

Bakımevlerinde beslenme ve sorunlar

Dr Sema Uçak Basat

27.09.2014

Türkiye'deki huzurevleri

		Huzurevi Sayısı	Kapasite	Bakılan Yaşlı Sayısı
A	Aile ve Soysal Politikalar Bakanlığı'na Bağlı Huzurevleri	106	11678	10638
B	Diğer Bakanlıklara Bağlı Huzurevleri	2	566	566
C	Belediyelere Ait Huzurevleri	20	2013	1409
D	Dernek Ve Vakıflara Ait Huzurevleri	34	2820	1974
E	Azınlıklara Ait Huzurevleri	7	961	673
F	Özel Huzurevleri	122	5934	4154
	TOPLAM	291	23972	19414

- SORU 1

Yaşlıda malnutrisyon prevalansı

- Bakım evinde kalan hastalarda %16-85
- Akademik Geriatri Derneği tarafından yapılan **Türkiye huzurevleri ve bakımevleri nutrisyonel durum değerlendirme projesinde** malnutrisyon riski %38.3, malnutrisyon oranı ise %11.9 bulunmuştur.

Seiler WO. Nutrition 2001;17(6):496-498.

Cankurtaran M ve ark. Türkiye huzurevleri ve bakımevleri nutrisyonel değerlendirme projesi.

Sorun?

- Farkındalık
- ESPEN 2002'den itibaren > 65 yaş tüm bireyleri nutrisyonel olarak tara diyor.

Bakımevlerinde artmış malnutrisyon nedenleri

- Çok sayıda kronik hastalığa sahip olmaları
- Çok sayıda ilaç kullanımları (polifarmasi)
- Kırılganlık ve engellilik oranının yüksekliği

Kuruma ait faktörler

- Personel yetersizliği
- Personelin vakit darlığı
- Sakinlerin sayısının fazla olması
- Personel arasında iletişim problemleri
- Diyetisyen eksikliği
- Sunulan yemeğin miktarı ve kalitesi
- Sakinleri yemek yemeye teşvik etme ve yardım etmede yetersizlik
- Hemşire ve diğer personelin eğitim eksikliği
- Malnutrisyon konusunda farkındalık azlığı
- Yetersiz tarama
- Tanıda ve tedavide gecikme
- Yaş ayrımcılığı
- Fiziksel aktivitelerde düşüş ve sakinlerin tüm gün yatakta bırakılması
- Uygunsuz ilaç kullanımı
- Yeterli ve uygun düzenlemelerin eksikliğidir.

Kişiye ait faktörler

- 85 yaş ve üzeri yaş ayrımcılığı, yaşlı ihmali ve suistimali
- İletişim problemleri
- Konuşma bozukluğu,
- Görme ve/veya işitme bozukluğu
- Koku ve tat alma duyularında azalma
- Besin maddelerinin yetersiz alımı
- Bağımsız yeme yetisinde azalma
- Postür ve mobilite problemleri,
- Yetersiz egzersiz
- Bağımlılık
- Yatağa bağımlı olma
- Bası yaraları
- Tremor
- Apati
- İzolasyon
- Yaş
- Depresyon
- Demans
- Konfüzyon
- Alkol alımı
- Artrit
- Kanser
- Diyabet
- Ağız sağlığı ve oral hijyen bozukluğu
- Çiğneme ve yutma yetersizliği
- Disfaji
- Dehidratasyon
- Solak olma
- İlaçlar
- İki veya daha çok kronik hastalığa sahip olmadır

Kronik hastalıklar içinde

- Artrit
- Kanser
- Diyabet
- Parkinson hastalığı
- Alzheimer hastalığı
- Depresyon

özellikle risk oluşturmaktadır.

Türkiye Huzurevleri ve Bakımevleri Nutrisyonel Durum Değerlendirme Projesi'nde

Huzurevi/bakımevi sakinlerinin

- huzurevinde kalış süresi
- ilaç sayısı
- kapsamlı geriatrik değerlendirme testlerinin bozukluğu
- demans, depresyon ve Parkinson hastalığı malnutrisyon ve/veya riski ile ilişkili faktörler olarak tespit edilmiştir.

