ResearchGate

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: https://www.researchgate.net/publication/275332054

مسودات المعايير القياسية لرعاية المسنين في مصر

Book · October 2010

DOI: 10.13140/RG.2.1.1809.8722

CITATIONS
0

READS
108

1 author:

Ahmed Shawky Mohammedin
Ain Shams University

24 PUBLICATIONS **36** CITATIONS

SEE PROFILE

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:

Project Home care for elderly View project

Project Cognitive impairment in elderly View project

All content following this page was uploaded by Ahmed Shawky Mohammedin on 22 April 2015.

The user has requested enhancement of the downloaded file. All in-text references underlined in blue are added to the original document and are linked to publications on ResearchGate, letting you access and read them immediately.

وزارة التضامن الإجتماعي

مشروع تطوير رعاية المسنين

مشروع المواصفات القياسية

٢٠١٠ - ٢٠١١

المواصفات القياسية لخدمات كبار السن

مقدمة

هذا التقرير هو نتاج جمع عدة مشاريع بحثية[1] تم إعدادها ضمن المشروع القومي لتطوير خدمات كبار السن في مصر تحت إشراف أد/عزت حجازي.

يتكون التقرير من **المواصفات الموحدة لخدمات كبارالسن المجتمعية**

أولا: مواصفات دور رعاية المسنين المديدة
ثانيا: مواصفات خدمات الرعاية المنزلية ومقدمي الرعاية
ثالثا: مواصفات وحدات الطب الطبيعي لكبار السن
رابعا: مواصفات مراكز الرعاية النهارية (نوادي المسنين)
خامسا: الأدوات قياسية وخدمات كبار السن

المواصفات تشكل جزء أساسي من أي عملية تطوير حقيقية وهي البداية الفعلية وهامة لأي دراسة علمية جادة وللتخطيط القصير والطويل المدى ولتقدير الحجم الحقيقي للمشاكل وإكتشاف الحلول الفعالة وأحيانا الحلول غير النمطية.

المواصفات القياسية تختلف من خدمة لأخرى (مثل دور الرعاية المديدة ومراكز الرعاية النهارية وغير ذلك) وفي الدول المختلفة (مثل الدول النامية والولايات المتحدة الأمريكية والدول الأوروبية والدول الأسيوية) وفي فئات كبار السن المختلفة (مثل المعتمدين على ذاتهم والمعتمدين على مساعدة جزئية أو كلية). وعند وضع هذه المسودة للمواصفات القياسية تم الإستعانة بالمواصفات الواردة في لوائح تنظيم خدمات كبار السن من وزارة التضامن الإجتماعي المصرية وما يقابلها في بعض الدول العربية وفي بعض الدول الأوروبية وأمريكا. والهدف من هذة المواصفات هو محاولة وضع تصور ناجح ومثالي بغض النظر عن ما هو متحقق منها على أرض الواقع الأن وذلك للأمل في تطبيقها على ما ينشئ في الوقت الحاضر والمستقبل من خدمات لكبار السن وللأمل أيضا في تطبيقها على ما هو متواجد الأن تدريجيا من هذه الخدمات.

تعريف أي خدمة

كثيرا ما تواجه الباحثين صعوبة عند محاولة تعريف أي خدمة وخصوصا خدمات كبار السن وتعلق على ذلك الباحثة جينيفر تشانج[2] عند محاولتها تعريف إحدى الخدمات الصحية لكبار السن الحديثة الظهور " تعريف أي خدمة يمثل صعوبة كبيرة خصوصا عند التعامل مع خدمة حديثة التكوين ولم تتضح بعد خواصها وأبعادها وقد تكون حدودها غير معروفة أو مستمرة في التطور." وبالتأكيد ذلك يؤثر على وضع أي معايير للخدمات أو مقاييس للأداء لضمان الجودة ومقارنة الخدمات.

وهذا الكلام ينطبق على العديد من خدمات رعاية كبار السن الصحية الإجتماعية في مصر والدول العربية. ومثال على ذلك ما يطلق عليه "دور المسنين" وأيضا "مقدم الرعاية لكبار السن" حيث أنه لا يوجد تعريف واضح لمدى الخدمة وحدودها وإختصاصها ويستعمل اللفظ بشكل عام في مدى كبير من نوعيات الخدمة. وقد وضعت منظمة الصحة العالمية تعريفات محددة للخدمات الصحية والإجتماعية لكبار السن.

جدول رقم (...) نموذج جدول تعريفات خدمات كبار السن:

إسم الخدمة بالعربية (والإنجليزية)	**أسماء أخرى**	**نوع الخدمة** (صحية – إجتماعية – الإثنين معا)	**مكان الخدمة** (المجتمع – المستشفى)	**نوع العميل** (مسن سليم – مريض – من المشاة – من ملازمي الفراش)	**درجة الإعتمادية في الرعاية** (مستقل تماما – يعتمد قليلا على مساعدة – يعتمد دائما على مساعدة)	**مقدم الخدمة** (طبيب مسنين – تمريض مسنين – أخصائي إجتماعي – أخصائي نفسي – مساعد تمريض ...إلخ)	**نماذج من الخدمات المقدمة** (إعطاء الأدوية – التسلية - العلاج الطبيعي)	**ملاحظات**

[1] في الفترة من أبريل ٢٠١٠ إلى أكتوبر ٢٠١٠

[2] جينيفر تشانج وأخرون ٢٠٠٩ مقالة في مجلة عيادات طب المسنين في أمريكا الشمالية عن تقديم خدمات مماثلة لخدمات المستشفى في المنزل
Hospital at Home by [Jennifer Cheng, Michael Montalto, ,Bruce Leff] in [Clin Geriatr Med 25 (2009) 79–91]

مسودة معايير برامج رعاية كبار السن في دور المسنين[1] (دور الرعاية الممتدة)[2]

V 4.0 8-7-2010

http://wikiageing.org/index.php?title=%D9%85%D8%B3%D9%88%D8%AF%D8%A9_%D9%85%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D9%8A%D8%B1_%D8%A8%D8%B1%D8%A7%D9%85%D8%AC_%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9_%D9%83%D8%A8%D8%A7%D8%B1_%D8%A7%D9%84%D8%B3%D9%86_%D9%81%D9%8A_%D8%AF%D9%88%D8%B1_%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D9%86%D9%8A%D9%86_(%D8%AF%D9%88%D8%B1_%D8%A7%D9%84%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%85%D8%AA%D8%AF%D8%A9)_(2010)#.D8.A7.D9.84.D9.85.D9.84.D8.AD.D9.82

هدف التقرير

١- تحديد أقل المعايير المطلوب توافرها لترخيص دور الرعاية الممتدة للمسنين.

٢- متابعة تنفيذ المعايير وتفادي أي أخطار على المسنين أو العاملين.

٣- تشجيع تطوير وصيانة دور المسنين لتحسين الخدمات المقدمة.

الترخيص:

١- يجب أن تكون دار رعاية كبار السن مرخصة من وزارة التضامن الاجتماعي.

أنواع الترخيص:

١- ترخيص كامل (يجدد كل فترة [٣-٥ سنوات] للدور مستوفية الشروط].

٢- ترخيص مؤقت (يجدد سنوياً للدور غير مستوفية الشروط لحين توفيق أوضاعها).

خدمات الدور:

١- يجب النص في الرخصة على مستوى الرعاية الذي تقدمه الدور حسب تعريفات منظمة الصحة العالمية لأنواع دور رعاية المسنين (إنظر الملحق رقم ٢).

٢- تقدم الخدمة طوال الـ ٢٤ ساعة وطوال أيام الأسبوع.

٣- هدف الخدمة الحفاظ على الصحة الجسمانية والعقلية والنفسية والإجتماعية للمسن.

