บทความวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักไหม อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

สายสวาท พวงศิริ[1]

Received: 8 เม.ย. 69
Revised: 20 พ.ค.. 69
Accepted: 22 มิ.ย.69

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด วิเคราะห์แนวทางการดูแลจากมุมมองของผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรสาธารณสุข พัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน และประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบ ดำเนินการ 3 ระยะ กลุ่มตัวอย่างเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีค่า HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป จำนวน 318 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยผู้ป่วย ผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประเมินรูปแบบจำนวน 85 คน เครื่องมือ ได้แก่ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินรูปแบบ และแบบบันทึกข้อมูลทางคลินิก วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา สหสัมพันธ์ การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัยพบว่าความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชนส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานทำนายค่า HbA1c อย่างมีนัยสำคัญ (B = -0.076, β = -.177, p = .002) โดยแบบจำลองอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.6 รูปแบบที่พัฒนาขึ้นเรียกว่า Phakmai Diabetes Care Model (PDC Model) ประกอบด้วยการให้ความรู้แบบกลุ่ม การติดตามโดย อสม. การให้คำปรึกษาครอบครัว และระบบบันทึกติดตามข้อมูลรายบุคคล ภายหลังใช้รูปแบบ คะแนนความรู้เพิ่มจาก 11.69 เป็น 15.31 พฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มจาก 3.05 เป็น 3.64 การสนับสนุนจากครอบครัวเพิ่มจาก 3.16 เป็น 3.70 การสนับสนุนจากชุมชนเพิ่มจาก 3.01 เป็น 3.60 และ HbA1c ลดจากร้อยละ 8.65 เป็น 7.79 ทุกผลลัพธ์แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ (p < .001) คะแนนการยอมรับภาพรวมเท่ากับ 4.74 (SD = 0.12) สรุปว่า PDC Model เหมาะสมกับบริบทชนบทและมีศักยภาพต่อการประยุกต์ใช้ในระบบบริการปฐมภูมิ

คำสำคัญ: เบาหวานชนิดที่ 2, การควบคุมระดับน้ำตาล, รูปแบบการดูแล, ครอบครัวและชุมชน, การวิจัยแบบผสมผสาน

[1]นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลผักไหม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์
email: [Saisawat.p1973@gmail.com]

Research article

Development of a Comprehensive Care Model for Patients with Uncontrolled Type 2 Diabetes Mellitus at Phak Mai Subdistrict Health Promoting Hospital, Sikhoraphum District, Surin Province

Saisawat Puangsiri[1]

Abstract

This mixed-methods study aimed to examine factors associated with poor glycaemic control, explore care needs from the perspectives of patients, families, and healthcare providers, develop a family- and community-engaged care model, and evaluate its appropriateness and effectiveness. The study comprised three phases. The quantitative sample included 318 adults with type 2 diabetes and HbA1c ≥7.0%; qualitative participants included patients, caregivers, village health volunteers, and healthcare personnel. Eighty-five stakeholders evaluated the model. Data were collected using questionnaires, semi-structured interviews, focus groups, evaluation forms, and clinical records, and analysed using descriptive statistics, correlation, multiple linear regression, paired-samples t-tests, and content analysis. Diabetes knowledge, self-care, family support, and community support were generally moderate. Diabetes knowledge independently predicted lower HbA1c (B = -0.076, β = -.177, p = .002), although the model explained 4.6% of the variance. The Phakmai Diabetes Care Model (PDC Model) comprised group education, follow-up by village health volunteers, family counselling, and an individual health-information monitoring system. After implementation, knowledge increased from 11.69 to 15.31, self-care from 3.05 to 3.64, family support from 3.16 to 3.70, and community support from 3.01 to 3.60; mean HbA1c decreased from 8.65% to 7.79% (all $p < .001$). Overall stakeholder acceptance was high (Mean = 4.74, SD = 0.12). The PDC Model is context-responsive and potentially adaptable to comparable rural primary-care settings.

