

Diyabet Hastalarına Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Sağlık İncasına, Öz Etkililik Algısına ve Karar Verme Düzeyine Etkisi*

The Effect of Education Given to Patients with Diabetes in Line with Health Belief Model on Their Health Belief, Perception of Self-Efficacy and Decision Making Level

Merve Aydoğar Takcı¹, Gülay Yıldırımⁱⁱ

ⁱ Uzman Hemşire, MSc, Gürün Devlet Hastanesi, Kalite Yönetim Birimi, <https://orcid.org/0000-0003-0471-8610>

ⁱⁱ Doç.Dr., Sivas Cumhuriyet Üniversitesi, Tıp Tarihi ve Etik Anabilim Dalı., <https://orcid.org/0000-0002-9589-7134>

ÖZ

Amaç: Bu araştırma diyabet hastalarına Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaların sağlık incasına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tek gruplu yarı deneysel nitelikteki çalışmanın örnekleme güç analizi sonucu 30 birey alınmıştır (15.08.2016 /15.11.2016). Veriler Hasta Tanıtım Formu, Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği ve Melbourne Karar Verme Ölçeği ile toplanmıştır. Ölçekler uygulandıktan sonra bireylere diyabet eğitimi verilmiştir. Eğitimden 21 gün sonra ölçekler yeniden aynı bireylere uygulanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde Kolmogorov Smirnov, Tukey Testi Kolerasyon Analizi kullanılmıştır ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır.

Bulgular: Bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Öz Etkililik Ölçeği ve Karar Verme Ölçeği puan ortalamaları arasında eğitim sonrasında eğitim öncesine göre istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p= 0,001$). Verilere göre diyabet hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile diyabet yönetimine ilişkin Öz etkililik Ölçeği arasında ve Öz Etkililik Ölçeği ile Karar Verme Ölçeği arasında orta düzeyde anlamlı pozitif bir ilişkisaptanmıştır. ($r= 0,638$ $p= 0,001$).Araştırmaya 15 kadın 15 erkek katıldı.

Sonuç: Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalamaları yüksek olan katılımcıların diyabet yönetimine ilişkin öz etkililik düzeyleri artmakta, özetkililik düzeyleri arttıkça hastalar daha yüksek özsayı ile karar almaktadırlar. Hemşirelik uygulamalarında Sağlık İnanç Modelinin yaygın kullanımı bakım etiği çerçevesinde artırılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Hemşirelik, karar verme, öz etkililik, sağlık incancı

ABSTRACT

Objective: This research was conducted to determine the effect of education given to patients with diabetes in line with health belief model on their health belief, perception of self-efficacy and decision making.

Methods: The research is semi-experimental with a single group. In the study conducted, 30 individuals were sampled as a result of the power analysis. The data were collected using the Patient Presentation Form, the Health Belief Model: Evaluation of a Diabetes Scale, the Diabetes Management Self-efficacy Scale and the Melbourne Decision Making Questionnaire. Diabetes education was given to Individuals after scales were applied. After 21 days of education, the scales were reapplied to the same individuals. Kolmogorov Smirnov, Tukey Test, and Correlation Analysis were used in the evaluation of the data, and the level of error was taken as 0.05.

Results: There was a statistically significant difference between health belief model scale, self efficacy scale and decision making scale mean scores according to before and after education ($p=0.001$). There was a moderately significant positive correlation between self-efficacy and decision making scales and between health belief model and self-efficacy scales ($r=0.638$ $p=0.001$).

Conclusion: Diabetes management self-efficacy levels of participants with higher mean scores of the health belief model scale increase and as self-efficacy levels increase, patients make decisions with higher self-esteem. In the nursing practice, the widespread use of the health belief model should be increased within the framework of ethics of care.

KeyWords: Nursing, decisionmaking, self-efficacy, health belief

*Lokman Hekim Dergisi, 2021; 11 (1): 73-82

DOI: 10.31020/mutfd.752988

e-ISSN: 1309-8004, ISSN 1309-761X

Geliş Tarihi – Received: 16 Haziran 2020; Kabul Tarihi - Accepted: 14 Kasım 2020

İletişim - Correspondence Author: MerveAydoğarTakcı <merveaydogar@hotmail.com>

Etik Onay: Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 21.06.2016; Karar no: 2016-06/21)

Giriş

Dünyada gittikçe artan ve ciddi bir sağlık sorunu olan diabetes mellitus, yaşam boyu süren, geri dönüşümü olmayan, yaşam kalitesini ve duygusal durumu etkileyen sosyal ve toplumsal bir hastalık olarak tanımlanmaktadır.¹⁻³ Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), diabetes mellitusu yeni bin yılın en önemli halk sağlığı sorunları arasında kabul etmektedir.³

Yapılan bir araştırmada, diyabet hastalarının tedavi/bakıma uyumu ve uzun vadede ortaya çıkabilecek komplikasyonların önlenmesi açısından hastalığa ilişkin inanç ve tutumlarının belirlenmesi, kapsamlı eğitim programlarının uygulanması gerektiği bildirilmiştir.^{1,4} Bu bağlamda diyabet hastalarında Sağlık İnanç Modeli (SİM) kullanılarak egzersiz ve diyet gibi tedavi yöntemlerinin olumlu etki yaptığını bildiren araştırmalar yapılmıştır.^{1,5} Sağlık İnanç Modeli, bireylerin var olan problemlerinin, sağlığı ve hastalığı ile ilgili algılamalarının, sağlık ekibi tarafından hastaların tedaviye olan uyumsuzluğunun olası nedenlerinin ve uyguladıkları sağlık davranışlarının belirlenmesinde kullanılmaktadır.^{1,6}