٤- خطة الرعاية يتم وضعها بواسطة طبيب أو أحد أفراد فريق الرعاية الصحية المرخصين (حسب لوائح الدار) بالتعاون مع المسن ومقدمي الرعاية له وأسرته ويتم مراجعتها بانتظام (لإكتشاف التوقعات والمخاوف بالنسبة لنوع وطريقة خدمة الرعاية).

٥- يتم توفير الاحتياجات الغذائية بالغذاء العادي أو تحت إشراف طبيب أوأخصائي تغذية.

---

[1] إعداد أد/عزت حجازي ود/أحمد شوقي محمدين

[2] قائمة المراجع في ملحق رقم ١.

الموقـع:

- في حي هادئ
- في حـي أمـن (لا يسـبب أخطـار صـحية علـى المسـنين وبعيـداً عـن مصـادر التلـوث الصـناعي والضوضائي وغير ذلك)
- متوافق مع إشتراطات الصحة العامة.
- يراعـى القـرب مـن المواصـلات العامـة وأقـارب المسـن وبيئتـه الأصـلية لتسـهتل الزيـارة وتقليـل الشعور بالغربة
- يجـب مراعـاة القـرب مـن الأمـاكن الخدميـة مثـل المستشـفيات ومراكـز التأهيـل والعـلاج الطبيعـي ومكاتب صرف المعاشات وذلك حسب الإستطاعة.

طبيعة هندسة المبنى:

مواصـفات غـرف السـكن (مسـاحة كـل نزيـل . شـباك/ ضوء الشمس . التهوية – تدفئة/تبريد).

مواصفات الحمام ونسبة الحمامات لعدد النزلاء.

مواصفات المطبخ وأماكن تجميع المخلفات.

مواصـفات الطرقـات (إضـاءة-أرضـيات-قضـبان الحائط).

مواصفات القاعات (الأنشطة . الأكل . الإجتماعات . العلاج الطبيعي – صالون إستقبال الزيارة).

المخارج واضحة ولها علامات ظاهرة.

مواصـفات الغـرف الخدميـة (العيـادة . مكتـب الإدارة . السجلات . إستراحة المشرفين/مقدمي الرعاية).

مواصفات السلالم . المصاعد . العتبات . الأرضيات . الحوائط – الأبواب عازلة للصوت والحرارة.

مواصفات الإضاءة . مزاليج الأبواب . المقابض . الحنفيات.

مواصفات الأمان (حريق . زلازل . فيضان).

حديقة – غرفة الهوايات.

مصلى.

غرفة العزل المؤقت.

المرافق:

مياه.

صرف صحي.

كهرباء.

غاز.

الإتصـال بالخـارج (إنترنـت – تليفـون أرضـي/ محمول).

تدفئة/تبريد.

غازات طبية.

الأثاث:

كرسي راحة المسن (رقبة . ذراعين . داعم لفقرات القطن . قصير الارتفاع) (ملحق صورة).

السرير.

الكنبة السرير.

مساحة التخزين الشخصي (دولاب / دولاب كومودينو).

راديو /تليفزيون / دش.

ثلاجة.

بوتاجاز.

سخان مياه.

تنظيم وضعية الأثاث.

وحدة عمل السرير Bed Unit

الأدوات المساعدة:

كرسي متحرك.

مشاية.

عصا.

ترولي في حالة استقبال (طريحي الفراش).

سيارة مجهزة.

الجهاز الوظيفي . المصادر البشرية:

- مدير Care manager
- نائب مدير ومشرفين.
- مقدمي رعاية . مساعدي تمريض.
- عمال.
- موظفين إداريين . محاسب . سجلات النزلاء . طباخ – سائق . استقبال.
- فريق رعاية المسنين.
  - أخصائي طب مسنين أو طب أسرة أو طب باطني أو طبيب عام (بترتيب الأفضلية).
  - تمريض . علاج طبيعي . علاج وظائفي . تخاطب.
  - أخصائي نفسي . اجتماعي . تغذية.

تنظيم العمل:

قواعد الدخول والقبول.

قواعد وقف الإقامة.

سياسة التحويل لمستشفى.

سياسة الاتصال بالأهل.

التوظيف:

تكوين وأعضاء فريق رعاية المسن.

مؤهلات العاملين.

الترخيص والرواتب و التأمينات و الإجازات.

نسبة العاملين (موظفين وتمريض ومقدمى رعاية) للنزلاء.

نوبات العمل (اليومية والأسبوعية).

الإشراف.

مراجعة الحالة الجنائية.

سياسة توافر الخبرة السابقة.

خطة التدريب الأوليّ والمستمر للعاملين.

خطة الطوارئ والوفيات.

جودة الخدمة:

سياسة توكيد الجودة والتطوير والصيانة.

سياسة مكافحة العدوى والعزل المؤقت.

سياسة ساعات الزيارة وتنظيمها.

إجراءات منع العنف ضد المسنين.

قواعد استخدام المقيدات والأربطة لحماية المسن.

سياسة منع السقطات.

سياسة قرح الانضغاط.

سياسة السجلات الشخصية/الإدارية والسجلات الطبية.

سياسة ملابس العاملين والنزلاء (لا تخل بالأعراف والتقاليد).

سياسة التدخين.

سياسة خصوصية المرضى.

سياسة اللإحتفاظ بالمتعلقات الشخصية والثمينة.

سياسة إختيلر المشاركين بغرف المعيشة.

سياسة إختيار قوائم الغذاء.

سياسة الرعاية الإبدالية.

سياسة دخول حالات خاصة مثل:

١. مرضى ألزهيمر.
٢. فشل وظائف التنفس الذي يحتاج أكسجين أو أجهزة مساعدة للتنفس.
٣. فشل وظائف الكلى الذي يحتاج إلى غسيل كلوي دموي منتظم.
٤. أمراض نفسية.
٥. العمى والصمم وصعوبة الكلام/ التواصل.
٦. جلطات المخ . مرض الرعاش.
٧. الأورام والرعاية النهائية.
٨. حالات بتر الأطراف والأطراف الصناعية.
٩. مسن يستعمل عصا/مشاية/كرسي متحرك.
١٠. مسن يستعمل فتحات إخراج/تغذية من البطن Ostomy.
١١. مسن يستعمل أنابيب تغذية.
١٢. مسن يستعمل قساطر البول.
١٣. مسن يستعمل أدوية/تغذية بالوريد.

سياسات الرعاية:

سياسة الرعاية الصحية (زيارات . عيادة . تحويل لمستشفى /معمل /أشعة . علاج طبيعي).

سياسة الصحة الوقائية والتطعيمات واللياقة البدنية.

سياسة التدرب على الإنعاش القلبي.

سياسة أدوية الطوارئ والإسعافات الأولية.

سياسة أكسجين الطوارئ.

سياسة الإسعاف.

سياسة مساعدة الأقارب في الرعاية.

سياسة الرعاية النفسية.

سياسة الرعاية الاجتماعية.

سياسة الأنشطة داخل وخارج الدار.

سياسة الرعاية الثقافية والدينية.

سياسة الترفيه (مكتبة–رحلات– عرض أفلام–ندوات)

(تابع تنظيم العمل)

سياسة العلاقات الخارجية:

مع الدور الأخرى.

مع إدارات الخدمية الإجتماعية لكبار السن.

مع عائلة وأقارب المسن.

مع المتبرعين.

مع المسنين في الحي المحيط.

مع الجمعية الراعية.

مع الوزارة.

مع مكتب خدمة المسنين.

مع نادي المسنين.

مع دور العبادة المحيطة.

مع النوادي الاجتماعية المحيطة.

مع الجمعيات الخدمية (جمعية ألزهيمر مصر . جمعية رعاية المسنين).

مع الهيئات والمراكز الأكاديمية (قسم طب السنين – تمريض المسنين).

