بررسی تأثیر آموزش در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتار

یمیاران دیابتی

مینو اسد زنده، ۱، زهرا فارسی، ۲، سهیل نجفی مهری، ۳، علی اکبر کریمی زارچیی، ۴

چکیده

مقدمه: دیابت یک بیماری مزمن است که تیازمینه مشارکت بیمار در فراگیر درمان می باشد. پیامد درمان به باورهای بهداشتی بیمار و درک وی از بیماری وابسته است. هدف از این مطالعه تعیین تأثیر مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد سلامت بر باورهای بهداشتی، آگاهی و رفتارهای مراقبت از خود بیماران مبتلا به دیابت بود.

روش‌ها: جمعیت مورد مطالعه بیماران دیابتی بستری در ۲ بیمارستان آموزشی تهران بودند که در یک مطالعه تجربی (کارآزمایی بالینی) در سال ۱۳۸۴-۸۵ مورد پرینسی گزارش گردید. ۴۴ بیمار به روش مبتل به هدف انتخاب شده و به طور تصادفی به دو گروه مورد و شاهد تخصیص شدند. بعد از تعیین نیازهای در چارچوب مدل اعتقاد سلامت، مداخله آموزشی در گروه مورد صورت گرفت. اطلاعات از طریق تکمیل پرسشنامه محقل ساخته طی مصاحبه جهه به چهاره و سازمان پائته با نمونه های منتخب در دو نوبت قبل از مداخله آموزشی و دو ماه بعد از آن جمع‌آوری گردید. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار توصیفی و شاخص‌های مرکزی آزمون‌های آماری پارامتریک و غیر پارامتریک بسته تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: قبل از مداخله، آزمون نیست مستند نتایج معنی‌داری را در متغیرهای دموگرافیکی و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در دو گروه نشان نداد (P>0.05). ولی بعد از مداخله همان آزمون بجز در بعده مواد و محتوای درک شده در سایر ابعاد، بین دو گروه نتایج معنی‌دار داشت (P<0.01). آزمون هایی که در شده و ریالکامون پس از مداخله افزایش معنی‌داری در میانگین و عبارت از آگاهی (از 11/53 به 17/38 به P<0.01)، حساسیت درک شده (از 20/56 در 17/54 به P<0.05) که کاهش نشده در شده (از 20/56 به 22/26 به P<0.01) و رفتارهای مراقبت از خود (از 93/52 به 117/56 به P<0.05) در بیماران گروه مداخله نشان دادند (P<0.05). ولی در گروه کنترل بجز در بعد آگاهی (P>0.05) در سایر ابعاد تغییر معنی‌داری مشاهده نشد (P>0.05).

نتیجه‌گیری: مداخله آموزشی در چارچوب مدل اعتقاد سلامت، ممکن است منجر به تغییر باورهای بهداشتی، آگاهی و به دنبال آن ارتقای رفتارهای مراقبت از خود بیماران دیابتی کردد.

واژگان کلیدی: آموزش، آگاهی، دیابت، رفتارهای مراقبت از خود. مدل اعتقاد سلامت، نگرش

1- دانشگاه علوم پزشکی بقیه‌آباد، تهران
2- دانشگاه علوم پزشکی ارشد جمهوری اسلامی ایران

*نشانه‌های: تهران، خیابان شهید باشا‌خانلر، کوچه هجه‌نی، پلاک ۷، واحد ۶، تلفن: ۸۷۷۴۳۳۶۴، پست الکترونیک: zahrafarsi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۸۵/۰۳/۲۳
تاریخ پذیرش: ۸۵/۱۲/۱۸
مقدمه
دیابت یک بیماری مزمن است و کنترل آن نیاز به تغییرات اساسی در سیستم زندگی بیماران دارد. انتظار می‌رود بیماران در حین انجام معرقاه جهت غیرانگاری و مصرف داروها را دشوار می‌بینند و کسانی که مشکل بیشتری دارند، یکادیده‌ای دارند که این بیماری با توجه به ممنوعیت بسیاری بیماران مبتلا به دیابت در سراسر جهان، میزان بروز اسکلتی این بیماری به خود اختصاصی اولیه ایده داشته به رشد خون آدامه به دواهد داد و حتی بالزکان از آن بیماری می‌شود که طی 25 سال این دیابت به علت اصلی ناکامی و مراکز در جهان تبدیل شود. [2] مشکلات ناشی از این بیماری دارای اثرات مستقیم و غیر مستقیم بر کیفیت زندگی است. یعنی با افزایش مشکلات ناشی از بیماری کیفیت زندگی کاهش می‌یابد. هدف از درمان‌های بیماری نیست اگر درمان‌های مستقیم به واسطه‌ای که در خون بدن بروز هیپوگلیکمی و احتمال جدی در شیوع زندگی و عفای عفای به‌پیش‌آوردن کاهش در ارگ‌های گروه مرطوب به‌دست آمده دانی به پردازه درمانی است، ولی این خود بیمار است که روزانه با مشکلات مربوط به زیاد ییکه درمانی مواجه است. به همین دلیل آموزش به بیمار و خانواده بیماری یکی از اجرا

