

ÎMBĂTRÂNIREA ACTIVĂ – O NECESITATE PENTRU PROGRESUL ECONOMIC ȘI SOCIAL

ANDREEA APOSTIU*

ABSTRACT

ACTIVE AGEING – A NECESSITY FOR ECONOMIC AND SOCIAL PROGRESS

This article refers to active ageing, a concept launched in 2012 by World Health Organization which has as purpose maintaining the independence and autonomy of the elderly, and at the same time the removal of the idea that the elderly population are a burden. Also, the article defines the concept of elder people, of what it means to be an elder in our modern society, of successful ageing, and about the ways we can help them.

The senescence period brings numerous changes, health and social problems, period which must be anticipated humanely and sustained financially .

The concept of “active ageing” targets the optimization of health and security opportunities, thus improving the quality of life for the elderly. The word “active” refers to the continuous involvement of the aged persons in the economic, social, cultural and spiritual life.

Once retired, they can actively contribute to the wellness of the family and community to which they belong, and the purpose of active ageing is to increase the lifespan and life quality of the oldpeople, including the ones which suffer from handicaps.

Keywords: active ageing, old-age, social, community.

INTRODUCERE

Multă vreme bătrânețea a fost considerată o boală și nu o etapă firească în programul vieții. Începând cu anul 1988, Organizația Mondială a Sănătății a inclus senescenta între primele cinci probleme prioritare de sănătate ale populației, lângă bolile cardiovasculare, cancer, SIDA și alcoolism.

Conform *Dicționarului Larousse de psihiatrie*, bătrânețea este definită ca fiind ultima perioadă a vieții, corespunzând rezultatului normal al senescentei, caracterizată prin diminuarea treptată a funcțiilor fiziologice.

* Strada Lotrioara, nr. 3, Bl. V 30, Sc. C, ap. 110, sector 3, București; e-mail: anandreea443@yahoo.com

Perioada de bătrânețe aduce cu sine și numeroase schimbări importante în modul în care individul se percepe pe sine și lumea din jur, respectiv, au loc schimbări în viața profesională, în relațiile cu familia și prietenii.

Perioada bătrâneții aduce cu sine numeroase probleme de sănătate. Bătrânii au, de regulă, o listă lungă de plângeri privind sănătatea. Procesul îmbătrânirii include transformări fiziologice, biochimice și comportamentale, declinul psihic fiind condiționat de o serie de factori de natură subiectivă, de natură fiziologică, precum și de condițiile de mediu; în concluzie, îmbătrânirea se desfășoară gradual și diferă de la o persoană la alta.

Senectutea constituie o problemă individuală dar și socială, ce trebuie pregătită, anticipată, sprijinită material și uman. În anii bătrâneții apare depresia reprezentată de episoade scurte de tristețe. Melancolia sau pierderea bruscă a energiei poate evolua spre o serioasă și îndelungată condiție depresivă.

Caracteristicile acestei depresii includ o durere continuă, o lipsă de interes, de speranță, reducerea încrederii în sine, o evaluare deformată a prezentului și viitorului. Persoanele vârstnice depresive se confruntă deseori cu dificultatea de a lua decizii și devin mai încete în gândire, mod de a vorbi și mișcări. Perioada bătrâneții se caracterizează printr-o acumulare de oboseală și uzură internă ce modifică funcționalitatea psihică, scăzându-i productivitatea. Ieșirea din câmpul muncii, ca și plecarea copiilor din casa părintească, creează modificări complexe în câmpul preocupărilor, intereselor, al stilului de viață. În plan verbal, exprimarea devine anevoioasă, lentă și incoerentă.

Bătrânețea este definită ca „etapă terminală a vieții, inclusiv a rutinei profesionale active” (Șchiopu, 1997, p. 108).

Conform *Dicționarului Larousse de psihologie*, datorită schimbărilor nivelului de trai, revoluției medicale, igienei preventive și vieții active mai complexe, durata vieții active a crescut în diferite țări, iar bătrânețea a devenit o vârstă mai activă și mai angajată social decât înainte cu 50–60 de ani. Fiind o perioadă de involuție și deteriorare inegală dar progresivă, bătrânețea se caracterizează printr-o scădere sinuoasă, pe lângă capacitățile vitale, fizice și biologice, și a celor psihice. Între 65–70 de ani se consumă o perioadă de adaptare legată de ieșirea din profesie. Între 70–80 de ani se instalează treptat bătrânețea propriu-zisă, după 80 de ani se intră în bătrânețea avansată, până la 90 de ani, iar după aceea are loc marea bătrânețe.

Pentru evitarea îmbătrânirii precoce este necesar un mod cumpătat de viață și muncă la vârstele tinere și adulte, de asigurarea condițiilor adecvate de viață la bătrânețe și rezolvarea problemelor de natură medico-socială.

Prin asigurarea condițiilor adecvate de viață la bătrânețe autorul Valeriu Rugină (1986, p. 355) se referă la menținerea bătrânului în propriul său mediu, cu sau lângă familia copiilor și nu izolarea într-un grup. Asigurarea unui venit care să-i ofere o oarecare independență, pregătirea din timp pentru pensionare și continuarea preocupărilor profesionale și sociale proporțional cu capacitatea restantă sunt, de asemenea, factori benefici pentru persoanele în vârstă.

De asemenea, sunt de mare importanță asigurarea condițiilor de locuit și a posibilităților de circulație adecvate situațiilor particulare – handicap sau infirmități, precum și accesul la tehnici și utilități simple și ieftine – cărți și ziare cu litere mai mari, îmbrăcăminte și încălțăminte adecvată, cluburi pentru activități de destindere.

Familia, legăturile sociale și de muncă sunt necesare bătrânului pentru asigurarea sentimentului de valoare și utilitate a muncii sale, menținerii bunăstării materiale și psihice, precum și pentru asigurarea sprijinului material, moral, a îngrijirilor generale sau a sănătății.

Îmbătrânirea nu mai este considerată drept ceva de la sine înțeles, progresele în domeniul medicinei și ale nutriției au dovedit că o mare parte din ceea ce se considera odinioară a fi inevitabil în privința îmbătrânirii poate fi contracarat sau încetinit. În medie, oamenii trăiesc până la vârste mult mai înaintate decât în urmă cu un secol.

