

Dr. Zeynep Dilek AYDIN

YAŞLANAN DÜNYA ve GERİATRİ EĞİTİMİ

THE AGING WORLD and the EDUCATION in GERIATRICS

ÖZET

Geriatrı bilimi, 20. yüzyılın getirdiği artan yaşı nüfusun, tek bir bilim dalının çözmekte çoğu zaman zorlandığı sağlık ihtiyaçları doğrultusunda gelişip şekillenen bir bilim dalıdır. Klinik yönüyle; tıbbi, sosyal, psikolojik ve etik öğeleri olan bütünlükçü bir yaklaşımı ve nöroloji, psikiyatri, rehabilitasyon, sosyal hizmetler gibi bir çok disiplinle işbirliği gerektiren bir ekip hizmetini içerir. Gelişmekte olan bir çok ülkede geriatrı bilim dalları yeni oluşturulmaktadır. Türkiye'de de üniversite hastanelerinde geriatrı bilim dalları oluşmaktadır. Dünya Sağlık Teşkilatı'nın tüm dünya için önerdiği 'Sağlıklı Yaşlanma' hedefinin Türkiye için de bir gerçek olabilmesi, hem toplumumuzun hem doktorlarımız ve ilgili diğer bilim görevlilerinin bu konuda yetiştirilmesini zorunlu kılmaktadır. Geriatrı eğitiminin mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitimde yerini alması için bu alanda artan sayıda öğretim kadrolarına ihtiyaç vardır. Bu derleme yazısında ilk bölümde yaşlanmakta olan dünya ve sağlık sorunları üzerine genel bilgiler sunulmuştur, ikinci ve üçüncü bölümde geriatrı bilim ve eğitiminin Avrupa ve Amerika Birleşik Devletlerindeki (ABD) durumlarına değinilmiş, son olarak bu bilim dalının Türkiye'deki geleceği üzerinde durulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Geriatrı, Yaşlanma, Sağlık, Eğitim, Tıp, Türkiye, Amerika Birleşik Devletleri, Avrupa.

ABSTRACT

Geriatric medicine has evolved in accordance with the needs of an aging world population that is brought about by the 20th century. Because problems of a geriatric patient population are quite diverse and difficult to handle with the limited knowledge base of one medical speciality, geriatric medicine has adopted a multidisciplinary approach utilising a comprehensive patient assesment with medical, social, psychological and ethical aspects and uniting the efforts of many disciplines including neurology, psychiatry, rehabilitation and social services in a team work. Geriatric medicine is yet to develop in many developing countries and departments of geriatric medicine are also being formed in Turkey. The goal of 'Healthy Aging' as set forward by WHO (World Health Organisation) should also be a reality for Turkey and this requires the education of the society. In general as well as many workers in disciplines dealing with medical, social, ethical and psychological problems of the elderly. This review organizes the information about 'the aging world and the health problems' in the first section. followed by the known status of geriatric medicine and education in Europe and United States and its future in Turkey.

Key Words: Geriatrics, Aging, Health, Education, Medicine, Turkey, United States of America, Europe.

Geliş: 30.12.1999

Kabul: 13.01.2000

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı-ANKARA

İletişim: Dr. Zeynep Dilek AYDIN: Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı-06100 Sıhhiye/ANKARA

Tel: (0312) 305 12 49

Fax: (0312) 442 35 49

e-mail: zdileka@hotmail.com

Yaşlanmakta Olan Dünya ve Sağlık Sorunları

Toplumların yaşlanması büyük oranda yirminci yüzyıla gelen bir kavram olmuştur. Özellikle gelişmiş ülkelerde artan yaşlı nüfus ve yaşam beklentisi, sağlık hizmetlerinin sunumundan sosyal güvenlik ve çalışma haklarına kadar doğrudan doğruya nüfusun yaş dağılımının değişmesi ile ilgili çok sayıda sosyopolitik sorunla gelişmiş toplumları yüz yüze bırakmıştır. 2000 yılına girdiğimiz şu günlerde tartışmaların boyutu politik gerçekliği aşarak etik bir gerçekliğe dönüşmüştür.

Gelişmekte olan ülkelerde de gelişmiş olan ülkelerdeki gibi 65 yaş üzerinde yaşayanların sayısı artmaktadır. Değişmekte olan morbidite ve mortalite paternlerine göre sağlık hizmetlerinin yeniden düzenlenmesi, -belki çocuk hekimleri dışında- tüm hekimlerimizin yaşlanan bir nüfusun ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılamak üzere eğitim alması, bu konuda üniversitelerde geriatri ve gerontoloji ünitelerinin oluşturulması için akademik kadrolara destek verilmesi ve yaşlanma üzerine araştırmalara ödenek ayrılması gerekmektedir.

Dünya Sağlık Teşkilatı'nın 1998 yılı raporuna göre: (1) 1998 yılı itibari ile 390 milyon olan 65 yaş üstü nüfusun 2025 yılında 800 milyona ulaşarak dünya nüfusunun %10'unu oluşturacağı; (2) 1955 yılında doğumdan itibaren 48 yıl olan yaşam beklentisinin 1975 yılında 59'a, 1995 yılında 65'e yükseldiği ve 2025 yılında 73 yıla ulaşacağı; (3) Çalışmakta olan erişkin nüfusun bakması gereken yaşlı nüfusa oranı 1955'de %10.5 iken 1995'de bu oranın %12.3'e yükseldiği ve 2025'de %17.2'ye ulaşacağı ortaya konan gerçeklerden birkaçıdır.

Dünya Sağlık Teşkilatı Genel Direktörü 1997 yılı dünya sağlık raporu ile ilgili basın açıklamasında kronik hastalıklara bağlı toplum ve insan sorunlarının maliyetinin şimdiden gerekli tedbirler alınmadığı takdirde hızla artacağını öngörmektedir. Açıklamada, dünya nüfusunun yaşlanması ile birlikte kanser, diabet, kardiyovasküler hastalıklar, kronik akciğer hastalığı, mental hastalıklar (özellikle demans) gibi hastalıkların sayısında önemli artışlar olduğu; yaşla beraber gelen komorbiditenin artmasında önemli faktörler olan sigara, sedenter yaşam tarzı, obesite, sağlıksız beslenme gibi olumsuz faktörlerin önüne geçilebilmesi için gerekli tedbirlerin şimdiden alınmasının gerekliliği belirtilmektedir. Daha uzun ömür sahibi olmamızı kutlarken, artmış yaşam kalitesi olmadan, artmış yaşam beklentisinin boş bir ödül olduğu; sağlık beklentisinin, yaşam beklentisinden çok daha önemli olduğu vurgulanmaktadır (2).

Türkiye'de 65 yaş üstü nüfusun tüm nüfusa oranı 1997 yılı için tahmini olarak %6'dır (3). Ortalama yaşam beklentisi tüm Türkiye nüfusu için 1997 yılında doğumdan itibaren 72.37 yıl (erkekler için 69.95 yıl, kadınlar için 74.91 yıl) olarak tahmin edilmektedir (3). Türk toplumu bu açıdan

gelişmekte olan ülkeler arasında ön sıralarda yer almaktadır (4).

