

Alicja Głębocka, Małgorzata Szarzyńska
Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski

Wsparcie społeczne a jakość życia ludzi starszych

Social support and well-being among the elderly

Abstract

Background. In recent years, well-being among the elderly has become a popular research topic in psychology. As the population becomes older and older in society, we need to develop better medical and psychological treatments for the elderly. We should not only be concerned with the physical well-being of the elderly, but also their positive well-being, satisfaction with close relations, and cognitive functioning.

Material and methods. In the present study, we investigated four domains of perceived social support (from spouse/life partner, family, neighbors, and friends) as well as several domains assessing well-being.

Results. The findings indicated higher levels of optimism and general well-being among those living with a spouse.

Conclusions. However, we also found that the support from neighbors and friends was the most strongly related to various measures of well-being among the elderly.

key words: elderly, social support, stress, well-being

Wstęp

Dzięki rewolucji naukowo-technicznej i postępowi medycyny zwiększa się długość życia. W 1998 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) przyjęła i opublikowała strategię „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, w której zdrowie ludzi starszych ujęto w celu nr 5. Zakłada on, że do 2000 roku osoby w wieku powyżej 65 lat powinny mieć możliwość satysfakcji ze swojego pełnego potencjału zdrowotnego i pełnionej roli społecznej. Psychologia jako nauka zajmująca się człowiekiem i jego zachowaniem podejmuje badania również u osób starszych i próbuje wyjaśniać oraz proponować sposoby osiągnięcia powyższych celów. Celem prezentowanych badań była ocena wpływu subiektywnie doznawanego wsparcia społecznego na jakość życia ludzi starszych. Jakość życia (*well-being*) to szerokie pojęcie badane przez psychologię i inne dziedziny. Niekiedy dzieli się je na składniki fizyczne i psychologiczne; najczęściej jednak zawiera się w nim oba komponenty. Jakość życia ściśle wiąże się z pojęciem życiowej satysfakcji. Ludzie,

których cechuje wysoka jakość życia, są zadowoleni i mają satysfakcjonujące relacje społeczne [1]. Analiza dobrze udokumentowanego materiału empirycznego pozwala na zidentyfikowanie czynników, którym przypisuje się zasadnicze znaczenie w osiągnięciu wysokiej jakości życia. Jednym z nich jest wsparcie społeczne. Pojęcie wsparcia społecznego wiąże się z istnieniem tak zwanej sieci społecznej, czyli funkcjonowaniem człowieka wśród innych ludzi i jego powiązaniem z nimi (np. posiadanie małżonka, dzieci, przyjaciół, sąsiadów). Wyróżnia się 4 typy wsparcia społecznego: emocjonalne (wyrażanie troski, zaufania, bliskości, stworzenie możliwości autoekspresji itp.), informacyjne (dostarczenie nowych umiejętności, informacji, udzielanie rad itp.), instrumentalne (dostarczenie dóbr materialnych, wspólne rozwiązywanie trudnych zadań) i oceniające (wyrażenie akceptacji, zrozumienia, zachęty itp.) [2]. Najistotniejszym elementem wsparcia społecznego jest subiektywne przekonanie człowieka, że podlega opiece własnej sieci, jest szanowany, a komunikacja w sieci opiera się na zasadzie wzajemnych zobowiązań. Wsparcie społeczne odgrywa szczególnie ważną rolę w utrzymaniu zdrowia człowieka, chronieniu go przed chorobą i we wspomaganie procesów zdrowienia [3–13]. Inne ważne dla zdrowia czynniki psychologiczne to pozytywne emocje związane

Adres do korespondencji: dr Alicja Głębocka
Instytut Psychologii, Uniwersytet Opolski
Pl. Staszica 1, 45–052 Opole
tel.: (077) 454 58 41 wew. 2204
e-mail: Alicja.Glebocka@uni.opole.pl

z optymistycznym nastawieniem i nadzieją [14, 15], wewnętrzne poczucie kontroli, przekonanie o własnej skuteczności w podejmowaniu działań sprzyjających zdrowiu [16], posiadanie wiedzy medycznej.