„Bătrânețea nu poate fi identificată cu starea precară a sănătății sau cu neputința, dar vârsta înaintată comportă din ce în ce mai multe probleme de sănătate” (Giddens, 2001, p. 149). Cele mai grave afecțiuni se datorează însă pierderilor sociale și economice, cum sunt pierderea rudelor și prietenilor, separarea de copii și pierderea locului de muncă.

„Îmbătrânirea corpului uman este afectată de influențe sociale dar, bineînțeles, este guvernată de factori genetici” (*Ibidem*). *Dicționarul Larousse de medicină* definește îmbătrânirea ca „o slăbire naturală a facultăților fizice și psihice cauzate de înaintarea în vârstă”, ceea ce aduce în discuție existența a două abordări teoretice ce pot să justifice îmbătrânirea fizică.

Teoriile zise stohastice admit ca principiu că mecanismul îmbătrânirii ar fi legat de hazard. Printre aceste teorii se pot distinge: *teoria cotelor* (fiecare organism ar dispune la naștere de un stoc de energie de consum și ar muri atunci când aceasta este epuizată); *teoria radicalilor liberi* (îmbătrânirea ar fi cauzată de efectele nocive ale radicalilor liberi – substanțe toxice, elaborate prin metabolismul celular, normal); *teoria erorilor catastrofice* (care explică îmbătrânirea printr-o acumulare de erori succesive în viteza proteinelor, sfârșind cu moartea celulelor) și *teoria orologiilor biologice* (bazată pe ideea unei îmbătrâniri a organelor sub controlul sistemului hormonal sau imunitar). Totuși, până în prezent niciuna dintre aceste teorii nu a fost confirmată.

Teoriile genetice admit existența genelor de longevitate de viață pentru o specie dată (120 de ani la om). Deși, recent, au fost identificate două gene ale longevității, profilul genetic al longevității umane este încă departe de a fi definit, mecanismele și consecințele îmbătrânirii biologice rămân, în cea mai mare parte, misterioase. Toate teoriile sunt controversate.

CLASIFICARE PE GRUPE DE VÂRSTĂ ÎN GERIATRIE

Simpozionul Canadian de Geriatrie din 1998 vorbește de o clasificare a vârstnicilor pe trei grupe de vârstă:

1. 65–74 ani – grupa bătrân-tânăr; aici funcția este păstrată, mai ales capacitatea ideatică și activitatea culturală;

2. 75–85 ani – grupa bătrân-matur; există o instabilitate fiziologică, dar și una a funcționalității unor aparate și sisteme, având drept caracteristică marea diversitate individuală; la cei anterior sănătoși se adaugă o patologie;

3. peste 85 ani – grupa bătrân-bătrân; aceasta a crescut de trei ori, numeric, față de prima grupă, în ultimii 20 de ani.

Simpozionul de Geriatrie de la București, din 1988, aduce în atenție o altă grupare pe vârste ale bătrâneții:

1. vârsta mijlocie sau de „tranziție”: 40–60 ani;

2. perioada vârstnică: 65–74 ani;

3. bătrânețea: 75–90 ani;

4. longevitatea: peste 90 ani.

În alte clasificări, se consideră longevivi și cei de peste 85 de ani. O altă clasificare, datând din 1988, este următoarea:

1. 65–74 ani – „trecerea spre bătrânețe”, se consideră o perioadă în care este esențială pentru calitatea vieții supraviețuirea cuplului; în această etapă medicii spun că este nevoie de un consult medical de aproximativ 40 de minute, în cadrul căruia bolnavul trebuie să se dezbrace singur, astfel încât să se poată observa dificultatea de a se dezbrăca; acum își face apariția tremuraturul mâinilor;

2. 75–85 ani – „bătrânețe medie”, perioadă în care este de remarcat schimbul de relații din cadrul grupei de vârstă și al celor dintre generații; această perioadă este considerată „vârful conflictelor dintre generații”, integrarea socială devenind acum din ce în ce mai puțin accesibilă;

3. peste 85 ani – „marea bătrânețe” (longevitatea); această etapă ar fi generativă de stări tensionale familiale și subfamiliale; aici relațiile sociale se restrâng la maximum.

În concluzie, distingem:

1. între 55–64 ani: presenescența;

2. între 65–74 ani: vârsta a treia;

3. între 75–85 ani: vârsta a patra (bătrânețe medie);

4. peste 85 de ani: condiția de vârstnic, „bătrân” (longeviv).

Perioada vârstnică nu poate fi încadrată, de toate societățile, între anumite limite fixe. Ea poate varia, așa cum în societățile antice debutul bătrâneții era pe la 60 de ani, iar în societățile tradiționale „bătrân” era considerat cel cu vârsta de 40–50 de ani. În secolul al XIX-lea, bătrânețea era plasată între 50–70 de ani: prima bătrânețe între 70–84 de ani și a doua bătrânețe între 85–100 de ani. Pentru sociologii americani, bătrânețea presupune un ansamblu format din: perioada

imediată pensionării, urmată de retragerea din viața activă, 65–74 de ani, și perioada de după 75 de ani.

TIPURI DE ÎMBĂTRÂNIRE

Pentru a putea defini tipurile de îmbătrânire trebuie să avem în vedere mai întâi vârstele omului. Majoritatea autorilor au definit vârstele raportându-se la timpul cronologic, la biologicul, psihologicul și socialul persoanei umane.

Vârsta cronologică este dată de numărul de ani care au trecut de la nașterea persoanei. În mod normal se consideră vârsta cronologică drept sinonimă conceptului de vârstă.

Vârsta biologică reprezintă descrierea vârstei individului în termeni de sănătate biologică/somatică. Determinarea vârstei biologice presupune cunoașterea capacității funcționale a organelor și sistemelor vitale ale persoanei. Capacitatea funcțională a unui individ poate fi mai bună sau mai rea decât a altuia de aceeași vârstă. Cu cât vârsta biologică este mai mică, cu atât crește speranța de viață a persoanei în cauză.

Vârsta psihologică este determinată de capacitatea de adaptare a individului, raportată la cea a altor indivizi de aceeași vârstă cronologică. Cel care se adaptează mai bine și mai repede (prin învățare, rezolvare de probleme, decizie, controlul emoțiilor, motivare etc.) decât cei de aceeași vârstă este considerat a fi mai tânăr din punct de vedere psihologic.

Vârsta socială se referă la rolurile sociale și expectanțele legate de vârsta unei persoane.

