

MALNÜTRİSYON-ENFEKSİYON-ANNE SÜTÜ ÜÇLÜSÜNÜN 111 VAKADA İRDELENMESİ

Dr. Emel EVREN

ÖZET :

111 malnütrisyonlu çocuk enfeksiyon açısından incelenmiş ve anne sütünün enfeksiyonlardan ve malnütrisyonundan korumadığı önemine değinilmiştir.

GİRİŞ

Gelişmekte olan ülkelerde çocukluk döneminde sık görülen malnütrisyon ülkemizde 0-6 yaş grubu çocuklarda değişik yöreler ve yerleşim özelliğine göre % 11 ile % 69.5 arasında tesbit edilmiş olup önemli bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (1,2,3,4,5). Geniş epidemiyolojik çalışmalar malnütrisyonlu çocuklarda akciğer enfeksiyonları, gastroenterit ve kızamık başta olmak üzere bakteri, virüs ve mantar enfeksiyonlarının sık olduğu ve ağır seyrettiğini göstermiştir (6). Çocuklarda protein enerji malnütrisyonu (PEM) oluşumundaki nedenler esas ve hazırlayıcı olarak iki kısma ayrılabilir. Esas nedenler; beslenmenin yetersiz oluşu, alınan besinlerin emiliminde bozukluk ve gereksinimin artmasıdır. Sosyo ekonomik durumun bozukluğu ve erken doğum gibi nedenler de hazırlayıcı olarak rol oynarlar (7).

PEM'li çocuklarda başlangıçta klinik bulgular belirgin değildir. Tartı artmasında duraklama ilk bulgudur. Bir süre sonra boy büyüme hızında, baş çevresi ve diğer antropometrik ölçüm lerde duraklama, iştah azalması, fizik aktivitede azalma ve apati gelişir. Boya oranla tartıda belirgin bir düşüklük PEM için değerli bir bulgudur (8).

Toplum sağlığı bakımından önem taşıyan orta ve hafif derecedeki beslenme bozukluklarının tanısında antropometrik (fizik) ölçümlerle yapılan taramalarda normalden sapmaların değerlendirilmesi ve gerekli önlemleri alınması ile ağır şekillerin gelişmesi önlenabilir. PEM'in önlenmesi veya erken dönemde tanınması ancak toplumda tüm çocuklarda büyüme izlemesi ile gerçekleştirilir (7).

Ancak bunun yapılamadığı ve tek bir ölçümle yetinilmesi gerektiğinde toplumda beslenme bozukluğu vakalarını ayırtedebilmek amacıyla bazı oranlar ve ölçümler geliştirilmiştir (7). Bunların başlıcaları yaşa göre vücut tartısı oranı, bo-

ya göre vücut tartısı oranı ve üst kol çevresidir.

YAŞA GÖRE VÜCUT TARTISI ORANI

Bunun için çocuğun yaşına göre 50. yüzdelik değere (persentil) uyan tartı standart büyüme tablosunda bulunur. Çocuğun o anda ki vücut tartısı bulunan değere bölünür ve 100 ile çarpılır.

Çıkan sonuç aşağıdaki tabloya göre değerlendirilerek beslenme durumu saptanmaya çalışılır.

Tablo 1: Vücut Tartısına Göre Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi (Gomez'e göre)

Yaşa uyan normal tartının %	Beslenme Durumu
60	Ağır Beslenme Bozukluğu
60-80	Orta Beslenme Bozukluğu
80-90	Hafif Beslenme Bozukluğu
90-110	Normal Çocuk
110-120	Fazla Tartılı Çocuk
120	Şişman Çocuk

BOYA GÖRE TARTI ORANI (relatif tartı)

Boya göre tartı oranının hesaplanması için çocuğun boyuna göre 50. persentilde olması gereken vücut tartısı tesbit edilir. Bu değer vücut tartısı ve boy ölçümlerinin birarada gösterildiği tablolardan bulunur. Çocuğun o anda bulunduğu tartı edilen değere bölünerek boya göre tartı oranı hesaplanır. Örneğin boyu 84 cm olan bir çocuğun 50. persentile göre olması gereken vücut tartısı 12.1 kg'dır. Oysa çocuğun o andaki tartısı 9 kg bulunmuştur. Bu durumda bu çocuğun relatif tartısı % 74'dür. Relatif tartının hesaplanmasında kullanılan formül aşağıda belirtilmiştir (7).

$$\text{Relatif Tartı: } \frac{\text{Çocuğun Tartısı}}{\text{Aynı boyda sağlıklı bir çocuğun vücut tartısı}} \times 100$$

Relatif tartı bütün yaş gruplarında kullanılabilen değerli yöntemdir. Relatif tartıya göre beslenme durumunun değerlendirilmesi Tablo 2'de gösterilmektedir (7).