Batı ülkelerinde yaşlı nüfus toplam nüfusun % 15'ini oluşturmaktadır. Bununla beraber %15'lik bu kesim hastaneye kabullerin %50'den fazlasını ve sağlık kaynaklarının yaklaşık %40'ını tüketmektedir. ABD'de 'Medicare' harcamalarının %30'u, %6'lık çok küçük bir kesim -ölmekte olan yaşlılar- için tüketilmektedir (5).

Hızla artmakta olan 80 yaş üstü nüfus en çok komorbiditesi olan, kırılabilir ve en çok fonksiyonel defisiti barındıran nüfusu temsil etmekte, nitelikleri yönünden standardize edilmesi güç bir grubu oluşturmaktadır (5). Genç insanların sağlık sorunları üzerine yoğunlaşmış koruyucu sağlık hizmetleri ve son derece özelleşmiş üst ihtisas dalları yaşlı hastaların kompleks problemlerini anlamada ve sağlık ihtiyaçlarını karşılamada yetersiz kalmaktadır. Bununla birlikte yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilecek kalite ve sayıdaki hekimin gelişmiş ülkelerde dahi oluşturulmasında güçlüklerle karşılaşmaktadır. Bunun nedeni genel olarak genç hastalar üzerinde yoğunlaşan, epizodik rahatsızlıkları ya da yaralanmaları yüksek teknoloji ve hastane bazlı hizmetlerle çözümleneyen ihtisas dallarında görev alan doktorların toplumsal ve mesleki açıdan en iyi tanınan konumlarda, en yüksek gelirli ve tatmin edici hayat şartlarına sahip hekim kesimini oluşturması; akabinde yaşlı nüfusun sağlık ihtiyaçlarını en iyi şekilde karşılayabilecek kalite ve sayıdaki hekimin, mesleki ve toplumsal olarak daha az tanınma, daha düşük gelir elde etme ve hayat şartları üzerinde daha az kontrol imkanı gibi nedenlerle koruyucu hekimlik hizmeti veren, dallara olan ilgisinin düşük seviyede kalmasıdır (6).

Benzer şekilde yakın zamana kadar iç hastalıkları uzmanları arasında müdahaleye dayalı dallar olan kardioloji, gastroenteroloji ve yoğun bakım gibi üst ihtisas dalları en yoğun ilgiyi gören dallar olmuştur. Yirminci yüzyılda üst üste kaydedilen buluşlar sayesinde iç hastalıkları uzmanlarının ilgileri gittikçe spesifik organ sistemlerinin spesifik hastalıkları üzerine yoğunlaşmıştır. Bu bilimsel yükselişin ve odaklanmanın bedeli, iç hastalıkları uzmanının çok miktarda bilgiyi derleyerek kompleks problemleri ortaya koyan bu bilgilerin sentezi sonucunda her hasta için bütüncü bir tedavi planı oluşturan ve teşhis ve tedavideki kaçınılmazları tartıp kabullenen geleneksel yaklaşımının kaybedilmesi olmuştur (6).

Bu nedenle Avrupa ülkeleri ve ABD'de geriatrik hasta yaklaşımının hem primer koruyucu hekimlik hizmetleri içinde hem de uzmanlaşmış hekimlerce sağlanması, bunu yanında diğer ihtisas dallarına da geriatri eğitiminin yerleştirilmesi için çalışmalar yapılmaktadır (6-8).

Yaşlanma üzerine dünya çapında politika ve programların oluşturulması amacıyla 1982 yılında Birleşmiş Mil-

letler (BM) tarafından ilk 'Uluslararası Yaşlanma ile ilgili Hareket Planı' onaylanmış ve bu plan daha sonra 'Viyana Planı' ya da 'Uluslararası Plan' olarak anılmıştır (9). Bu plan, araştırma, veri elde etme, eğitim ve öğretim konularını da içeren toplam 62 öneriden oluşmaktadır. Planın onayından 9 yıl sonra 1992'de BM 'Yaşlı İnsanlar için Birleşmiş Milletler Prensipleri'ni oluşturmuştur (10). Bu prensipler bağımsızlık, katılımcılık, bakım, kendine yetebilme ve huzur 5 ana başlığı altında 18 maddeden oluşmaktadır. 1999 yılının 'Dünya Yaşlılar Yılı' olarak ilan edilmesi de bu prensiplerin gerçekleştirilmesi hedefinin bir uzantısı olmuştur (11).

Yine uluslararası düzlemde Dünya Sağlık Teşkilatı sağlıklı yaşlanmanın tüm dünyada mümkün olabilmesi için 1995 yılında 'Yaşlanma ve Sağlık' programını onaylamıştır. Bu program hem ileri yaş, hem de yaşlanmayı kapsamlı olarak ele almakta; yalnızca yaşlanmanın getirdiği sağlık problemlerine odaklanmak yerine, öncelikle sağlıklı yaşlanmayı hedefleyen planlama ve araştırmaları önermekte ve desteklemektedir (12).

Avrupa Ülkelerinde Geriatri Eğitimi

Avrupa ülkeleri de yaşlanma ile ilgili eğitim, araştırma, sosyal ve politik yapılanma gibi alanlarda projeler oluşturmaktadır. Gerekli akademik temel bir çok Avrupa ülkesinde yerleşmiş geriatri/gerontoloji bilim dalları ile mevcuttur (13). Buna rağmen yaşlanmaya ayrılmış olan 1997 Ekim tarihli British Medical Journal'da editör yazısında Greengross ve arkadaşları İngiltere dışındaki diğer ülkelerin iyi yetişmiş geriatristler yerine iyi yetişmiş pediatristlere sahip olmasının yaşlanmakta olan nüfusa karşı hazırsızlığın önemli bir göstergesi olduğunu savunmakta; ve koruyucu hekimliğin önemi üzerinde durmakta; ayrıca 65 yaş üstü nüfusun klinik çalışmaların kapsamına alınmaması, hastanelerde kötü muamele görmesi ve taramadan en fazla istifade edebilecek 65 yaş üstü kadın nüfusun meme kanseri taramasından mahrum bırakılması gibi 'yaş ayrımcılığı' örneklerinin daha iyi organizasyon, eğitim ve davranış değişiklikleri ile düzeltilmesinin gerekliliğini vurgulamaktadır (14).

Yine British Medical Journal'da 1995 Mart tarihli yazısında Rory Watson Avrupa Birliği Ülkeleri'nde yaşlanma ile ilgili alınacak tedbirlere dikkati çekmektedir. Yazıda Avrupa Birliği Sosyal İşler Komisyonu üyesi Padraig Flynn'in, Avrupa Birliği Demografik Raporu doğrultusunda, yaşlı nüfusa yönelik bir program önerisinden söz edilmektedir. Tasarıda Flynn Avrupa Hükümetleri'nden 20 milyon ecus tutarında bir yaşlılar yardımı talep etmektedir. Flynn'in planlarının kabul edilmesi durumunda kişi ve kurumlar projeleri için bütçelerinin %75'ine kadar varan oranlarda destek alabileceklerdir. Watson yazısını, saygı duyulan araştırmacılar liderliğinde, bir kaç Avrupa ülkesini birden içeren, yenilikçi proje planlarının bütçeden pay almasının mümkün görüldüğünü vurgulayarak noktalamaktadır (15).