Jako podstawę rozumienia zdrowia przyjęto paradygmat salutogenetyczny zaproponowany przez Arona Antonovskyego [17, 18]. Stanowi on uzupełnienie modelu patogenetycznego funkcjonującego w badaniach psychosomatycznych czy biomedycznych, ukierunkowanego na poszukiwanie uwarunkowań chorób i dysfunkcji somatycznych. Koncepcja Antonovskyego zakłada, że między zdrowiem a chorobą istnieje kontynuacja stanów, które należy rozumieć całościowo jako dynamiczny proces równoważenia wymagań i zasobów w toku konfrontacji ze stresem. W związku z tym zamiast pytać o przyczyny chorób, stawia się pytania dotyczące czynników sprzyjających zdrowiu oraz te, dzięki którym ludzie zachowują dobre zdrowie mimo działania czynników szkodliwych.

Zasadą, za pomocą której można wytłumaczyć funkcjonowanie uogólnionych zasobów odpornościowych, jest globalna orientacja życiowa nazwana przez Antonovskyego poczuciem koherencji. Według niego osoby o silnym poczuciu koherencji mają tendencję do zachowań prozdrowotnych [19]. Poczucie koherencji to zmienna składająca się z 3 skorelowanych składowych: poczucia zrozumiałości, poczucia zaradności i poczucia sensowności.

Poczucie zrozumiałości (*comprehensibility*) określa stopień, w jakim człowiek spostrzega bodźce napływające ze środowiska wewnętrznego i zewnętrznego jako zrozumiałe, uporządkowane, spójne i jasne. Osoba o silnym poczuciu zrozumiałości spodziewa się, że bodźce, z którymi zetknie się w przyszłości — niezależnie, czy będą pożądane, czy też niepożądane — będą przewidywalne. W najgorszym wypadku oczekuje, że jeśli jakiś bodziec ją zaskoczy, będzie go mogła do czegoś przyporządkować i wyjaśnić.

Poczucie zaradności (*manageability*) określa stopień, w jakim człowiek spostrzega dostępne zasoby jako wystarczające, by sprostać wymogom stawianym przez napływające bodźce. W sytuacji, gdy bodźce te są niepożądane, osoba o wysokim poczuciu zaradności uważa, że istnieje duże prawdopodobieństwo, iż wszystko ułoży się na tyle dobrze, na ile można się było rozsądnie spodziewać. W najgorszym wypadku przypuszcza, że konsekwencje niepomyślnego zdarzenia uda się jakoś znieść. Zasoby potrzebne, by sprostać wymogom, to te, którymi jednostka sama dysponuje lub dysponują nimi zaufane osoby, na które można liczyć. Poczucie sensowności (*meaningfulness*) wyraża motywację jednostki do działania. Jest to stopień, w ja-

kim człowiek czuje, że życie ma sens z punktu widzenia emocjonalnego, że przynajmniej część problemów i wymagań, jakie niesie życie, jest warta wysiłku, poświęcenia i zaangażowania. Osoba o dużym poczuciu sensowności spostrzega problemy jako wyzwania, które warto podejmować [18].

Poczucie koherencji, jako globalna orientacja człowieka, wyraża stopień, w jakim ma on dojmujące, trwałe, choć dynamiczne poczucie pewności, że bodźce napływające w ciągu życia ze środowiska zewnętrznego i wewnętrznego mają charakter ustrukturalizowany, przewidywalny i wytłumaczalny. Ważna jest świadomość dostępności zasobów, które pozwolą sprostać wymaganiom stawianym przez te bodźce. Wymagania te są wyzwaniem wartym wysiłku i zaangażowania.

Osoba o wysokim poczuciu koherencji potrafi dobrze radzić sobie z napięciem. Napięcie zamiast przeradzać się w stres będzie mało, przez co uda się utrzymać dobry stan zdrowia (uniknąć choroby) lub nawet poprawić zdrowie. W przeciwieństwie do osób o niskim poczuciu koherencji jej zadowolenie z życia i optymizm będą większe. Celem prezentowanych badań było ustalenie zależności między poziomem wsparcia społecznego a jakością życia osób starszych, mierzoną za pomocą wskaźników zadowolenia, optymizmu oraz poczucia koherencji.