Bireyin sağlık davranışlarının nasıl şekillendiğini açıklayan SİM, temelde bir hastalıktan veya sorundan korunmanın ya da sağlıklı olmanın birey açısından değeri ve o bireyin belirli bir davranışın, hastalığı önleme ya da sağlığı iyileştirmeye yol açacağı beklentisi üzerine kurulmuştur. Sağlık inanç modeli, hastaların var olan problemlerinin, sağlığı ve hastalığı ile ilgili algılamalarının, sağlık ekibi tarafından hastaların tedaviye olan uyumsuzluğunun olası nedenlerinin ve uyguladıkları sağlık davranışlarının belirlenmesinde kullanılmaktadır.¹

Yapılan bir araştırmada diyabet yönetimi eğitiminin, diyabetle ilişkili sağlık ve psikososyal sonuçlar üzerinde, diyabet ile ilgili bilgi düzeyinde, diyet ve egzersiz alışkanlıklarında, ayak bakımı, ilaç kullanma ve kan şekeri kontrolü üzerinde olumlu etki yaptığı bildirilmektedir.⁷

Diyabetin yaşam boyu devam eden bir hastalık olması nedeniyle, sağlık davranışlarının başlatılması, sürdürülmesi, bireyin kendi hastalığının yönetiminde sorumluluk alması ve bakım uygulamalarını kendisinin yapması beklenmektedir. Bu beklentilerin karşılanmasında önemli faktörlerden birisi olan öz etkililik algısı ve karar verme becerisi, ne kadar yüksek olursa davranış eyleme geçirme istekliliği de o kadar iyi olmaktadır.⁸ Dolayısıyla öz etkililik ve kararlı olma kişilere kendi kendini motive etme, eylemlerini yönetme, duygu ve düşünceleri üzerinde kontrol etme gücü vermektedir.⁸ Akpunar'ınaktardığı diyabette öz-etkililik algısı ile ilgili yapılan çalışmalarda, yüksek öz etkililik algısına sahip olan hastaların olumlu sağlık davranışları gösterebildiği ve bu davranışları sürdürebildiği vurgulanmıştır.¹

Diyabet yaşamın her yönünü etkileyen kronik bir hastalık olduğu için hastalıkla beraber yaşamda meydana gelen birtakım değişikliklere uyum sağlanması gerekmektedir. Bunun için de bireylerin olumlu sağlık alışkanlıklarını kazanması ve devam ettirebilmesi hususunda yüksek karar verme gücüne sahip olması hemşirenin bakım etiği sorumluluğu içinde yer almaktadır. Bakım etiği sağlık bakım sisteminde yaşanan değer çatışmaları, bakıma ilişkin karar verme gibi konuların yer aldığı bir süreçtir.⁹⁻¹⁰ Bakım etiği, hemşirenin bireylere saygılı olmasını, hastaları bilgilendirmelerini ve rızalarını almalarını, yaşam kalitesini korumalarını, zararı önlemelerini, doğru karar vermelerini ve hasta için iyiyi yapmayı gerektirir.¹¹ Diyabet hastaları hastalığın gerektirdiği, yapması ya da yapmaması gereken sağlık davranışları ile ilgili karar vermek durumundadır. Diyabet hastasına karar verme becerisi kazandırılırken ilk olarak karar öncesi dönemde bireyin mevcut sorunları fark edip olası sonuçları değerlendirmesi sağlanır. Bireyin karar verme durumuna alıştırılmasının ardından alternatifler arasından seçim yapması istenir. Son olarak verdiği kararın uygulanmasıyla birlikte bireyin sonuçları değerlendirmesi sağlanır. Diyabetli birey bir sağlık davranışını yapmaya karar verdiğinde uygulamaya geçirebilir. Doğru karar verebilmek için bireylerin bilgiye ihtiyaçları vardır. Birey karşılaştığı sağlık sorunları karşısında yapması gerekeni net olarak bilirse kararı da net bir şekilde verip uygulamaya geçirebilir. Bu kapsamda diyabet hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Öz

Etkililik Ölçeği ve Karar Verme Ölçeğinin birlikte kullanımı, hastaların önce olumlu sağlık inancı kazanmasının ardından bunu öz etkililik algısıyla güçlendirip özerk karar vermesiyle durumu pekiştirmelerine katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu çalışma ile birlikte diyabetli bireylere Sağlık İnancı Modeli kullanımına yönelik farkındalık geliştirilebilecektir. Literatürde diyabet hastalarında Sağlık İnancı Modeli ile öz etkililik ve karar verme düzeylerinin hep birlikte kullanıldığı araştırmaya rastlanılamamıştır. Bu bağlamda araştırmanın amacı diyabet hastalarına Sağlık İnancı Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaların sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisini belirlemektir.

Gereç ve Yöntem

Araştırmanın Tipi

Yüksek lisans tez kapsamında yapılmış bu çalışma, eğitim öncesi ve sonrası ön test-son test şeklinde tek gruplu olarak yapılan yarı deneysel bir araştırmadır.

Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini 15.08.2016 /15.11.2016 tarihleri arasında Gürün Devlet Hastanesi Dahiliye Polikliniği ve Acil Servise başvuran, diyabet tanısı olan 18 yaşından büyük hastalar oluşturmuştur. Gürün Devlet Hastanesi Dahiliye, Çocuk Hastalıkları ve Acil Servisten oluşan bir hastane olup dahiliye polikliniğine günlük ortalama 50 hasta başvurmaktadır. Örneklem büyüklüğünü belirlemek için güç analizi yapılmış, $\alpha = 0.05$ $\beta = 0.20$, $1-\beta = 0.80$ alındığında ve testin gücü 0.80 olarak hesaplandığında örneklem 30 birey alınmış olup etki değeri 0.54, standart sapma 2.29 olarak bulunmuştur. Evren içinden basit rastgele yöntemle 18 yaşından büyük ve araştırmaya katılmayı kabul eden diyabet öyküsü olan bireyler örneklem grubunu oluşturmuştur. Bu grup dışında okuryazar olmayan, araştırmaya katılma konusunda karar verme yetisine sahip olmayan bireyler araştırma dışlanma kriterleri olarak alınmıştır.