Tanı ve tedavide gecikme sonucunda

- Fonksiyonel bağımsızlıkta bozulma
- Günlük yaşam aktivitelerini yerine getirmede bağımlılık
- Genel iyilik halinde bozulma
- Düşme ve kırık riskinde artış
- Bası yaraları
- Kognitif fonksiyonlarda bozulma
- İmmünitede baskılanma ve infeksiyonlara meyil
- Anemi
- Mortalitede artış

Taramanın önemi

- Huzurevleri/bakımevlerinde malnutrisyon yaygın bir problemdir.
- THN projesinde huzurevleri ve bakımevlerinde kalmakta olan yaşlıların %50.2'sinde malnutrisyon riski veya malnutrisyon olduğunu ortaya konmuştur.

- Malnutrisyonun ve malnutrisyon riskinin **erken dönemde tespit edilmesi**, gereken önlemlerin gecikmeden alınmasını, tıbbi beslenme desteğinin erken dönemde başlanmasını ve malnutrisyonun **komplikasyonlarının bir ölçüde önlenmesini sağlamaktadır.**
- Bu nedenle huzurevleri ve bakımevlerinde malnutrisyon taraması yapılması önemlidir.

Nasıl tarayalım?

- Kuruma kabul edilen **her yaşlı kabulde** beslenme durumu değerlendirilmesinden geçirilmeli ve bu değerlendirme **her 1-3 ayda bir** tekrarlanmalıdır.

- SORU 2

Nasıl tarayalım?

- Malnutrisyon taraması ve takibi için ideal olan bu değerlendirmenin interdisipliner ekip tarafından yapılmasıdır (geriatrist veya nutrisyon konusunda eğitimli bir uzman hekim, hemşire, diyetisyen, sosyal hizmet uzmanı, fizyoterapist, psikolog).

Kapsamlı geriatrik değerlendirme

- günlük yaşam aktiviteleri testi
- enstrümental günlük yaşam aktiviteleri testleri
- malnutrisyon tarama testi (MNA kısa ve gerekirse uzun formu)
- unutkanlık testleri (mini-mental test, saat çizdirme testi),
- depresyon testi
- mobilite testi

sarkopeni olduğu düşünülenlerde

- el sıkma kuvvet ölçümü, baldır ölçümü, yürüme hızı değerlendirmesi

- Malnutrisyon bir geriatric sendromdur ve kapsamlı geriatric değerlendirme içinde mutlaka bulunmalıdır.
- **Kapsamlı geriatric değerlendirme** ile malnütrisyonun diğer **somatik, psikolojik, sosyal ve fonksiyonel durumlarla ilişkisi** de değerlendirilmiş olmaktadır.
- Yaşlılarda malnutrisyonunun değerlendirilmesinde **MNA** tavsiye edilmektedir.