Tablo 2: Relatif Tartıya Göre Beslenme Durumun Değerlendirilmesi

Yaşa uyan normal tartının %	Beslenme Durumu
70	Ağır Beslenme Bozukluğu
70-80	Orta Beslenme Bozukluğu
80-90	Hafif Beslenme Bozukluğu
90-110	Normal Çocuk
110-120	Fazla Tartılı Çocuk
120	Şişman Çocuk

ORTA KOL ÇEVRESİ

Bu ölçü normal çocuklarda 1-5 yaş arası oldukça sabit bir değer gösterdiğinden özellikle kronojik yaşı doğru olarak bilinmediği vakalarda kullanılabilir. Bu amaçla üzerinde çeşitli renklerin bulunduğu bir şerit kullanılır. Şerit çocuğun üst kolunun ortasına çepeçevre sarılır. Eğer şeridin ucu kırmızı veya sarı bölgeye karşılık geliyorsa bu durumda çocukta PEM olduğu düşünülmelidir. Sağlıklı beslenen çocukların 1-5 yaş arasında üst kol çevreleri 13.5 cm üzerinde olmalıdır. Çocuklarda üst kol çevresinin 12.5 cm'den aşağı olması ise ağır beslenme bozukluğunu gösterir.

Kol çevresini ölçmek için şeritleri kolayca yapabilmek mümkündür. Bunun için esneme kâğıt ya da kalın kumaş 25 cm uzunluğunda kesilir ve yukarıda belirtilen değerler işaretlenir (7). Marasmus, kwashiorkor PEM'in ağır şekilleridir. Bu hastalıkların özellikleri Tablo 3'de özetlenmiştir. Marasmik-kwashiorkor ara şekildir.

PEM'li çocuklarda enfeksiyon hastalıkları sık görülür ve ağır seyreder. PEM'in ağır şekillerinde mortalite yüksektir. Ölüm araya giren enfeksiyonla olur. Hafif ve orta PEM formları boy kısalığı, puberte gecikmesi, okulda ve hayatta başarısızlık kişilik kusurları ile sonuçlanır.

PEM'i çeşitli derecelerinin çocukların zeka gelişiminde uzun ve kısa vadede olumsuz etkileri görülebilir.

Tablo 3: Ağır PEM Tiplerinde Klinik ve Epidemiyolojik Bulgular

	Marasmus	Kwashiorkor
Yaş	1-2 aydan sonra başlar, en sık 4-12 aylar arası	Anne sütü kesildikten sonra (en sık 12 aydan sonra)
Yaşa göre vücut tartısı	Çok azalmış	Hafif azalmış
Boya göre vücut tartısı	Büyük çocuklarda azalmış	Hafif azalmış
Ödem	Yok	Var
Yüz	Zayıf	Aydede yüzü
Derialtı kalınlığı	Belirgin olarak azalmış	Normal veya hafif
Deri değişikliği	Var veya Yok	(+++)
Saç değişikliği	Var veya Yok	(+++)
Karaciğer	Normal	Büyük
Kansızlık	(+)	(+)
Plazma albümin düzeyi	Normal veya hafif azalmış	Düşük

Protein enerji malnütrisyonda gerek hücrel, gerekse humoral immün sistemde meydana gelen bozukluklara enfeksiyon hastalıklarına eğilime neden olur. Malnütrisyon ve enfeksiyon arasındaki ilişki çok yönlüdür. Enfeksiyon ajanına karşı malnütrisyonda vücudun hücrel, humoral ve doku savunma düzenleri zedelenecek görevlerini yapamamaktadırlar. Böylece normalden daha uzun ve şiddetli seyreden enfeksiyon iştahı bozarak malnütrisyon derecesini artırırken enerji gereksiniminin yükselmesine yol açmaktadır. Bu da malnütrisyon-enfeksiyon-malnütrisyon kısır döngüsünün devam etmesini sağlamaktadır (9).