Materiał i metody

Badana grupa i kontrolowane zmienne

Badaną grupę stanowiły osoby starsze. Mimo wielu różnic indywidualnych towarzyszących procesom starzenia się przyjęto zgodnie z definicją WHO ukończenie 60. roku życia za dolną granicę wieku osoby opisywanej jako starsza. Badania przeprowadzono w Domach Dzieńnego Pobytu „Złota Jesień” i „Magda i Maria” Miejskiego Ośrodka Pomocy Rodzinie w Opolu. Zbadano 73 osoby, z czego 63% to kobiety, a 37% mężczyźni. Średnia wieku wyniosła 67,2; najstarsza osoba miała 80 lat. Najliczniejszą grupę stanowiły osoby z wykształceniem średnim (34,2%), 27,4% miało wykształcenie podstawowe, 23,3% zawodowe, a 15,1% wyższe. Osoby pozostające w stałych związkach stanowiły ponad połowę grupy (53,4%), wdowy i wdowcy — 22%, rozwiedzionych było 9,6%, a kawalerowie i panny to 12,3%. W analizie grupy pod kątem aktywności zawodowej wykazano, że większość stanowiły osoby niepracujące: 52,1% to emeryci, 31,5% — renciści. Pozostali badani są aktywni zawodowo w pełnym lub niepełnym wymiarze godzin. Trzydzieści siedem procent respondentów oceniło swoją materialną sytuację jako przeciętną, 33% jako złą lub raczej złą, a 23,3% jako dobrą lub raczej dobrą.

Metodyka badań

Do badania poczucia koherencji zastosowano „Kwestionariusz Orientacji Życiowej” (SOC-29, *sense of coherence*) Antonovskiego w polskiej adaptacji z 1993 roku. Zadaniem osoby badanej było ustosunkowanie się do 29 stwierdzeń za pomocą 7-stopniowej skali określającej reakcje osoby badanej wobec różnych sytuacji.

Poziom wsparcia społecznego mierzono za pomocą „Kwestionariusza Wsparcia Społecznego” opracowanego przez Kaniastego. Kwestionariusz podzielono na 4 części składające się z pytań, do których respondent odnosi się w 5-stopniowej skali prawidłowości w stosunku do swojej osoby (1 — „zdecydowanie nie”, 2 — „raczej nie”, 3 — „trudno powiedzieć”, 4 — „raczej tak”, 5 — „zdecydowanie tak”). Każda część dotyczyła innej grupy wsparcia: współmałżonka, rodziny, znajomych i sąsiadów.

Zadowolenie z życia mierzono za pomocą „Skali Satysfakcji z Życia” (SWLS, *satisfaction with life scale*) Diener, Emmons, Larson i Griffin w polskiej adaptacji Juczyńskiego [20]. Skala zawierała 5 stwierdzeń. Badany 7-stopniową skalą oceniał, w jakim stopniu każde z nich odnosi się do jego dotychczasowego życia. Wynikiem pomiaru był ogólny wskaźnik poczucia zadowolenia z życia.

Poziom optymizmu oceniano za pomocą „Testu Orientacji Życiowej” (LOT-R, *life orientation Test-Revised*) Scheier, Carver i Bridges w polskiej adaptacji Poprawy i Juczyńskiego [20]. Test LOT-R zawierał 10 stwierdzeń. Badani oceniali w 5-stopniowej skali stopień prawdziwości, w jakim poszczególne twierdzenia odnosily się do nich. Sześć z nich miało diagnostyczną wartość dla dyspozycyjnego optymizmu.

Wyniki

Analizy rozpoczęto od sprawdzenia, czy kobiety i mężczyźni różnią się w sposób istotny statystycznie poziomem zadowolenia z życia, optymizmem, poczuciem koherencji i otrzymywanego wsparcia społecznego. W porównaniu wartości średnich wyników sum zadowolenia z użyciem analizy wariancji nie ujawniono efektów głównych dla czynnika płci [$F(1, 56) = 0,77$; $p = 0,38$]. Podobnie wypadło porównanie średnich wyników sum dla pozostałych zmiennych. Oznacza to, że kobiety i mężczyźni nie różnili się poziomem optymizmu [$F(1,52) = 1,05$; $p = 0,30$], poczuciem koherencji [$F(1,59) = 0,10$; $p = 0,75$ (zrozumiałości, zaradności, sensowności)] oraz wielkością otrzymywanego wsparcia społecznego [$F(4,50) = 1,15$; $p = 0,34$].