Dicționarul Larousse de medicină explică înțelegerea termenilor *îmbătrânire naturală* și *îmbătrânire patologică*. Dogma declinului inevitabil al marilor funcții ale organismului pe măsura înaintării în vârstă (debit cardiac, funcționarea cerebrală etc.) este actualmente repusă în discuție: scăderea performanțelor fiziologice constatată la subiecții în vârstă nu ilustrează doar o îmbătrânire normală, ci și patologii supraadăugate (îmbolnăvirea patologică sau senilitatea). Astfel, pentru un organ dat, studiul „populațiilor curate” arată că nu întotdeauna are loc o scădere a performanțelor, concomitent cu înaintarea în vârstă. Unele lucrări au arătat îndeosebi că debitul cardiac al subiecților în vârstă, îndeosebi la bolile cardiace, nu este mai scăzut decât cel al adulților tineri, deși mecanismele care permit menținerea unui debit cardiac normal variază cu vârsta. Dicționarul mai aduce în discuție și termenul de îmbătrânire fiziologică. Modificările corpului și mediului familial, afectarea identității sociale pe care o impune pensionarea fragilizează subiectul vârstnic, care, concomitent, trebuie să efectueze o activitate de rutină, dar și să găsească forța de a investi în noi poli de interes. Orice nouă dificultate (decesul partenerului de viață, probleme financiare, boala), survenind în acest context, poate duce la o pierdere a respectului de sine, care devine insuportabilă.

Alte tipuri de îmbătrânire prematură sunt caracterizate de o morfofiziologie mai avansată decât vârsta cronologică a individului, mai ales în cazul îmbătrânirii accelerate, în care ritmul de îmbătrânire biologică este rapid în relație cu anumite situații, de exemplu pensionarea. Îmbătrânirea patologică este marcată de unele boli, traumatisme sau sechele.

De asemenea, mai sunt de deosebit două tipuri de bătrânețe: una care apare târziu, la vârste foarte înaintate și care se manifestă prin scăderea treptată și armonioasă a tuturor activităților, aceasta fiind bătrânețea normală, firească și fiziologică, iar cea de a doua apărând relativ timpuriu, la 60–70 de ani, cu tulburări ale vaselor inimii, sistemului nervos, glandelor cu secreție internă, ea fiind o îmbătrânire precoce, anticipată, nefirească. Aceasta poate fi considerată boală, iar după unii autori se numește senilitate.

MALADII ÎNTÂLNITE LA VÂRSTNICI

DEZORDINI MENTALE

Depresia este una dintre dezordinile mentale prezente la vârstnici. Ea se manifestă prin stări de tristețe, apatie, tulburări de memorie și concentrare, insomnie, scăderea apetitului, retragere socială, abuz de alcool. Aceste manifestări au loc din cauza sentimentului de singurătate și neajutorare al vârstnicilor. Pentru combaterea acestei stări depresive medicii recomandă medicație antidepressivă și psihoterapie.

Iphondria reprezintă o altă dezordine mentală prezentă la vârstnici. Ea se manifestă printr-o preocupare excesivă față de starea propriului corp, ca și prin plângeri exagerate și nejustificate.

Paranoia, reprezentând o dezordine mentală, se manifestă prin sentimente nejustificate de amenințare și neîncredere, apariția sa fiind favorizată de izolarea, singurătatea și deficitul senzorial al bătrânilor.

Delirul se manifestă prin confuzie, cu dezorientare și tulburarea stării de conștiință. Aceste perturbări de conștiință au durată scurtă, de la câteva zile la o săptămână. Apar halucinațiile, iluziile, teama, anxietatea. Printre cauzele apariției acestei dezordini mentale se pot enumera: diversele afecțiuni organice, toxicitatea medicamentoasă, alcoolul, deshidratarea, malnutriția, diverse infecții, unele traumatisme craniene, constipația. Pentru combaterea acestei stări se recomandă comunicarea verbală și menținerea contactului fizic cu bolnavul, chiar atingerea bătrânului de către persoanele apropiate (Antohe, Fermeșanu, 2003, p. 107).

Demența senilă constă în pierderea progresivă a capacității cognitive, cu alterarea memoriei, raționamentului abstract, a judecății și modificări ale personalității. Printre formele clinice ale acestei dezordini mentale se numără și boala Alzheimer.

Maladia Alzheimer apare în jurul vârstei de 65–70 de ani. Această boală mai este numită demență degenerativă sau demență senilă primară și reprezintă după unii autori 50% din demențele vârstnicilor (Antohe, Fermeșanu, 2003, p. 108), iar după alții (Hurjui, 2004, p. 165), 60% din totalul demențelor ce apar la vârstnici. Durata supraviețuirii acestei boli din momentul diagnosticului variază între 6–20 de ani.

ALTE BOLI CRONICE ȘI PROBLEME FRECVENTE DE SĂNĂTATE

Starea de oboseală este normală la un vârstnic după un efort fizic susținut, însă oboseala cronică nu este normală, putând fi cauzată de: supradozarea sedativelor, depresie, anemie sau insuficiență cardiacă.

Cefaleea este adeseori cauzată de postura incorectă, cu încordarea prelungită a mușchilor cefei și gâtului. Alte cauze mai pot fi hipertensiunea arterială, diverse traumatisme sau tumori cerebrale.

Durerile de coloană reprezintă una din marile plângeri ale vârstnicilor. Acestea sunt cauzate de cele mai multe ori de osteoporoză, metastaze sau infecții osoase.

BĂTRÂNEȚE REUȘITĂ

În societatea tradițională o bătrânețe reușită avea cel care reușea să ocupe un loc în comunitate, astfel încât bătrânețea reușită era marcată prin apogeul statutului pe care îl putea dobândi cineva. În societatea noastră pensionarea și explozia demografică nu mai permit acest lucru. Astăzi tot mai mulți autori pun accent pe latura spirituală a omului, necesară acestuia pentru a-și asigura o bătrânețe reușită. Bătrânii trebuie să recurgă la resursele lor interioare, devenind mai puțin interesați de avantajele oferite de viața socială. Pentru o bătrânețe reușită trebuie să uităm că în această etapă trupul intră într-o perioadă de regres și să acordăm minții și sufletului o importanță majoră. „Cei aflați la vârsta pensionării pot descoperi o renaștere în cadrul a ceea ce s-a numit vârsta a treia, în care începe o nouă fază de educație” (Giddens, 2001, p. 51). Pe bună dreptate susține Giddens că începe o nouă fază de educație, dacă luăm în considerare cunoscuta zicală: „omul cât trăiește învață!”