Araştırmanın Etik Yönü

Araştırma yapılmadan önce Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan (Tarih: 21.06.2016; Karar no: 2016-06/21) onay ve araştırmanın yapılacağı kurumdan yazılı izin alınmıştır. Çalışmaya katılanlara araştırma hakkında bilgi verilip aydınlatılmış onamları alındıktan sonra formlar uygulanmıştır. Ölçekler için yazarlardan izin alınmıştır. Çalışma Helsinki Deklarasyonunun Prensiplerine göre yapılmıştır.

Veri Toplama Araçları

Çalışmada veri toplama aracı olarak Hasta Tanıtım Formu, Diyabet Hastalarında Sağlık İnancı Modeli Ölçeği, Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği ve Melbourne Karar Verme Ölçeği (1. Kısım) kullanılmıştır. Her bir katılımcıya 9 soruluk Hasta Tanıtım Formu, 5 alt başlık ve 33 sorudan oluşan Diyabet Hastalarında Sağlık İnancı Modeli Ölçeği, 20 sorudan oluşan Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği ve 6 sorudan oluşan Melbourne Karar Verme Ölçeği (1. Kısım) uygulanmıştır.

Hasta Tanıtım Formu

Hasta tanıtım formu literatür ışığında araştırmacılar tarafından geliştirilmiş olup dokuz sorudan oluşmaktadır.² Hasta Tanıtım formunda cinsiyet, yaş, eğitim durumu, medeni durum, meslek, ailede diyabet öyküsü, diyabet dışında başka bir hastalığın olup olmadığı, sigara ve alkol kullanma durumuna ilişkin sorular bulunmaktadır.

Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği

Ölçek, diyabet hastalarının sağlık inanç ve tutumlarını değerlendirmek ve sağlık davranışlarını incelemek amacıyla Akpunar'ın da çalışmasında ifade ettiği şekilde 1994 yılında Schwab ve ark.'nın geliştirdiği "Sağlık İnanç Modeli"nin beş alt boyutu esas alınarak Tan tarafından geliştirilmiştir.¹ Ölçek 33 maddeden oluşmaktadır. Tüm ölçek için Cronbach's Alpha katsayısı 0.89'dur. Ölçek maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir. Derecelendirme kesinlikle katılmıyorum dan "1", kesinlikle katılıyorum "5" olacak şekilde yapılmıştır. Algılanan duyarlılık alt boyutunda yer alan 3. ve 4. maddeler, algılanan engeller alt boyutunda yer alan 15, 16, 17,18, 19, 20, 21, 22, 23. maddeler ters kodlanmıştır. Tüm ölçek için puan ortalaması, ölçekteki tüm maddelerin toplanarak toplam madde sayısına bölünmesi ile bulunmaktadır. Ölçek maddelerinden alınan puan ortalaması >4 olması yüksek (pozitif) sağlık inancını, puan <4 olması ise düşük (negatif) sağlık inancını göstermektedir.¹

Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği

Diyabet yönetimine ilişkin Öz-etkililik Ölçeği, diyabet hastalarının kendi bakım uygulamalarını yapma konusunda kendi gücünün algılayışını tespit etmek amacıyla 1999 yılında Van Der Bijl ve ark.(1999) tarafından geliştirilmiştir.¹² Ölçeğin geçerlik ve güvenilirlik çalışması 2001 yılında Usta tarafından yapılmıştır.¹³ Ölçek 20 maddeden oluşmakta ve maddeleri 1'den 5'e kadar değişen likert tipi puanlama ile derecelendirilmiştir (1=Hiç, 2= Nadiren, 3=Bazen, 4=Çoğu zaman, 5=Her zaman). Ölçekten alınacak en düşük puan 20, en yüksek puan 100'dür. Ölçek, diyetle göre beslenme ve kilo (6,13,14,15,16. sorular olmak üzere 5 madde), egzersiz (8,11,12. sorular olmak üzere 3 madde), kan şekeri (1,2,3. sorular olmak üzere 3 madde), genel beslenme ve tıbbi tedavi kontrolü (4,5,7,9,10,17,18,19,20. sorular olmak üzere 9 madde) olmak üzere toplam dört alt boyuttan oluşmaktadır. Ölçekten alınabilen toplam puan 100'dür. Ölçeğin genel değerlendirmesinde; tüm alt ölçeklerin madde puan ortalamalarının toplamından elde edilen genel puan ortalamasına göre, puan ortalamasının altında puan alanların öz-etkililiği düşük, puan ortalamasından yüksek değer alanların öz-etkililiği ise yüksek olarak kabul edilmektedir.¹

Melbourne Karar Verme Ölçeği

Mann ve ark. tarafından 1998 yılında geliştirilen Melbourne Karar Verme Ölçeği'nin Türkçe'ye uyarlama çalışmasını Deniz 2004 yılında yapmıştır.¹⁴ Melbourne Karar Verme Ölçeği iki kısma ayrılmaktadır. I. kısım karar vermede özsaygıyı belirlemeyi, II. kısım karar verme stillerini ölçmeyi amaçlamaktadır. Çalışmada kullandığımız I. kısım altı maddeden oluşup bunun üç maddesi düz, üç maddesi ters yönde puanlanmaktadır. Puanlama maddelere verilen "Doğru" yanıtı 2 puan, "Bazen Doğru" yanıtı 1 puan, "Doğru Değil" yanıtı 0 puan şeklinde yapılmaktadır. Ölçekten alınabilecek maksimum puan 12'dir. Yüksek puanlar karar vermede özsaygının yüksek olduğunun göstergesidir.¹⁴

Verilerin Toplanması

Formlar, araştırmacı tarafından katılımcılara verilerek katılımcıların doldurması sağlandıktan sonra tekrar toplanmıştır. Hastalara soru formuna isim yazmamaları ancak kendilerini ifade eden özel bir kod vermeleri ve telefon numaralarını yazmaları istendi. Ölçeklerin doldurulması için hastalara ortalama 45 dakika zaman verilmiştir. Bireyler eğitim gününe iki gün ve daha sonra bir gün kala telefonla iletişime geçilip belirlenen eğitim salonunda bulunmaları sağlanmıştır. Ölçekler doldurulduktan sonra katılımcılara diyabetle ilgili eğitim verildi.

