

"Reversed Mortgage, Family Physician's role and perspective"

Dr Mark Chan

MBBS MPainMed

DFM PDipComPsychMed

PDipCommunityGeriatric

FRACGP FHKCFP

HKCFP Council member

Vice Chairman Public Education Committee

Newspaper column writer

Reversed Mortgage

- * Roles of Family Physician
- * Perspective

What is reversed mortgage

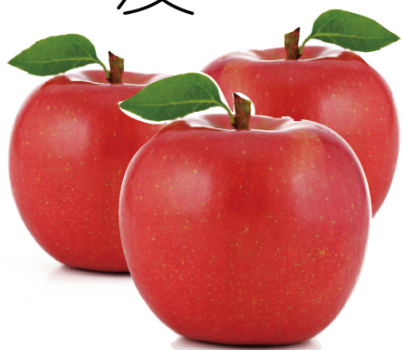
- * Reviewed in earlier part of this workshop

What is Family medicine?

- * Hong Kong College of Family Physicians
- * American Academy of Family Physicians
- * Royal Australian College of General Practitioners
- * Royal College of General Practitioners

家庭醫學手冊之二

家庭醫生—— 一家人的好朋友



香港家庭醫學學院 編

家庭醫學手冊之三

家庭醫生——一家人的好朋友



香港家庭醫學學院 編



香港家庭醫學學院有限公司
Goodman Publishing Limited

Roles of Physicians

What are family physician's traditional roles?

- *The Domains are
- *The Roles in Patient cares are
- *The Roles of Family Physicians in Healthcare system
- *The Skills are



Domains

The five domains of general practice

- * The Royal Australian College of General Practice, 2011 : lifelong teaching and learning based on these domains.
- * Represent the critical areas of knowledge, skills and attitudes necessary for competent unsupervised general practice.

The five domains of general practice

Domain 1 –

Communication skills and the patient-doctor relationship
(eg. communication skills, patient centred, health promotion, whole person care)

Domain 2 –

Applied professional knowledge and skills
(eg. examination and procedural, decision making)

- * Domain 3 –

- * Population health and the context of general practice (eg. public health, prevention, family influence on health, resources)

- * Domain 4 –


- * Professional and ethical role

- * (eg. duty of care, standards, teaching, research, self care)

- * Domain 5 –

- * Organisational and legal dimensions

- * (eg. information, records, confidentiality, practice management.)

- 
- * The five domains of general practice provide a comprehensive, robust framework for ensuring that the key skill areas of general practice are included in education and training.

Roles in Patient care

5 Family medicine principles

從阿拉木圖到屋邨醫生



家庭醫學
陳遠豪醫生

和大多數同一代的香港人一樣，筆者成長於公共屋邨。小時身子不爽或發燒，母親便拿着上回看症處用完的玻璃藥樽（當然已沖洗過），帶我去「睇」屋邨醫生。退回用完藥樽可不用再按機，可循環消毒再用。那時生孩子還是在留產所，由助產士接生；屋邨醫生，便是我們接生的第一位醫生。

筆者在醫院工作十多年後，投入基層醫療，近十年亦兼任教醫學文憑課程，接觸到不少有志進修的屋邨醫生。屋邨醫生大多踏實，采用安全、有效和快捷的處理方法，以解決病人實際問題為首要關注，對額外檢查和罕見病例的考慮較輕。大部分社區病人，病情比醫院或專科門診的病人為輕，化驗需求較少。相對起來，醫院醫生因是守着最後一關，或會考慮可能性較低的病種，為了更肯定病情，對理論和病源較為看重。基於不同病人背景，要求的醫療考慮和技術自然有所不同。

大部分香港人都擠在市區的彈丸之地，一個屋邨住

往往上萬多二萬人，成為小社區，而屋邨醫生往往在屋邨從一而終，見證居民的生死病死。屋邨醫生大多自然地擔當了家庭醫生角色。

阿拉木圖宣言

加拿大西安大略省大學麥溫尼 (McWhinney) 教授一生致力家庭醫學。他形容九項原則為家庭醫生的行醫範疇。一、家庭醫生為人服務多於為病種知識。家庭醫生看的不單是病，而是人的病或帶病的人。因此沒有病種不屬家庭醫生的範圍。二、也因此，同一病種在不同人的背景下有不同的表達和內涵。三、長年累月重複提醒健康生活，每次診病都是健康教育機會。四、家庭醫生視其社區為健康高危一族，先天下之憂而憂，鼓勵採取預防措施。五、家庭醫生是社區醫療重要一環，必要時更擔當領導或統籌角色。六、家庭醫生生活在社區，和病人呼吸同一空氣，共用相同設施和生活環境。七、家庭醫生對病人家庭衛生環境投訴有更深切認識。八、家庭醫生考慮病人意願，平衡病人、家人所需和醫學觀點。九、家庭醫生為「資源經理」。引導病人進入醫療架構，也為公共資源把關，令資源更公平分配。