Cu toate că morbiditatea și mortalitatea cresc constant cu vârsta, mulți vârstnici pot să se bucure de o viață plină și activă. Proporția acestora scade lent, de la aproximativ 95% la 65 de ani, până la aproximativ 85% la 80 de ani și la 70% sau mai mult la 90 de ani. Aceasta înseamnă că vârsta înaintată nu trebuie să inspire teamă, în majoritatea cazurilor ea fiind o perioadă care permite individului să se bucure din plin de fiecare moment, o perioadă în care aspirațiile nerealizate pot fi atinse.

Există puține studii care să fi analizat vârstnicul în mediul său, la el acasă, acolo unde nu este dependent, nu este încadrat în nicio grilă de handicap și unde se

luptă singur cu tratarea numeroaselor boli ce apar treptat în viața sa. Bătrânii de genul acesta sunt cei care, de cele mai multe ori, cunosc frumosul sentiment de bătrânețe reușită. Ei au ales o altă cale de a risipi teama de bătrânețe, „descoperindu-i avantajele și posibilitatea de a-i da o bună folosință” (Săhleanu, 1971, p. 70).

Societatea de azi îl vede pe vârstnic ca pe un pisălog și un veșnic nemulțumit, uitându-i valoarea și înțelepciunea, faptul că și vârstnicul are dreptul de a-și face planuri de viitor și că nu trebuie să se mulțumească cu puțin, mai ales când a muncit toată viața și nu a fost niciodată client al serviciilor sociale. Cu toate acestea, nu ne este străină imaginea bătrânului așteptând la poartă să treacă poștașul pentru a-i aduce umila pensie. Vârstnicii sunt cele mai resemnate ființe de pe pământ; ca și cum nu ar fi de ajuns bătrânețea însăși, mai trebuie să intervină și societatea în a-i demoraliza. Chiar și așa, persoanele de vârsta a treia, în înțelepciunea lor, știu să rabde și să-și facă viața suportabilă, pentru a avea o bătrânețe reușită.

Populația vârstnică înregistrează peste tot în lume o creștere constantă în diferite ritmuri, cu consecințe multiple:

1. demografice, **2.** economice, **3.** sociale, **4.** medicale.

În ultimele decenii s-a constatat o creștere a duratei medii de viață, cu creșterea numărului de persoane vârstnice, aspect demografic cunoscut sub numele de îmbătrânirea populației. Printr-o privire de ansamblu asupra datelor demografice, se poate aprecia că populația vârstnică de peste 65 ani reprezintă 5% în Europa Occidentală la începutul secolului XX, pentru ca în anii '90 procentul să crească la 15%, o treime din această populație având peste 75 ani.

În ceea ce privește România, persoanele vârstnice de peste 60 de ani reprezintă 18,3% din totalul populației, iar proiecțiile demografice pentru anul 2030 arată o proporție de 22,3% a acestora.

Nevoile persoanelor vârstnice care și-au pierdut total sau parțial autonomia, nevoi ce pot fi de natură medicală, socio-medicală, psiho-afectivă, se stabilesc pe baza grilei naționale de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice. Grila națională de evaluare a nevoilor persoanelor vârstnice a fost aprobată prin HG nr. 886/2000 și cuprinde criteriile de încadrare în grade de dependență.

PROBLEME ȘI NECESITĂȚI CU CARE SE CONFRUNTĂ GENERAȚIA VÂRSTNICĂ

STAREA SĂNĂTĂȚII ȘI CAPACITATEA DE MUNCĂ MODIFICATĂ, CE IMPLICĂ:

1. scăderea rezistenței la efort, absența condiției fizice, capacitatea de muncă modificată; **2.** starea sănătății degradată, apariția obstrucționării corporale și a tulburărilor funcționale; **3.** diminuarea capacităților psihice și fizice.

Dacă, mai demult, cei mai buni cunoscători ai problemelor bătrânilor erau medicii, știut fiind faptul că ei țineau evidența problemelor lor de sănătate, și

reprezentarea intereselor vârstnicilor le revenea tot lor, azi, conform principiilor de apropiere ale gerontologiei interdisciplinare, este sarcina unei întregi echipe profesioniste de a se ocupa de problemele vârstnicilor și a le rezolva: medici, psihologi, asistenți sociali se străduiesc să creeze condiții de viață mai bune pentru bătrâni.

ÎNGRĂDIREA RELAȚIILOR COLECTIVE, REFERITOARE LA:

1. însingurare, izolare;
2. răirirea contactelor cu membrii de familie și prietenii;
3. absența instituțiilor, cluburilor, forumurilor create pentru pensionari.

Funcționarea organizațiilor și a instituțiilor ce ajută formarea încă nu este definitivată, iar rețeaua de legături informaționale reprezintă pentru cei chestionați cea mai importantă rețea de ajutor: fundalul de suport este asigurat și în continuare de către familie, prieteni, rude și cunoștințe.

CARENȚELE SERVICIILOR PENTRU VÂRSTNICI, REPREZENTATE DE:

1. starea limitată a accesului la serviciile sanitare (de ex. cabinete medicale greu de vizitat, medicație nesigură și costisitoare);
2. faptul că lipsesc instituțiile ce acordă îngrijire și asistență la domiciliu;
3. faptul că serviciile de consiliere și informare, puține numeric, sunt concentrate la oraș;
4. faptul că mijloacele de transport în comun locale și la distanță nu corespund nevoilor speciale ale bătrânilor (costuri ridicate, stații și mijloace de transport nepotrivite etc.);
5. posibilitățile și locațiile de recreere sunt prea puțin accesibile pentru media celor de vârstă înaintată.

Serviciile sociale ce oferă o îngrijire personală, modernizarea și dezvoltarea serviciului de consiliere și informare sunt de o importanță primordială, având în vedere creșterea interesului față de sursele de informare.

PROBLEMELE REFERITOARE LA SERVICII ȘI PROBLEMELE MATERIALE, REPREZENTATE DE:

1. sărăcire (pensie relativ mică, prețuri în creștere, cheltuieli de întreținere tot mai mari);
2. tratarea bolilor cronice ale senectuții este tot mai costisitoare (prețurile medicamentelor și tariful consultațiilor în creștere).