مع الأحزاب السياسية.

سياسة تمويل الدار:

تبرعات

مساعدات منتظمة

تأمين صحي (حكومي وخاص)

خدمة مأجورة (بسعر التكلفة – بهدف الربح)

إستثمارات /مدخرات /وديعة

وقف خيري/أهلي

جمعية راعية

ملحق رقم ١

قائمة المراجع[٣]

١. **اللائحة النوذجية لدور إقامة ورعاية المسنين (١٩٩٧)**

وزارة الشئون الإجتماعية المصرية

قرار وزاري رقم ٩٠ لسنة ١٩٩٧ بتاريخ ١٩٩٧/٦/١٠

٢. **معجم مصطلحات خدمات الرعاية الصحية المجتمعية لكبار السن –منظمة الصحة العالمية – مركز التنمي الصحية مكتب اليابان–(٢٠٠٤) بالإنجليزية**

A GLOSSARY OF TERMS FOR COMMUNITY HEALTH CARE AND SERVICES FOR OLDER PERSONS
Ageing and Health Technical Report, WHO/WKC/Tech.Ser./04.2
WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004 Centre for Health Development, Kobe, Japan.
by Prof Gary Andrews and Ms Debbie Faulkner, with assistance from Ms Melinda Andrews, University of South Australia,

٣. قائمة تقييم دور المسنين – هيئة التأمين الصحي الأمريكية –(سنة النشر غير معروفة) بالإنجليزية

Nursing home checklist (retrieved on June 2010)
Medicare - Nursing Home Compare
www.medicare.gov/NHCompare

٤. دليل مستخدمي برنامج الخمسة نجوم لمقارنة دور رعاية المسنين – ٢٠١٠ بالإنجليزية

Nursing Home Compare
Five-Star Quality Rating System: Technical Users' Guide
Centers for Medicare & Medicaid Service (CMS)
June 2010

٥. متطلبات ترخيص دور الرعاية الممتدة في ولاية نيو مكسيكو الأمريكية (١٩٩٦) بالإنجليزية

New Mexico Requirements for Long Term Care Facilities (7 NMAC 9.2(
New Mexico Department of Health, Division of Health Improvement
Health Facility Licensing and Certification Bureau
October 31, 1996

٦. كتاب المعيشة المساعدة (إحتيجاتها وممارستها وسياستها المنظمة) (٢٠٠١) بالإنجليزية

Assisted living (Needs, Practices & Policies in residential care for elderly)
Edited by S Zimmerman, P Sloane & J K Ekert
ISBN 0-8018-6705-3
John Hopkins University Press 2001

[٣] توجد ندرة ونقص في المراجع العربية التي تناقش برامج دور الرعاية الممتدة للمسنين.

ملحق رقم ٢

تعريفات "أنواع دور الرعاية الممتدة" (حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية)[٤]

منشأت سكنية إيوائية

بدون رعاية

تمريضية/صحية/طبية

Housing

Adult care home / residential facility A residence which offers housing and personal care services to a number of residents. Services (such as meals, supervision and transportation) are usually provided by the owner or manager. Usually 24-hour professional health care is not provided on site.

Assisted living facility / assisted care living facility or Group senior assisted housing Establishment which provides accommodation and care for older or disabled persons who cannot live independently but do not need nursing care. Residents are also provided with domestic assistance (meals, laundry, personal care).

Care home A residential facility that provides accommodation and offers a range of care and support services. Care homes may provide a limited number of services to support low dependency or may provide a wide range of services to cater for the continuum from low to high dependency care.

Attendant care Personal care for people with disabilities in non-institutionalized settings generally by paid, non-family carers.

Custodial care Board, room and other personal assistance services generally provided on a long-term basis. It excludes regular medical care.

Co-housing A form of planned community in which people live together, each with his or her own dwelling or living space, but there are also some common areas and joint activities may be arranged.

Communal care Assistance provided free of charge or at reduced rates to members of a group or society. Other members of the group or society generally provide care on a voluntary basis.

Congregate housing Individual apartments in which residents may receive some services, such as a daily meal with other tenants. Buildings usually have some communal areas, such as a dining room and lounge, as well as additional safety measures such as an emergency call system.

Adult placement A type of foster care in which an older person lives with an approved family.

Foster care A form of assisted housing, usually provided in private homes owned and occupied by individuals or families, offering a place of residence, meals, housekeeping services, minimum supervision, and personal care for a fee to nonfamily members who do not require supervision by skilled medical personnel.

---

[٤] يمكن لواحدة من دور المسنين أن تصنف في نفس الوقت بأكثر من نوع وذلك تبعا للبرامج والخدمات التي تقدمها مثل ....

Homeshare A scheme whereby a householder offers a bedroom and a share of the home's facilities and pays a small contribution to someone in exchange for services.
Hostel An establishment which provides accommodation for older or disabled persons who cannot live independently but do not need nursing care, although some personal care may be provided.
Housing with care A range of housing schemes providing high levels of care.
Continuing care retirement community A community which provides several levels of housing and services for older people, ranging from independent living units to nursing homes, on one site but generally in separate buildings.
Granny flat / annex A permanent or temporary residence which adjoins a family home to enable older people to maintain independent living while remaining close to the family. May be newly built or converted.
Group home A house in which people have their own rooms but there are communal facilities. Staff may live in to offer support.
Extended care facility (ECF) A facility that offers sub-acute care, providing treatment services for people requiring inpatient care who do not currently require continuous acute care services, and admitting people who require convalescent or restorative services or rehabilitative services or people with terminal disease requiring maximal nursing care.
Extra care sheltered housing Housing where there is additional support (such as the provision of meals and extra communal facilities) to that usually found in sheltered housing. Sometimes called 'very sheltered housing'.
Very sheltered housing See "extra care sheltered housing".
Independent living facility A rental unit in which services are not included as part of the rent, although services may be available on site and may be purchased by residents for an additional fee.
High dependency care facility An establishment primarily engaged in providing inpatient nursing and rehabilitative services to individuals requiring nursing care.
Home and community-based services; home and community care programme
See "community-based care".
Home for the aged See "residential care"; "assisted living facility"; "high dependency care facility".
Home-from-hospital / hospital after-care schemes
Schemes providing nursing care, personal care or practical help for older people who have returned home after a stay in hospital.
Home health agency (HHA) / home health care agency A public or private organization that provides home health services supervised by a licensed health professional in a person's home, either directly or through arrangements with other organizations.
Supported housing Accommodation where there is a degree of daily living support for its residents to enable them to live independently.
Supported accommodation Accommodation providing

varying levels of support for people with impaired functioning, ranging from residential care facilities to occasional assistance for people living independently.
Supported residential service See “assisted living facility”.
Wheelchair housing Housing designed for wheelchair users.
Mainstream housing / general needs housing Housing not specifically designed for a particular user group.
Naturally occurring retirement communities Geographic areas or multi-unit buildings that are not restricted to persons over a specified age, but which have evolved over time to include a significant number (typically, over 50%) of residents who are aged 60 and over.
Retirement village / retirement community A community which provides several levels/types of housing and services for older people, ranging from independent living units to nursing homes, on one site but generally in separate buildings.
Senior apartment An age-restricted apartment where the resident is expected to live with a high degree of independence. The age of eligibility varies and is often waived for the spouse of a resident.
Senior centre A centre that provides a variety of onsite programmes (and sometimes outreach services) for older adults, including recreation, socialization, congregate meals, and some health services. Usually a good source of information about area programmes and services.
Sheltered housing Purpose-built or adapted accommodation for older people with a warden and an emergency alarm system. Different kinds of sheltered housing provide different levels of care. See “extra care sheltered housing”.