Yapılan eğitimin içeriği;

- Tanışma ve beklentilerin konuşulması
- Diyabetin tanımı ve tipleri

- Hipoglisemi ve hiperglisemi nedir? Belirtileri nelerdir ve ne yapmalı?
- Diyabet komplikasyonları
- Diyabet tedavisi
- Beslenme ve egzersizin yönetimi ve önemi
- İlaç ve insulin tedavisi /önemi
- Stres ve öfke kontrolü, kişiler arası ilişkiler, sağlık sorumluluğunun diyabete etkisi
- Diyabetik ayak ve bakımı

Eğitimde Sağlık İnancı Modeli doğrultusunda yukarıda belirtilen konu içerikleri modele uyarlanarak, slaytlar eşliğinde yapılan sunumla birlikte anlatım, tartışma ve soru-cevap yöntemleri kullanılmıştır. Eğitim yaklaşık 60 dk sürmüş olup 15 dk ara verilerek aynı gün ardışık iki oturum şeklinde yapılmıştır. Yapılan eğitimin hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını anlamak için eğitimin sonunda soru cevap yöntemiyle eğitimin değerlendirilmesi yapılmıştır. Eğitimin etkili olduğunu ve davranışlara geçirildiğini anlamak için Eğitim Bilimlerinden alınan danışmanlık doğrultusunda eğitimden 21 gün sonra son test olarak ölçekler yeniden uygulanmıştır. Son testin uygulanması için hastalar telefon ile eğitim salonuna davet edilmiştir.

Verilerin Değerlendirilmesi

Çalışmadan elde edilen veriler SPSS 22.0 programında değerlendirilmiştir. Parametrik varsayımlar yerine getirildiğinden (Kolmogorov Smirnov), değişik zamanlarda elde edilen iki ölçüm karşılaştırılırken eşler arasındaki farkın önemlilik testi kullanıldı ve yanılma düzeyi 0,05 olarak alınmıştır. Ayrıca ölçekler arasında pearson kolerasyon analizi yapıldı.

Bulgular

Tablo 1'de diyabetli bireylerin tanıtıcı özellikleri ve hastalıkla ilgili özelliklerine ilişkin bilgilerin dağılım durumu yer almaktadır. Katılımcıların tamamının evli, %50'sinin kadın, %60'ının 50 yaş ve üzeri grupta olduğu belirlendi. Katılımcıların %53,3'ünün orta öğretim ve üzeri düzeyde, %43,3'ünün ev hanımı olduğu saptanmıştır. Tüm katılımcıların ailesinde diyabet öyküsü olduğu, %30'unun sigara kullandığı, tamamının alkol kullanmadığı, %83,3'ünün diyabet dışında hastalığı olmadığı belirlenmiştir.

Tablo 1. Hastaların tanıtıcı özellikleri ve diyabete ilişkin özelliklerinin dağılımı

Özellik		n	%
Cinsiyet	Kadın	15	50
	Erkek	15	50
Yaş	40-49 yaş arası	12	40
	50 yaş ve üzeri	18	60
Medeni Durum	Evli	30	100
	Bekar	0	0
Eğitim Durumu	İlköğretim	14	0
	Ortaöğretim ve üzeri	16	46,7
Meslek	Memur	5	16,7
	İşçi	4	13,3
	Serbest Meslek	5	16,7
	Emekli	3	10,0
Ailede Diyabet Öyküsü	Ev Hanımı	13	43,3
	Var	30	100,0
Sigara İçme Durumu	Yok	0	0
	Evet	9	30,0
Alkol Kullanımı	Hayır	21	70,0
	Evet	0	0
Diyabet Dışı Hastalık	Hayır	30	100,0
	Evet	5	16,7
	Hayır	25	83,3

Bireylerin Sağlık İnanç, Öz Etkililik algısı ve Karar Verme puanlarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırmasının yer aldığı puan ortalamaları **Tablo 2**'de gösterilmiştir. Bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puan ortalaması eğitim öncesinde 90,16±12,12 eğitim sonrasında 145,63±7,48'dir. Sağlık İnanç Modeli ölçeğinin puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları ile karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,001). Bireylerin Sağlık İnanç Modeli alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde; eğitim öncesi sağlıklı ile ilgili önerilen aktiviteler için puan ortalamasının 29,20±4,14 eğitim sonrasında 43,26±2,14; eğitim öncesi algılanan engeller için 24,46±4,43 eğitim sonrasında 39,33±2,59; eğitim öncesi algılanan yararlar için 18,93±3,53 eğitim sonrasında 29,90±2,46; eğitim öncesi algılanan duyarlılık için 9,83±1,55 eğitim sonrasında 16,83±1,21 ve eğitim öncesi algılanan ciddiyet için 7,73±2,09 eğitim sonrasında 12,93±1,14 olduğu saptanmıştır. Sağlık İnanç Modeli alt boyutlarından olan algılanan duyarlılığın, algılanan ciddiyetin, algılanan yararların, algılanan engellerin, sağlıklı ile ilgili önerilen aktivitelerin puan ortalamaları, eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları ile karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,001).