Linii directe de rezolvare:

În mediul rural și urban apar, în structuri diferite, atât posibilitatea accesului la informații și servicii, cât și înseși problemele sociale, așadar este necesară

elaborarea unei strategii de rezolvare diferențiate. La oraș ar constitui o rezolvare a problemelor celor în vârstă mai ales perfecționarea instituțiilor și a serviciilor deja existente și informarea cu privire la acestea. La țară este deopotrivă necesară organizarea și transmiterea serviciilor centrate pe individul vârstnic.

În ambele medii, serviciile complementare, din sfera statului și civilă, ar constitui linii directoare.

Activități necesare:

1. crearea și/sau creșterea funcționalității centrelor multifuncționale;
2. organizarea activităților cu normă întreagă și parțială, respectiv a celor voluntare (intermedierea între angajatori și angajați, crearea unei baze de date cu acest scop);
3. crearea/perfecționarea rețelei de servicii pentru bătrâni (îngrijirea bolnavilor, cumpărături, consiliere, afaceri, activități în timpul liber);
4. perfecționarea funcționării unor birouri de informare și consiliere pentru bătrâni (consiliere juridică, socială, terapeutică, medicală, economică);
5. crearea unor centre de ajutor familial;
6. accesul la serviciile unor îngrijitori și asistenți specializați, centrați pe problemele vârstnicilor;
7. crearea unor mijloace de circulație performante și a unor trasee sigure;
8. începerea unor cursuri și stagii de pregătire ce vizează bătrânii;
9. crearea posibilităților unor schimburi de experiență între bătrâni și tineri (ascultare de povești, cursuri culinare și de meșterit, utilizarea calculatorului etc.).

Serviciile oferite sunt cele de:

1. asistență socială;
2. consiliere psihologică, consiliere juridică;
3. ergoterapie și petrecere a timpului liber;
4. asistență medicală curentă și terminală;
5. găzduire, hrănire, îngrijire și igienă personală;
6. siguranță și accesibilitate în comunitate;
7. terapie ocupațională, creații: epigrame, poezii;
8. alte servicii: spirituale, religioase, în caz de deces.

Cauzele îmbătrânirii demografice sunt:

1. scăderea natalității;
2. progresele medicale (prelungesc viața);
3. creșterea nivelului de trai.

Consecințele îmbătrânirii demografice sunt:

1. feminizarea populației prin supramortalitate masculină;
2. consecințele socio-familiale evidențiate prin:

3. bătrânii fără copii, care reprezintă o sarcină grea pentru societate;
4. creșterea longevității duce la creșterea numărului familiilor cu 4–5 generații, astfel încât un cuplu activ are în îngrijire copii, părinți, bunici și străbunici;
5. consecințe medicale;
6. morbiditatea și mortalitatea sunt dominate de boli cronice și degenerative, aceste boli ducând la creșterea numărului prestațiilor și la creșterea numărului de pacienți.

PENSIONAREA

Pensionarea reprezintă un fenomen important în viață, care poate marca un punct terminus al dinamismului social sau, din contră, un punct de început pentru o viață rezervată relaxării și tuturor activităților pentru care nu au existat timp sau fonduri anterior.

Fiind un moment important în viața individului, cu numeroase modificări, pensionarea este privită diferit, în funcție de mai mulți factori. De aceea, pentru cei nepregătiți ea poate reprezenta un stres major, determinând o adevărată criză morală, „criza pensionării”, cum este numită de majoritatea autorilor. Multor persoane recent pensionate le lipsește încrederea în sine, în parte datorită experienței demoralizante a pensionării, în parte din cauză că nu pot fi siguri în legătură cu modul în care să abordeze această nouă experiență. Această perioadă este cu atât mai lungă cu cât individul în cauză nu a avut anterior o ocupație extraprofesională care să-l pasioneze.

Pensionarea este una din cele mai importante pietre de hotar ale vieții sociale, iar semnificația ei este copleșitoare pentru toți cei care au fost obișnuiți să-și definească utilitatea în termenii profesiei. Astfel, putem spune că bărbații, în general, trec mult mai greu peste perioada de acomodare, dacă nu au avut un hobby. Femeile sunt cele care se acomodează mult mai repede, ele așteptând din plin această perioadă, pentru a se dedica diverselor activități menajere și gospodărești. Femeile suportă mai bine evenimentul pensionării și datorită faptului că simt nevoia de mai mult timp liber pentru a se dedica familiei. În România, multor femei le revine, după pensionare, rolul de bunică; mai ales ele se ocupă de amenajarea casei sau de îngrijirea unor rude bolnave. După unii autori, femeia la vârsta pensionării se află pe o linie normală din punct de vedere afectiv, ca urmare a unei crize anterioare pensionării, datorată înaintării în vârstă. La bărbați „criza” poate să dureze și mai mult de 2 ani, în funcție de adaptarea la noile roluri și statusuri.

Starea bătrânului în momentul pensionării este considerată a fi problematică, deoarece în acest moment i se reduce capacitatea de efort fizic și intelectual, dar îi încetează activitatea într-o întreprindere sau instituție, ceea ce îi atacă statutul social. Astfel asistența socială trebuie să se centreze, în acest sens, pe acțiuni de

terapie ocupațională. Vârșnicul trebuie ajutat să treacă de la etapa ocupației de bază la activități secundare, de timp liber: grădinărit, exerciții fizice etc.

Pensionarea nu poate fi considerată ca moment al apariției îmbătrânirii sociale, ci ca debut al unui mod de viață modificat pe plan individual, ca prag psiho-social de restructurare a rolurilor sociale, de înlocuire a rolului primordial din perioada prepensionării prin roluri compensatorii, prin creșterea intensității rolurilor latente sau apariția altora noi.

Fenomenul pensionarilor „tineri” care își caută un loc de muncă este tot mai prezent. În România piața de muncă nu are o ofertă prea bogată pentru această categorie, iar cursurile de recalificare pentru vâșnici nu există la noi în țară. Unii autori susțin că „alegerea individuală a vârștei de pensionare ar trebui ridicată la rang de drept al persoanei”, asta datorită faptului că multe studii evidențiază vâșnici încă dornici de muncă, iar fenomenul stresant al pensionării poate să apară prea devreme. La Reuniunea O.N.U. (Viena, 1982) privind ocrotirea persoanelor vâșnice, a fost propus conceptul de „vâșnic activ”, care include deopotrivă avantaje pentru bășrani și pentru societate.