Long-term care

منشئات الرعاية المديدة

Long-term care (LTC) / long-term aged care A range of health care, personal care and social services provided to individuals who, due to frailty or level of physical or intellectual disability, are no longer able to live independently. Services may be for varying periods of time and may be provided in a person’s home, in the community or in residential facilities (e.g. nursing homes or assisted living facilities). These people have relatively stable medical conditions and are unlikely to greatly improve their level of functioning through medical intervention.
Long-term care facility See “high dependency care facility”.
Special care unit A long-term care facility unit with services specifically for persons with particular diseases, disorders or injuries.

Residential, Nursing care

منشئات الرعاية التمريضية

Nursing facility Licensed facility that provides skilled nursing care and rehabilitation services to functionally disabled, injured or sick individuals.
Nursing home See “high dependency care facility”.
Interim nursing home care Care provided in geriatric centres and acute hospitals to older persons who are in need of limited medical care and who are awaiting nursing home placement.
Residential aged care facility See “residential care”; “assisted living facility”.
Residential care Provides accommodation and other care, such as domestic services (laundry, cleaning), help with performing daily tasks (moving around, dressing, personal hygiene, eating) and medical care (various levels of nursing care and therapy services). Residential care is for older people with physical, medical, psychological or social care needs which cannot be met in the community.
Residential care services Accommodation and support for people who can no longer live at home.
Skilled care “Higher level” of care (such as injections, catheterization and dressing changes) provided by trained health professionals, including nurses, doctors and therapists.
Skilled nursing care Daily nursing and rehabilitative care that can only be performed by, or under the supervision of, skilled nursing personnel.
Skilled nursing facility Nursing homes that are certified to provide a fairly intensive level of care, including skilled nursing care.

Palliative, Terminal, Hospice care

منشئات الرعاية التلطيفية في أخر الحياة

Palliative care The active total care offered to a person and that person’s family when it is recognized that the illness is no longer curable, in order to concentrate on the person’s quality of life and the alleviation of distressing symptoms. The focus of palliative care is neither to hasten nor postpone death. It provides relief from pain and other distressing symptoms and integrates the psychological and spiritual aspects of care. It offers a support system to help relatives and friends cope during an individual’s illness and with their bereavement.
Terminal care Medical and nursing care of persons in the terminal stage of an illness.
See also “palliative care”.
Hospice care A cluster of comprehensive services that address the needs of dying persons and their families, including medical, spiritual, legal, financial and family support services.

Intermediate care facility (ICF) An institution which is licensed to provide, on a regular basis, health-related care and services to individuals who do not require the degree of care or treatment which a hospital or skilled nursing facility is designed to provide.

منشئات الرعاية المتوسطة

Respite care Services provided in the home, at a day care centre or by temporary placement in a nursing home or residential home to functionally disabled or frail individuals to provide occasional or systematic relief to informal caregivers.

منشئات الرعاية الإبدالية

مسودة معايير برامج رعاية كبار السن النهارية[1]

V 1.0 7-7-2010

http://wikiageing.org/index.php?title=%D9%85%D8%B3%D9%88%D8%AF%D8%A9_%D9%85%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D9%8A%D8%B1_%D8%A8%D8%B1%D8%A7%D9%85%D8%AC_%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9_%D9%83%D8%A8%D8%A7%D8%B1_%D8%A7%D9%84%D8%B3%D9%86_%D8%A7%D9%84%D9%86%D9%87%D8%A7%D8%B1%D9%8A%D8%A9_(2010)

تقديم[2]:

الترخيص:

١- يجب أن تكون دار رعاية كبار السن النهارية مرخصة من وزارة التضامن الاجتماعي.

خدمات برامج الرعاية النهارية:

١- يجب النص في الرخصة على مستوى الرعاية الذي تقدمه الدور حسب التعريفات المتفق عليها لأنواع دور رعاية المسنين (إنظر الملحق رقم ٢).

٢- تقدم الخدمة بحد أقصى ١٤-١٦ ساعة يوميا وطوال أيام الأسبوع.

٣- عدد كبار السن لا يزيد عن ٣-٥ لكل مشرف.

٤- هدف الخدمة الحفاظ على الصحة الجسمانية والعقلية والنفسية والإجتماعية للمسن.

٥- خطة الرعاية يتم وضعها تحت إشراف طبيب أو أحد أفراد فريق الرعاية الصحية المرخصين (حسب لوائح الدار) بالتعاون مع المسن ومقدمي الرعاية له وأسرته ويتم مراجعتها بانتظام (لإكتشاف التوقعات والمخاوف بالنسبة لنوع وطريقة خدمة الرعاية).

---

[1] إعداد أد/عزت حجازي ود/أحمد شوقي محمدين

[2] قائمة المراجع في ملحق رقم ١.

الموقــع:

- في حي هادئ
- في حي أمن (لا يسبب أخطار صحية على المسنين وبعيداً عن مصادر التلوث الصناعي والضوضائي وغير ذلك)
- موافق لمواصفات الصحة العامة.
- يراعى القرب من المواصلات العامة وتجمعات المسنين السكنية لتسهتل الزيارة والإستخدام.
- يجب مراعاة القرب من الأماكن الخدمية مثل المستشفيات ودور رعاية المسنين ومراكز التأهيل والعلاج الطبيعي ومكاتب صرف المعاشات وذلك حسب الإستطاعة.

طبيعة هندسة المبنى:

مواصفات غرف الإجتماع والإستراحة (مساحة كل نزيل . شباك/ ضوء الشمس . التهوية – تدفئة/تبريد).

مواصفات الحمام ونسبة الحمامات لعدد المترددين.

مواصفات المطبخ وأماكن تجميع المخلفات.

مواصفات الطرقات (إضاءة–أرضيات–قضبان الحائط).

مواصفات القاعات (الأنشطة . الأكل . الإجتماعات . العلاج الطبيعي – صالون إستقبال).

المخارج واضحة ولها علامات ظاهرة.

مواصفات الغرف الخدمية (العيادة . مكتب الإدارة . السجلات . إستراحة المشرفين/مقدمي الرعاية).

مواصفات السلالم . المصاعد . العتبات . الأرضيات . الحوائط – الأبواب عازلة للصوت والحرارة.

مواصفات الإضاءة . مزاليج الأبواب . المقابض . الحنفيات.

مواصفات الأمان (حريق . زلازل . فيضان).

حديقة – غرفة الهوايات.

مصلى.

المرافق:

مياه.	الإتصال بالخارج (إنترنت – تليفون أرضي/ محمول).
صرف صحي.	تدفئة/تبريد.
كهرباء.	غازات طبية.
غاز.	

الأثاث:

كرسي راحة المسن (رقبة . ذراعين . داعم لفقرات القطن . قصير الارتفاع) (ملحق صورة).

السرير.

الكنبة السرير.

تنظيم وضعية الأثاث.

الأدوات المساعدة:

كرسي متحرك.

مشاية.

عصا.

تروللي في حالة استقبال (طريحي الفراش).

سيارة مجهزة.

الجهاز الوظيفي . المصادر البشرية:

- مدير.
- نائب مدير ومشرفين.
- مقدمي رعاية . مساعدي تمريض.
- عمال.
- موظفين إداريين . محاسب . سجلات النزلاء . طباخ – سائق . استقبال.
- فريق رعاية المسنين.
  - أخصائي طب مسنين أو طب أسرة أو طب باطني أو طبيب عام (بترتيب الأفضلية).
  - تمريض . علاج طبيعي . علاج وظائفي . تخاطب.
  - أخصائي نفسي . اجتماعي . تغذية.

تنظيم العمل:

قواعد الدخول والقبول.

قواعد الخروج من البرنامج.

سياسة التحويل لمستشفى/لدار كبار السن.

سياسة الاتصال بالأهل.

التوظيف:

تكوين وأعضاء فريق رعاية المسن.

مؤهلات العاملين.