روش‌ها
در این پژوهش که به صورت کارآزمایی بالینی در سال‌های 2018-2021 انجام شد، درمان بهبود اثرات در چهار بیمارستان آموزشی در تهران (بیمارستان‌های شریعتی، لقمان حکیم، خانواده و 101 ارشد) به روش مبنا بر هدف انتخاب شد و مورد بررسی قرار گرفتند. همچنین نمونه‌برداری در صورت و با استفاده از فرمول

\[ n = \left(1/\alpha^2+1/\sigma^2\right)S^2 \]

درصد و با استفاده از فرمول به‌کار گرفته 32 نفر برآورد گردید. در

3 Health Belief Model

1 World Health Organization

2 Burden Diabetes Mellitus
جهت تعیین اعتبار علمی پرسشنامه از روایی محتواً استفاده شد. بهینه برتری که با استفاده از مقادیر، متوسط و سایر مونیفیکه، پرسشنامه‌های معنی‌دار توده‌ساز در بسیاری از تحقیقات اندیکا پرسشنامه‌های تنظیم و سپس جهت تعیین روایی از 15 نفر از استادین شامل نظر در این خصوص نظر خواهی‌شان. مهم‌ترین
با افراد به نظری در زمینه بررسی سازی و آشنا به کیفیت بر
بهداشتی مشاورین نظارت گرفت. برای بررسی تغییرات
پیشنهادی، جهت ایجاد نهایی پرسشنامه به روش مورد استفاده قرار گرفت. جهت
تغییر پاسخ
عده‌ای از روی آزمون - آزمون مجدد استفاده شد. تغییر پاسخ
های دو مرحله از طریق تی تست و آزمون وایلکاکسن
تغییر گردید. تغییر نشان داد تنظیم ماندها، فاصله دو
پاسخ دهی به پرسشنامه ها در مرحله با فاصله دو
هنگه در هر یک از زمره آزمون ها در سطح
5/05 α = میانگین نیو بوده و ضریب همبستگی این نمرات دو مرحله
آزمون در خردی آزمون ها 97/69 تا 95/0 متغير بود.
اطلاعاتی از طریق تکمیل پرسشنامه طی مصاحبه ساختار
یافته چهار به چهار با نمونه های مناسب به در مرحله
قبل از مداخله آزمایش و 2 ماه بعد از آن جمع اوری
گرایش. پرسشنامه کارشناسان بررسی‌سازی آزمایش دیده
بودند که از قرار گرفت بیماران در دو گروه مورد و شاهد
اطلاعات نداشتند. محوریت برنامه آزمایش بر اساس اطلاعات
جمع‌آوری شده در پیش آزمون 1 طرح و با توجه به نتایج
در چارچوب مدل اطمینان سلامت تهیه و اجرای گردید. در
گروه هیچ نوع مداخله ای توسط پژوهشگر صورت
نگرفت. لازم به ذکر است که هر دو آزمون و شاهد
از نمونه‌های بستری در بیمارستان بوده و کلیه بیماران
تحت پوشش برنامه آزمایش بیمارستان‌های مذکور
قرار داشتند و مداخله توسط پژوهشگر فقط روی گروه
آزمون صورت گرفت. نمونه‌های که نمره بیش آزمون
نهايی با در نظر گرفتن احتمال 15% ریزش قابل قبول در
هر گروه. تعداد 71 نفر در مورد مطالعه قرار گرفتند.
شرایط ورود به مطالعه عبارت بودند از: گروه سنی
30 سال. عدم دریافت آموزش به شکل رسیمی در مورد
دبای، عدم وجود اختلالات خانوادگی، حافظه، عقاب مانندی که و هر نوع اختلالی
که مانع همکاری بیمار گردید و در روند آموزش تداخل
ایجاد نکند. پس از انتخاب نمونه هایی که شرایط ورود به
مطالعه را داشتند، بیماران به طور تصادفی به دو گروه
مورد و شاهد تقسیم شدند. با توضیح هدف پژوهش و
کسب رضایت از آنها جهت شرکت در تحقیق، اطلاعات
گردآوری شده و در مورد گونه توده، حفظ اسرار و
رایت حیم بیماران اطلاعات کافی به آنان داده شد.
همچنین حق خروج از مطالعه برای آنان محفوظ بود.
واحد طبی، مسئولین و یک بیماران در صورت
تمایل متولی از نتایج پژوهش مطلع شوند. ابزار
گردآوری اطلاعات پرسشنامه محقق ساخته متشکل بر
اطلاعاتی دو گروایی بود، ابعاد مدل اطمینان سلامت و
رفتارهای مرتبط با یک دانش دانش در زمینه کنترل دیابت
بود که بجز خوده آزمون مرتبط به آگاهی بیماران که به
صورت چهارگروهی ای طراحی شد، سایر قسمت‌ها بر
سامعی بیان تیک نظیم گردید. هر سوال دارای 5
گزینه و نمره آن بین 1 تا 5 متغير بود. اجزای پرسشنامه
عبارت بودند از:
1- سوالات مربوط به آگاهی در مورد دیابت، رژیم
غذایی و وزش (16 سوال، مجموع نمرات 16-100)
2- شدت درک شده نسبت به بیماری و عوارض آن (6
سوال، مجموع نمرات 30-40)
3- حساسیت درک شده (8 سوال، مجموع نمرات 40-70)
4- منافع درک شده (7 سوال، مجموع نمرات 35-70)
5- موانع درک شده (12 سوال، مجموع نمرات 60-120)
6- عوامل آزمایشی (5 سوال، مجموع نمرات 35-70)