Transpunerea în practică a acestui concept presupune:

1. pregătirea organizată a pensionării în cadrul programului complex al pregătirii bășrâneșii;

2. o opțiune clară pentru utilizarea vâșnicilor, corespunzătoare pregătirii și capacității lor funcționale;

3. lupta vâșnicilor însși pentru un nou statut și rol social proprii.

Medicii geriatri sunt de părere că menșinerea aptitudinilor intelectuale și creativității, precum și un anumit orizont mai larg, o viziune mai spirituală, dobândită prin asocierea înțelepciunii și a experienșei cu dorinșta de a fi util chiar dacă trecerea anilor și-a spus, necrușător, cuvântul – sunt o parte din remediile bolii pensionării.

Pregătirea pentru pensionare depinde în mare măsură de nivelul social și cultural al fiecărui vâșnic și al grupului de apartenenșă. Conduita față de bășrâneșe se învașă din familie și după aceea la școală și în societate. Pregătirea pentru bășrâneșe, ca și socializarea, este un proces ce se desfășoară pe tot parcursul vieșii. În fiecare fază distinctă a vieșii există tranziții de realizat sau crize de depășit, aceasta incluzând și ideea de moarte ca stadiu final al existenșei.

Diferite stiluri sau practici de pensionare și de pensionari:

Luminișta Mihaela Iacob (2001, p. 103, 104) a descoperit în 1970, în urma a numeroase studii, cinci tipuri de practici prin care caracterizează și măsoară angajarea socială și activitășile pensionarilor:

1. pensionarea de tip retragere: individul se retrage doar pentru sine, câmpul social și spașial se îngustează. Timpul acordat somnului este cel mai important. Nu are niciun proiect, nici măcar pe termen scurt, zilele asemănându-se foarte bine una

cu cealaltă. Se deplasează puțin și niciodată în afara cartierului său. Pe scurt, angajarea socială și menținerea sa în activități productive sunt inexistente. Se poate vorbi despre o pensionare de tip „moarte socială”, contrară unei bătrâneți reușite și cu un risc ridicat pentru sănătate;

2. pensionarea de tip vârsta a treia: pensionarul se include social printr-o serie de activități productive. Acestea nu sunt doar un mod de a-și ocupa timpul, ci ele ocupă un loc central în organizarea temporală și reprezintă unul din principalele centre de interes. Acest tip este asociat unei bătrâneți reușite;

3. pensionarea de tip timp liber sau familie: pensionarul se integrează social prin activități de consum într-un cadru familial sau de îndeletniciri plăcute. Are o preocupare deosebită față de copii, nepoți, se consideră direct responsabil de aceștia, sprijinindu-i chiar și financiar. Consideră că are un rol important în menținerea structurii familiale. Centrat pe îndeletniciri de gen timp liber, pensionarul face numeroase activități culturale, sportive, călătorii. Sentimentul de bătrânețe reușită este adesea binevenit, însă unele tensiuni familiale pot determina apariția unor simptome depresive.

4. pensionarea de tip revendicare: pensionarul contestă statutul de bătrân pe care l-ar putea avea în societate. El consideră că, unindu-se cu alți pensionari, ar constitui forță de presiune pentru a-și păstra un rol activ. Manifestă o preferință aparte în a stabili legături sociale cu alți pensionari. Sentimentul de bătrânețe reușită este foarte instabil datorită deselor sentimente de excludere social;

5. pensionarea-participare: individul se integrează social cu ajutorul televizorului. Programele de televiziune îi ocupă cea mai mare parte din timp, deși nu constituie o activitate productivă. Sentimentul de a avea o bătrânețe reușită este slab, iar sedentarismul practicat reprezintă un risc pentru sănătate.

Pregătirea pentru pensionare:

Pensionarea este percepută de mulți ca o pierdere, o schimbare masivă în viața persoanei. Inițierea unor programe de informare asupra acestei perioade, ar constitui un real sprijin pentru cei aflați aproape de această etapă pentru că acestei schimbări îi trebuie găsit un sens și apoi ea trebuie să fie depășită.

Rolul asistentului social în relația cu pensionarii este important deoarece suferința cea mai mare a acestora este că interacțiunea socială a încetat prin pensionare. Marshall susține că oamenii intră în criză atunci când comportamentul lor normal eșuează în rezolvarea unei probleme. Astfel, asistentul social este cel care trebuie să militeze pentru acele cursuri de pregătire pentru pensionare.

După Octavian Apahideanu (2001, p. 157), pregătirea pentru pensionare trebuie să cuprindă:

1. o informare largă asupra mecanismului îmbătrânirii;

2. o informare teoretică și practică privitoare la modalități de întârziere a procesului de îmbătrânire (noțiuni de geroigenă, geroprofilaxie, comportament *prolongeviv*);

3. dislocarea mentalității că pensionarea este începutul sfârșitului; pensionarea nu este o „anticameră a morții”, ea este o etapă a existenței, cu caracteristici proprii pozitive și negative, iar această etapă are dreptul la un sens optimist, constructiv;

4. acceptarea ideii că testul bătrâneții trebuie trecut, nu ocolit, iar fericirea la bătrânețe pare a fi legată de o atitudine de acceptare, nu de împotrivire sau negare.

ÎMBĂTRÂNIREA ACTIVĂ

Organizația Mondială a Sănătății a lansat, în anul 2012, conceptul de „îmbătrânire activă”, cu scopul declarat de a schimba ideea că bătrânii sunt o povară. Acest concept vizează optimizarea oportunităților pentru sănătate și securitate, în scopul îmbunătățirii calității vieții persoanelor vârstnice. Noul concept propune promovarea unui stil de viață sănătos, prin programe de prevenire a principalelor cauze de îmbolnăvire tipice vârstnicilor și permite indivizilor în vârstă să-și îmbunătățească potențialul fizic, psihic și social. Termenul *îmbătrânire activă* se referă la continuarea participării persoanelor vârstnice la viața economică, socială, culturală, spirituală și nu numai la abilitatea de a fi activ din punct de vedere fizic sau de a-și continua munca.

Odată pensionați, vârstnicii pot contribui activ la binele familiei și comunității din care fac parte, iar scopul îmbătrânirii active este să crească speranța de viață sănătoasă și calitatea vieții persoanelor vârstnice, inclusiv a celor afectate de incapacitate sau handicap.