YÖNTEM VE BULGULAR

Araştırmaya 111 çocuk alınmıştır. Her vakadar beslenme, aşı durumu ve geçirdiği hastalıkları kapsayan geniş öyküler alınmış ve fizik incelemeleri yapılmıştır.

Araştırmaya alınan 111 vakanın en büyüğü 24 aylık, en küçüğü 3 aylık olup yaş ortalaması 8.7 aydır. Ortalama ağırlık 6.867 kg ve ortalama boy 67.075 cm idi. Malnütrisyonlu vakaların beslenme durumlarına göre değerlendirilmeleri Tablo 4'de görülmektedir.

Vakaların 76'sı (% 69.46) yeterli süre, 21'i (% 18.91) yeterli süre, 21'i (% 18.91) kısa süre 7'si (% 6.3) gerekli süreden fazla ve sadece anne sütüyle, 7 vakanın ise (% 6.3) hiç anne sütü almadığı tesbit edilmiştir.

Tablo 4: Malnütrisyonlu vakaların Gomez'e göre ve relatif tartıya göre beslenme durumunun değerlendirilmesi

Beslenme Durumu	Gomez'e göre Sayı	Gomez'e göre %	Relatif tartıya göre Sayı	Relatif tartıya göre %
Hafif Beslenme Bozukluğu		51	46.0	42
Orta Beslenme Bozukluğu		53	47.7	50
Ağır Beslenme Bozukluğu		7	6.3	10
Toplam		111	100	111
				100

Kısa süre anne sütü alan 21 hasta 1 yılda en az 3 kez ASYE ile müracaat etmişler, bunlardan 3'üne pnömoni, 4'üne süperatif otit ve 13'üne AGE tanısı konmuştur. Hiç anne sütü almayan 7 vaka ise 1 yılda en az 5 kere herhangi bir şikayetten dolayı müracaat etmişlerdir. Bunların yeterli süre anne sütü alanlara kıyasla 1 yılda 5 kat daha sık hastalandığı ve enfeksiyonların deha ağır olduğu, tedaviye daha yavaş cevap verdiği ve geç iyileştiği gözlenmiştir. Ayrıca bunların hepsinde demir eksikliğine bağlı anemi, büyük bir kısmında ise raşitizm tanısı konmuştur. Yeterli sürede anne sütü alan vakaların (76 vaka) ancak 6'sında demir eksikliği anemisi (% 7.9) ve 3 vakada (% 3.9) raşitizm tesbit edilmiştir.

Yeterli süre anne sütü alan hastalar 1 yılda 1-2 kez müracaat etmişler, büyük bir kısmı ÜSYE tanısı almış, tedaviye daha çabuk cevap vermişlerdir. Yeterli süre anne sütü alanlarda asıl problemin ek gıdaya uygun zaman ve uygun gıdalarla başlanılmamış olmasından kaynaklandığı gözlemlendi. Bunun için annelere çocuk beslenmesi eğitimi yapıldı.

Aşılama oranı ise şöyle idi; Yeterli süre anne sütü almayan 21 vakanın 13'ü (% 61.9) tam olarak aşılanmış, 4'ünün (% 19) BCG aşısı, 5'inin (% 23) karma aşısı ve 1 vakanın da 1 yaşına geldiği halde kızamık aşısı yapılmamıştı. Hiç anne sütü almayan 7 vakadan 2'sinin (28.6) aşısı tam yapılmıştı, 5 vakanın BCG aşısı (% 71.4) ve 2 vakanın karma aşısı (% 28.6) eksikti. Yeterli süre ve bu süreden fazla anne sütü alan 83 vakanın 48'inin (% 57.8) aşısı tam olarak yapılmıştı, 28'inin BCG aşısı (% 33.7) 23 vakanın (% 27.7) karma aşısı, 14 vakanın (% 16.9) kızamık aşısı eksikti.

Hiç anne sütü almayan ve hiçbir aşısı yapılmamış olan 9 aylık 3.5 kg ağırlığında bir kız bebek ağır derecede malnütrisyonlu olduğu için hastaneye sevk edilmiş ancak ailesi yatıramamış ve kısa sürede exitus olmuştur.