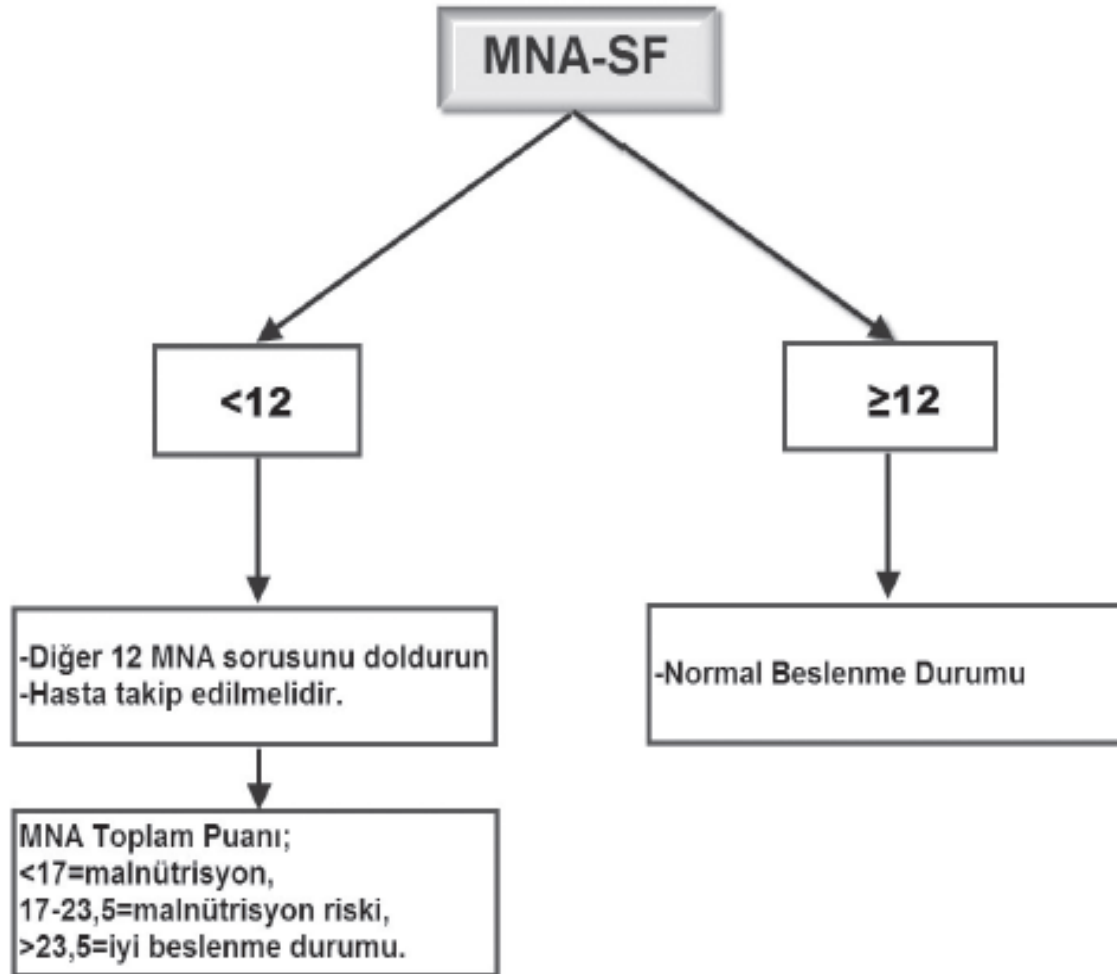
MNA

Tetkik	
A- Son 3 ayda iştah azalması, sindirim sorunları, çiğneme ve yutma gücünü nedeniyle besin tüketiminde azalma oldu mu? 0 = şiddetli iştah kaybı 1 = orta derecede iştah kaybı 2 = iştah kaybı yok	J-Gün içinde alınan ana öğünlerin sayısı 0 = 1 öğün 1 = 2 öğün 2 = 3 öğün
B-Son aylarda kilo kaybınız oldu mu? 0 = 3 kg'dan daha fazla kilo kaybı 1 = bilmiyor 2 = 1 ile 3 kg arası kilo kaybı 3 = kilo kaybı yok	K-Protein alımı için seçilmiş besinlerin tüketimi nasıl? * Gün bazında süt ürünlerinden en az bir tanesinden (süt, peynir, yoğurt) tüketiyor mu? evet [] hayır [] * Haftada iki veya daha fazla porsiyon baklagiller veya yumurta tüketiyor mu? evet [] hayır [] * Gün bazında et, balık veya tavuk tüketiyor mu? evet [] hayır [] 0.0 = şayet 0 veya 1 öğün ise evet 0.5 = şayet 2 öğün ise evet 1.0 = şayet 3 öğün ise evet
C-Hareketlilik 0 = yatağa veya sandalyeye bağımlı 1 = kendi başına yataktan/sandalyeden kalkabiliyor ancak dışarıya çıkamıyor 2 = kendi başına dışarıya çıkabiliyor	L-Gün içinde 2 veya daha fazla porsiyon meyve veya sebze tüketiyor mu? 0 = hayır 1 = evet
D-Geçtiğimiz son 3 ay içerisinde, psikolojik stres veya ciddi bir hastalık geçirdiniz mi? 0 = evet 2 = hayır	M-Gün biçinde ne kadar sıvı (su, meyve suyu, kahve, çay, süt...) alınıyor? 0.0 = 3 bardak/fincandan daha az 0.5 = 3 ile 5 bardak/fincan 1.0 = 5 bardak/fincandan daha fazla
E-Nöropsikolojik sorunlar 0 = ciddi demans veya depresyon 1 = hafif demans veya depresyon 2 = herhangi bir psikolojik rahatsızlığı yok	N -Beslenme şekli 0 = kendi başına beslenecek durumda değil 1=biraz çaba göstererek öğünlerini alabiliyor 2 = öğünlerini kendi başına alabiliyor
F-Vücut Kitle İndeksi (BMI): (Kg/m ²) 0 = BMI 19'dan düşük 1 = BMI 19 ile 21 arasında 2 = BMI 21 ile 23 arasında 3 = BMI 23'ten fazla	O-Hastanın kendi beslenme durumu ile ilgili şahsi değerlendirmesi 0 = kendisinin yetersiz beslendiği görüşünde 1 = Kararsız-bilmiyor 2 = Kendisinin beslenme sorununun olmadığı görüşünde