به منظور ارزیابی رفتارهای مرتبط از خود بیماران در
زمینه کنترل دیابت، پرسشنامه‌ای مشتمل بر 29 سوال با
مجموع نمرات 145-290 تنظیم شد.

1 Content validity
2 Reliability
3 Test retest
4 T-test
5 Wilcoxon
6 Pre test
آن، علاوه دیابت، عوامل خطرمناسب، عوارض زودرس و دیسرس علائم و نجوم پیشگیری و کنترل ان، کنترل دیابت و پایش قند خون، مراقبت از یافتها، کنترل فشار خون و وزن، راهنمایی تغذیه و ورزش، درمان دارویی و ترک سیگار.

یک هفته بعد از آموزش پیگیری تلقین در گروه مداخله‌ی مغلوب گرفته و سوالات و مشکلات تحت‌البرویه برای می‌شود. دو ماه پس از مداخله‌ی آموزشی مجدداً پرسشنامه پس آموزش (post test) در دو گروه مورد و شاهد با مراجعه به منازل آنها تکمیل شد (نمودار 1). در نهایت اطلاعات توسط ترم افراد و پرسشنامه SPSS و پرایش 12 با استفاده از آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی، آزمون‌های آماری پارامتریک و نهای پارامتریک سواد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

آزمون

نحوه گزارش و اسانس پیشگیری (Mean±SD)

نحوه گزارش و اسانس پیشگیری (Mean±SD)

نحوه گزارش و اسانس پیشگیری (Mean±SD)

نحوه گزارش و اسانس پیشگیری (Mean±SD)

نحوه گزارش و اسانس پیشگیری (Mean±SD)

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکته‌ای پایدار بهشکل

انرژی ناقص از جهت نکте
جدول ۱- مقایسه گروه مداخله و کنترل قبل از مداخله

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه کنترل</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>تعداد(%)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>سن</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>جنس †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>زن</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مرد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت ناهال †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مجرد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مناهال †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مطلق</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بیوه</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>سطح تحصیلات †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بي سواد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>خواندن و نوشتن</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>زیر دیدم</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دیدم</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>تحصیلات دانشگاهی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>وضعیت اشکال †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کارمند</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ازداد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بیکار</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بازنشسته</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>نظامی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>خانه دار</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>درامد ماهیانه †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>کمتر از ۱۰۰ هزار</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۱۰۰ - ۲۰۰ هزار</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>۲۰۰ - ۳۰۰ هزار</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>بیشتر از ۳۰۰ هزار</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>مدت ابلاغ به بیمار †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ساله دیابت در پستگان درجه چک †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دارد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ندارد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>وجود عوارض بیماری †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دارد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>ندارد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>روش کنترل دیابت †</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>فقط رژیم غذایی</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>دارد</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>
| اختلاف میانگین نمرات دو گروه از نظر آماری معنی دار نبود(۵/۰۰>p>۴/۰۰). ** درامد ماهیانه بر حسب نویس نمی‌رود.
جدول 2- مقایسه ابعاد مدل و رفتار های مرافقت از خود در گروه مداخله و کنترل قبل از آزمون