Sytuacja materialna badanych bardzo silnie korelowała z zadowoleniem z życia (0,83), co oznacza, że im wyższy był poziom materialny, tym pozytywniej badani oceniali swoje dotychczasowe życie — jego wa-

runki, własne osiągnięcia, spełnienie życiowych planów i aspiracji. Deklarujący wysoki poziom materialny twierdzili, że gdyby mogli jeszcze raz przeżyć swoje życie, to zasadniczo nie chcieliby nic w nim zmienić. Poziom sytuacji materialnej pozytywnie korelował również z dyspozycyjnym optymizmem (0,54) oraz poczuciem koherencji (0,40).

Wykryto silną zależność między posiadaniem partnera życiowego a zadowoleniem z życia. Osoby będące w stałym związku były istotnie bardziej zadowolone z życia niż osoby samotne [$F(1,56) = 8,24$; $p = 0,005$], cechował je także wyższy poziom optymizmu [$F(1,52) = 4,24$; $p = 0,044$].

Również istotnie wyższy okazał się poziom wsparcia otrzymywanego w grupie osób będących w związkach [$F(4,48) = 5,64$; $p < 0,001$]. Szczególnego wsparcia doznawali oni ze strony małżonków (23,96), co wydaje się dość oczywiste. Wskazania pozostałych osób (17,31), które nie pozostawały w formalnych związkach, mogą być świadectwem posiadania partnera, z którym nie zawarto związku małżeńskiego. Właśnie to zjawisko mogło być przyczyną uzyskanych różnic. Poziom wsparcia otrzymywanego od rodziny był istotnie wyższy ($p < 0,001$) u osób posiadających partnera (31,48) niż u samotnych (22,90), co z kolei może wynikać (ale nie musi) z większych możliwości utrzymywania kontaktów nie tylko z własnymi krewnymi, ale także z krewnymi małżonków. Jednocześnie nie wykryto zależności pomiędzy stanem cywilnym a poczuciem koherencji [$F(1,57) = 0,73$; $p = 0,39$]. Następnie sprawdzono zależności między poczuciem wsparcia społecznego a poziomem zadowolenia, optymizmu i poczuciem koherencji (zrozumiałości, zaradności oraz sensowności). Wsparcie ze strony małżonka nie korelowało w sposób istotny statycznie z żadną mierzoną zmienną; poczucie wsparcia ze strony rodziny korelowało dodatnio jedynie z optymizmem (0,32) oraz zaradnością (0,29); wsparcie znajomych współwystępowało z optymizmem (0,51) oraz poczuciem koherencji (0,44), w tym zrozumiałością (0,30), zaradnością (0,46) i sensownością (0,45). Najsilniejsze zależności stwierdzono w ocenie związku wsparcia ze strony sąsiadów i zadowolenia z życia (0,32), optymizmu (0,50) oraz poczucia koherencji (0,55), w tym zrozumiałości (0,45), zaradności (0,50) i sensowności (0,52). Uzyskane wyniki pozwalają przypuszczać, że najważniejsze dla subiektywnej ewaluacji jakości życia przez osoby starsze jest wsparcie ze strony sąsiadów (31,85), znajomych (29,74), a dopiero potem rodziny (28,20) i partnera (21,50). Różnice między poszczególnymi formami wsparcia społecznego są istotne statystycznie [$F(3,162) = 48,24$; $p < 0,001$].

W analizie zależności między poziomem zadowolenia, optymizmem a poczuciem koherencji wykazano istotną statystycznie korelację między zadowoleniem z życia (0,36) oraz optymizmem (0,55) a poczuciem koherencji.