Avrupa Birliği üyeliğine aday olduğumuz şu günlerde Avrupa Ülkeleri'nin yaşlı nüfus ile ilgili projelere kaynak yaratma çabaları kadar, Avrupa'da geriatri eğitimi konusunda bizi de yakından ilgilendiren gelişmelere değinilmesi gerekmektedir. Yuste Vakfı Avrupa Akademisi Çalışma Grubu'nun Avrupa ülkelerinde geriatri eğitimine duyulan ihtiyaç ile ilgili sonuç bildirgesi 8-9 Haziran 1998 tarihinde sunulmuştur (7). Bir rehber niteliği taşıyan bu bildirmede Avrupa ülkelerinde geriatri eğitiminin mezuniyet öncesi ve sonrası dönemlerde, diğer uzmanlık dallarının eğitimi içerisinde nasıl yer alması gerektiği ve geriatride hizmet içi eğitim üzerinde durulmaktadır. Böyle bir eğitim ile Avrupa Ülkeleri arasında hem mezuniyet öncesi hem de mezuniyet sonrası dönemlerde öğrenci değişimi ve adaptasyonunun kolaylaşacağı belirtilmiştir. Geriatri eğitimine Avrupa yaklaşımının A.B.D.'deki sistemden önemli farklarından birisi, Yuste Bildirgesi'nde de önerildiği gibi, (7) geriatri uzmanlık eğitiminin, iç hastalıkları/aile hekimliği uzmanlığı sonrasında alman 2 yıllık bir uzmanlık eğitimi yerine, tıp fakültesi mezuniyeti sonrasında 4 yıllık kapsamlı ayrı bir eğitim ile verilmesidir.

Bildirge özet-çeviri şekli ile ek 1'de sunulmuştur.

ABD'de Geriatri Biliminin Konumu ve Geriatri Eğitimi

Geriatri Biliminin ABD'de öncelikle bir koruyucu hekimlik dalı mı yoksa bir üst ihtisas dalı mı olduğu tartışılan bir konu olmuştur. Bazı hekimlerin geriatri biliminin bir koruyucu hekimlik dalı olduğunu savunmalarına rağmen, diğer bazı hekimler geriatri'nin bir üst ihtisas dalı olduğunu iddia etmişlerdir. Her iki iddia da inandırıcı olup Hazzard ve Ettinger'in (16) belirttiği gibi geriatri uzmanları klinik olarak koruyucu hekimlik hizmetleri sunmalarına rağmen çok açık şekilde bir üst ihtisas uzmanında olması gerekli bir takım özellikleri kendilerinde barındırmaktadır. Bu nedenle Geriatri Bilimi'nin hem bir koruyucu hekimlik dalı hem de bir üst ihtisas dalı olduğunu kabul etmek yanlış olmaz (17).

Geriatri biliminin bilgi tabanı da ayrıca tartışılan ve net olarak sınırlanmamamasından dolayı endişe duyulan bir konu olmuştur. Klasik tıp uygulama dallarının bilgi tabanlarının belirlenmesi kolay olmuştur; çünkü konuları kolaylıkla tek bir organ ya da dokunun yapı ve fonksiyonları ile sınırlan- dırılabilmiştir. Geriatri'nin bilgi tabanı ise nöroloji, rehabilitasyon tıbbı, kardioloji ve diğer bir çok bilimin bilgi tabanını içermektedir. Robert Luchi bu konuda; suni sınırlar yaratılmasının yerine bilginin paylaşılmasının en iyisi olduğunu belirtmekte, geriatrik tıbbın gelişmesinde diğer dallarda elde edilen bilimsel gelişmelerin katkısının inkar edilemez olduğunu; bunun yanında hücre proliferasyonu ve yaşlanma üzerine araştırmalar yürütmekte olan geri-atrist ve gerontologların çalışmalarının yaşlanma ile ilgili

gerçeklerin aydınlatılmasının yanında kanser ve ateroskleroz gibi hastalıklara yeni yaklaşımlar oluşturulmasında yol gösterici olacağını vurgulamaktadır. Geriatristler yaşlı insanları ilgilendiren tıbbi, psikolojik, sosyal ve etik konuları en iyi anlayan doktorlardır. Luchi, bu uzmanlık dalında çalışanlara hastaların hem kendilerinin ve ailelerinin isteği ile hem de kurumlarca (ve artan sayılarda diğer doktorlar tarafından) refere edilmelerinin en önemli nedeninin geriatri uzmanlarının paylaşılan geniş bilgi tabanını hastaların bakımı- nın düzenlenmesinde son derece iyi kullanmaları olduğunu eklemektedir (18).

ABD'de geriatri nin bilim dalı olarak statüsü ve bilgi tabanı ile ilgili tartışmalar devam etmekte iken, geriatri eğitiminin tıp eğitiminin her aşamasına entegrasyonunun gerekliliği konusunda tartışmasız bir görüş birliği ortaya konmuştur.

'Geriatri Müfredatı Oluşturma Konferansı ve Teşviki' konulu konferans tutanaklarının yayınlandığı American Journal of Medicine Ekim 1994 tarihli ek sayının giriş ve özet yazısında konuk editör William Hazzard şunları belirtmektedir (19): 1) Geriatri bilimi, A.B.D.'de uygulandığı şekli ile bir birinci basamak-koruyucu sağlık hizmeti özelliğindedir ve genel iç hastalıktan ve aile hekimlerince yürütülen erişkin koruyucu hekimliğinin bir uzantısını teşkil etmektedir. Bir üst ihtisas dalı olarak kabul edilmek yerine ihtisaslar-üstü bir bilim dalı olarak görülmelidir. 2) Geriatri bilimi tıp fakülteleri bünyesinde akademik bir disiplin olup, hedefi metod ve örneklerle geriatri hizmetlerinin en iyi ne şekilde verilebileceğini tüm tıp fakültesi öğrencilerine, koruyucu hekimlik uzmanlarına ve göreve devam eden tüm hekimlere öğretmektir. 3) Neredeyse tüm geriatrik tıp hizmetleri geriatrist olmayan koruyucu hekimlerce verilecektir. Bu hekimlerin arasında az sayıda sadece yaşlı hasta grubu ile ilgilenen ya da bu konuda geriatri uzmanlığı almış olan bulunabilir. Fakat tam-gün geriatri pratisyenliği yapan hekimlerin yetiştirilmesi geriatri uzman eğitiminin birincil bir hedefi olmadığı gibi hizmet sektöründe bu tür klinisyenlerin artırılması gerekliliği yoktur. Bunun yerine amaçlanan, uzman eğitimi ile öğretim kadrosu oluşturulması ve öğretilen geriatrik müfredat ile tüm erişkin koruyucu hekimlik hizmeti veren doktorların (iç hastalıkları ve aile hekimliği uzmanlarının) üç yıllık uzmanlık eğitimleri sırasında yaşlılara en iyi hizmeti verebilmek için gerekli eğitimi almalarıdır. 4) Akademik geriatriyenler tüm-gün öğretim görevliliği hizmetinde olmalı, eğitim, araştırma, klinik bakım, liderlik ve idari görevler dengelenmelidir. Akademik geriatriyenlerin klinik çabaları öğrenci, araştırma görevlisi ve uzmanların en iyi şekilde eğitimi için özellikle en yaşlı ve en kırılgan olan hastalar üzerine yoğunlaşmalıdır. 5) Geriatrik öğretim kadrosu diğer non-geriatrik öğretim kadrosunun eğitiminde olduğu gibi şu akademik hazırlık ve desteklere ihtiyaç duyacaktır: Ana uzmanlık