話說三十多年前，1978年9月12日在阿拉木圖 (Alma Ata, 哈薩克首都)

召開的「國際基層衛生保健大會」發表了「阿拉木圖宣言」，發起人人享有衛生保健運動，而公平獲得醫療和高效率提供衛生服務是首要目標。

宣言中第六項形容基層衛生保健是基於切實可行、學術上可靠而又為社會所接受的主要衛生醫療；它既是衛生體制的一部分，一個功能中心和活動焦點，也是群眾社會及經濟總體發展的一部分。他是個人、家庭、群眾與國家保健系統的第一環，能使衛生保健盡可能接近人民居住及工作場所，也是醫療保健持續進程的起點（世界衛生組織《阿拉木圖宣言》）。

筆者看來，一切制度都得由人來推動。在醫療行業，最根本還是由人來服務另一人的切身問題。那如何才有最高水平的醫療服務呢？

傾倒你的所有

2007年5月本欄同文陳潔玲醫生以〈為何要讓醫〉為題，分享英國 Tuttle 大法官對 Emory 大學研究生的番訓勉，今日重溫，仍有裨益：「從事專業，乃付出自己，以服務他人。一個擁有專業知識的人，所要賣的，就是自己的信念和人格。一個人的信念和人格，又怎能用銅銖衡量？因此，不要給自己「定價」……不要對同業或病人各覓自己的才華、能力、知識。相反，傾倒你的所有，把它花掉，用盡……」

或許這是高調，但在香港有可能實現嗎？

假如有人想知道如何落實麥溫尼教授和阿拉木圖宣言，筆者大力推薦〈余兆傑，蘇屋邨的家庭醫生〉一文，容我節錄：「讓我一直在此（屋邨）行醫的最重要一點是，我和這個社區建立了感情，我想在這裏繼續工作。我們從事這個行業，一定要有同情心和責任感。醫生給病人看病，只要盡力而為，無論結果如何，都無愧於病人。」「我沒有想過退休，會繼續工作。我在這裏行醫不是做生意，而是在服務大家。就算把所有青春都給了病人，我也絕不後悔。」（《我們都在蘇屋邨長大》，劉智鵬著。中華書局，2010年。）

醫生的最高專業精神，庶幾近矣。

本文由香港家庭醫學學院提供，網址為：www.ikfup.org.hk



■屋邨醫生往往在屋邨從一而終，見證居民的生死病死。

Roles in Patient care

5 Family medicine principles

- * 1. Context of Care
 - * Evidence-based

- * 2. Continuity of Care
 - * Continuous Healing Relationships

- * 3. Comprehensive Care
 - * Whole Person Care

Roles in Patient care

5 Family medicine principles

4. Coordination of Care

- *- Integration of complex care

5. Centered on the Patient

- *- Bio-psychosocial Approach

7 Roles of Family Physicians in Healthcare system

- 1.- Family medicine in Primary, Personal, Preventive, Comprehensive, Continuing, and Co-ordinated Care
- 2.- Communicator
- 3.- Collaborator

The 7 Roles of Family Physicians in Healthcare system

4.- Advocator /Leader

5.- Manager

6.- Medical Professional

7.- Researcher and Teacher


Skills

1. define reason(s) for consultation and consider other possible reason(s) for consultation
2. be aware of little cues, hidden agenda or "door handle signs", and somatization.
3. competency in distinguishing self limiting problems from acute emergencies
 - and management outside specialized hospital units with limited facilities for investigation

4. exploring and interpreting both the disease and illness experience

5. prioritization when presenting with multiple complaints

6. finding a common ground with patient about the problem and its management

- 
- * 7. incorporating prevention and health promotion
 - * 8. enhance doctor-patient relationship
 - * 9. use time and resources appropriately
 - * Reference : HK Pract 2006;28:193-195 A Lee, Professor,
Department of Community and Family Medicine, CUHK

The issue

-Before-During-After

- * Reversed mortgage will affect
- * The patient and The family
- * The family doctor
- * That demands New skills and considerations
- * -Before
- * -During
- * -After

Perspectives as family doctor

What parts do we play in this ?