Wnioski

Uzyskane wyniki wskazują na brak różnic między kobietami i mężczyznami w podeszłym wieku w poziomie różnych wskaźników jakości życia (zadowolenia, optymizmu, poczucia koherencji) oraz wsparcia społecznego. Zgodnie z posiadaną wiedzą z innych badań nad wsparciem społecznym spodziewano się, że wynik może być mniej korzystny dla mężczyzn. Większy poziom wsparcia społecznego otrzymywanego przez kobiety tłumaczy się głównie w aspekcie stereotypu płci. Zgodnie z nim kobiety są bardziej nastawione na budowanie różnorodnych sieci więzi społecznych, są bardziej otwarte emocjonalnie, w przeciwieństwie do mężczyzn mniej skupiają się na budowaniu relacji, których bazą nie jest bliska więź emocjonalna (np. relacji zawodowych). Badania te prowadzi się u młodszych, jeszcze aktywnych zawodowo ludzi. Być może po przejściu na emeryturę mężczyźni mają więcej czasu na rozbudowanie i umocnienie relacji rodzinnych oraz innych rodzajów więzi społecznych. Wraz z przejściem na emeryturę siła i rozmiar społecznych więzi może wyrównywać się między płciami. Spośród wszystkich wskaźników jakości życia mierzonych w niniejszych badaniach sytuacja materialna jest najsilniejszym i najbardziej stabilnym wskaźnikiem. Im wyższy status ekonomiczny, tym większe zadowolenie z życia, poziom optymizmu i poczucie koherencji. Możliwe, że najbardziej interesującym wynikiem przedstawionych badań jest poziom wsparcia społecznego, którego źródłem są współmałżonek, rodzina, znajomi i sąsiedzi oraz ich wzajemny stosunek i znaczenie. Ważny też wydaje się ich związek ze wskaźnikami jakości życia. Nie spodziewano się, że najsłabszą grupą wsparcia spo-

łecznego, istotnie niższą od pozostałych, może być życiowy partner. Z dobrze udokumentowanych badań empirycznych — zarówno psychologicznych, jak również biologicznych czy medycznych — wynika, że ludzie żyjący w stałych związkach są zdrowsi, odporniejsi, szczęśliwsi, bardziej otwarci na innych. Natomiast u badanych osób bezpośrednio po śmierci wieloletniego małżonka lub partnera dowiedziono obniżenia się jakości życia i zadowolenia z niego, pojawienia się symptomów depresyjnych, nawet jeśli samo małżeństwo nie było oceniane jako bardzo udane. Również w grupie badanej przez autorki niniejszej pracy otrzymano wynik wskazujący na istotnie wyższy poziom zadowolenia z życia i optymizmu wśród osób posiadających małżonka niż u pozostałych (kawalerowie, wdowcy, rozwiedzeni, posiadający inny rodzaj relacji). Można sądzić, że jest to tylko pozorna sprzeczność. Nadrzędnym wydaje się posiadanie współmałżonka w stosunku do wsparcia, którego jest on źródłem. Bliskie, długotrwałe relacje zawsze cechuje dużo wyższy poziom skomplikowania, a silne emocje — zarówno pozytywne, jak i negatywne — współlistnieją ze sobą. Wraz z wiekiem ludzie coraz bardziej boją się zmian, a do koniecznych przemian trudniej się adaptują i bardziej je przeżywają. Zostają więc w związkach, które są nie zawsze dobre. Ponadto z pewnością ważne jest przyzwyczajenie, które sprawia, że nowi, mniej poznani ludzie wydają się bardziej ciekawi, a kontakt z nimi daje większą przyjemność. W związku z tym można stwierdzić, że sąsiedzi oraz znajomi mogą być silniejszym źródłem wsparcia społecznego, ponieważ relacje z nimi nie są tak złożone, cechuje je pewna świeżość, budzą więcej zainteresowania, dają poczucie współuczestnictwa w życiu społecznym rozumianym szerzej niż krąg rodzinny. W różnej pracy z osobami starszymi najistotniejsze wydaje się przeciwdziałanie społecznej izolacji i wykluczeniu; można osiągnąć te cele poprzez aktywizację i rozbudowę pozarodzinnych grup wsparcia społecznego.

Streszczenie

Wstęp. Od pewnego czasu jakość życia ludzi starszych jest coraz częściej podejmowanym tematem badań psychologicznych. Starzenie się społeczeństwa powoduje konieczność zapewnienia opieki medycznej oraz psychologicznej osobom w podeszłym wieku. Ważne jest nie tylko dbanie o kondycję fizyczną, ale także, a może przede wszystkim, zapewnienie zadowolenia z życia, poczucia satysfakcji z bliskich więzi oraz sprawności intelektualnej.