dalında tam bir eğitim, bunun üzerine araştırma ve klinik eğitim içeren en az 2 (tercihen 3) yıllık uzmanlık eğitimi, geçiş dönemi öğretim kadrosu desteği (özellikle araştırma özgürlüğünün gelişmesi için, genellikle 3-5 yıl süreli), düzenli ve başarılı akademik bir meslek yaşantısının tüm safhalarında eğitim ve liderlik/idari çabaların desteklenmesi ve tanınması. 6) Büyük oranda geriatristlerin akademik yuvası iç hastalıkları departmanlarına bağlı gerontoloji/geriatri bilim dalları ya da genel iç hastalıklarının bir parçası şeklinde olacaktır. Bunun yanında geleneksel üst ihtisas dallarında görev alan öğretim elemanları da kendi ihtisas dallarının geriatrik yönlerinde uzmanlaşabilirler. Bu yönüyle geriatrik araştırmalar iç hastalıklarının çeşitli departmanları arasında yayılmış şekilde olabilir. 7) İç hastalıkları departmanları geriatrik eğitimin tüm aşamalarında-preklinik düzeyden klinik eğitime, ihtisas ve üst ihtisas eğitiminden mezuniyet sonrası eğitime kadar-anahtar bir rol üstlenecektir. 8) Uzmanlık eğitiminde gerontolojik/geriatrik müfredat içeriği toplumdaki yaşlıların sağlık ihtiyaçları doğrultusunda olmalıdır. Amerikan Tıp Enstitüsü 1993 yılı raporunda 1996 yılında uzmanlık eğitimi içerisine 6 aylık bir geriatrik eğitim tecrübesinin yerleştirilmiş olmasını önermektedir. 9) Hazzard ayrıca başarılı bir geriatri programı oluşturulabilmesi için iç hastalıkları bölüm başkanlarına düşen merkezi görevi vurgulamaktadır. Bu, temel bir akademik hedef olarak disiplinin savunuculuğu ve doğrudan kişisel destek ile başlayıp; geriatrik liderler, öğretim kadrosu ve diğer elemanların maddi ve manevi olarak desteklenmesi ile-örneğin program ihtiyaçları doğrultusunda kaynak sağlanması, oluşturulan programların ve geriatrist/gerontologların kendilerinin birinci derece statüde değerlendirilmesi şeklinde sürmelidir. Bunların ötesinde bölüm başkanları yaşlanan toplumun ihtiyaçları doğrultusunda oluşan akademik tıbbi yatırımları etkileme gücünü kaybetmiş-klinik, eğitimle ilgili ve bilimsel-modası geçmiş değer sistemlerine ve uygulamalara katı bir bağlılık göstererek kendileri problemin bir parçası olmaktan kaçınmalıdır.

ABD'de 1987'de 'American Geriatrics Society' (AGS) tarafından geriatri uzmanlık eğitimi için ilkeler oluşturulmuş (20) ve 1988'de ilk 62 iç hastalıkları geriatri uzmanlık programı kredilendirilmiştir. 1998 yılı itibarı ile ABD'de geriatri uzmanlığı ACGME (Accreditation Council for Graduate Medical Education) tarafından kredilendirilmiş şekilde, aile hekimliği uzmanlığına bağlı olarak 20 program (37 kadro), iç hastalıklarına bağlı olarak 92 program (298 kadro) dahilinde verilmektedir (21).

1990 yılı itibarı ile aile hekimliği programlarının % 80'i, iç hastalıkları programlarının ise %36'sı formal geriatri müfredatını içermektedir (22). 1999 yılında AGS "Geriatri Disiplinler Arası Ekip Hizmeti Eğitiminde İşbirliği" Komitesi'nce hazırlanan uzmanlık eğitimi müfredat önerisinde (23) iç hastalıkları uzmanları ve aile hekimlerinin

uzmanlık eğitimi sırasında alması gereken geriatri eğitimi ayrıntılı olarak ele alınmıştır.

AGS Eğitim Komitesi tarafından 1998 yılında sonuncusu yayınlanan 'Geriatri Uzmanlık Eğitiminin İlkeleri'ne (24) göre: 1) Bir iç hastalıkları ya da aile hekimliği uzmanının klinik bir geriatrisyen için gerekli davranış, bilgi ve becerî-leri kazanması için en az bir senelik klinik eğitimi alması zorunludur. Bu temel eğitim 'Certificate of Added Quali-fications in Geriatrics Medicin e' (CAQGM)-Geriatri Dalında Ek Yeterlilik Sertifikası- almak için yeterlidir. 2) Geriatri Bilim Dalı'nda liderlik ve eğitimci pozisyonlarında rol almak isteyenler için bir senelik klinik eğitim yetersiz kalacaktır. Klinik eğitim yılının sonrasında sağlık hizmetleri idaresi, eğitim, sağlık politikası ve yaşlı hastalarla ilgilenen diğer disiplinlerde alınacak ek eğitim geriatrisyenlerin lider rollere soyunmalarını sağlayacaktır. Çoğu durumda "eğitimci" ya da "idareci" rollerindeki geriatrisyenlerin yetiştirilmesi ek olarak 1 yıl daha (toplam 2 yıl) almaktadır. Bazı geriatrisyenlerin izlemek isteyecekleri üçüncü bir yol da "araştırmacı" geriatrisyen olarak yetişmektir ki bu yol klinik geriatri eğitim yılının, üzerine en az 2 yıllık (toplam 3 yıl) bir eğitim daha gerektirmektedir. Klinik eğitim sonrasında en az 2 yılkh eğitim, temel bilimler, klinik ve sosyal bilimler ya da sağlık hizmetleri araştırmaları ile ilgili kursların alınması ve araştırmacının bir araştırma projesini planlayıp tamamlayabilmesi için ve araştırmacının güvenilirliğine ait kayıtları oluşturabilmesi için gereklidir. 3) Uzmanlık programına giren çoğu doktor bir senelik klinik geriatrisyenlik eğitimi sonrasına ilerlemeyecektir. Eğitimci, idareci ve araştırmacı rolleri için az sayıda hekim eğitime devam edecektir. Bu rollerin hepsi de yaşlı hastaların bakımı için önem arz etmektedir. Yeterli sayıda eğitimci ya da araştırmacı geriatrisyen olmadan hekimlerin eğitimlerinde esas olan bilimin akademik temeli ayakta duramaz.