الترخيص والرواتب و التأمينات و الإجازات.

نسبة العاملين (موظفين وتمريض ومقدمى رعاية) للنزلاء.

نوبات العمل (اليومية والأسبوعية).

الإشراف.

مراجعة الحالة الجنائية.

سياسة توافر الخبرة السابقة.

خطة التدريب الأوليّ والمستمر للعاملين.

خطة الطوارئ والوفيات.

جودة الخدمة:

سياسة توكيد الجودة والتطوير والصيانة.

سياسة ساعات العمل وتنظيمها.

إجراءات منع العنف ضد المسنين.

□قواعد استخدام المقيدات والأربطة لحماية المسن.

سياسة منع السقطات.

سياسة قرح الانضغاط.

سياسة السجلات الشخصية/الإدارية والسجلات الطبية.

سياسة ملابس العاملين والنزلاء (لا تخل بالأعراف والتقاليد).

سياسة التدخين.

سياسة خصوصية المرضى.

سياسة اللإحتفاظ بالمتعلقات الشخصية والثمينة.

سياسة الوجبات وإختيار قوائم الأكل.

سياسة الرعاية الإبدالية.

سياسة دخول حالات خاصة مثل:

١. مرضى ألزهيمر.
٢. فشل وظائف التنفس الذي يحتاج أكسجين أو أجهزة مساعدة للتنفس.
٣. أمراض نفسية.
٤. العمى والصمم وصعوبة الكلام/ التواصل.
٥. جلطات المخ . مرض الرعاش.
٦. الأورام والرعاية النهائية.
٧. حالات بتر الأطراف والأطراف الصناعية.
٨. مسن يستعمل عصا/مشاية/كرسي متحرك.
٩. مسن يستعمل فتحات إخراج/تغذية من البطن Ostomy.
١٠. مسن يستعمل أنابيب تغذية.
١١. مسن يستعمل قساطر البول.
١٢. مسن يستعمل أدوية/تغذية بالوريد.

سياسات الرعاية:

سياسة الرعاية الصحية (زيارات . عيادة . علاج طبيعي).

سياسة إعطاء الأدوية.

سياسة الصحة الوقائية والتطعيمات واللياقة البدنية.

سياسة التدرب على الإنعاش القلبي.

سياسة أدوية الطوارئ والإسعافات الأولية.

سياسة أكسجين الطوارئ.

سياسة مساعدة الأقارب في الرعاية.

سياسة الرعاية النفسية.

سياسة الرعاية الاجتماعية.

سياسة الأنشطة داخل وخارج الدار.

سياسة الرعاية الثقافية والدينية.

سياسة الترفيه (مكتبة–رحلات– عرض أفلام–ندوات)

(تابع تنظيم العمل)

سياسة العلاقات الخارجية:

مع الدور الأخرى.

مع إدارات الخدمية الإجتماعية لكبار السن.

مع عائلة وأقارب المسن.

مع المتبرعين.

مع المسنين في الحي المحيط.

مع الجمعية الراعية.

مع الوزارة.

مع مكتب خدمة المسنين.

مع نادي المسنين.

مع دور العبادة المحيطة.

مع النوادي الاجتماعية المحيطة.

مع الجمعيات الخدمية (جمعية ألزهيمر مصر . جمعية رعاية المسنين).

مع الهيئات والمراكز الأكاديمية (قسم طب السنين – تمريض المسنين).

مع الأحزاب السياسية.

سياسة تمويل الدار:

تبرعات

مساعدات منتظمة

تأمين صحي (حكومي وخاص)

خدمة مأجورة (بسعر التكلفة – بهدف الربح)

إستثمارات /مدخرات /وديعة

وقف خيري/أهلي

جمعية راعية

مكتب خدمة المسنين

وحدة العلاج الطبيعي للمسنين

ملحق رقم ١
المراجع

١. اللائحة النموذجية للنظام الداخلي لنادي المسنين
وزارة الشئون الإجتماعية المصرية
قرار وزاري رقم ٢١٨ بتاريخ ٢٢-١٠-١٩٩٠

(5) To avoid Katrina crisis - Safty

٢. لائحة تنظيم نوادي كبار السن
وزارة الشئون الإجتماعية الأردنية
قرار رقم ١ لعام ١٩٩٩

٣. تقرير تنظيم دور الرعاية النهارية الأمريكية (٢٠٠٥) بالإنجليزية
Regulatory Review of Adult Day Services: Final Report, August 26, 2005
U.S. Department of Health and Human Services
Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy
by K Siebenaler, J OKeeffe, C OKeeffe, D Brown, B Koetse and RTI International
http://aspe.hhs.gov/daltcp/reports/adultday1.pdf

٤. مواصفات الترخيص لمراكز الرعاية النهارية العادية والصحية في ولاية نورث كارولينا الأمريكية (٢٠٠٧) بالإنجليزية
ADULT DAY CARE SERVICES AND ADULT DAY HEALTH SERVICES STANDARDS FOR CERTIFICATION
North Carolina , USA, Department of Health and Human Services, Division of Aging and Adult Services, July 1, 2007

٥. تقرير أمان دور رعاية المسنين (بعد أزمة إعصار كاترينا)- (سنة النشر غير معروفة) بالإنجليزية
Pinllas county- Adult Day Care Centers (statute, rule & criteria)

ملحق رقم ٢
تعريفات دور رعاية المسنين النهارية[٣]

Adult day care or Day therapy centre or Day care centre A facility, operated by a local authority, voluntary organization, geriatric centre or acute hospital, providing activities for older people. These activities, usually during the day for a determined period, are intended to promote independence and enhance living skills, and can include the provision of personal care and preparation of meals.	منظمـــــة الصـــــحة العالمية
● ***Adult day care*** is a supervised, structured day program outside of the home that provides social, recreational, or health activities; supervision for safety; and assistance with ADL; only during a part of the day to four or more aged. When their caregivers are at work or need relief. Adult day care can be provided in a home or elsewhere in the community.	المراجع الأمريكية
● Terms vary ● For example, ***adult day health care facilities***, ***adult day care facilities***, ***adult day care centers***. ***medical adult day care centers*** ● Nonetheless, the majority of states define only one or two types of adult day services. The two types hinges on the provision of health and nursing services. ● ***adult day care*** is defined as a supervised daytime program providing core services appropriate for adults with medical or disabling conditions that do not require the intervention or services of a registered nurse or licensed rehabilitative therapist acting under the supervision of the client's physician. ● ***Adult day health care*** is defined as a supervised daytime program providing skilled nursing and rehabilitative therapy services in addition to core services provided in adult day care. However, some programs are allowed to provide a high level of care that would be considered an intermediate level of nursing home care in many states. delivery models based on the level of need or the specialized needs of participants. ● ***Enhanced adult day service*** includes supervision of all activities of daily living (ADLs) and supervision of medication administration and/or hands on assistance with one ADL (except bathing) and medication administration, comprehensive therapeutic activities, and health assessment and intermittent monitoring of health status. ● ***Intensive adult day service*** includes all services mentioned in enhanced services above, plus assistance with two or more ADLs; assistance with bathing; health assessment and regular monitoring of, or intervention with, health status; skilled nursing services (e.g., dressing changes and other treatments), and rehabilitative nursing procedures;	

[٣] تختلف التعريفات من عامة لخاصة. وهي بشكل عام تشمل مبادىء وأهداف الدار والخدمات المقدمة ومن تقدم له الخدمة وأوقات العمل.

rehabilitative and restorative services, including physical therapy, speech therapy, and occupational therapy; and social work services.

● ***specialized adult day services center***

provides intensive health supportive services for Alzheimer's or other dementias, Multiple Sclerosis, brain injury, chronic mental illness, or developmental disabilities or for post-stroke participants who require extensive rehabilitative therapies.