MNA

Araştırma	P-Aynı yaştaki insanlarla karşılaştırıldığında kendi sağlığı konusunda ne düşünüyor? 0.0 = daha kötü 0.5 = bilmiyor 1.0 = aynı derecede iyi 2.0 = daha iyi
G-Bağımsız ikamet ediyor (bir bakım evinde veya hastanede kalmıyor) 1 = evet 0 = hayır	R-Üst orta kol (MAC) çevresi -cm 0.0 = MAC 21'den daha az 0.5 = MAC 21 ile 22 arası 1.0 = MAC 22'den daha fazla
H-Gün içinde 3 adetten fazla ilaç kullanıyor mu? 0 = evet 1 = hayır	S- Baldır (CC) çevresi ölçümü - cm 0 = CC 31'den daha küçük 1 = CC 31 veya daha büyük Değerlendirme (maksimum 16 puan) Tarama puanı (maksimum 14 puan) Toplam (maksimum 30 puan) Malnütrisyon Belirleme Skoru 17 puandan az.....malnütrisyon 17 ile 23,5 puan arası.....malnütrisyonde yükselmiş risk 17 puandan daha fazla.....beslenme sorunu yok
I -Bası veya deri yaraları var mı? 1 = evet 0 = hayır	

MNA Yorum



Yaşlıların dosyalarına kayıt edilmelidir

- a. MNA skoru
- b. Boy, kilo, vücut kitle indeksi
- c. Hand grip (el sıkma gücü, kas gücünün kas dinamometresi ile ölçümü)
- d. Kalk – yürü testi, yürüme hızı
- e. Baldır çevresi, üst orta kol çevresi

Kurumlarda yaşlıların

- boy ve kilosunu tam olarak ölçebilecek tartı aletleri,
- boy ölçer,
- mezura,
- kas dinamometresi
- ve ilgili diğer aletler bulunmalıdır.

- Her yaşlıya **ihtiyaçlarına uygun bir diyet programı** hazırlanması önemlidir.
- **Özellikle malnutrisyon risk faktörlerine sahip** olan, malnutrisyonu veya malnutrisyon riski olduğu tespit edilen yaşlılarda kişiye özel hazırlanmış diyet rejimlerinin verilmesi tıbbi beslenme destek tedavisi ürünleri kadar önemlidir.
- Bu açıdan bakınca her huzurevi/ bakımevinde bir **diyetisyenin bulunması** gereklidir.

Tedavi hedefleri

Fonksiyon ve günlük yaşam aktivitelerini aynı seviyede tutmak ve mümkün olduğunca iyileştirmek

- Düzenli ve sağlıklı beslenme alışkanlığı kazandırılmasına yardımcı olmak
- Yaşam kalitesini aynı seviyede tutmak ve olabildiğince iyileştirmek
- Morbidite ve mortaliteyi azaltmak

Tedavi planının her zaman **iki hedefi** vardır;

1. Beslenme içeriği ve aralıklarının planlanması,
2. Mevcut duruma sebebiyet veren faktörlerin ortadan kaldırılması

Beslenme destek tedavisi yöntemleri

1. Oral
2. Enteral (Gastrointestinal sistemin kullanıldığı beslenme yolu)
3. Parenteral (Gastrointestinal sistem dışı yollar: damar içi, kas içi veya cilt altı vb.).
4. Enteral+Parenteral