Bir yıllık klinik eğitimin içeriği ve "eğitimci", "idareci" ve "araştırmacı" roller için. AGS'nin önerileri ek 2'de özetçeviri şekli ile sunulmuştur.

Türkiye'de Geriatri Eğitimi ve Geleceği Üzerine

Kaçınılmaz olarak yaşlanmakta, olan dünya nüfusu ile beraber Türkiye'de de nüfusun yaşlanmakta olduğu ve Türkiye'nin bu yönden gelişmekte olan ülkeler arasında ön sırada olduğu Dünya Sağlık Teşkilatı'nın verilerinden açıkça görülmektedir (4). Dünya Sağlık Teşkilatı'nın 1997 yılı raporunda belirtildiği gibi (2) artan yaşam ömrünün artan yaşam kalitesini de beraberinde getirebilmesi için gerekli tedbirlerin ülkemiz için de şimdiden alınması gereklidir

Yaşlanmakta olan kesim koruyucu hekimlik hizmetlerinden hala istifade etmesi gereken konumdadır. Değininildiği gibi, gelişmiş ülkelerde yaşlı nüfusa ayrılan sağlık harcamalarının boyutu yaşlı nüfusun tüm topluma oranının kat kat üstündedir (5). Bu durum sağlık harcamaları

üzerinde denetlemelerin oldukça dağınık olduğu ülkemizin ne durumda olduğu sorusunu akla getirmektedir. Yaşlılık problemlerine uygun yaklaşım ve koruyucu hekimlik hizmetleri sağlık boyutu ile olduğu kadar ekonomik boyutu ile de önem taşımaktadır.

'Sağlıklı yaşlanma' hedefine yönelik toplumsal/bireysel bilinçlenme/eğitim ve tüm nüfusa sunulan hizmetlerin yanında yaşlı nüfusa da en iyi hizmeti verebilecek sağlık düzenlemelerinin sağlanması; gereken sağlık, eğitim ve araştırma yatırımlarına kaynak yaratılması ile mümkün olabilir. Eğitim toplumun her seviyesinde sağlanmalı ve bunun için her türlü iletişim aracı ve imkan değerlendirilmelidir. Sağlık hizmetlerini ve eğitimi idame ettirecek tıp doktorlarının eğitimi ise, hem tıp fakültelerinde klinik ve preklidik eğitim dönemlerine, hem de öncelikle iç hastalıkları ve aile hekimliği olmak üzere uzmanlık programlarına geriatri/gerontoloji müfredatının yerleştirilmesi ile olmalıdır (6,7) Geriatri biliminin uzmanlık düzeyinde eğitimi ve akademik/öğretim kadrolarının yetişmesi için ABD'deki gibi İç Hastalıkları/Aile Hekimliği ihtisası sonrası geriatri uzmanlığı uygun bir yapılanma modeli gibi görünmektedir. Tüm dünya için hedeflenen sağlıklı yaşlanma amacının ülkemizde de gerçek olması için anahtar eğitimdir. Ülkemiz için en uygun eğitim yapılanma modelinin belirlenmesi, geriatri/gerontoloji eğitiminin mezuniyet öncesi ve sonrası tıp eğitiminde yerini alması ve gerekli veri tabanını oluşturacak araştırmaların yapılandırılması için bu alanda artan sayıda yetişmiş öğretim elemanına ihtiyaç duyulacaktır.

EK-1

Yuste Vakfı Avrupa Akademisi-Çalışma Grubu'nun Avrupa ülkelerinde geriatri eğitimine duyulan ihtiyaç ile ilgili sonuç bildirgesi 8-9 Haziran 1998 tarihinde sunulmuştur. (Conclusions of the European Academy of Yuste Foundation working party on the need for education in Geriatrics in Europe. 8-9" of June 1998. internet adresi: www.yuste.org/edugcri.html) Çalışma grubu 6 Avrupa ülkesi (İngiltere, İspanya, Fransa, Portekiz, İsviçre, İtalya) ve 4 Avrupa dışı ülkeden (Kanada, Arjantin, Şili ve İsrail) gelen katılımcılarla oluşturulmuştur. Özetle bildirmede şunlara değinilmektedir:

A. Mezuniyet Öncesi Geriatri Eğitimi:

1. Tıp fakültelerinde lisans öncesi dönemdeki bütün tıp öğrencileri geriatrik tıbbın prensip ve uygulamaları üzerine eğitim almalıdır.

2. Mezuniyet öncesi müfredat ana içerik olarak şunları içermelidir:

- Temel gerontoloji ve yaşlanmanın temelleri
- Yaşlanan toplumların demografi ve epidemiolojisi
- Rehabilitasyon

- Bütüncü yaklaşım
- Yetersizlik, özürllülük, engellilik
- Disiplinler arası yeniden beceri kazandırma
- Barındırma ve destekleme
- Yaşlıların Hastalıkları
- Yaşla ortaya çıkan patolojiler
- Geriatrik Devler (İmmobilite, inkontinans, dengesizlik, entelektüel yetersizlik)
- Hastalık prezentasyonlarının gençlerle mukayesesi
- Psikoloji ve psikiyatrik sendromlar

3. Müfredatın gerontolojik kısmı diğer temel bilimlerle beraber erken dönemde işlenmeli, kalan müfredat sistematik bilgi üzerine oturması açısından mümkün olduğu kadar eğitimin geç dönemlerinde verilmelidir.

4. Müfredatın tamamının geriatri uzmanlarınca verilmesi bir gereklilik değilken, kursun içeriği, organizasyon, plan ve monitorizasyonu geriatri bilimi uzmanlarınca yürütülmelidir.

5. Eğitim mümkün olan tüm şartlar altında -hem hastanede, hem de hastane dışı ortamlarda- sağlanmalıdır.

6. Öğretim kadrolarının eğitim ve desteklenmesine, insan ve diğer kaynakların yeterli şekilde sağlanmasına önem verilmelidir. Öğrencilere uyarıcı ve bütüncü yapıda en az bir aylık teorik ve klinik tecrübe sağlanmalıdır. Bu şekilde bir müfredat gerekenin minimumunu teşkil etmelidir. Bir çok üniversite daha detaylı ve daha uzun tecrübeyi gerekli görebilir.

7. İnternet aracılığı ile paylaşılan eğitim kaynakları son derece maliyet-etkin olup, ülkeler arası uyumun sağlanmasına önemli katkılarda bulunabilir.