Obiectivele strategiilor de îmbătrânire activă sunt următoarele:

1. reducerea numărului deceselor premature;
2. limitarea dizabilităților și bolilor cronice la vârstnici;
3. creșterea calității vieții vârstnicilor;
4. reducerea costurilor îngrijirilor medicale;
5. dezvoltarea continuă de servicii sociale și de sănătate, accesibile, permissive, calitative;
6. asigurarea educației și învățământului continuu pentru personalul implicat în îngrijirile sociale și de sănătate.

Cauzele instituționalizării pe termen lung:

1. singurătatea și lipsa rețelei de suport;
2. dorința manifestă a vârstnicului;
3. lipsa veniturilor;
4. diferite afecțiuni cronice;
5. handicapul fizic sau mental;
6. pierderea locuinței;

7. lipsa adaptării în cadrul serviciilor la domiciliu;
8. „crize” în sânul familiei de origine;
9. imobilizarea la pat;
10. violența domestică sau a celor ce s-au angajat să-i îngrijească.

Îngrijirea temporară sau permanentă într-un cămin pentru persoane vârstnice presupune asigurarea condițiilor de cazare și hrană, acordarea îngrijirilor medicale și de adaptare în mediul instituțional, desfășurarea de activități culturale, de socializare, ergoterapeutice, asistența socială și psihologică.

Căminele destinate vârstnicilor pot fi destinate pentru pensionari sau pentru bolnavi cronic și pot deservi mai multe unități administrativ-teritoriale.

Căminele pentru persoane vârstnice au misiunea de a asigura maximum de autonomie și siguranță persoanelor îngrijite, respectându-le identitatea, integritatea și demnitatea. Regimul de viață din căminele pentru persoane vârstnice trebuie conceput astfel încât să permită: menținerea sau ameliorarea capacităților fizice și intelectuale, stimularea participării la viața socială, a legăturilor interumane și, în mod special, menținerea legăturilor cu familiile lor, asigurarea îngrijirilor medicale, prevenirea și tratarea consecințelor legate de procesul de îmbătrânire.

Serviciile oferite de către cămine pot fi destinate nu numai vârstnicilor instituționalizați, ci și celor din comunitate, în baza unor acorduri sau convenții cu consiliile locale, diverse organizații neguvernamentale sau alte instituții.

Teoria dezangajării este considerată ca primă abordare comprehensivă, multidisciplinară și a fost explicit lansată de comportamentaliști în gerontologie. Fiind una dintre cele mai cunoscute și mai controversate teorii ale gerontologiei sociale, se consideră că ea a fost lansată de autorii volumului *Growing Old*, contrazicându-se ideea conform căreia, pentru a fi integrate, persoanele în vârstă ar trebui să fie active.

În schimb, procesul prin care oamenii în vârstă își descesc nivelurile de activitate, prin care caută roluri mai pasive, interacționează mai rar cu alți oameni, devenind din ce în ce mai preocupați de viața lor interioară, este văzut ca unul normal, inevitabil și satisfăcător la nivel personal, putând marca începutul unei revizuirii a vieții.

Întrebată fiind ce responsabilități are în relația cu sine, o vârstnică ne-a răspuns: „Să încerc să mă mai odihnesc, la bătrânețe, că am muncit toată viața”.

Dezangajarea își are rădăcinile în presupuziția unui declin inevitabil al abilităților, odată cu trecerea vârstei și în așteptarea universală a morții.

Procesul dezangajării poate fi început de o persoană în vârstă sau provocat de societate. Cu privire la modul de inițiere a procesului, se pornește de la presupunerea unor consecințe mutuale, pozitive, atât pentru societate, cât și pentru individ: „De mine am avut întotdeauna grijă, m-am preocupat de sănătate, să nu ajung să trăiesc de pe o zi pe alta”.

În acord cu această teorie, persoanele în vârstă, pierzând unele roluri și o parte din energie, vor să fie întrebate despre expectanțele sociale de productivitate și competitivitate.

Dezangajarea este văzută astfel ca un comportament adaptativ, care ajută persoana în vârstă să își păstreze încrederea și liniștea chiar dacă realizează roluri sociale periferice. Spre exemplu, în lucrarea citată, Cummings și Henry argumentează că persoanele în vârstă care nu mai sunt angajate în roluri profesionale sunt mai active în viața de familie: „Singurul lucru pe care îl mai pot face, la vârsta mea, este să îmi cresc nepoțelul ca să îl văd mare”, ne-a spus o bătrână de 70 de ani. Pentru bărbați, procesul dezangajării pare a fi abrupt, din momentul în care își încheie rolurile profesionale.

Dezangajarea nu este văzută ca fiind utilă și funcțională doar individului, ci și societății. Fiecare societate are nevoie de modalități ordonate de transmitere a puterii de la generațiile în vârstă către tineri. Politicile de pensionare, spre exemplu, sunt considerate o modalitate prin care tinerii se pot implica în noi roluri ocupaționale. Din moment ce persoanele în vârstă se retrag din curentul principal de dezvoltare al societății, moartea lor va reprezenta un pericol pentru funcționarea normală a societății, astfel încât teoria dezangajării susține că serviciile sociale nu ar trebui să urmărească revitalizarea bătrânilor, ci, din contră, să încurajeze retragerea lor.

Teoria dezangajării eșuează în considerarea variabilității preferințelor individuale și în diferențierea cadrelor socio-culturale. Aplicabilitatea acestei teorii diferă în funcție de pozițiile individuale în structurile sociale – un om de cultură are mai multe șanse să rămână implicat decât un muncitor într-o fabrică. Pe de altă parte, o persoană din mediul rural va continua să muncească și după 65–70 de ani pentru a-și asigura un minim de venituri.

Dezangajarea se poate manifesta diferit și la același individ: el se poate retrage din viața socială – nu mai frecventează evenimentele sociale, dar rămâne activ din punct de vedere psihologic – citește și participă la discuții axate pe probleme de actualitate. De asemenea, sensurile pot diferi de la cei care cunosc persoanele în vârstă la cei care le observă pentru prima dată: o bătrână care privește pe fereastră ore în șir se poate simți foarte implicată în viața străzii, urmărind scenele sociale, în timp ce un observator ar putea spune că este retrasă.