Materiał i metody. W prezentowanych badaniach mierzono poziom wsparcia społecznego, którego źródłem jest współmałżonek lub życiowy partner, rodzina, sąsiedzi i znajomi; analizowano kilka wskaźników jakości życia.

Wyniki. Wyniki wskazują na wyższy poziom optymizmu i zadowolenia z życia u osób, które mają współmałżonka.

Wnioski. Jednak najważniejszymi czynnikami wpływającymi na jakość życia ludzi starszych jest poziom wsparcia społecznego ze strony sąsiadów i znajomych.

słowa kluczowe: ludzie starsi, wsparcie społeczne, stres, jakość życia

PIŚMIENNICTWO

1. Jones T.G., Rapport L.J., Hanks R.A., Lichtenberg P.A., Telmet K.: *Cognitive and psychosocial predictors of subjective well-being in urban older adults*. Clin. Neuropsychol. 2003; 17: 3–18.
2. Poprawa R.: *Zasoby osobiste w radzeniu sobie ze stresem*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001: 103–141.
3. Bishop G.D.: *Psychologia zdrowia. Zintegrowany umysł i ciało*. Astrum, Wrocław 2000.
4. DeLongis A., Folkman S., Lazarus R.S.: *The impact of daily stress on health and mood: Psychological and social resources as mediators*. J. Pers. Soc. Psychol. 1998; 54: 486–495.
5. Jaworowska-Oblój Z., Skuza B.: *Pojęcie wsparcia społecznego i jego funkcje w badaniach naukowych*. Przegl. Psychol. 1986; 29: 733–746.
6. Kobasa S.C., Puccetti M.C.: *Personality and social resources in stress resistance*. J. Pers. Soc. Psychol. 1983; 45: 839–850.
7. Pommersbach J.: *Wsparcie społeczne a choroba*. Przegl. Psychol. 1988; 31: 503–525.
8. Rice P.L.: *Stress and health*. Brooks/Cole, Pacific Grove 1998.
9. Sęk H.: *Wsparcie społeczne — co zrobić, aby stało się pojęciem naukowym?* Przegl. Psychol. 1986; 29: 791–800.
10. Sęk H.: *Spoleczna psychologia kliniczna*. PWN, Warszawa 1991.
11. Sheridan C.L., Radmacher S.A.: *Psychologia zdrowia. Wyzwanie dla biomedycznego modelu zdrowia*. IPZ PTP, Warszawa 1998.
12. Silver R.L., Wortman C.B.: *Radzenie sobie z krytycznymi wydarzeniami w życiu*. Now. Psychol. 1984; 4–5: 29–59.
13. Taylor S.E.: *Psychologia zdrowia: nauka i praktyka*. Now. Psychol. 1992; 1: 37–56.
14. Gottschalk L.A., Fronczek J.: *Defense mechanisms and hope as protective factors in physical and mental disorders*. W: Hentschel U., Smith J.G.W., Ehlers W., Draguns J.G. (red.). *The concept of defense mechanisms in contemporary psychology*. Springer-Verlag, New York 1993.
15. Scheier M.F., Carver C.S.: *Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update*. Cog. Theo. Res. 1992; 16: 201–228.
16. Schwarzer R.: *Self-efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and new model*. W: Schwarzer R. (red.). *Self-efficacy: Thought control of action*. Hemisphere, Washington 1992.
17. Antonovsky A.: *The structure and properties of the Sense of Coherence scale*. Soc. Sci. Med. 1993; 36: 725–733.
18. Antonovsky A.: *Rozwikłanie tajemnicy zdrowia: Jak radzić sobie ze stresem i nie zachorować*. Fundacja IPN, Warszawa 1995.
19. Dolińska-Zygmunt G.: *Orientacja salutogenetyczna w problematyce zdrowotnej: Model Antonovsky'ego*. W: Dolińska-Zygmunt G. (red.). *Podstawy psychologii zdrowia*. Wydawnictwo Uniwersytetu Wrocławskiego, Wrocław 2001.
20. Juczyński Z.: *Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia*. Pracownia Testów Psychologicznych PTP, Warszawa 2001.