- Beslenme destek tedavisinin planlanmasında **ilk sırada doğal yolla beslenmenin** desteklenmesi ve eksikliklerinin giderilmesi düşünölmelidir.
 - yetersiz beslenmenin takviyesi,
 - ara öğünlerin kuvvetlendirilmesi,
 - yemek yeme ortamı şartlarının düzenlenmesi gibi bir çok faktör bu kapsamda değerlendirilir.
- Her şeye rağmen doğal yolla alınan gıdaların yetersiz kaldığı durumlarda,
 - ağız yoluyla verilebilen hazır zenginleştirilmiş beslenme destek ürünlerinin kullanılmasının faydalı olduğu bilimsel olarak kanıtlanmıştır.

- Enteral tüp ile beslenme (nazogastrik, nazoenteral, enteroktan), ağız yoluyla beslenmenin yetersiz veya mümkün olmadığı durumlarda önerilmektedir.

- SORU 3

Ne olursa olsun yaşamaya mecbursun?

- Terminal dönem hastalığı olanlarda (demans, kanser vb.) tüple beslenmenin hayat kalitesi ve **sağ kalıma katkısı gösterilememiştir**
- Ancak pratikte etik nedenlerden dolayı sıklıkla kullanılmaktadır.
- **Terminal evrelere varmadan** daha erken dönemde beslenme tedavisinin planlanması, gastrostomi dahil daha erken enteral tedavi müdahalelerinin yapılması son derece önemlidir.

- Parenteral beslenme (santral veya periferik yolla uygulanan),
 - enteral beslenmenin kontrendike olduğu durumlarda veya
 - enteral beslenmenin yetersiz kaldığı hastalarda tercih edilmelidir.
- Şartlar sağlandığında **hızla kesilmeli** ve tek başına enteral beslenme ile idame sağlanmalıdır.

Güvenlik

Beslenme destek tedavisinin verilme yolunun belirlenmesinde güvenlik her zaman önemli bir faktördür.

- Aspirasyon riski,
- sondanın yerinden çıkması,
- bulantı,
- ishal,
- metabolik değişiklikler,
- refeeding sendromu,
- kateter enfeksiyonu,
- kateter tıkanması ve
- flebit

gibi önemli sorunlar karşımıza çıkabileceğinden bu konuda dikkatli olunmalıdır

- Özellikle geriatri hastalarında klinik hedeflerin yanı sıra
 - hasta veya yakınlarının istekleri ve
 - etik değerler de göz önünde bulundurulmalıdır.

- Beslenme destek tedavisi **fiziksel aktivite** (örneğin günlük on beş dakikalık yürüyüş) ile birleştirildiğinde **başarıya ulaşma oranı artacaktır.**
- **Özellikle germe egzersizlerinin** uygulanması kas kütlesi ve gücünü arttıracak; böylece yaşlının fiziksel bağımlılık oranı azalacaktır.

Beslenme Desteginde Spesifik Hedefler

Enerji

- Günüümüzde enerji ihtiyacının tespit edilmesinde birtakım formüllerden faydalanılmaktadır.
- **Harris ve Benedict formülü** geriatric yaş grubunda da en çok kullanılan formül olup Akademik Geriatri Derneğince de önerilmektedir.

- Malnutrisyonun düzeltilmesi veya hastalık sırasında ortaya çıkan kayıpların yerine konulabilmesi için normal beslenmeye her gün **en az 400 kcal eklenmesi** önerilmektedir.
- **Günlük 1500 kcal** normal beslenme için alınan gıda miktarının **alt sınırı** olarak kabul edilmektedir.
- Bunun altındaki seviyeler yalnızca enerji ve protein değil aynı zamanda mikro-besin öğelerinin de yetersiz alınmasına neden olacaktır.