● Definitions of adult day services generally incorporate a statement about their purpose, thresholds for the number of people who can be served, limits on the number of hours a person may be served, and parameters for who may or may not be served.

نحو معايير ثابتة لبرامج مقدمي رعاية المسنين المنزلية[1]

Version 3.0 8-7-2010

http://wikiageing.org/index.php?title=%D9%86%D8%AD%D9%88_%D9%85%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D9%8A%D8%B1_%D8%AB%D8%A7%D8%A8%D8%AA%D8%A9_%D9%84%D8%A8%D8%B1%D8%A7%D9%85%D8%AC_%D9%85%D9%82%D8%AF%D9%85%D9%8A_%D8%B1%D8%B9%D8%A7%D9%8A%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D9%86%D9%8A%D9%86_%D8%A7%D9%84%D9%85%D9%86%D8%B2%D(9%84%D9%8A%D8%A9_(2010

مقدمة

مع التقدم الواضح للتوقع العمري وظهور ظاهرة التشييخ تظهر للسط مشكلة تقديم الرعاية للمسنين في المنزل وهي مسألة هامة للأمان الإجتماعي والإقتصادي والأسري.

تعريف مقدمي الرعاية حسب معجم منظمة الصحة العالمية لخدمات المي\سنين الصحية والمجتمعة (١) هو أي شخص يقدم دعم ومساعدة سواء كانت رسمية أو غير رسمية بأنشطة مختلفة لأشخاص ذوي إعاقة أو يعانون من مشاكل مزمنة أو المسنين. وهذا الشخص قد يقدم الدعم المعنوي والمالي بالإضافة إلى المساعدة اليدوية في مختلف المهام. وتقديم الرعاية قد يكون طويل المدى.

مقدمي الرعاية للمسنين من الأسرة أو مدفوعي الأجر يحملوا عبء كبير من رعاية كبار السن وهذا العبء غير مدروس وغير منظم علميا في الوقت الحالي. وتوجد العديد من برامج الرعاية المنزلية للمسنين ولكنها غير موحدة وتمثل إجتهادات بعضها على أسس علمية.

من المهم مراعاة إحتياجات مقدمي الرعاية التدريبية وتدبير الموارد المادية والزمنية المناسبة لتوفير أفضل ظروف للرعاية (حوالي أغلب مقدمي الرعاية الغير مدفوعي الأجر يعانون من نقص وخسارة للموارد المادية.

تم إنشاء منظمات لرعاية مقدمي الرعاية في الدول المتقدمة مثل أمريكا وأوروبا وكندا وأستراليا والسويد وهولندا وهذه المنظمات أنشأت مع بعضها في ٢٠٠٤ إتحاد عالمي لمنظمات مقدمي الرعاية International Alliance of Carers Organizations (IACO) (٨) (ربما تنشأ الحاجة منظمة مصرية أو عربية لمقدمي الرعاية)

في الوقت الحالي لا توجد في العديد من الدول مثل مصر أو في الولايات المتحدة (٥) متطلبات معينة لمنظمات تقديم الرعاية المنزلية لكبار السن

في إحدى الدراسات (٣) التي أجريت في الولايات المتحدة في ١٩٩٧ عن تقديم الرعاية الغير رسمية (المبخس حقها) قدر عدد مقدمي الرعاية الغير مدفوعي الأجر٢٤-٢٧ مليون شخص وقدرت عدد ساعات الرعاية الأسبوعية ب١٨ ساعة في المتوسط وذلك يساوي ١٦٩ مليار دولار سنويا إذا تم حسابه بمتوسط الأجر للساعة الواحدة. وذلك عرضة للزيادة مع تقليل دخول المسنين لدور الرعاية الممتدة والمستشفيات وتفضيل بقائهم في المنزل ولهذا بدأت الحكومة الأمريكية في عمل برامج لدعم مقدمي الرعاية غير مدفوعي الأجر.

---

[1] **إعداد د/أحمد شوقي ود/عماد صيام ود/عزت حجازي**

مقدمي الرعاية للمسنين بالمزل نوعان(٣) (مدفوعي الأجر وغير مدفوعي الأجر) وعلى الأغلب سيظل غير مدفوعي الأجر من الأقارب والجيران والمعارف والمتطوعين هم الأغلبية على الأقل في المستقبل القريب (وهم سيدات غالبا وفي مرحلة منتصف العمر غالبا ٣٥-٦٤ سنة مع ملاحظة أن بعض رعاة المسنين هم في الواقع مسنين و ٥٠% منهم يعملون في وظيفة ثابتة إما دوام كامل أو غير كامل وهذا الوضع يستمر من خمسة أعوام في المتوسط).

تأثير تقديم الرعاية على مقدم الرعاية جسديا (٩) ونفسيا متنوع مثل الضغوط النفسية والبدنية (منشأها الضغوط المالية غالبا) تزيد من الإصابة بضط الدم والسكري وإنخفاض المناعة والقلق وسوء التغذية والإكتئاب والخلل الحياتي في حالة وفاة المسن بسبب التوحد معه وتمركز حياة مقدم الرعاية حول مستقبل الرعاية.
وتقديم الرعاية تأثيرة ليس سابيا فقط لكن له أيضا جانب إيجابي وهو الشعور بالرضا والتقدير وتحسين العلاقات الأسرية.

نجاح تقديم الرعاية يزداد بتوفير برامج دعم ومساعدة ومعايير لمقدمي الرعاية (مدفوعي الأجر وغير مدفوعي الأجر)ةمثل تسهيلات النقل وخدمة الوجبات المنزلية والرعاية الإبدالية وغير ذك) وهذه الخدمات إما غير متوفرة أو متوفر قليلا وغير معروفة لمقدمي الرعاية.

لتقديم خدمة الرعاية المنزلية للمسنين لابد من توافر سجل معومات ورقي أو رقمي (ربما يمكن وضعه على الإنترنت) ببيانات مقدمي الرعاية (يتوافر كلية للهيئات المنظمة وجزئيا لطالبي الخدمة) ويشمل
الاسم والعنوان والتليفون والمحمول والبريد الالكترونى والرقم القومى والسن (من ٢١ إلى ٤٥ عام (٢)) والمستوى التعليمى والشهادة الحاصل عليها والخبرات العملية السابقة.
ويوضح في سجل المعلومات صفة مقدم الرعاية بالنسبة للمسن مثل: غريب يقدم خدمته بالأجر أو غريب ومتطوع بمبادرة ذاتية أو من الأقرباء/احد أفراد الأسرة أومن المحيط الاجتماعي(جار/زميل/صديق)

التوظيف

يمكن إيجاد مقدمي رعاية عن طريق عن طريق الإعلانات أو الترشيح من جمعية أهلية أو الترشيح من مؤسسة حكومية أو الترشيح من احد المعارف او الأصدقاء.

تقييم ما قبل التوظيف(٥)(١٠) (يجب أن يشمل شهادة صحية بخلوه من الأمراض المعدية و صحفية حالة جنائية خالية من أي اتهام سابق وتقييم للمعوقات الصحية والبدنية والحواس للقدرة على تقديم الرعاية والتأكد أنه لا يتعاطى أي مخدرات او مهدئات او أدوية ممنوعة أو يوجه له أي اتهام سابق بإساءة التعامل مع كبار السن.

تقييم التدريب والمهارات التى يمتلكها مقدم الرعاية (٦,٧,١٠)

حصل على برامج تدريبية – التدريب تم تحت إشراف متخصصين وفى مركز معتمد – التدريب اشتمل على جزء نظري يعادل ١٦ ساعة(٦) ، أعقبه تدريب عملي وفترة التدريب تتراوح بين ٣ –٦ شهور (٦)وفى نهاية التدريب أجتاز اختبار كتابي لتقييم معارفه ومهاراته كمقدم رعاية ويكون هناك تدريب مستمر بعد التدريب الأولي.