Tablo 2. Eğitim öncesi ve eğitim sonrası hastaların Sağlık İnanç, Öz Etkililik algısı ve Karar Verme puan ortalamalarının karşılaştırılması

Ölçekler	Eğitim Öncesi M±SD	Eğitim Sonrası M±SD
Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği	90,16±12,12 (min-max:73,00-117,00) t =27,64;p=0.001*	145,63±7,48 (min-max:130,00-164,00)
Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği Alt Boyutları		
Önerilen Aktiviteler Puanı	29,20±4,14 t =21,40; p=0.001*	43,26±2,14
Algılanan Engeller Puanı	24,46±4,43 t =20,36; p=0.001*	39,33±2,59
Algılanan Yararlar Puanı	18,93±3,53 t =20,33; p=0.001*	29,90±2,46
Algılanan Duyarlılık Puanı	9,83±1,55 t =20,86; p=0.001*	16,83±1,21
	7,73±2,09 t = 14,57; p =0,001*	12,93±1,14
Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-Etkililik Ölçeği	51,30±9,07 (min-max: 37,00-70,00) t =20,34; p =0,001*	79,36 ± 5,68 (min-max: 70,00-92,00)
Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği Alt Boyutları		
Özel Beslenme ve Kilo	12,13 ± 2,87 t = 16,22; p =0,001*	19,,13 ± 2,02
Egzersiz Puanı	6,06 ± 1,43 t =15,05; p =0,001*	11,06 ± 1,91
Kan Şekeri Puanı	7,26 ± 2,53 t =13,29; p=0,001*	11,46 ± 1,22
Genel Beslenme ve Tıbbi Kontrol Puanı	25,83 ± 4,26 t =16,85; p =0,001*	37,70 ± 2,89
Melbourne Karar Verme Ölçeği	4,76 ± 1,75 (min-max;1,00-9,00) t =14,98;p =0,001*	8,73 ± 1,11 (min-max:6,00-11,00)

*p<0,05

Bireylerin Öz Etkililik Ölçeği puan ortalaması eğitim öncesinde 51,30±9,07 eğitim sonrasında 79,30±5,68'dir. Öz etkililik ölçeğinin puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları ile karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,001). Araştırmada yer alan bireylerin eğitim öncesi Öz Etkililik Ölçeği alt boyut puan ortalamaları incelendiğinde özel beslenme ve kilo için puan ortalamasının 12,13±2,87, egzersiz için 6,06±1,43, kan şekeri için 7,26±2,53, genel beslenme ve tıbbi kontrol için 25,83±4,26 olduğu saptanmıştır. Verilen eğitim sonrası öz etkililik ölçeği alt boyut puan ortalamaları ise özel beslenme ve kilo için 19,13±2,02, egzersiz için 11,06±1,91, kan şekeri için 11,46±1,22, genel beslenme ve tıbbi kontrol için

37,70±2,89 puandır. Diyabet Yönetimine İlişkin Öz- Etkililik Ölçeği'nin tüm alt boyutlarında eğitim öncesi ve sonrası farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu bulunmuştur (p=0,001).

Bireylerin Karar Verme Ölçeği puan ortalaması eğitim öncesinde 4,76±1,75 eğitim sonrasında 8,73±1,11'dir. Karar Verme Ölçeğinin puan ortalamaları eğitim öncesi ve eğitim sonrası puanları ile karşılaştırıldığında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p= 0,001).

Tablo 3'de diyabetli bireylerin Sağlık İnanc Modeli Ölçeği puanı ile öz etkililik ölçeği puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu saptanmıştır (p=0,001). Bu ilişki ölçeklerin puanlarını birbirlerine paralel, aynı yönlü ve orta düzeyde etkilemektedir (r=0,638). Bireylerin Sağlık İnanc Modeli ölçeğinden olumlu bir puan almalarına sebep olan davranışları, Öz Etkililik Ölçeğinden de olumlu puan almalarını sağlamaktadır. Bireylerin Sağlık İnanc Modeli ölçeğinden aldıkları puan arttıkça Öz Etkililik Ölçeğinden aldıkları puan da aynı şekilde artmaktadır. Benzer şekilde Karar Verme Ölçeği puanı ile Öz Etkililik Ölçeği puanı arasında orta düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki bulundu (r=0,638; p=0.001). Aynı tabloda diyabetli bireylerin Sağlık İnanc Modeli Ölçeği puanı ile Karar Verme Ölçeği puanı arasındaki ilişki değerlendirildiğinde iki ölçek arasında anlamlı olmayan bir ilişki saptandığı görülmektedir (p= 0,056).

Tablo 3. Bireylerin eğitim sonrası Sağlık İnanc, Öz Etkililik ve Karar Verme Ölçek puanları arasındaki ilişki

Ölçekler	Diyabet Hastalarında Sağlık İnanc Modeli Ölçeği	Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği
Diyabet Yönetimine İlişkin Öz Etkililik Ölçeği	r =0,638; p=0,001*	-
Melbourne Karar Verme Ölçeği	r = 0,352; p =0,056	r =0,638; p =0,001*

* p<0,01 Pearson korelasyon katsayısı

Tartışma

Diyabetli bireylerin sağlık uygulamaları, yaşamları üzerinde önemli etkiye sahiptir. Diyabetli bireyin olumlu sağlık davranışlarını yerine getirmesi, o davranışın gerekliliğine inanması, kararlı olması ve kendisini harekete geçirmesi ile mümkündür. Bu bağlamda diyabet hastalarına Sağlık İnanc Modeli doğrultusunda verilen eğitimin hastaların sağlık inancına, öz etkililik algısına ve karar verme düzeyine etkisini incelemek amacıyla yapılan araştırmanın bulguları literatür doğrultusunda karşılaştırılarak tartışılmıştır.