Vakaların için 1 vaka marasmis-kwashiorkor tablosunda olup kwashiorkora rastlanılmadı. Hastaların her müracaatında annelerin eğitimi tekrarlandı ve mümkün olabilen her türlü tıbbi yardım yapıldı. Malnütrisyon için ortam hazırla-

yan sık doğum aralığının sorunları anneye anlatıldı ve aile planlaması hakkında bilgi verildi.

TARTIŞMA

Yenidoğan bebeğin tek ve tartışmasız en yararlı besini anne sütüdür. Hiçbir yapay beslenme biçimi anne sütünün mükemmelliğinde değildir. Anne sütünün her zaman için temiz ve uygun ısıda, hazır ve ekonomik olmasının yanısıra içerdiği maddeleri ve koruyucu maddeler de önemini artırmaktadır (10).

Anne sütü ilk 6 ay tek başına yeterlidir. Anne sütü ile beslenen, emzirmeyi takiben huzur içinde uyuyan, büyüme ve gelişmesi normal bebeklere anne sütüne ilaveten ilk dört ay içinde ek gıda başlamak hatadır. Bu hata ülkemizde sıkça yapılmaktadır. Sağlıklı bebekler ilk 3 ay içerisinde ayda 800 gr, 4-6 aylarda ayda 700 gr, 7-9 aylarda ayda 500 gr, 10-12 aylarda ise ayda 300 gr ağırlık kazanırlar. Özellikle ile 4 ay içerisinde ayda 600 gramdan az ağırlık artışı ya da hiç kilo alamama söz konusu ise ve bu arada bebeğin herhangi bir hastalık da geçirmediği tesbit edilmişse o bebekte anne sütünün yeterli olmadığı ve ek gıdalara ihtiyaç olduğu düşünülebilir. Anne de çocuğun emzirmeyi takiben sık sık ağladığını memesinin dolmadığını ifade edebilir. Bu gibi durumlarda bebeğe ek besin verilmenin yanısıra anne sütünü artırmak için annenin beslenmesinin üzerinde de durulmalıdır (10).

Anne sütü D vitamini dışında ilk 4-6 ayda bebeğin tüm besin gereksinimlerini karşılayacak bileşimdedir. İnek sütü yada endüstriyel süt formüllerine göre anne sütünün sindirimi çok daha kolaydır.

Anne sütü temizdir. Verilmesi biberon gibi bir araç gerektirmediğinden yalnız anne sütü alan bebekte ağız yoluyla bulaşan enfeksiyonlar hemen hiç görülmez. Filipin'de yapılan bir çalışma, yapay beslenen bebeklerde anne sütü alanlara kıyasla ishalden ölüm oranının 14 kat fazla olduğunu göstermiştir (12).

Anne sütünde bulunan Ig A gibi immunglobulinler çocuğu ishale ve diğer mikropu hastalıklara karşı korur. Yapay beslenenlerde solunum yolu hastalıkları ve diğer enfeksiyon hastalıklarına da daha sıktır.

Tablo 5: Anne Sütündeki Enfeksiyonu önleyici Faktörler (11)

Faktörler	Etkiledikleri Mikroorganizmalar
A-Antibakteriyel Faktörler	
SIg A	E. coli, C. tetani, C. diphteria, D. pneumonia, Salmonella, Shigella
Bifidus faktör	Entero bakteriler
Laktoferrin	E. coli, C. albicans
Lizozim	B. coli, Salmonella
Lipitler (doymuş yağlar)	S. aureus
Hücreler	Fagositozla E. coli, C. albicans Sensitize edilmiş lenfositlerle B. coli
B-Antiviral Faktörler	
SIg A	Polio tip 1,2,3. C0xsackie tip Ag, B3, B15, Echo tip 6, 9 Rotavirus
Lipitler (Doymamış yağ asitleri)	Herpes simplex, Semliki forset Virus, İnfluenza, Sarı humma, Japon ensefaliti virusu
İmmun globulin olmayan makromoleküler	Herpes simplex, Veziküler stomatitis virusu
Hücreler	İnterferon sentezi, fagositoz