Keywords: type 2 diabetes mellitus, glycaemic control, care model, family and community engagement, mixed methods

[1]Public Health Technical Officer, Professional Level, Phak Mai Subdistrict Health Promoting Hospital, Sikhoraphum District Public Health Office, Surin Province, Thailand, email: [Saisawat.p1973@gmail.com]

บทนำ

โรคเบาหวานชนิดที่ 2 เป็นโรคเรื้อรังที่ต้องอาศัยการจัดการตนเองอย่างต่อเนื่อง ควบคู่กับการรักษาและการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน เป้าหมาย HbA1c สำหรับผู้ใหญ่จำนวนมากมักต่ำกว่าร้อยละ 7 แต่ควรปรับเป็นรายบุคคลตามอายุ โรคร่วม และความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลต่ำ (American Diabetes Association Professional Practice Committee, 2025; สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ, 2566). หลักฐานร่วมสมัยสนับสนุนว่า Diabetes Self-Management Education and Support ช่วยเพิ่มความรู้ ทักษะการตัดสินใจ และการปฏิบัติตน รวมทั้งลด HbA1c ได้ โดยผลลัพธ์มีแนวโน้มดีขึ้นเมื่อมีการติดตามต่อเนื่องและเชื่อมการสนับสนุนจากครอบครัวกับชุมชน (Bekele et al., 2021; Davis et al., 2022; Powers et al., 2020).

ตำบลผักไหมมีผู้ป่วยเบาหวานขึ้นทะเบียน 473 คน ในปี 2567 แต่ควบคุม HbA1c ได้เพียง 155 คน ร้อยละ 32.76 ขณะที่ 318 คน ร้อยละ 67.24 มี HbA1c ตั้งแต่ร้อยละ 7 ขึ้นไป สถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนช่องว่างด้านความรู้เชิงปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ การสนับสนุนในครัวเรือน และความต่อเนื่องของการติดตามในชุมชน การดูแลที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางจึงควรเชื่อมผู้ป่วย ครอบครัว อสม. ชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิผ่านระบบข้อมูลและบทบาทที่ชัดเจน การศึกษานี้ใช้วิธีวิจัยแบบผสมผสานเพื่อพัฒนารูปแบบที่ตอบสนองต่อบริบทจริงของพื้นที่และประเมินทั้งผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม สังคม และคลินิก

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
2. วิเคราะห์แนวทางการดูแลจากมุมมองผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากร
3. พัฒนารูปแบบการดูแลที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน
4. ประเมินความเหมาะสมและประสิทธิผลของรูปแบบ

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบและระยะการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบผสมผสานเชิงพัฒนา 3 ระยะ ได้แก่ ระยะสำรวจสถานการณ์และปัจจัย ระยะออกแบบและพัฒนารูปแบบโดยบูรณาการผลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ และระยะทดลองใช้และประเมินผลก่อน-หลัง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเชิงปริมาณเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ขึ้นทะเบียนในพื้นที่และมี HbA1c ≥7.0% จำนวน 318 คน ผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพประกอบด้วยผู้ป่วย สมาชิกครอบครัวหรือผู้ดูแล อสม. และบุคลากรสาธารณสุข ผู้ประเมินรูปแบบ 85 คน ประกอบด้วยผู้นำชุมชน 11 คน ผู้บริหารหรือสมาชิก อบต. 14 คน อสม. 55 คน และบุคลากร รพ.สต. 5 คน

เครื่องมือและการวิเคราะห์ข้อมูล

เครื่องมือประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชน แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง แนวคำถามสนทนากลุ่ม แบบประเมินรูปแบบ และแบบบันทึก HbA1c วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา Spearman correlation การถดถอยพหุคูณเชิงเส้น และ paired t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์ เลขที่ 124/2568

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้ป่วย 318 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 60.20 ปี ส่วนใหญ่จบประถมศึกษาและประกอบ