8. Müfredatla ilgili düzenlemelerde öğrenciler doğrudan doğruya aktif rol almalıdır, ülkeler arasında paylaşılan temel bir müfredat Avrupa Ülkeleri arasında mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası öğrenci değişimini kolaylaştıracaktır.

B, Mezuniyet Sonrasında Geriatri Bilim Dalı'nda Eğitim

Geriatri uzmanlığı-ABD'deki uzmanlık sisteminden farklı olarak- en az 4 senede tamamlanan, ortopedi, rehabilitasyon, değerlendirme, psikiyatri, gündüz hastanesi, ayakta hasta hizmetleri ve uzun süreli bakım gibi konularda rotasyon gerektiren ayrı bir uzmanlık olarak tanımlanmaktadır. Bu eğitim üniversite hastanelerinin geriatri bölümlerinde, bölge hastanelerinde, bakım evlerinde, uzun süreli yatış servislerinde ve genel hizmetin sunulduğu ortamlarda verilmelidir.

C. Diğer Tıp Disiplinlerinde Mezuniyet Sonrası Eğitim

Yaşlı hastalar hem genel pratisyenlere hem de diğer akut hizmetlere çok daha fazla ihtiyaç duymaktadırlar. Diğer bilim dallarında görev alanlar da yaşlanma, yaşlılık ile hastalıkların ortaya çıkışındaki farklılıklar ve yaşlılardaki sorunlara yaklaşım konularında kredilendirilmiş eğitim programları dahilinde eğitilmelidir.

D. Uzun Süreli Yatış Servisleri ve Bakım-Evi Doktorları İçin Sertifikalı Eğitim

Bu gibi kurumlarda çalışıp, sorumluluk alan doktorların bu konuda diplomalı/sertifikalı eğitimi zaruridir.

E. Mezuniyet Sonrası Eğitim

Tüm geriatri uzmanlarının ve yaşlılarla ilgilenen diğer doktorların meslek-içi eğitime devam etmelerinin gerekliliği tüm katılımcılarca takdir edilmiştir. Bu eğitim üniversiteler, bilimsel kuruluşlar ve sağlık otoriteleri tarafından verilmeli ve çeşitli öğretim yöntemleri, multimedya ve internet teknolojileri ile desteklenmelidir.

EK-2

İzleyen Bölümlerde AGS'nin (American Geriatric Society) geriatri uzmanlık eğitiminin klinik eğitim dönemi ve "eğitimci", "idareci", "araştırmacı" rollerin kazanımı için önerileri özetlenmiştir (Guidelines for fellowship training in geriatrics. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 1473-1477. AGS Education Committee);

Birinci Yıl: Klinik Eğitim

I. Eğitim Programı: Program dahilinde klinikte çok çeşitte problemleri olan hastaları yatarken ya da ayaktan değerlendirebilme imkanı sağlanmalıdır. Yetişmekte olan uzmanlara; doğal yaşlanma ve hastalıklar arasındaki ilişki, değerlendirme, tedavi ve yaklaşım tekniklerini anlayabilmeleri için hem birinci basamak hekimlik hizmetlerini hem de konsültasyon hizmetlerini -akut, ayaktan, toplum içinde ve kurum içinde- sağlama imkanı sunulmalıdır. Ayrıca uzmanlara genel olarak koruyucu sağlık hizmeti alması gereken sağlıklı yaşlılara da hizmet fırsatı verilmelidir.

Program yaşlanmanın fizyolojisi, yaşlı insanlarda sık karşılaşılan rahatsızlıkların patofizyolojisi, hastalıkların atipik prezentasyonları, fonksiyonel değerlendirme, kognitif statü ve efektif değerlendirme, akut ve uzun dönem bakımda yaklaşım ve tedavi kavramları üzerinde durmalı, ayrıca tıbbi yaklaşımı etkileyebilecek, hastalığın davranışsal yönüne, sosyoekonomik faktörlere, etik ve yasal konulara da değinmelidir.

II. Eğitim Kadrosu ve Diğer Personel

• **Program Direktörü:** Eğitim hedeflerinin sağlanabilmesi için program direktörü tam-gün bu görevle ilgilenmelidir. Program direktörü iç hastalıkları ya da aile hekimliği üzerine CAQGM (Certificate of Added Qualifications in Geriatrics Medicine) ya da başka eşdeğer kredi sahibi olmalıdır. Tüm programdan sorumlu olmalı ve eğitime olan ilgisini ortaya koymuş olup, akademik görevli pozisyonunda olmalıdır.

• **Diğer Öğretim Görevlileri:** Her program benzer nitelikte ve profesyonel görev vakitlerinin önemli bir kısmını programa ayıran en az iki öğretim üyesi daha içermelidir. İkinden fazla uzman yetiştiren programlar için her öğrenci başına fazladan en az bir öğretim görevlisi daha bulunmalıdır.

Geriatrı biliminin multidisipliner niteliklerinden ötürü program fiziksel tıp ve rehabilitasyon, nöroloji ve psikiyatri bölümleri ile anlamlı ilişkiler içinde olmalı ve genel cerrahi, ortopedi, göz, kulak-burun-boğaz, üroloji, jinekoloji, diş hekimliği, eczacılık, odyoloji, fiziksel ve mesleki terapi ve konuşma terapisini de içeren diğer bir çok dalla anlamlı ilişkiler kurmalıdır. Ek olarak hemşirelik, sosyal hizmetler ve -mümkün olduğu durumlarda- doktor yardımcıları ile bağlantılar oluşturulmalıdır.

• **Geriatrik Bakım Ekibi:** Zorunlu ekip üyeleri bir geriatrist, bir hemşire ve bir sosyal hizmet uzmanıdır. Bunun dışında nöroloji, psikiyatri, fiziksel tıp ve rehabilitasyon, fiziksel, mesleki ve konuşma terapisi, diş hekimliği, eczacılık, psikoloji ve kırsal bakım uzmanları uygun olan durumlarda ekibe eklenebilir. Düzenli ekip konferansları verilmelidir.

III. Olanaklar/Kaynaklar: Eğitimin verileceği yerde eğitim programının gereklerini karşılamaya yetecek hasta nüfusu olmalıdır. Programın sunulduğu bütün mekanlarda eğitim alan doktorun anlamlı bir hizmet verme imkanı olmalıdır. Her mekanda eğitim için bazı aktiviteler zorunlu olmalı ve uygun klinisyen tarafından idare edilmelidir. Program şunları içermelidir:

• **Akut Hizmet Hastanesi:** Yoğun bakım ünitesi, acil polikliniği, ameliyat odaları, laboratuvar ve görüntüleme hizmetleri dahil bir akut hizmet merkezinden beklenen tüm hizmetleri bulundurmalıdır.

• **Uzun Dönem Bakım Kurumu:** Özel hemşirelik hizmetleri veren kurumlar, kronik bakım hastaneleri gibi bir ya da daha fazla uzun dönem bakım kurumu geriatrı bilimi eğitim programının gerekli bir parçasıdır. Bu kurumlarda subakut bakım ve rehabilitasyon bakımı tecrübesi edinilmelidir.