Diyabet Hastalarında Sağlık İnanc Modeli Ölçeği puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Çalışmaya katılan hastaların Sağlık İnanc Ölçeği'nden eğitim sonrasında aldıkları toplam puan ortalamasının eğitim öncesindeki toplam puan ortalamasından daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0,001). Sağlık İnanc Modeli temelli verilen eğitim katılımcılar üzerinde diyabetin yönetilmesinde etkili olduğu söylenebilir. Çalışmamızın sonucunu destekler nitelikte literatürde Sağlık İnanc Modeli temelli verilen eğitim, bireye diyabet yönetiminde gerekli uygulamaların önemini, komplikasyonların ciddiyetini açıklamada başarılı görülmüştür. Yapılan ulusal ve uluslararası çalışmalarda diyabet eğitimi sonucu bireylerin sağlık inançlarında olumlu değişiklikler olduğu; bireylerin sağlık inanç puanlarında artış, tedaviye uyum ve hastalıkla ilgili daha fazla bilgi sahibi oldukları saptanmıştır.^{1,15,16} Yapılan diğer çalışmada diyabet yönetimi eğitimlerinin hastaların diyabet bilgisini artırarak, hastalıkla ilgili önerilen uygulamaların gerekliliğini kavramalarında, doğru diyet ve egzersiz alışkanlıkları kazanmasında, istendik ayak bakımı ve ilaç kullanımında faydalı sonuçlar oluşturduğu görülmüştür.⁷ Diyabet eğitimi, diyabetin yönetimi konusunda bilinçlilik ve duyarlılık geliştirmede olumlu sağlık davranışlarının kazandırılmasında ve daha başarılı bir diyabet yönetiminin sağlanmasında önemli etki yarattığı ifade edilebilir.

Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Araştırma bulgularına göre çalışmada yer alan bireylerin diyabet yönetimine ilişkin öz etkililik algılarının literatürle uyumlu olarak eğitim sonrasında arttığı belirlenmiştir ($p=0,001$)^(1,15,17) Diyabetli bireylerde öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin tedavi için gerekli uygulamaları bildiği ve bunları kendi kendine düzenleyebildiği, uygulamalarını ayarlayabildiği yapılan çalışmalarda görülmektedir.^{1,18} Diyabetli bireylerle yapılan çalışmalarda, öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin ilaç kullanımı, diyetinin gereklerine uyma ve ayak bakımı gibi diyabetle ilgili uygulamalara daha çok uyum sağladığı, diyabetle yaşamda istenen egzersiz, diyet gibi yaşam tarzı değişiklikleri için gerekli en etkili yolun öz etkililik olduğu belirtilmiştir.¹²

Çevik'in tip 2 diyabetli hastalarda kardiyovasküler risk faktörleri ile sağlık inancı ve öz etkililik arasındaki ilişkiyi incelediği çalışmasında, diyabetli bireyin sağlık inancı arttıkça öz-etkililik ve diyabet yönetiminde kendisini başarılı olarak algılamasının arttığını, aynı şekilde öz-etkililik düzeyi yükseldikçe diyabet yönetiminde kendisini daha başarılı olarak algıladığı sonucuna ulaşılmıştır.⁸ Yapılan başka bir çalışmada öz etkililik ve sağlıklı yaşam biçimi davranışları sergileme arasındaki ilişki incelenmiş, öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin düşük olan bireylere göre daha sık sağlıklı yaşam biçimi davranışları gösterdiği sonucuna ulaşılmıştır.¹⁹ Yüksek öz etkililik algısına sahip bireylerin zorlu işlere girme konusunda daha cesaretli davrandıkları ve başarılı olmak için daha azimli davranıp çaba gösterdikleri bilinmektedir. Böyle bireyler aynı zamanda hedeflerine ulaşmada olumsuzluklarla karşılaştıklarında daha kararlı davranıp bu durumdan çabuk kurtulmaktadır.^{20,21}

Melbourne Karar Verme Ölçeği puan ortalamalarının eğitim öncesi ve sonrası karşılaştırılmasına ilişkin bulguların tartışılması

Araştırma bulgularına göre çalışmada yer alan bireylerin eğitim sonrası karar vermede özsaygının yüksek olduğu saptanmıştır ($p=0,001$). Literatürde diyabetli bireylerde karar verme ile yapılan araştırmalara rastlanılmadığından çalışma ile doğrudan ilişkili olmayan sonuçlar ele alınmıştır. Kökdemir'in karar verme üzerine yaptığı çalışmasında eleştirel düşünme eğilimi yüksek olan bireylerin düşük olanlara oranla daha rasyonel karar verdikleri saptanmıştır.²² Yapılan başka bir çalışmada ise eğitim seviyesi arttıkça düşünme düzeyinin arttığı saptanmıştır.²³ Dolayısıyla bu iki çalışma arasında dolaylı olarak bağlantı kurulduğunda eğitimle eleştirel düşünme düzeyinin artacağı, eleştirel düşünme düzeyinin artması ise karar verme düzeyini etkileyeceği yorumu yapılabilir.

Ay ve Arpacı'nın sağlık profesyonellerinin kronik hastalık bakımını hasta gözünden değerlendirmek amacıyla yaptıkları çalışmalarında, diyabetli bireylerin diğer hastalıkları olan bireylere göre kronik hastalık bakım değerlendirme ölçeğinin karar verme, amaç belirleme, problem çözme alt boyutları ve ölçek toplam puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Aynı zamanda araştırmacılar diyabetli bireylerin kendi bakımına daha fazla katıldığı sonucunu bildirmişlerdir.²⁴ Aynı zamanda Güçray ergenlerde problem çözme becerileri algısı yükseldikçe karar vermede öz-saygının da yükseldiğini tespit etmiştir.²⁵ Dolayısıyla yürütülen çalışmada bireylerin öz etkililiklerinin, sağlık inançlarının artması ve hastalık hakkında bilgi sahibi olması problem çözme becerilerinin gelişmesine, problem çözme becerilerinin artması ile de karar vermede öz saygılarının artacağı ifade edilebilir.