As

- *A doctor
- *A business man
- *A referee
- *A Government agent

What are the FP's aim?

- * The best interest of the patient
- * The interest of the carer / family
- * The interest of the community

Potential Problems

- * Problems:
 - * 1. Are there conflict of interest within the family?
 - * 2. Conflict of interest between the patient and the doctor?
 - * 3. Conflict of interest between the patient and the family?
 - * 4. Will the interest changes over time?

FP's strength

- * Rapport: patient, family and the doctor
- * Continuity: year long relationship
- * There are
- * Trust
- * Community
- * Knowledge
- * Availability

How does this affect the patient

林婆婆「唔開心」



家庭醫學

撰文：陳選豪醫生

農曆年將至，大家都在預備跟家人團聚、喜氣洋洋的日子。但每逢過時過節，卻總會有朋友感受不到這份喜悅，甚至更覺孤單難受。不少缺乏支援的長者可能就會有此感受。

友林婆婆這幾年經歷的變遷她人還是很健壯，有朋友家人移民，還有次子因意外打擊不小，過了半年仍未生的事實。最近總是「唔開心，吃飯時只吃一兩口便不再吃了不少。

研究指出，在五萬五千位長者中，有五萬五千位長者中，有百分之九點五的長者有鬱症。在老人院院比起社區更加普遍，保守估計，在認知能力欠佳者之二十，「唔開心」可說是院

第一大問題

其他問題，如影響認知功能。假如長者有多重而病人使用適當的醫療更趨惡化，以致身心俱疲的可多加留意長者的變徵狀有心情鬱悶、對幾乎興趣、體重顯著變化（或下振）、睡眠障礙（失眠或嗜睡）、喪失能量、常覺無力、猶豫不決和經常思考

者通常比年輕人更較少宜之，長者更會多用身藥物投訴身體各個器官部位以上其他各種病患。

自殺念頭，自殺企圖和「成功」自殺都是抑鬱的終極表現。長者自殺率比年輕人為高，達十萬分之二十七，比平均值高出兩倍有餘；而男性長者自殺率又比女性為高。有報告指出，七成多長者自殺個案，案主都有精神問題，當中超過一半以抑鬱為最主要病因。

抑鬱的終極表現

抑鬱的長者在現實上甚少會主動提及自殺傾向，因此對於任何企圖自殺或表現出來的自殺念頭都不能掉以輕心，必須正視內裏根本的問題。

前幾年長者自殺在傳媒有較多報道，但香港是個善忘社會，近期較少報道，並非代表長者自殺問題已經減少或消失。隨著市民年紀老化，問題必會重新浮現。

長者抑鬱的風險因素很多，例如健康的問題，中風，阿爾茨海默氏症，慢性疼痛，藥物副作用，人際關係，喪失活動能力，靈活性與社會隔離等等。而按個人性格、人生際遇、應對技巧、支援資源都決定着個人應付生活改變時成功與否。而男性病人尤其傾向沉默，抑鬱的存在亦必會引起注意。

解決問題的方向

雖然如此，研究仍找到解決問題的方向。從中文大學趙鳳琴教授的研究，得知百分之七十六的自殺者，在死前一個月都曾造訪醫生。前線醫生也因此在防止老人自殺鏈中有關鍵性的位置，若這關把守得

好，或可防止長者走上不歸之路。

治療方面，抗抑鬱藥有效率達百分之六十，通常以「選擇性血清素回收抑制劑」為首選。心理介入治療，如認知行為療法、人際心理療法，都有療效。在資源容許情況下，雙管齊下或有更佳效果，六成抑鬱患者都會有改善。

關於老人抑鬱最重要的信息，就是抑鬱不是正常老化的一部分。人生不如意事會十常八九，白雲青天常在，無必要鬱鬱寡歡。醫護同事多留意長者病友，一兩句探問，加上正確的治療，或可改變生命，令病人回復正常，重拾生趣。

(參考：Drs. CWC Tam, HFK Chiu. Depression and Suicide in Elderly. The Hong Kong Medical Diary, vol 16, No.9 2011)



■老人家有病住院，需要醫護人員悉心的照料。



■患者可服食抗抑鬱藥，有效率達百分之六十。

How does this affect the patient

- * How does this affect the patient?
- * There is no studies on this
- * The patient will? Become reassured? Anxious? Comfortable.....
- * The carer : higher motive vs guilt vs....
- * The family : hidden agenda
- * The extended family : the cultural influence, Gender difference, legacy

How does this RM affects the FP?