• **Kurum-dışı Uzun Dönem Bakım:** Evde bakım, gündüz hastanesi, destekli yaşam gibi hizmetler programın önemli öğelerini oluşturmaktadır. Hekimlerin eve bağımlı fakat

kurumlarda yaşamayan hastalara hizmet sağlamayı öğrenebilmeleri için bir evde bakım programı ya da ev sağlık hizmetleri ajansı zaruri bir kaynaktır.

• **Ayaktan Hizmet Programı:** Yetişmekte olan uzman ilk bir yıl içerisinde vaktinin önemli bir kısmını bu hizmetlere ayırmalıdır. Bu tecrübe haftada en az 1/2 gün hizmetin sürekliliği prensibine riayet edilerek kazandırılmalı, yetişen uzmana bu süregelen hizmet programı içerisinde devamlı hizmet sunma ve önerilerin yerine getirilebilmesi için çeşitli tıp dalları ve diğer disiplinlerle koordinasyon sağlama imkanı verilmelidir.

• **Sağlık Sigorta Sistemi-Bakım Tecrübeleri:** Riskli bir sistem olan 'medicare' sağlık planı kontratı kapsamındaki hastaların bakımı ile ilgili yetişmekte olan uzmanların tecrübe edinmeleri önemlidir.

• **Diğer Eğitim Çevreleri:** Yetişmekte olan uzmanların diğer yetişen uzmanlar ile ilişki içinde bulunması gereklidir. Diğer sağlık hizmetleri ve toplum ajansları hizmetlerine katılım da arzu edilen diğer eğitim öğeleridir.

IV. Spesifik Program İçeriği: Müfredatla ilgili olarak uyulması gereken kurallar ayrıntılı olarak belirlenmiş olup özetle şu ana başlıklar belirtilmiştir:

• **Geriatrı Bilimi Konsültasyon Programı:** Bu program ayaktan izlenen, yatan ve/veya acil hizmet alması gereken hastalar ile tecrübe kazandırmalıdır.

• **Uzun Dönem Hakim Kurumu Tecrübesi:** Yetişmekte olan her uzmanın 12 aylık devamlılık gösteren bir program da-hilinde çeşitli problemleri olan hastaların primer bakımını üstlenmesi sağlanmalıdır.

• **Toplum İçinde Uzun Dönem Bakım:** Evinde ve diğer toplum içi barınma imkanlarında yaşayan hastalar dahil edilmeli, evde bakımın organizasyonu ve idaresi ile ilgili yönleri tecrübe edilmeli; hekim çeşitli problemleri olan bir hasta grubunun primer ev bakımını, hizmetin devamlılığı prensibi içerisinde yürütmelidir.

• **Geriatrik Psikiyatri:** Geriatrik psikiyatri ile ilgili yapılandırılmış didaktik ve klinik tecrübe programa dahil edilmelidir.

• Müfredat:

1. Yaşlanma ve uzun ömürle ilgili güncel bilimsel bilgi
2. Beslenme, ağız bakımı, egzersiz, sağlık taramaları, aşılama ve kemoprofilaksi dahil olmak üzere koruyucu hekimlik

3. Geriatrik Değerlendirme: Tıbbi, affektif, kognitif, fonksiyonel durum, sosyal destek, sağlığın ekonomik ve çevre ile ilgili yönleri, günlük yaşam aktiviteleri, destekli günlük yaşam aktiviteleri ve hikaye, fizik ve mental muayenenin uygun kullanımı.

4. Uygun disiplinler-arası koordinasyon

5. Geriatri bilimini ilgilendiren özel konular: Kognitif bozukluklar, depresyon ve diğer problemler, düşmeler, inkontinans, osteoporoz, kırıklar, duyuusal bozukluklar, bası ülserleri, uyku bozuklukları, malnutrisyon, fonksiyonel yetersizlikler

6. Yaşlılarda özellikle belirgin olan ve farklı karakteristik gösteren rahatsızlıklar: neoplastik, kardiovasküler, nörolojik, kas-iskelet sistemi ile ilgili rahatsızlıklar, metabolik ve enfeksiyöz hastalıklar.

7. Yaşlanma ile ilgili farmakolojik problemler

8. Yaşlanmanın psikososyal yönleri

9. Destek hizmetlerinin ekonomik yönleri

10. Etik ve yasal konular

11. Geriatrik rehabilitasyonun genel prensipleri

12. Uzun dönem bakım kurumlarında hasta yaklaşımı

13. Temel araştırma düzenlenmesi ve metodolojileri

14. Perioperatif değerlendirme

15. İatrojenik sorunlar ve engellenmesi

16. İletişim becerileri (hasta, aile, meslektaşlar, toplumsal gruplar ile)

17. Yaşlı bakımında ailenin temel rolü ve ihtiyaçları

18. Yaşlanmanın kültürel yönleri

19. Evde bakım

20. Palyatif bakım

İkinci Yıl İçin İlkeler: "Eğitimci" ve "İdareci" Rollerin Kazanımı:

Bu rollerdeki eğitimin amacı klinik bilimler dışında ehliyet sağlamak olsa da klinik becerilerin idame ettirilebilmesi için uzmanın hasta bakım hizmetlerini sağlamaya devam etmesi şarttır. İkinci yılda uzmanlar eğitimci ve/veya idareci olma yolunda eğitim alabilirler.

I.Klinik Eğitim ve Öğretim Konusunda Uzmanlaşma: Bu konuda eğitim kurumları arası ve kurum-İçi Master düzeyi programlarla (Örn. eğitim üzerine Master programı) işbirliği ile ve uygun formal dersler ile gerçekleştirilmelidir. Eğitimin şu öğeleri içermesi önerilmektedir:

- Etkin klinik eğitim yöntemleri ve klinik müfredat oluşturulması ile ilgili sempozyum, çalışma grupları ve eğitim seminerlerine katılım
- Etkin klinik eğitim stratejileri ve bu stratejilerin entegrasyonu konulu literatür araştırması ve bunların bir derleme halinde sunumu
- Becerilerin geriatri bilimi/eğitimi üzerine ders, poster ve araştırma sunumu ile gösterilmesi

• Beceri oluşturma ve değerlendirme stratejilerinin tanıtımı

• Görsel ve işitsel materyallerin uygun kullanımı ile yenilikçi öğretim stratejilerinin geliştirilmesi ve izlenmesi

• Eğitici sempozyum ya da mezuniyet sonrası eğitim aktivitesi planlanmasına katılım.