مهارات تقديم الرعاية تقسم (٧) لمهارات أساسية ومهارات متخصصة وتشمل المهارات الأساسية (تقديم الدواء – توفير الغذاء الصحي – منع قرح الإنضغاط – الصحة العامة والنظافة الشخصية – إستعمال دورة المياه – متابعة الأعراض المرضية – تنظيم السرير – منع الملل) وتشمل المهارات المتخصصة (التعامل مع الجروح والقرح وفتحات الإخراج – التعامل مع سلس الإخراج(تبول/تبرز) – التعامل مع الأدوية الوريدية – التعامل مع ملازمي الفراش – التعامل مع أمراض معينة مثل أنفلونزا والسكري والسكتة القلبية وجلطة المخ والتشنجات).

مهارات أخرى يجب التدرب عليها(٦):

مهارات إجتماعية ونفسية وبيئية [تدرب على مهارات الاتصال – يحمي خصوصية وأسرار المسن – يضع في الحسبان الفروق الثقافية والدينية واللغوية – تدرب على مهارات توفير الأمان بالمنزل (تنسيق الأثاث والحمام الأمن والمطبخ الأمن) – الإنتباه لإحتياجات المسن العقلية (مثل القراءة) والجسماني (مثل الأكل) والإجتماعية (مثل العطف) وتوفيرها – الوعي بإمكانيات الدعم المجتمعية وشبكات المساعدة (المنظمة و والغير منظمة) وكيفية إستخدامها (مثل نوادي المسنين والرعاية الإبدالية) – دعم إستقلالية المسن والحفاظ عليها – تدرب على الأخلاقيات والعادات الإجتماعية المناسبة – تعلم توفير علاقة العمل الإحترافية بين الراعي والمسن – تدرب تغييرات التعمر الطبيعية والمرضية وعلى توفير مهارات التكييف النفسية للمسن]

مهارات صحية وتمريضية [تدرب على قراءة وفهم وتنفيذ التعليمات المكتوبة والشفهية بدقة خاصة الطبية خاصة التعامل الامن مع الأدوية – تدرب على تسجيل وتدوين حالة المسن والرعاية والخدمات المقدمة في سجل الرعاية اليومي – تقديم التثقيف الصح البسيط عن العادات الصحية – تدرب على كيفية مساعدة المسن على استعمال الأجهزة المساعدة مثل (الكرسي المتحرك و العصا والعكاز والمشاية وأجهزة أخرى)
تدرب على كيفية قياس ومتابعة وتسجيل العلامات الحيوية – تدرب على عمل الإختبارات الطبية البسيطة مثل قياس السكر بالدم والبول – لديه المهارة والقدرة على التعرف على والتعامل مع الطوارئ والأزمات الوشيكة الوقوع – تدرب على مبادئ مكافحة العدوى والاحتياطات العامة – تدرب على تقديم الرعاية لفئات خاصة مثل: (مرضى ألزهيمر والأورام وجلطات المخ و ملازمي الفراش والرعاية النهائية ومنخفضي المناعة) – لديه القدرة على الانتباه لاحتياجات المسن الجسمانية والعقلية والاجتماعية والاقتصادية والعاطفية وإدراكها – لدية القدرة على المساعدة في أنشطة الحياة اليومية – تدرب على تقديم التدريبات والعلاج الطبيعي البسيط بدون أجهزة تحت إشراف طبي وتوفير مدى حركة طبيعي للمفاصل – تدرب على النقل الأمن للمسن (من السرير ومن الكرسي المتحرك ومن النقالة)

تقييم السمات الشخصية لمقدم الرعاية (٤ ،٥ ،٦)

ناضج ويعتمد عليه – يتكيف مع ظروف الرعاية المختلفة – يتمتع بالصبر والعمل تحت ظروف الضغط – خبرة رعاية المسنين السابقة (تذكر نوعيتها إن وجدت)

نوعية الخدمات التى يقوم بها مقدم الرعاية

الرعاية الشخصية وصحية لمسن ملازم الفراش – مهام التنسيق المنزلية وتوفير الاحتياجات – جليس للقراءة وللحديث وكسر الوحدة والملل – المساعدة في أنشطة الحياة اليومية والأنشطة الألية

ظروف تقديم الرعاية

[مكان الرعاية (الرعاية تقدم فى مؤسسة لرعاية كبار السن – الرعاية تقدم فى المنزل) – الوضع المادي للمسن جيد – يقدم خدماته تطوعا – يقدم خدماته بمقابل – زمن الرعاية – متفرغ للرعاية طوال اليوم — نوبة العمل ساعات محددة ولجزء من اليوم (٥–٦ ساعات) على الأكثر – نوع الرعاية المقدمة(العميل يحتاج الى رعاية فائقة ولا يعتمد على نفسه – العميل يحتاج الى رعاية عادية]

برنامج تقديم الرعاية (٤ ،٦، ١٠)

توجد هيئة أو منظمة تنظم تقديم الرعاية – إسم المؤسسة وبياناتها وعنوانها وتليفونها وبريدها الإلكتروني إسم المدير)– حاصلة على ترخيص وتتوافق مع القوانين واللوائح المحلية – تتبع جمعية أهلية/ حكومية – تهدف الربح — الإشراف متوافر – يوفر إشراف ودعم في كل نوبات العمل وطوال ال٢٤ ساعة (يذكر نوع الإشراف إن وجد)(٦ ،١٠) – المشرفيين حاصلين على تدريب ويتمتعوا بالخبرة والتأهيل العلمي المناسب – يوفر خدمة الرعاية الإبدالية Respite care (توفير راعي مؤقت للمسن لفترة زمنية قصيرة من ساعات لأيام حتى يستريح مقدم الرعاية أو يقضي مشوار أو حاجة معينة) – سن الإلتحاق محدد من ٢١ إلى ٤٠ عام – يوجد نظام للتحقق من الحالة الجنائية وسابقة العمل – يوجد نظام لمتابعة مقدمي الرعاية – يوجد نظام لإكتشاف جودة الحياة والرضا الذاتي لمقدمي الرعاية – رعاية مقدمي الرعاية(٥): (توجد لوائح معلنة لنظام العمل – توفر تأمينات – توفر تدريب وتطوير مهني مستمر – توفر تأمين صحي وضد أخطار المهنة) – يوجد نظام للإستفتاءات ولإستبيان رأي طالبي الرعاية وأسرهم عن جودة الخدمة لتطويرها – عدد مقدمي الرعاية التقريبي العاملين بالمؤسسة –

تقييم مقدمي الرعاية متي ومن يقوم به (٥)

يتم عمل تقييم لمقدمي الرعاية في أي وقت في بداية تولي رعاية مسن وعند حدوث أي تغيير في المسن وروتينيا لعمل مسح لمشاكل رعاية المسنين. ويقو م بالتقييم أفراد من باقي فريق رعاية المسن مثل (الطبيب والممرضة والإخصائي الإجتماعي ومنظم الرعاية) بشرط توفر مهارات وإتجاهات ومعارف معينة.

خاتمة:

برامج تدريب مقدمي الرعاية للمسنين تحتاج تنظيم والتأكد من جدية التدريب وإمكانية الإعتماد على مقدم الرعاية قبل تعامله مع كبير السن.