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه کنترل</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>ابعاد مدل اعتقاد سلامت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانگین</td>
<td>میانگین</td>
<td>میانه</td>
</tr>
<tr>
<td>20/35±3/23</td>
<td>20/91±3/98</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>37/35±3/23</td>
<td>37/91±3/98</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>33/9±3/23</td>
<td>33/9±3/98</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>16/9±3/23</td>
<td>16/9±3/98</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>19/16±3/23</td>
<td>19/16±3/98</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>17/8±3/23</td>
<td>17/8±3/98</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>20/5±3/23</td>
<td>20/5±3/98</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>12±3/23</td>
<td>12±3/98</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>9/5±3/23</td>
<td>9/5±3/98</td>
<td>9/5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

جدول 3- مقایسه ابعاد مدل و رفتار های مرافقت از خود در گروه مداخله و کنترل بعد از آزمون

<table>
<thead>
<tr>
<th>گروه کنترل</th>
<th>گروه مداخله</th>
<th>ابعاد مدل اعتقاد سلامت</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>میانگین</td>
<td>میانگین</td>
<td>میانه</td>
</tr>
<tr>
<td>20/35±3/23</td>
<td>20/91±3/98</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>37/35±3/23</td>
<td>37/91±3/98</td>
<td>28</td>
</tr>
<tr>
<td>33/9±3/23</td>
<td>33/9±3/98</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>16/9±3/23</td>
<td>16/9±3/98</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>19/16±3/23</td>
<td>19/16±3/98</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>17/8±3/23</td>
<td>17/8±3/98</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>20/5±3/23</td>
<td>20/5±3/98</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>12±3/23</td>
<td>12±3/98</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>9/5±3/23</td>
<td>9/5±3/98</td>
<td>9/5</td>
</tr>
</tbody>
</table>


پایه‌ها

بر اساس نتایج حاصله، فاصله سنتی واحدهای پژوهش در سال‌های 1041 و 1042، برای مقایسه واحدهای پژوهش (24 درصد) منحل، خانه دار (24 درصد) و زن (42 درصد) بودند. سطح تحقیقات 0/2 درصد بیمارستان در حد خواندن و نوشتن بود. درصد آنان سایه‌داری در خواندن را ذکر کرده و 0/2 درصد میثلاً در واریز دیابت بودند. در یک مورد از فاکتورهای جمعیتی بیماران و ابعاد مدل اعتقاد سلامت در
بحث

نتایج نشان داد که آموزش در چارچوب مدل اعضا سلامت منجر به افزایش رفتارهای مناسب از خود در بیماران می‌گردد که با تاکید مطالعه آزمایشی که به بررسی کاربرد مدل اعضا operators تغییر رفتار بیماران دیابتیک پرداخته بود هماهنگ است [1]. همچنین نتایج حاکی از افزایش معنی داری در مبناگی نمرات آگاهی، شدت و حساسیت در نهایت شد و خودکارکرد بیماران بود که در این اباع نیز پژوهش با مطالعه اقلامی مطالعات دارد [1]. ولی در بعد موانع و منافع درک شده نمایندگی بیماران تغییر خاصی را نشان داد که از نظر آماری این تغییرات معنی دارد و با تاکید موانع مطالعات متغیرات است. به طوری که اقلامی مطالعه خود در بعد منافع درک شده، افرازی معنی دارد. در بعد موانع درک شده کاهش معنی دارد. از آور در مطالعه Koch [1] نیز درمطالعه که به بررسی نقش ورزش در بین زنان آمریکایی افریقایی تابی با مشکل دیابت، می‌تواند قبلاً ارائه داد. به گزارش باورنکننده که در این پژوهش قبل از آموزش، رفتار افراد در دوره منافع درک شده بسیار بالا و در مورد منافع درک شده بسیار پایین بود و تغییرات بیماران در اثر آموزش ناجیز

1 follow test
در بیماران دیابتی از این مدل استفاده شود و مداخلات
چند مرحله ای و طولانی مدت جهت تغییر سبک زندگی
بیماران طرح رژیم گردید.

1. & R. "Change Theories Health Belief Model
(Detailed)", the communication initiative. Last
2. & A. Prevention and early
detection of vascular complications of diabetes.
3. & A. Strategies to facilitate lifestyle
change associated with diabetes mellitus.
4. & A. The role of exercise in the African-
American women with type II diabetes mellitus: application of health belief model.
5. & A. Diabetic's knowledge of the disease and their
management behavior. Eastern Mediterranean
6. & A. The health belief model
applied to understanding diabetes regimen
compliance. Diabetes Educator 1975; 8: 41-
47.