metabolic control, and emotional well-being. Diabetes Care 1989; 12:673-9.
38. Satin W, La Greca AM, Zigo MA, Skyler JS. Diabetes in adolescence: effects of multifamily group intervention and parent simulation of diabetes. J Pediatr Psychol 1989; 14:259-75.
39. Dalamater AM, Buff J, Davis SG, et al. Randomized prospective study of self-management training with newly diagnosed diabetic children. Diabetes Care 1990; 13:492-8.
40. Mendez FJ, Belendez M. Effects of a behavioral intervention on treatment adherence and stress management in adolescents with IDDM.Diabetes Care 1997; 20:1370-5.
41. Grey M, Boland EA, Davidson M, Tamborlane WV. Coping skills training for youth with diabetes mellitus has long-lasting effects on metabolic control and quality of life. J Pediatr 2000; 137:107-13.
42. Jacobson AM, Adler AG, Derby L, et al. Clinic attendance and glycemic control: study of contrasting groups of patients with IDDM. Diabetes Care 1991; 14:599-601.
43. Sherbourne CD, Hays RD, Ordway L, et al. Antecedents of adherence to medical recommendations: results from the Medical Outcomes Study. J Behav Med 1992; 15:447-68.
44. Ciechanowski PS, Katon WJ, Russo JE, Walker EA. The patient-provider relationship: attachment theory and adherence to treatment in diabetes. Am J Psychiatry 2001; 158:29-35.
45. Jacobson AM, Hauser ST, Willett J, et al. Consequences of irregular versus continuous medical follow-up in children and adolescents with IDDM. J Pediatr 1997; 131:727-33.
46. Fonagy P, Moran GS, Lindsay MK, et al. Psychological adjustment and diabetic control. Arch Dis Child 1987;62:1009-13.
47. Cox DJ, Gonder-Frederick L. Major developments in behavioral diabetes research. J Consult Clin Psychol 1992; 60:628-38.
48. ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์, รณชัย คงสกนธ์. กลุ่มจิตบำบัดสำหรับคนไข้ใน. กรุงเทพมหานคร. สหประชาพาณิชย์, 2542.
49. อุมาพร ตรังคสมบัติ. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง, 2540.

Group Therapy for Parents of Children with Insulin Dependent Diabetes Mellitus

*Sirichai Hongsanguansri, M.D.** *Jintana Ha-upala, B.N.S.***
*Porntip Taechanivate, B.Sc.(Nursing)*** *Jarinya Prempreungves, B.N.S.***
*Somsong Churaitatsanee, M.S.(Family health)*** *Sunard Taechangam, Ph.D.****
*Chittiwat Suprasongsin, M.D.****

Abstract

Objective To study the relationships between family functioning, diabetic specific family behaviors, and metabolic control; and to develop group therapy for parents of children with IDDM and examine its efficacy on diabetic specific family behaviors and metabolic control.

Method Chulalongkorn Family Inventory (CFI) and Diabetic Family Behavior Checklist (DFBC) were used to assess family function and diabetic specific family behaviors, respectively. Metabolic control was determined by HbA1C level. DFBC and HbA1C level were assessed again after 6 sessions of group therapy.

Results Two aspects of family function significantly correlated with metabolic control were general functioning ($r = -0.71$, $p = 0.04$) and role ($r = -0.75$, $p = 0.03$). Communication was marginally related to HbA1C level ($r = -0.64$, $p = 0.08$). Family functions that were related to positive DFBC scores were general functioning ($r = 0.72$, $p = 0.04$) and communication ($r = 0.78$, $p = 0.02$). Higher positive DFBC scores were associated with better metabolic control ($r = -0.75$, $p = 0.03$), but not for negative DFBC scores ($r = 0.29$, $p = 0.49$). After 6 sessions of monthly parental group therapy, positive DFBC scores of 10 diabetic family were significantly increased (30.3 ± 6.0 vs 34.3 ± 4.9, $p < 0.01$), but there were no significant changes for negative DFBC scores (17.9 ± 4.2 vs 17.5 ± 3.4, $p = 0.23$) and HBA1C level (8.4 ± 2.3 vs 8.2 ± 1.1, $p = 0.96$).

Conclusions There was a significant relationship between family function, diabetic specific family behaviors, and metabolic control in Thai children with IDDM. Parental group therapy should be included as one of the psychosocial interventions for diabetic family to improve supportive diabetic specific family behaviors. **J Psychiatr Assoc Thailand 2001; 46(4):323-333.**

Key words: Insulin dependent diabetes mellitus, Family, group therapy

*Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400
**Division of Ambulatory Nursing, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400
***Research Center, Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Bangkok 10400