- * 1. Do I agree with the basic principle
- * 2. Do I know enough to help
- * 3. Level of intervention
- * 4. Proactive
- * 5. Instrumental, as one of the medical team
- * 6. Referral network

FP's weakness

- * 1. Knowledge Mental , Legal
- * 2. Conflict of interest: as self interest? Do I agree with the RM?
- * 3. Conflict of interest to different members of the family ?
- * 4. The strength is the weakness?

How can we help

- * Help the patient
- * The family/ carer
- * The community
- * The deal

The patient and family

Beforehand:

- *Patient / Family knows ,not knows the availability ----- clinic setting, promotional materials.
- *Need to prepare patient / Family to know this service is available. ----- Training course, Proactive, life stage / retirement counseling.
- *A specific form of advance directive
- *Does the patient and family share the same agenda?

Family Physician

- * Proactive vs
- * Information provider
- * Motivational

Assessment of the Patient

- * A comprehensive geriatric assessment

Functional

- * Barthel Index

- * ADL: BADL

- * IADL

Cognitive function: mental capacity

Barthel Index

香港老人科醫學會雜誌零四年一月
日常生活活動評估簡訣

- * 「買家電煮飯，
- * 葯材行洗衫」
- * 日常生活的應付能力

〔BADL〕十個日常生活活動評估

- * 「梳洗大小去廁所
- * 衣食落床行樓梯」

退休而不「憂」

朱麗珊醫生

家庭醫學

秋風送爽，又是旅遊的好時節。踏入十月，在世界不同的角落不難發現紅葉片片。不少人對色彩斑斕的紅葉趨之若鶩，似要捕捉紅葉之不同美態；亦有人慨嘆紅葉遍地，狀甚蕭條落葉。人生亦然。人到暮年，可以放慢腳步享受人生，但亦可因為生活的種種改變而產生憂慮。

適應生理心理變化

退休指的是一個人因為年齡或其他因素從某一工作退下來。工作佔據了大部分人生命很多時間，要突然之間停下來，難免會產生一些擔憂，亦要面對種種的適應。記得有一位退休公務員來看背痛的問題，就很緊張地問道：「醫生，我會唔會就嚟死？」細問之下，他一向甚少病痛，連傷風感冒也很少，很少需要看醫生，但身邊有幾位親戚朋友在退休不久，就發現患上癌症；有的更已辭世。又有一位伯伯已七十多歲，當的士司機養家活兒已幾十年了，但他現在仍堅持每星期工作一天。這問之下，原來是他兒子的建議，因為深怕伯伯如果真的完全退休了，身體就會出現嚴重問題。也有些人以為退休會令健康衰退，這些都是部分人對於退休的誤解。其實，隨著年紀增長，身體的機能漸漸衰退。不過在六十歲開始，身體機能的衰退一般會愈來愈明顯，而這也正值是退休的年齡，因此容易使人混淆。一些不健康的生活習慣如吸煙、暴飲暴食等，才是加速身體衰退的真正原因。

要珍惜享受家庭樂

除了生理上的變化，退休人士也要面對心理和社交上的改變。在心理方面，要從工作崗位上退下來，有些人頓時會感到自己無用、無價值、無地位、失去滿足感，深怕被人遺忘。假若之前沒有做好退休的準備，就會覺得百無聊賴，感到空虛寂寞。認識一位女士，在退休過後，每天就是到不同的超級市場流連，或是到銀行看股市，自覺生活枯燥無味亦無目標。如果退休人士的雙親或配偶有長期病患需要時刻的照顧，甚至是面對親人離世的傷痛，便會更感吃力 and 加倍壓力。另外，在退休之後沒有固定的收入，或許也會造成經濟的壓力。

在社交方面也會面對不少的變化和衝擊。子女已長大成人，各自有獨立發展，成家立室，漸漸離開父母自組家庭，長者便

要面對「空巢」的現象。由於子女已有自己的家庭，家中只留下自己和配偶，相處時間多了，少了子女作為兩者的焦點，彼此的容忍或許會減少，磨擦和爭執可能會增加。如子女已為人父母，更是榮升為祖父母或外祖父母，角色也不不同了。