อาชีพเกษตรกรรม ระยะเวลาป่วยเฉลี่ย 8.02 ปี ค่า HbA1c เฉลี่ยก่อนพัฒนารูปแบบ 8.70% ความรู้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว และการสนับสนุนจากชุมชนส่วนใหญ่อยู่ระดับปานกลาง การถดถอยพหุคูณพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานสัมพันธ์กับ HbA1c ในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญ (B = -0.076, β = -.177, p = .002) แต่แบบจำลองอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 4.6 สะท้อนว่าการควบคุมระดับน้ำตาลเป็นผลจากปัจจัยหลายระดับ มิใช่ความรู้เพียงด้านเดียว

2. ข้อค้นพบเชิงคุณภาพ

ประเด็นหลักประกอบด้วย ความรู้ที่มีแต่ยังนำไปใช้ได้ไม่สม่ำเสมอ การควบคุมอาหารตามวิถีครัวเรือนที่ทำได้ยาก การติดตามที่ขาดความต่อเนื่อง ครอบครัวยังไม่มีบทบาทชัดเจน อสม. ต้องการแนวทางติดตามที่เป็นระบบ และข้อมูลระหว่างชุมชนกับหน่วยบริการยังเชื่อมโยงไม่เต็มที่ ข้อเสนอร่วมคือการให้ความรู้ที่เน้นการลงมือทำ การติดตามรายบุคคล การปรึกษาครอบครัว และระบบข้อมูลที่ใช้ร่วมกัน

3. PDC Model

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานตำบลผักไหม (Phakmai Diabetes Care Model: PDC Model) มี 4 องค์ประกอบหลัก ดังตารางที่ 1

องค์ประกอบ	กิจกรรมสำคัญ	กลไกผลลัพธ์
การให้ความรู้แบบกลุ่ม	อาหาร ยา กิจกรรมทางกาย การเฝ้าระวังอาการ และการตั้งเป้าหมาย	เพิ่มความรู้และทักษะเชิงปฏิบัติ
การติดตามโดย อสม.	เยี่ยมบ้าน เตือนยา เตือนนัดสังเกตความเสี่ยงและส่งต่อข้อมูล	เพิ่มความต่อเนื่องของการดูแล
การปรึกษาครอบครัว	กำหนดบทบาทด้านอาหาร กำลังใจ การเดินทางและการติดตาม	เพิ่มแรงสนับสนุนในครัวเรือน
ระบบข้อมูลรายบุคคล	บันทึกพฤติกรรม HbA1c ปัญหา และแผนติดตาม	เชื่อมชุมชนกับหน่วยบริการ

4. ประสิทธิผลของรูปแบบ

ตัวแปร	ก่อนใช้ Mean ± SD	หลังใช้ Mean ± SD	t	p
ความรู้	11.69 ± 1.98	15.31 ± 2.22	75.41	< .001
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	3.05 ± 0.21	3.64 ± 0.23	87.25	< .001
การสนับสนุนจากครอบครัว	3.16 ± 0.34	3.70 ± 0.38	56.11	< .001
การสนับสนุนจากชุมชน	3.01 ± 0.41	3.60 ± 0.46	56.06	< .001
HbA1c (%)	8.65 ± 0.95	7.79 ± 0.99	-58.75	< .001

ภายหลังใช้รูปแบบ ตัวชี้วัดด้านความรู้ พฤติกรรม และการสนับสนุนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ขณะที่ HbA1c ลดลงเฉลี่ย 0.86 จุดร้อยละ ผลลัพธ์แสดงทิศทางเชิงบวกทั้งระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และคลินิก