Harris ve Benedict formülü, temel enerji ihtiyaçları

- - Erkekler için: $66.5+(13,75xA)+(5xB)-(6.77xY)$
- - Kadınlar için: $655.1+(9,56xA)+(1.85xB)-(4,67xY)$

(A: kilogram bazında ağırlık, B: santimetre bazında boy, Y: yıl bazında yaş)

Kolay bir yöntem

- Özellikle kritik olmayan hastalarda **uygulama kolaylığı** açısından, aktivite ve stres faktörlerini göz önünde bulundurarak **kilogram başına 25-30 Kcal** enerji verilmesi gibi pratik yöntemler de kullanılabilir

Protein

- Proteinin klinik sonuçlarındaki etkisine dair çok az araştırma yapılmıştır.
- Malnutrisyon tespit edilen hastalarda tavsiye edilen **günlük protein ihtiyacı 1,2-1,5 gram/kg/ gündür.**
- Wolfe tarafından spesifik olarak yaşlılar için belirlenmiş tavsiye edilen doz ise 1,5 gram/kg/gündür.

Vitaminler ve Mineraller

- Eğer hastanın beslenmesi hem enerji hem de protein yönünden yetersizse, o zaman bu beslenmede yetersiz vitamin ve mineral eksikliği olduğu da kabul edilmeli ve bu durumda bir süreliğine multivitamin ve mineral desteği verilmesi düşünölmelidir.
- Şayet içecek şeklinde beslenme kullanılıyorsa bu çoğunlukla kendiliğinden minimum günlük tavsiye edilen miktarı ihtiva ediyor olacaktır. Ancak burada eksiklik olduğu görölürse eksikin tamamlanması gerekmektedir.

- Yaşlılarda **D vitamini düzeyleri mutlaka ölçülmeli** ve eksikliği halinde yerine konulmalıdır.
- Her ne kadar minimum D vitamini düzeyi bu grup için 50 nmol/l olarak belirlenmişse de en son literatürler D vitamini düzeyinin, hastaların düşmesini ve yaralanmasının önlenmesi bakımından minimum **65-75 nmol/l** seviyesinde tutulmasını tavsiye etmektedir.

Johnson KA et al. Clin Geriatr Med. 2002;18(4):773-99.

Terabe Y et al. J Am Geriatr Soc. 2012 ;60(2):251-5.

Toffanello ED et al. PLoS One. 2012;7(4):e34950.

Sıvı

- **Minimum 1700 ml/gün** içecek alınması (sabit beslenmede alınan su buna dahil değildir) beslenme heyetinin vermiş olduğu tavsiyeye uygundur.
- Beslenme destek tedavisi planlanırken özellikle hiç ek oral sıvı alamayan hastalarda günlük sıvı ihtiyaı ayrı olarak hesaplanmalı (ek bir kontrendikasyon yok ise **kilogram başına 30 ml**) ve gerekirse besin destek ürünlerinin yanında ek sıvı verilmelidir.

Denetim

- Beslenme destek tedavisinin nihai hedefi **kilonun sabit tutulması veya artmasıdır.**
- Tedavi, beslenme durumu stabil hale gelene kadar ve/veya istenilen hedeflere ulaşılan kadar sürdürülecektir.
- MNA da kullanılabilir.

- SORU 4

Tedavi Süresi

- Beslenme araştırmalarının çoğu, destek tedavisinin ölçülebilir etki ve sonuçlarına ulaşılabilmesi için **ortalama üç aylık bir sürenin** gerekli olduğunu göstermektedir.

- Şayet kilo stabilize edilmişse veya arzu edilen kiloya ulaşılmışsa o zaman beslenme destek tedavisi yavaş yavaş azaltılarak düşürülür.
- Ancak yaşlılarda ve özellikle de çoklu ko-morbid hastalıkların varlığında kilo takibinin objektif olarak yapılmasını engelleyecek faktörlerin olabileceği (ödem, asit gibi) unutulmamalıdır.
- Kilo dışında başka göstergelerle malnutrisyon tedavisinin etkinliği de mutlaka değerlendirilmelidir.

Sorunun değil çözümün bir
parçası olmak adına

Sorunlar ve çözüm önerileri

- Mevcut durumda beslenme destek tedavisi verilebilmesi için çıkartılan raporlarda boy, kilo ölçümleri ve **son 3 aydaki kilo kaybı** durumunu belirtmek gerekmektedir.