Teoria dezangajării are tendința de a ignora rolul jucat de personalitate în modalitatea de adaptare la vârstă. Persoanele care au fost întotdeauna active, asertive și implicate social probabil că nu se vor retrage, la vârsta a treia, ci vor continua să-și mențină modelul tipic de adaptare la mediu. În mod similar, unele persoane au fost întotdeauna retrase și pasive, astfel încât dezangajarea poate reprezenta pentru ele un mod natural de tranziție sau de continuare a modului de viață anterior, fără a se înscrie într-un curent universal valabil pentru vârsta a treia.

Teoria dezangajării poate fi privită ca un punct de plecare în argumentarea pensionării timpurii și a separării persoanelor în vârstă de restul populației,

ignorându-se consecințele negative, în plan societal. Această teorie poate fi văzută ca o recomandare filosofică cu privire la modul de viață al omului ajuns la vârsta a treia, dar nu poate fi generalizată în explicarea universală a procesului de îmbătrânire.

Teoria dezangajării susține că la bătrânețe individul și societatea se retrag reciproc unul față de celălalt în patru etape.

Prima etapă începe la finalul vârstei mijlocii, când rolurile tradiționale, cum sunt acelea de angajat și părinte, devin mai puțin disponibile sau mai puțin importante, deoarece se restrânge cercul social al persoanei, din cauză că prietenii mor sau se mută în altă parte.

În a doua etapă persoanele anticipează, se adaptează și participă la această îngustare a sferei sociale prin renunțarea la multe roluri pe care le-au avut și prin acceptarea acestei dezangajări sau desprinderi.

În a treia fază, pe măsură ce oamenii devin tot mai puțin centrați pe rol, stilul lor de interacțiune se schimbă de la activ la pasiv.

În ultima etapă, datorită acestor stiluri mai pasive de interacțiune, persoanele vârstnice au o posibilitate mai mică de alegere a unor roluri noi și astfel crește probabilitatea de a se dezangaja (desprinde) și mai mult.

Teoria dezangajării susține că participarea vârstnicului la procesul de dezangajare este universal și voluntar. Conform unor păreri, această teorie perpetuează discriminarea, începând cu pensionarea forțată, până la internarea obligatorie într-o casă de bătrâni, pe principiul că bătrânii doresc oricum să se retragă.

IPOTEZĂ

Ipoteza de la care am plecat a fost aceea că vârstnicii încearcă să fie mai activi și după pensionare; cu cât serviciile oferite vârstnicilor din instituții sunt mai de calitate, cu atât ei se vor simți cu adevărat respectați și apreciați; cu cât activitățile pe care le desfășoară vârstnicii din instituții sunt mai folositoare societății, cu atât aceștia se vor simți mai motivați și utili; obiectivele îmbunătățirii statutului vârstnicilor vizează: situația bătrânilor instituționalizați, analiza statutului lor, eficiența activităților pe care le desfășoară în instituții, analizarea efectelor instituționalizării persoanelor vârstnice, încât putem afirma că instituționalizarea ajută la o îmbătrânire activă.

ÎN LOC DE CONCLUZII

Problemele ce le implică îmbătrânirea, la nivelul persoanei umane, sunt greu de depășit. Desigur că percepția asupra procesului de îmbătrânire diferă de la o persoană la alta; totuși, privită cu optimism, senectutea poate deveni etapa cea mai frumoasă din viață. Acest lucru se întâmplă datorită nivelului ridicat de experiență

și înțelepciune dobândit în timpul vieții. Pentru a putea transforma bătrânețea în cea mai frumoasă etapă avem însă nevoie de echilibru pe parcursul celorlalte etape de viață. Acest echilibru trebuie să cuprindă toate dimensiunile, de la cea medicală până la cea relațională, care pot influența toate activitățile de zi cu zi. Relaționarea poate da naștere unei subculturi tipice persoanelor de vârstă a treia, care presupune anumite consecințe. Însă, cu toate riscurile, bătrânul are nevoie de relaționare cu cei de vârstă sa.

Am constatat că, odată cu pensionarea, bătrânii nu încetează a fi activi, chiar dacă activitățile lor scad în intensitate. Calitatea serviciilor oferite vârstnicilor în instituție este foarte importantă, de asemenea calitatea serviciilor este determinată și de cei care le oferă (personalul); atât timp cât personalul este calificat în acest domeniu, acesta va ști cum să se comporte cu vârstnicii și cum să-i ajute, pentru a le asigura nevoile necesare.

În urma interviurilor am întâlnit și bătrâni activi și bătrâni care se axează doar pe anumite activități. Majoritatea își doresc să fie activi, dar sănătatea nu le mai permite.

BIBLIOGRAFIE

1. ANTOHE, ILEANA; FERMEȘANU, CARMEN MIHAELA (2003). *Elemente de nursing clinic*, Iași, Editura Junimea.
2. APAHIDEANU, OCTAVIAN (2001). *Asistența socială a persoanelor de vârstă a treia*, Reșița, Editura Eftimie Murgu.
3. CUMMING, ELAYNE; HENRY, WILLIAM EARL (1961). *Growing Old. The Process of Disengagement*, Basic Books, New York.
4. GIDDENS, ANTHONY (2001). *Sociologie*, București, Editura BIC ALL.
5. GÎRLEANU-ȘOITU, DANIELA (2006). *Vârsta a treia*, Iași, Editura Institutul European.
6. HURJUI, ION (2004). *Compendiu de geriatrie*, Iași, Editura ALFA.
7. IACOB, LUMINIȚA MIHAELA (2001). *Vârsta a treia. Cunoaștere și intervenție*, Iași, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”.
8. MARSHALL, M. (1993). *Asistența socială pentru bătrâni*, București, Editura Alternative.
9. MIFTODE, V. (2003). *Tratatul de metodologie sociologică*, Iași, Editura Lumen.
10. MIFTODE, V. (coord.) (2004). *Sociologia populațiilor vulnerabile*, Iași, Editura Universității „Alexandru Ioan Cuza”.
11. RĂDULESCU, SORIN (1994). *Sociologia vârstelor*, București, Editura Hyperion.
12. RUGINĂ, VALERIU (1986). *Curs de medicină socială*, Iași, Editura IMF.
13. SĂHLEANU, VICTOR (1971). *Omul și îmbătrânirea*, București, Editura Enciclopedică.
14. ȘCHIOPU, URSULA; VERZA, E. (1997). *Psihologia vârstelor. Ciclurile vieții*, București, Editura Didactică și Pedagogică.