อภิปรายผล

การที่ความรู้เป็นปัจจัยทำนาย HbA1c สอดคล้องกับหลักการ DSMES ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยเข้าใจโรคและใช้ข้อมูลในการตัดสินใจรายวัน อย่างไรก็ตาม ค่าอธิบายความแปรปรวนเพียงร้อยละ 4.6 ยืนยันว่าความรู้เป็นเงื่อนไขจำเป็นแต่ไม่เพียงพอ การควบคุมโรคยังขึ้นกับยา อาหาร สภาวะเศรษฐกิจ โรคร่วม แรงสนับสนุน และคุณภาพระบบติดตาม (Davis et al., 2022; Powers et al., 2020) การเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังใช้รูปแบบสอดคล้องกับการทบทวนอย่างเป็นระบบที่พบว่า DSME ช่วยลด HbA1c โดยเฉพาะเมื่อมีการสนับสนุนต่อเนื่องและปรับกิจกรรมตามบริบทของผู้ป่วย (Bekele et al., 2021). องค์ประกอบการตั้งเป้าหมาย การทบทวนพฤติกรรม และการติดตามรายบุคคลทำให้ความรู้ถูกแปลงเป็นการปฏิบัติจริงมากขึ้น การเพิ่มขึ้นของการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนสะท้อนว่าการจัดการโรคเรื้อรังเกิดขึ้นนอกสถานบริการเป็นส่วนใหญ่

การกำหนดบทบาทผู้ดูแลและ อสม. อย่างชัดเจน ช่วยลดช่องว่างระหว่างคำแนะนำกับชีวิตประจำวัน หลักฐานด้าน chronic care model และการใช้ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพชุมชนสนับสนุนแนวทางดังกล่าว (Goh et al., 2022; Hansotte et al., 2024) ค่า HbA1c ลดลง 0.86 จุดร้อยละเป็นผลลัพธ์ที่มีความหมายทางคลินิกและสอดคล้องกับกลไกของรูปแบบที่ทำงานพร้อมกันหลายระดับ อย่างไรก็ดี การออกแบบก่อน-หลังกลุ่มเดียวไม่สามารถตัดอิทธิพลของการเปลี่ยนแปลงยา การกลับสู่ค่าเฉลี่ย หรือปัจจัยร่วมอื่นได้ทั้งหมด จึงควรตีความเป็นหลักฐานประสิทธิผลเบื้องต้นและยืนยันด้วยการศึกษาแบบมีกลุ่มเปรียบเทียบ คะแนนการยอมรับสูงแสดงถึงความเหมาะสมเชิงบริบท ซึ่งเป็นเงื่อนไขสำคัญของการนำไปใช้จริง รูปแบบใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ ได้แก่ รพ.สต. อสม. ครอบครัว และระบบบันทึกที่ไม่ซับซ้อน จึงมีศักยภาพขยายผล แต่จำเป็นต้องกำหนดภาระงาน มาตรฐานข้อมูล และระบบกำกับติดตามเพื่อรักษาคุณภาพเมื่อขยายพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

การนำไปใช้

1. จัดทำทะเบียนผู้ป่วยเสี่ยงสูงและแผนติดตามรายบุคคลร่วมกันระหว่าง รพ.สต. กับ อสม.
2. กำหนดสมาชิกครอบครัวผู้รับผิดชอบหลักอย่างน้อยหนึ่งคนและใช้การปรึกษาครอบครัวเป็นส่วนหนึ่งของบริการประจำ
3. พัฒนาคู่มือ PDC Model แบบสั้น ชุดสื่ออาหารท้องถิ่น และแบบบันทึกที่เชื่อมต่อข้อมูล HbA1c การใช้ยา และพฤติกรรม
4. ติดตามผลอย่างน้อยทุก 3 เดือน พร้อมประชุมทบทวนกรณีที่ HbA1c ไม่ลดลงหรือมีภาวะแทรกซ้อน

การวิจัยครั้งต่อไป

ควรใช้การออกแบบกึ่งทดลองหรือการทดลองแบบกลุ่มเปรียบเทียบ ติดตามอย่างน้อย 12 เดือน ประเมินสัดส่วนผู้ที่บรรลุเป้าหมาย HbA1c ภาวะน้ำตาลต่ำ คุณภาพชีวิต ต้นทุน และความยั่งยืนของการดำเนินงาน รวมทั้งศึกษาการนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีจำนวน อสม. และทรัพยากรต่างกัน