退休是人生的新階段，雖然在生活上有很多轉變，但是只要以積極的態度，在各方面悉心策劃，妥善安排，一定可以漸漸適應的。在生理方面，要保持身體健康，就要經常實行健康的生活模式，例如適量的運動、均衡並富營養的飲食、不吸煙、不酗酒。在經濟方面，退休前提早及充份的準備至為重要。退休後要量入為出，亦可善用社會上對長者的各項優惠。要避免高風險的投資或經常賭博。有困難時宜坦然接受親友或政府所提供的援助。

在心理方面，要坦然接受身體慢慢衰退；放手讓子女自然發展，重新在角色上定位，珍惜並享受家庭樂。但要注意切勿過度照顧家人的起居生活而令其過於倚賴或令自己過勞。夫婦宜善用增加了的相處機會，致力增強彼此間的良好溝通，互相體諒對方退休前後的變化和需要，彼此尊重並欣賞。另外，亦可以善用餘暇，保持與好朋友的情誼，也可擴闊自己的生活圈子，多接觸新朋友，例如可參與長者中心的活動，建立良好的 interpersonal 關係。更鼓勵長者培養新的興趣，學習新的技能，如電腦運用和上網，也可參與義務工作幫助有需要的人。

人到暮年已有豐富的人生閱歷，累積了寶貴的經驗，我們只要抱有樂觀積極的態度，在事前作出充足的預備，及在退休後的生活作出適切的調節和適應，退休生活亦一樣豐盛和多姿多采，達至退而不「憂」。

本文由香港家庭醫學學院提供
網址為：www.hkfc.org.hk



只要有充足預備，退休生活也可以十分豐盛。

The patient and family

最後希望「去」得好嗎？



家庭醫學

撰文 陳選豪醫生

相信每一位醫護人員在醫護路上都會對有些病人印象深刻，其言語神情歷歷在目，點點滴滴恍如昨日。

鄧婆婆就是一位教我留下深刻印象的病人。眼前消瘦了不少的鄧婆婆平靜的說：「陳醫生，我其實是不念氣，我真的不念氣。我一生勞苦，小販、工廠，走著鐵荒都捱過了。老公早死，捱大了四個小孩，現在剛出了身，滿以為可以享享福，看著孫兒出世。這時得了這個病，醫生說最多只有六個月命。」鄧婆婆剛做完胃癌化療，沒了頭髮，頭上戴了頂紅色的花帽，儀容整潔，平靜地投訴生命的不公。



■醫護人員在醫護路上，或多或少都會對有些病人印象深刻。

加拿大西安大略大學家庭醫學教授邁尼 (Ian McWhinney) 在其《家庭醫學》一書中描述一位骨癌病者的經歷，這位病者形容了不同層次的五種希望：

五種希望

一是沒有希望。絕望。病人深信復元無望，也因此病者除了肉體外，在心智上也備受衝擊，更加遠離「健康」。

二是希望求生。不想死。這是病者一個極其脆弱的境界，也因此藥石亂投，極容易受騙或誤用資源。這時病者更需要大量正確支援，以免在肉體受苦之餘，心智努力也可能受到誤導，引致更大失望。

三是希望明天會更好。病者期待下次生日、過年過節，或有什麼卑微願望（如等理個孫媳婦），也會為此作出「交易」如戒口、捐獻，這也是支持病人的一種動力希望。

四是靈性體會。人到重病時，往往反省、回顧一生，生命意義種種。

第五種希望是「活在當下」：病者珍惜每一分每一秒，過去再無重要，未來也是虛幻，活在當下，善用餘生分秒，成為內心的希望。

筆者當了二十多年的前線醫護人員，親身經歷了不少生命離開軀殼。頭十數年在醫院工作，見證過不少病人急病身故，手術後昏迷，久病併發等等，但大部分情況都無法知道病人的心底希望；只知道自己已盡力，問心無愧。後到社區工作，較長久的醫患關係，令筆者能更深體會病者「希望」的改變。原來醫護「忠實」的一切「無法可醫」可對病者餘下的「生命健康」造成負能量。醫生的一句「不用覆診」更是將病人推向絕望。醫生「過問」病人「中藥」，更不用說可以協助病者完成「靈性體會」和「活在