Anne sütündeki proteinin önemli bir bölümü, süt serumu proteinidir (whey protein). Bu protein midede, inek sütüneki kazeine kıyasla çok daha kolay parçalanır. Anne sütünün yağ bileşiminde de sindirimi kolay doymamış yağ asitleri oranı büyüktür. Anne sütünde bebeğin büyüme gelişmesi için gerekli çinko demir gibi minerallerin barsaktan emilim oranı çok yüksektir. Büyüme için çok gerekli olan esansiyel yağ asitlerinden linoleik asit anne sütünde inek sütünden 8 kat daha fazla bulunur. Toplam protein ve mineral içeriği inek sütüne göre daha düşüktür, ancak bu miktarlar çocuğun gereksinimini karşılamaya kafidir. Fazla protein ve mineralin idrarla atılması gerekmediğinden anne sütü ile beslenen bebeklerde böbreklerin yükü hafifler. Anne sütünün içerdiği yağ miktarı emme süresine bağlı olarak değişirler. Öğünün sonunda gelen sütün yağ içeriği daha yüksektir ve çocukta tokluk hissine yol açar. Bu durum bebeğin şişman olmasını önlemekte, böylece ileri yaşlarda gelişebilecek ateroskleroz ve şişmanlığın diğer komplikasyonlarından bebeği korumaktadır. Anne sütündeki kolesterol miktarı hazzırmamaya da inek sütüne oranla daha yüksektir. Bu durum ilk aylarda gerekli enzim sistemlerinin gelişimi ve bu şekilde ileri yaşlarda ateroskleroza yol açan düşük dansiteli lipiterin (LDL) birikimini önlemek açısından çok önemlidir.

Anne sütünde laktoz miktarı yüksektir. Laktoz, kalsiyumun emilini artırır, barsakta vücut için yararlı olan laktobasillerin üremesini sağlar. Anne sütü, sindirme yardımcı olan amilaz lipaz gibi enzimleri içerir. Vitamin içeriği, özellikle A ve C vitaminleri inek sütüne kıyasla daha yüksektir.

Yapay beslenen çocuklarda oluşabilen süt allerjisi anne sütü alanlarda görülmez. İnek sütünde bulunan allerjen proteinler anne sütünde bulunmaz. Ayrıca anne sütü alan bebeklerde, bu sütün içerdiği büyüme faktörleri nedeniyle barsak mukozası daha erken olgunlaşır ve yabancı proteinlere geçirgenliği azalır. Bu şekilde, inek sütü proteinini gibi allerjiye yol açabilen protein niteliğindeki maddelerin sindirilmeden vücuttan girişi erken dönemde önlenmiş olur. Anne sütü ile beslenen bebeklerde pişiklere de daha az rastlanır. Erken (preterm) doğum yapan annelerin süt bileşimleri miadında doğum yapanlardan farklıdır. Daha fazla protein ve tuz içerir. Bu farklıdır. Daha fazla protein ve tuz içerir. Bu farklılık preterm bebeğin gereksinimlerini karşılamaya uygundur (13).

Sağlık doğan bir bebeğin beslenmesi şu ilkelere göre düzenlenmelidir.

İlk 4-6 ay yalnız anne sütü ile beslenme doğal beslenme olarak adlandırılır. Doğal beslenme her bebek için en ideal beslenme şeklidir.

.Doğal beslenen bebeğe ilk 4-6 ay D vitamini dışında hiçbir ek besin veya sıvı verilmez.

.Anne sütü ile beslenme erken, doğumdan hemen sonra veya ilk yarım saat içinde başlatılır.

.Özellikle ilk günlerde ve ilk haftalarda gece ve gündüz sık emzirmek önemlidir.

.Emzirme aralıklarını bebeğin isteğine göre düzenlenir.

.Bebeğin büyümesini izleyerek yeterli beslendiğinden emin olunmalı, anneye bu konuda güven ve destek verilmelidir.

.Doğal beslenen bebeğin düzenli tartı artması 4. cü ayıldan sonra da devam ediyorsa 6. cı aya kadar doğal beslenme devam ediyorsa 6. cı aya kadar doğal beslenme devam ettirilir. Bazı bebeklerde ise 4. cü aydan sonra yalnız anne sütü gereksinimleri karşılamaya yeterli olmaz (13).