ข้อจำกัด

การทดลองใช้เป็นแบบก่อน-หลังในกลุ่มเดียว การประเมินพฤติกรรมและการสนับสนุนบางส่วนใช้การรายงานตนเอง และดำเนินการในพื้นที่เดียว จึงยังไม่อาจสรุปเชิงสาเหตุหรืออ้างอิงไปยังทุกพื้นที่ได้

สรุป

PDC Model บูรณาการการจัดการตนเอง การสนับสนุนจากครอบครัว การติดตามโดย อสม. และระบบข้อมูลรายบุคคล หลังใช้รูปแบบ ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดีขึ้น แรงสนับสนุนเพิ่มขึ้น และ HbA1c ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ รูปแบบได้รับการยอมรับสูงและมีศักยภาพเป็นต้นแบบการดูแลเบาหวานที่ควบคุมไม่ได้ในระบบปฐมภูมิชนบท

เอกสารอ้างอิง

สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ และคณะ. (2566). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทยฯ.

นิยม ดีจันทร์, สุพัฒน์ กองศรีมา, นครินทร์ ประสิทธิ์, ณัฐพร นิจธรรมสกุล, และภูวนาถ ศรีสุธรรม. (2567). ผลของโปรแกรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/264873

ประสิทธิ์ โฉมวงศ์, พรรณี บัญชรหัตถกิจ, และทัศพร ชูศักดิ์. (2567). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 17(2), 240–253.

พูนทรัพย์ สมกล้า, สร้อยสุดา ครองปัญญา, และวริดา นามเชียงใต้. (2567). ผลของโปรแกรมการดูแลตนเองและการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อการควบคุมระดับ

น้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม, 21(1), 188–202.

วารี ไอยราคม. (2568). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับการติดตามด้วยแอพพลิเคชั่นไลน์ต่อพฤติกรรมและระดับน้ำตาลในเลือด. Science, Technology, and Social Sciences Procedia, 2025(1), CRF06.

สุนิภา ชินวุฒิ, จิตรา สุขเจริญ, และวีนะ อนุตรกุล. (2567). ผลของโปรแกรมการมีปฏิสัมพันธ์อย่างมีเป้าหมายต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือด. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 30(2), 94–106.

American Diabetes Association Professional Practice Committee. (2025). Glycemic goals and hypoglycemia: Standards of care in diabetes—2025. Diabetes Care, 48(Suppl. 1), S128–S145.

Bekele, B. B., Negash, S., Bogale, B., Tesfaye, M., Getachew, D., Weldekidan, F., & Balcha, B. (2021). Effect of diabetes self-management education on glycated hemoglobin among patients with type 2 diabetes: A systematic review and meta-analysis. Diabetes & Metabolic Syndrome, 15(1), 177–185.

Davis, J., Fischl, A. H., Beck, J., et al. (2022). 2022 National standards for diabetes self-management education and support. The Science of Diabetes Self-Management and Care, 48(1), 44–59.

Goh, L. H., Siah, C. J. R., Tam, W. W. S., Tai, E. S., & Young, D. Y. L. (2022). Effectiveness of the chronic care model for adults with type 2 diabetes in primary care: A systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews, 11, 273. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02117-w

Hansotte, E., et al. (2024). Impact of community health workers on diabetes management in a community-based program. Preventive Medicine Reports, 40, 102659. https://doi.org/10.1016/ j.pmedr.2024.102659

Powers, M. A., Bardsley, J. K., Cypress, M., et al. (2020). Diabetes self-management education and support in adults with type 2 diabetes: A consensus report. Diabetes Care, 43(7), 1636–1649. https://doi.org/10.2337/dci20-0023

World Health Organization. (2024, November 14). Diabetes. https://www.who.int/ news-room/fact-sheets/detail/diabetes