Eğitim sonrası Diyabet Hastalarında Sağlık İnanç Modeli Ölçeği, Diyabet Yönetimine İlişkin Öz-etkililik Ölçeği ve Melbourne Karar Verme Ölçeği puanları arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Yürütülen çalışmada bireylerin Sağlık İnanç Modeli Ölçeği puanı ile öz etkililik ölçeği puanı arasında; Karar Verme Ölçeği puanı ile öz etkililik ölçeği puanı arasında orta düzeyde anlamlı pozitif bir ilişki olduğu belirlenmiştir ($p=0,001$). Yürütülen araştırma sonucuna benzer şekilde diyabet eğitiminde Sağlık İnanç

Modelini kullanan çalışmalar da bireylerin öz etkililik algılarının arttığı saptanmıştır.^{1,15} Bireyin öz-etkililik algısı arttıkça sağlığı geliştiren davranışların başlatılması ve sürdürülmesinde Sağlık İnanç Modeline olan inanç ve karar vermede kendilerine saygı duymaları artmaktadır. Bireyin sağlık inancının artması diyabetle ilgili uygulamaları gerçekleştirmesi için kendisindeki gücünün farkına varmasındaki algının artmasına neden olacaktır. Kendi bakım uygulamalarını yapma konusunda kendi gücüne olan inancın artması karar vermede öz saygıyı artıracaktır. Dolayısıyla diyabetli birey, istenen sağlık davranışlarını kazanmada ve sürdürmede daha tutarlı ve istikrarlı olacaktır. Bu bağlamda Sağlık İnanç Modeli Ölçeği ile Öz Etkililik ve Karar Verme Ölçeğinin birbirlerini tamamlayacak şekilde sonuçlar verdiği ifade edilebilir. Yapılan bir çalışmada karar verme sürecinde kendine güven duygusu düşük bireylerde karar almada sıkıntı yaşarken, kendine saygı düzeyi yüksek olan bireyin daha akılcı ve mantıklı karar verdiği tespit edilmiştir.⁹ Bireyler bir problemi çözeceklerine inanır ve o gücü kendilerinde hissederlerse problemi çözme kararını almaya ve uygulamaya daha yetkin hale geldiklerinden öz etkililik, karar verme sürecinde önemli rol oynayabilir.²⁶ Bir araştırmada bireylerin herhangi bir sorun veya problemle karşılaşması halinde, öz etkililik algısı yüksek olan bireylerin düşük olanlara göre kararlarını gerçekleştirmeye daha yatkın oldukları saptanmıştır.²⁷ Sonuçlara göre öz etkililik algısı yüksek olan hastaların daha başarılı bir diyabet yönetimi geçireceği ifade edilebilir. Çünkü birey, belli bir sağlık davranışını yapacağı inancını kendinde bulduktan sonra bu davranışın oluşması için çeşitli seçeneklerden uygun olanı yapmaya karar verecektir.

Sonuç

Diyabet hastalarına Sağlık İnanç Modeli doğrultusunda verilen eğitim sonucunda hastaların sağlık inançlarının, öz etkililik algılarının, karar vermede özsaygının arttığı saptanmıştır. Bireylerin Sağlık İnanç Modeli ölçeğinden aldıkları puan arttıkça öz etkililik ölçeğinden aldıkları puan da aynı şekilde artmıştır. Benzer şekilde karar verme ölçeği puanı ile öz etkililik ölçeği puanı arasında pozitif bir ilişki bulundu. Başka bir ifade ile diyabetli birey için eğitim, bireyin sağlık inançları üzerinde olumlu etki yaparak bireylerin öz etkililik algılarının yükselmesini sağlayıp karar verme düzeyini olumlu olarak etkilemiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşireler bireylerin öz-etkililik algılarını etkileyebilmek için girişimleri uygularken bireyin kendi başarısına ilişkin algılarını ve kapasitelerini de artırmaya çalışmalıdırlar. Son dönemlerde artan bir kronik hastalık olan Diabetes mellitusun önlenmesi için aile sağlığı ve toplum sağlığı merkezlerinde bireyler eğitimlerle bilinçlendirilmeli ve izlenmelidir. Diyabetli bireylerin sağlık inançlarının geliştirilmesi, öz etkililik algılarının artırılması, karar verme düzeylerinin geliştirilmesi için diyabet merkezlerinde diyabet eğitim programlarının düzenlenmesi sağlanmalıdır. Hastanelerde ve sağlık merkezlerinde diyabet hemşireliği birimi kurulması ve bu araştırma modeli ile farklı alanlarda farklı gruplarla çalışma yapılması önerilebilir. Ayrıca bakım etiği çerçevesinde sağlık çalışanlarının, hastaları bilgilendirerek otonomilerinin ön plana çıkarılmasına ve kendi sağlıklarının geliştirilmesinde sorumluluk almalarının öncelenmesine ağırlık vermeleri sağlanmalıdır.

Bilgi

Bu çalışma Adnan Menderes Üniversitesi 1. Uluslararası Sağlık Bilimleri Kongresi'nde (29 Haziran- 1 Temmuz 2017) bildiri olarak sunulmuştur. Yazarlar arasında çıkar çatışması bulunmamaktadır.