當下」的境界了。

當今社會有相當完整的生死數據，死亡率、出生率、疾病變化，但事實上我們除了自身或至親的經歷，我們並不知道死亡的過程，病者本人的心路歷程更無法知道。恐怕不少人死得被動，不明不白地過了最後一程。

可以「去得好」嗎？

英國醫學學報 (BMJ, *British Medical Journal*) 在醫學界地位相當，說專業，他不及超級專科學報，但百餘年來，影響力殿堂，皆因學報報導西方醫學的發展路向，指標利器，引導社會民生、經濟及政治政策的取捨。除了高水平的科研成果，也由於對民生福祉的重視，承擔著醫學文化的水準。醫療技術的提升，如果沒有人性人文的主導，只會淪為工程科學的執行者，或只為富人權貴服務，本末倒置，無可能得到廣大市民尊重。

2000年1月，英國醫學學報編輯論述「死的好」為醫療服務的重要目標。學報編輯史密夫醫生（筆者有幸於上世紀九十年代初聽過他的一堂課，一個不苟言笑的嚴肅人）提出假如死亡被視為「失敗」，則醫學界並未對這重要課題給予注重，也沒有負上責任幫助市民作「好死亡」準備。是時候打破禁忌，好好的面對「死亡」。

「去得好」原則

1999年發給「長者健康照顧研究小組」作出辯論報告，提出十二項「好死」原則：要死得好，要死的人（即全人類）。

1. 要知道「死亡」何時將至，明白死亡有什麼形式結局可能 (What can be expected)
2. 要能夠保持控制什麼會發生的能力

3. 可得到尊敬和私隱
4. 可控制痛楚和其他病徵
5. 可以選擇死亡地點（家中，醫院）
6. 可接觸到專業幫助和資訊
7. 可得到需要的靈性和靈性支援
8. 可得到善終服務
9. 可選擇和決定死時有誰在旁（會有仇人送終嗎？）
10. 能夠定立「身故指引」(Advance Directive)，確保遺願受到尊重。
11. 有足夠時間說再見，和訂立時間表。
12. 可以知道和決定時限已到，毋需作無謂生命延長。

真的不容易。當然每個人還有其他考慮，為公為私，讀者或可自行判定設計自己和自己社會的未來，可有提供「去得好」的條件和自由？參考：Ian R McWhinney, A text book of Family Medicine, 2nd ed. Richard Smith. A good Death. BMJ vol 320.p.129-130, 15 Jan 2000



■加拿大家庭醫學教授邁尼在其《家庭醫學》一書中描述「死的好」為醫療服務的重要目標

Assessment of the Family

Is the family a stable structure?

Eg

- *1. The communication model
- *2. Carer vs Patient's wishes
- *3. Hierarchy?
- *4. Any hidden agenda
- *5. When will be a suitable time for action
- *6. Need for Family conference?
- *.7. Will the RM make the whole family happier?

What are the Issues to Family Doctor

Knowledge and skills

A. Applicability of

1. Enduring Power of Attorney, EPA
2. Part II Order under Mental Health Ordinance,
3. Guardianship Order

How can FP assist mentally incapacitated persons

*Need training / update to doctors on EPA and Part II Order



1. Selection of appropriate patient / family for consideration of RM

Need for research , follow up studies

2. Assist mentally incapacitated persons

*Need training on EPA and Part II Order

Scenario 1

- * Mrs. Lam, aged 75, widower, has a clear mind, lives independent, able to care for her own living.
- * Mrs. Lam has no children. Mr. Lam left her one property, she would like to use her own money to care for her own expense.



Selected few would be

- *Straight forward , simple, direct
for all parties concerned

Scenario 2

- * 78 years old Mrs. Cheung lives with her 50 years old unmarried son in her own property.
- * Her son has been out of work for 2 years and Mrs. Cheung would like to know about how to mortgage her property.
- * She is illiterate, only speaks chiu chow dialect.

Scenario 3

- * Mr. Wong lives in OAH, he has 3 children, one lives overseas. He has a home unit. They have arguments over who should pay for Mr. Wong's living cost.
- * Mr. Wong is demented and his elder daughter would like to mortgage Mr. Wong's property to pay for his living cost.
- * Second son objected, as he was living in the unit. He is not paying any rent nor contributing to Mr. Wong's living cost.

Thank You