- Kırılgan yaşlılarda ve yatağa bağımlı yaşlılarda **bu parametrelerin net olarak tespiti her zaman mümkün olamamaktadır.**
- Huzurevinde kalan yaşlılar için, özellikle de **mobilité sorunu olan, yatağa bağımlı olan, kırılganlığı olan, ileri evre demansı olan, yatak yarası olan yaşlılar gibi fonksiyonel ve kognitif yeti kaybı olan sakinler için raporlama işleminde kolaylık sağlayacak girişimlerde bulunulmalıdır.** Bu durumdaki hastalar için farklı kriterler uygulanmalıdır.

- Bu konuda Sosyal Güvenlik Kurumu ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu Enteral Beslenme rnleri ve Tıbbi Mamalar Şube Müdürlüğü ile konuyla ilgili uzmanların bir araya geleceği toplantılarla **bu tarz yaşıllara uygun olacak kriterlerin belirlenmesi** gerekir.

Oral beslenmesi mümkün olmayan hastalarda

- Beslenme tüpü takılması
- PEG yoluyla beslenme

gibi ihtiyaçlar ortaya çıktığında bunların uygulanmasındaki prosedürel zorluklar sıklıkla tedavinin gecikmesine yol açmaktadır.

- Tüp takılması, PEG açılması gibi ihtiyaçların hastayı mağdur etmeden hızlıca yapılabilmesi için her kurum bağlantılı olarak çalışacağı belirlenmiş olan hastanelerdeki konunun uzmanları ile irtibata geçebilmelidir.

- Bu irtibatın sağlanması için Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın her kurum ile çalışacak bir hastanenin belirlenmesi kolaylaştırıcı rol oynaması önemlidir.

- Her huzurevi/bakımevi **kuruma ait malnutrisyon risk faktörleri** açısından değerlendirilmelidir.
- Bu risk faktörlerinden mevcut olanlar listelenerek bir rapor halinde bağlanacakları hastanelere, Sağlık Bakanlığı'na, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'na sunulmalı, düzeltilebilecek olan risk faktörleri düzeltilerek belirli aralıklarla gelişim raporları ile bildirilmelidir. **Bu açıdan kurumlarda denetim yapılmalıdır.**

- SORU 5

- Kuruma kabul edilen her yaşlı malnutrisyon risk faktörleri açısından değerlendirilmeli, bu değerlendirmenin sonuçları yaşlıların dosyasına kaydedilmelidir.
- Kurumların iletişimde oldukları hastaneler tarafından bu raporlar değerlendirilip düzeltilebilecek risk faktörlerinin düzeltilmesi için gerekli girişimler yapılmalıdır.
- **Risk faktörüne sahip yaşlılar daha sık** aralıklarla (**ayda bir**) risk faktörüne sahip olmayan yaşlılar daha uzun aralıklarla (3 ayda bir) malnutrisyon için taramadan geçirilmelidir.
- Malnutrisyon riski veya malnutrisyonu olduğu tespit edilen yaşlılar için ilgili hastaneler ile irtibata geçilmesi sağlanmalıdır.

- Malnutrisyon risk faktörleri, taranması, tespiti, önlenmesi ve tedavi yaklaşımları konularında huzurevi/bakımevi çalışanları eğitilmeli,
- Geriatri uzmanları, nutrisyon alanı ile ilgilenen uzmanlar ve beslenme uzmanları, bu eğitimlerde aktif rol almalıdır.

- Her huzurevi/bakımevinin bağlantılı oldukları hastaneler ile ortak çalışarak malnutrisyon tarama, önleme ve tedavi için **stratejik bir plan ve algoritma geliştirmesi,**
- Belirli aralıklarla bu planın işleyişi, aksaklıklar, düzeltilme yolları konusunda **gözden geçirme toplantıları** yapması uygun olur.

Son söz

- Personeli eğit
- Düzenli tarama ve takip yap
- Erken dönemde tespit et
- Erken dönemde tedavi et

Bu düzenlemeler gerçekleştirilebildiği takdirde malnutrisyonu tespit edilen yaşlıların tedaviye ulaşmaları kolaylaştırılmış olacaktır.

Teşekkürler