• Yatak başı klinik öğretim

• Klinik konular üzerine seçilmiş derleme yazıları

• Özel konularda müfredat oluşturma (Osteoporoz, inkontinans gibi)

II. İdare Eğitimi: Halk sağlığı idaresi ya da işletme dallarında Master seviyesinde programlarla işbirliği ile yürütülebilir ve pratiğe yönelik tecrübeler ile desteklenmelidir. Ana başlıklar şunlardır:

• Sağlık hizmetlerinin finansmanı

• Sağlık hizmetlerinin idaresi

1. Liderlik becerilerinin geliştirilmesi

2. Ekip oluşturma

3. İş gücü sağlama, görüşme yapma, işe alma

4. Performansın artırılması

5. Geri uyarı alma ve eleştirel sohbetler düzenleme

6. Görüşme etkinliğini artırma

7. Klinik başarı ölçütleri yaratma

8. Problem çözme ve engelleme

9. Performansa dayalı takdirin oluşturulması

10. Proje yapılandırılması

11. İş ve sağlık hizmetleri topluluklarına sunumlar

12. Bütçe oluşturulması ve yürütülmesi

13. Toplum ve bireysel bakım yapılandırılması

14. Gereksiz bakımın engellenmesi için stratejiler

15. Vakit yapılandırılması

16. Total kalite düzeltilmesi/yapılandırılması

17. Stratejik plan oluşturulması

• İdari yeterliliğin sunum, ders ve komite çalışmaları ile gösterilmesi

İkinci Yıl ve Sonrası: "Araştırmacı" Rolü:

Araştırmacı olarak yetişecek uzmanlar uygun metodları öğrenme ve endüstriyel ya da akademik görevlerde araştırma için gerekli tekniklerin öğrenimine vakitlerinin önemli kısmını adanmalıdır. Ayrıca hasta takip aktivitelerinde ya da rotasyonlarda görev alarak klinik becerilerini devam ettirmelidirler; bununla birlikte klinik aktiviteler araştırmanın vaktinin az bir kısmını almalıdır.

Araştırma eğitimi temel bilimler, klinik bilimler, sosyal bilimler, klinik epidemioloji, etik, sağlık hizmetlerinin sunumu üzerine odaklanabilir.

Araştırmacı niteliğinde bir uzmanın yetişmesi için klinik eğitim yılının üzerine 2 yıllık eğitim alınmalıdır. Bu dönemde alınacak derslerin başlıcaları şunlardır:

1. Çalışma düzenleme
2. Temel biostatistik/ bilgisayar becerileri
3. Literatürün eleştirel incelenmesi
4. Araştırma metodları
5. Veri toplama
6. Özet ve yazı hazırlama
7. Bağış/ödenek talebi
8. Proje yapılandırılması
9. Bilimsel verilerin sözel ve yazılı sunumları
10. Araştırmanın etik yönleri

KAYNAKLAR

1. WHO/OMS: Fifty facts from the World Health Report 1998. İntemet adresi: www.who.org/whr/1998/factse.htm. Erişim tarihi: 16.12.1999.
2. WHO/OMS: The world health report 1997, press release. İnternet adresi: www.who.org/whr/1997/presse.htm, Erişim tarihi: 16.11.1999.
3. Virtual Countries, Inc: Turkey, facts. İnternet adresi: www.turkey.com/facts/population.html. Erişim tarihi: 02.01.2000.
4. WHO/OMS: The world health report 1998. An aging world. A. Population aged 65 and above, 1997. İnternet adresi: www.who.org/whr/1998/age-97-e.gif. Erişim tarihi: 16.12.1999.
5. Bernabei R, Carhonin PU: Medical Educatiun. Lancet 1995; 345:1440.
6. Hazzard WR, Woolard N, Regensti'eif DI: Integrating Geriatrics into the Subspecialities of Internal Medicine: The Hart-ford Foundation/American Geriatrics Society/ Wake Forest University Bowman Gray School Of Medicine Initiative. Journal Of American Geriatrics Society 1997; 45:638-640.
7. Conclusions of the European Academy of Yuste Foundation working party on the need for education in Geriatrics in Europe. 8-9th of June 1998. İnternet adresi: www.yuste.org/edugeri.html. Erişim tarihi: 14.12.1999.
8. Rich MW, Hazzard WR, Cheitlin MD, Alpert JS: Integration of Geriatrics into Cardiolyg Fellowship Training Programs: A Joint Fosition Pater from the American Gedatrıcs Society and the Society of Geriatric Cardiology. Journal Of American Geri-atrics Society 1998; 46:921.
9. United Nations/Division for Social Policy and Development: International Plan of Action on Aging. İnternet adresi: www.un.org/esa/socdev/ageipaa.htm. Erişim tarihi: 02.01.2000.
10. United Nations/Division for Sucial Policy and Development: U N Principles For Older Persons. İnternet adresi www.un.org/esa/socdev/iyop/iyoppop.htm. Erişim tarihi: 02,01.2000.
11. United Nations/Division for Social Policy and Development: International Year of Older Persons 1999. İnternet Adresi: www.un.org/esa/socdev/iyop/index.htm. Erişim tarihi: 02.01.2000.
12. WHO/OMS, 1998: Aging and Health. İnternet adresi: www.who.int/ageing/work.html. Erişim tarihi: 02.01.2000,
13. Evans JG: Geriatric medicine: a brief history. BMJ 1997; 315:1075-1077. 29.12.1999'da www.bmj.com'dan ulaşıldı.
14. Greengross S, Murphy E, Quam L, Rochon P, Smith R: Aging: a subject that must be at the top of world agendas. Editorials. BMJ 1997; 315:1029-1030. 11.12.1999'da www.bmj.com'dan ulaşıldı.
15. Watson R: Making the must of aging populations. GMJ 1995; 310:554. 11.12.1999'da www.bmj.com'dan ulaşıldı.
16. Ettinger WH, Hazzard WR: Geriatric Medicine. We are what we do. Journal of American Geriatrics Society 1994; 42:453-454.
17. Becker WG: The status of Geriatric Medicine. Journal Of American Geriatrics Society 1994; 42:1305-1306.
18. Luchi RJ: The state of geriatrics training programmes: Findings from the national study of internal medicine manpower (NASIMM) by Edwards F. Lawlor Christopher S. Lyttle, and Elisse Moldwin. Journal Of American Geriatrics Society 1997; 45-.1153-1159.
19. Hazzard WR: Pruoceedings of a conference. Geriatrics curricula development conference and initiative. Introduction and summary. American Journal of Medicine 1994;97 (Suppl4A):IS-2S.
20. Ad Hoc Committee of the American Geriatrics Society: Guide-lines for fellowship training in geriatric medicine. J Am Geriatr Soc 1987; 35: 792-5,
21. Medical Schools in the United States. Appendix II. Graduate Medical Education. JAMA 1999; 282(9): 893.
22. Chiang L: The geriatrics imperative: Meeting the need for Physicians trained in geriatric medicine. JAMA 1998; 279:1036-1037.
23. Counsell SR, Kennedy RD, Szwabo P, Wadsworth N, Wohlge-mum C: Curriculum Recommendations for resident training in geriatrics interdisciplinary team care. J Am Geriatr Soc 1999; 47: 1145-1148.
24. AGS Educatiun Committee: Guidelines for fellowship training in geriatrics. J Am Geriatr Soc 1998; 46: 1473-1477.