Etik Onay

Cumhuriyet Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu (Tarih: 21.06.2016; Karar no: 2016-06/21)

Araştırmacı Katkı Oranı Beyanı

Merve Aydoğar Takcı: Fikir/kavram, tasarım, denetleme, veri toplama ve işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Gülşay Yıldırım: Fikir/kavram, tasarım, danışmanlık, veri işleme, analiz ve yorum, kaynak taraması, makalenin yazımı, eleştirel inceleme.

Kaynaklar

1. Akpunar D. Diyabet Eğitiminin Hastaların Sağlık İnançına, Bilgi Düzeyine Ve Diyabet Yönetimine Etkisi, Atatürk Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı Yüksek Lisans tezi, Erzurum, 2012.
2. Demirtaş A, Akbayrak N. Tip 2 Diabetes Mellituslu Hastaların Hastalıklarını Kabullenme ve Uyum Kriterlerinin Belirlenmesi. Anatolian Journal Of Clinical investigation 2009; 3(1): 10-18.
3. American Diabetes Association. Standards Of Medical Care In Diabetes. Diabetes Care 2013; 36 (1):11-66.
4. Gökdoğan F, Akıncı F. Bolu'da Yaşayan Diyabetlilerin Sağlık ve Hastalıklarını Algılamaları ile Uygulamaları. C.Ü. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2001; 5(1):10-17.
5. Sarkadi A, Rosenqvist U. Experience-Based group education In Type 2 Diabetes, A Randomised Controlled trial. Patient education and Counseling 2004; 53(3):291-298.
6. Gözüm S, Çapık C. Sağlık Davranışlarının Geliştirilmesinde Bir Rehber: Sağlık İnanç Modeli, Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi 2014; 7(3):230-237.
7. Muninarayana C, et al. Prevalence and Awareness Regarding Diabetes Mellitus In Rural Tamaka, Kolar. International Journal Of Diabetes in Developing countries 2010; 30(1): 18-21.
8. Çevik BA. Tip 2 Diyabetlilerde Kardiyovasküler Risk Faktörleri ile Sağlık İnanç ve Öz-Etkilik Arasındaki İlişki, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı Doktora Tezi, İstanbul. 2010
9. Göçmen Baykara Z. Hemşirelik Bakımında Hemşirenin Mesleki Özerkliğinin Değerlendirilmesi: Niteliksel Bir Çalışma, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü Tıp Tarihi ve Etiği Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara. 2010.
10. Dinç L. Hemşirelik Hizmetlerinde Etik Yükümlülükler. Hacettepe Tıp Dergisi 2009; 40: 113-119.
11. Aştı Atabek T, Karadağ A. Hemşirelik Esasları Hemşirelik Bilimi ve Sanatı, Akademi Yayınevi İstanbul. 2014.
12. Van der Bijl JJ, Poelgeest-Eeltink AV, Shortridge-Baggett L. The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type2 diabetes mellitus. Journal of Advanced Nursing 1999; 30(2): 352-360.
13. Usta Ö. Tip 2 Diyabetli Hastaların Kendi Kendine Bakımlarındaki Öz Yeterlilikleri ve Öz Yeterliliklerini Etkileyen Faktörlerin İncelenmesi. Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, İzmir. 2001.
14. Yılmaz AS. Üniversite Öğrencilerinin Karar Vermede Özsaygı ve Karar Verme Stilllerinin Benlik Saygısı ve Utangaçlık Açısından İncelenmesi, Selçuk Üniversitesi Eğitim Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Konya. 2011.
15. Olgun N, Altun Z. Sağlık İnanç Modeli Doğrultusunda Verilen Eğitimin Diyabet Hastalarının Bakım Uygulamalarına Etkisi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Dergisi 2012; 46-57.
16. Kartal A, Altuğ Özsoy S. Tip 2 Diyabetli Hastalarda Planlı Eğitim Programının Sağlık İnançına ve Metabolik Kontrol Etkisi. Hacettepe Üniversitesi Hemşirelik Fakültesi Dergisi 2014;1-15.
17. Venmans L, et al. Short-term effects of an educational program on health-seeking behavior for infections in patients with type 2 diabetes. Diabetes Care 2008;31(3):402-407.
18. Redding CA, et al. Health Behavior Models. The International Electronic Journal of Health Education 2000; 3:180-193
19. McCloskey R. Functional and self- efficacy changes of patients admitted to a geriatric rehabilitation unit. Journal of Advanced Nursing 2004; 46 (2), 186-193.
20. Zengin N. Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinde Öz-Etkililik-Yeterlilik Algısı ve Klinik Uygulamada Yaşanılan Stresle İlişkinin İncelenmesi. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 2007; 10(1):49-57.
21. Alabay, E. İlköğretim Okulöncesi Öğretmen Adaylarının Fen İle İlgili Öz-Yeterlilik İnanç Düzeylerinin İncelenmesi, Yeditepe Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;7(2).
22. Kökdemir D. Belirsizlik Durumlarında Karar Verme ve Problem Çözme Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Sosyal Psikoloji Anabilim Dalı Doktora Tezi, Ankara. 2003.
23. Akça N, Taşçı S. Hemşirelik Eğitimi ve Eleştirel Düşünme Mersin Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2009; 5(2):187-195
24. Ay S, Arpacı P. Hastanede Yatan Hastaların Kronik Hastalık Bakımının Değerlendirilmesi Manisa CBU Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi 2017;4(1) 527-532
25. Güçray S. Ergenlerde Karar Verme Davranışlarının Öz- Saygı ve Problem Çözme Becerileri Algısı ile İlişkisi, Çukurova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2001;8(8):106-121
26. Aksayan S. Gözüm S. Olumlu Sağlık Davranışlarının Başlatılması ve Sürdürülmesinde Öz-etkililik Algısının Önemi, Cumhuriyet Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi 1998; 2(1): 35-42.
27. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. Health Education and Behavior 2004;31 (2):143-164.