Anne sütü ile beslenme konusunda ülkemiz tarafından da benimsenmiş olan "başarılı emzirme ile ilgili 10 öneri":

Doğum ve yenidoğanların bakımıyla ilgili hizmet sunan bütün kurumlar aşağıdaki ilkelere uymalıdır.

1. Emzirmeye ilişkin yazılı bir politika hazırlamalı v ebunu düzenli aralıklarla tüm sağlık personelinin bilgisine sunmalıdır.
2. Tüm sağlık personelinin bu politika doğrultusunda eğitmelidir.
3. Hamile kadınları, emzirmenin yararı ve yöntemleri konusunda bilgilendirmelidir.

4. Doğumu izleyen yarım saat içinde emzirmeye başlamaları için anneleere yardımcı olmalıdır.

5. Annelere, emzirmenin nasıl olacağını ve bebeklerinden ayrı kaldıkları durumlarda sütün salgılanmasını nasıl sürdürebileceklerini göstermelidir.

6. Tıbben gerekli görülmedikçe, yeni doğanlara anne sütünden başka bir yiyecek ya da içecek vermemelidir.

7. Anne ile bebeğin 24 saat birarada kalmalarını sağlayacak uygulamayı benimsemelidir.

8. Bebeğin her isteyişinde emzirilmesini teşvik etmelidir.

9. Emzirilen bebeklere yalanıcı meme veya emzik türünden herhangi birşey vermemelidir.

10. Emzirmeyi destekleyen grupların oluşumunu sağlamalı ve taburcu olan anneleri bu gruplara katılmaya teşvik etmelidir. (13).

SUMMARY

AN EVALUATION OF RELATIONSHIP AMONG MALNUTRITION, INFECTION AND BREASTFEEDING ON 111 CASES

A hundred and eleven malnourished children were evaluated in terms of infections, and the importance of breast feeding in prevention of infection and malnutrition was addressed.

KAYNAKLAR

1- Özel A.: Etimesgut Eğitim ve Araştırma Sağlık Grubu Başkanlığına Bağlı 21 Köyde Beslenme, Büyüme ve Gelişme Üzerine Yapılan Bir Araştırma, H.Ü. Tıp Fak. Toplum Hekimliği Bilim Dalı Uzmanlık Tezi, Ankara, 1970.

2- Eren, N., Koçoğlu, G.: Ankara-Çubuk Eğitim ve Araştırma Bölgesinde 0-6 Yaş Grubu Çocuklarda Malnütrisyon Hızı, Beslenme ve Diyet Dergisi. 7: 24, 1978.

3- Güneşli, U., Arslan, P.: Bebek ve Okul Öncesi Çocukların Beslenme Sorunları, Beslenme ve Diyet Dergisi. 10: 8, 1981.

4- Köksal, O.: Türkiye'de Beslenme (Türkiye 1974. BeslenmeSağlık ve Gıda Tüketimi Araştırılması). UNICEF Yayın. H.Ü. Ankara 1977.

5- Alp, H. Altınkaynak, S. Kürkçüoğlu, M.: 0-24 Aylık Çocuklarda Malnütrisyon Prevelansı ve Etkileyen Faktörler. Aile ve Toplum Dergisi, Mart, s: 41-47, 1991.

6- Katzz, M, Stiehm ER.: Host Defense in Malnutrition. Am. Scientist. 66: 61, 1978.

7- Ana ve Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1992. Ankara. s: 259.

8- Behrmann, RE.: Nutritional Disorders. Kliegman RM, Nelson WE, Vaughan VC, Behram Re (Ed) . Nelson Textbook of Pediatrics, Tokyo, 1992, WB Saunders Co. pp: 429.

9- Yurdakök. M, Çağlar. M.: Malnütrisyonun immun sistem üzerindeki etkileri. Yeni Tıp Dergisi, 2 (3): 35-37, 1985.

10- Koçoğlu. G.: Bebek ve Emzikli Anne Beslenmesi. Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı Dergisi, 2: 1: 6-9, 1992.

11- May JT: Antimicrobial Properties and Microbial Contaminant of Breast Milk an Update. Aust Pediatr J, 200 265, 1984.

12- Popkin. BM et al: Breastfeeding and Diarrheal Morbidity. Pediatrics, 86: 874-882, 1990.

13- Ana Çocuk Sağlığında Temel Bilgiler. 1992, Ankara , s: 237-239.