المراجع:

(١) معجم مصطلحات خدمات الرعاية الصحية المجتمعية وخدمات المسنين –منظمة الصحة العالمية – مكتب اليابان–٢٠٠٤ بالإنجليزية)

A GLOSSARY OF TERMS FOR COMMUNITY HEALTH CARE AND SERVICES FOR OLDER PERSONS
Ageing and Health Technical Report, WHO/WKC/Tech.Ser./04.2
2004 © WORLD HEALTH ORGANIZATION 2004 Centre for Health Development, Kobe, Japan.
by Prof Gary Andrews and Ms Debbie Faulkner, with assistance from Ms Melinda Andrews, University of South Australia,

(٢) معايير برنامج دعم مقدمي الرعاية الأسرية –ولاية أوريجن الأمريكية –مكتب كبار المواطنين وذوي القدرات الخاصة ٢٠٠٩ (بالإنجليزية).

Family Caregiver Support Program Standards - Older Americans Act
Prepared by: Family Caregivers Support Program Advisory Committee & Oregon Department of Human Services
State Unit on Aging
Modified: August 2009

(٣) تقرير عام ٢٠٠٨ لمشروع مقدم الرعاية من الأقارب مدفوع الأجر – مركز الرعاية الإجتماعية – جامعة وينترب – بالإنجليزية

Report of the 2008 Paid Family Caregivers Project
by Center for Social Welfare Research and Assessment, Winthrop University, 2008
Ronald K. Green, J.D., Executive Director

(٤) دليل مقدم الخدمت الصحية لتقييم مقدم الرعاية من الأقارب – صندوق المستشفيات المتحد – ٢٠٠٨ (بالإنجليزية)

Assessing Family Caregivers: A Guide for Health Care Providers
www.nextstepincare.org
©2008 United Hospital Fund

(٥) كتاب تقييم مقدمي الرعاية: الأساسيات والدليل وإستراتيجية التغيير – إتحاد مقدمي الرعاية م الأقارب – سان فرانسيسكو – ٢٠٠٦ (بالإنجليزية)

Caregiver Assessment: Principles, Guidelines and Strategies for Change.
Report from a National Consensus Development Conference (Vol. I).
Family Caregiver Alliance (2006). San Francisco www.caregiver.org

(٦) خدمات الرعاية والدعم المنزلي – مجلس إعتماد الخدمات ٢٠٠٨ – بالإنجليزية

Home Care and Support Services: Home Health Aide Services, Personal Care Aide Services, and Homemaker Services
Council on Accreditation Copyright 2008
www.

(٧) دليل الهيئة الطبية الأمريكية لتقدتم الرعاية بالمنزل – ٢٠٠١ (بالإنجدليزية)

American Medical Association Guide to Home Caregiving
Angela Perry, MD
JOHN WI L E Y & SONS, INC. 2001
ISBN 0-471-41409-3

(٨) موسوعة ويكيبيديا – صفحة "مقدمي الرعاية" – تم إستعمالها في ١-يونيو ٢٠١٠

Wikipedia-Caregiver
www.wikipedia.org accessed in 1-6-2010

(٩) إحصاءات منتقاة عن مقدمي الرعاية – ٢٠٠٥

Selected Caregiver Statistics
fact sheet FS-SCS200506
prepared by Family Caregiver Alliance, California's Caregiver Resource Centers and California Department of Mental Health.
© 2001 Family Caregiver Alliance. Revised 2005

(١٠) قائمة معايير مؤسسات مقدمي خدمات الرعاية المنزلية للمسنين ٢٠٠٨

Caregiverlist's Standards of Quality for Senior Home Care Agencies
© Copyright 2008 Caregiverlist, Inc
www.

مواصفات وحدة العلاج الطبيعي في دور المسنين[1]

V 3.0 8-7-2010

http://wikiageing.org/index.php?title=%D9%85%D9%88%D8%A7%D8%B5%D9%81%D8%A7%D8%AA_%D9%88%D8%AD%D8%AF%D8%A9_%D8%A7%D9%84%D8%B9%D9%84%D8%A7%D8%AC_%D8%A7%D9%84%D8%B7%D8%A8%D9%8A%D8%B9%D9%8A_%D9%81%D9%8A_%D8%AF%D9%88%D8%B1_%D8%A7%D9%84%D9%85%D8%B3%D9%86%D9%8A%D9%86_(2010)

- يجب أن لا تقل التجهيزات[2] عن مواصفات تجهيز عيادة علاج طبيعي (حتى يستفيد المسنين فعليا)

هدف الوحدة:

رفع مستوى القدرات الوظيفية لكبار السن

زيادة إستقلالية المسن وتقليل إعتماديته على الأخرين

إستكمال التأهيل للمرضى بعد خروجهم من المستشفى

حفظ مستوى اللياقة البدنية في كبار السن الأصحاء والوقاية من الوهن

تدريب كبار السن ومقدمي الرعاية لهم على إستخدام الأجهزة المساعدة مثل العصا والمشاية والكرسي المتحرك

الترخيص:

يجب أن تكون وحدة العلاج الطبيعي مرخصة من وزارة التضامن الاجتماعي (ويفضل من وزارة الصحة).

الموقع:

يتم إنشاء وحدة العلاج الطبيعي ملحقة على أي دار رعاية كبار السن أو أي وحدة رعاية نهارية أو نادي مسين.

طبيعة هندسة الوحدة:

متوافر بها المساحة الكافية لوضع أجهزة

التدريب

بها إستراحة

---

[1] إعداد د/أحمد شوقي محمدين وأد/عزت حجازي

[2] يوجد نقص في المراجع العربية والمراجع التي تم إستخدامها مذكورة في ملحق رقم ١.

التجهيزات والأدوات المساعدة:

التجهيزات لا تقل عن التجهيزات في أي عيادة للعلاج الطبيعي للتأكد من تحقيق الوحدة هدفها (إنظر ملحق رقم ٢)

الجهاز الوظيفي . المصادر البشرية:

- مدير.
- نائب مدير ومشرفين.
- مساعدين.
- عمال.
- موظفين إداريين . محاسب . سجلات كبار السن . سكترتير.
- فريق العلاج الطبيعي لكبار السن.
  - أخصائي طب مسنين أو طب طبيعي أو طب أعصاب أو طبيب عام (بترتيب الأفضلية).
  - أخصائي أو ممارس علاج طبيعي.
  - تمريض علاج طبيعي . معالج وظائفي . تخاطب.
  - أخصائي نفسي . اجتماعي.

تنظيم العمل:

قواعد الدخول والقبول بالبرنامج.

قواعد وقف العلاج الطبيعي.

سياسة التحويل من/إلى مستشفى.

سياسة.

التوظيف:

تكوين وأعضاء فريق العلاج الطبيعي.

مؤهلات العاملين.

الترخيص والرواتب و التأمينات و الإجازات.

نسبة العاملين (أخصائيين العلاج الطبيعي وتمريض) للعملاء.

نوبات العمل (اليومية والأسبوعية).

الإشراف الطبي.

سياسة توافر الخبرة السابقة.

خطة التدريب الأوليّ والمستمر للعاملين.

جودة الخدمة:

سياسة توكيد الجودة والتطوير والصيانة.

- سياسة منع السقطات.

سياسة السجلات الشخصية/الإدارية والسجلات الطبية.

سياسة ملابس العاملين والنزلاء (لا تخل بالأعراف والتقاليد).

سياسة التعامل مع حالات خاصة مثل:

١. مرضى ألزهيمر.
٢. فشل وظائف التنفس الذي يحتاج أكسجين أو أجهزة مساعدة للتنفس.
٣. العمى والصمم وصعوبة الكلام/ التواصل.
٤. جلطات المخ . مرض الرعاش – ضغط فقرات العنق أو القطن.
٥. خشونة المفاصل (بالركبة –الكتف–الفقرات–الفخذين)
٦. حالات بتر الأطراف والأطراف الصناعية.
٧. مسن يستعمل عصا/مشاية/كرسي متحرك.

سياسات الرعاية:

سياسة الرعاية الصحية (التقييم الشامل في أول زيارة – بطاقة تسجيل برنامج العلاج الطبيعي والجلسات).

سياسة الصحة الوقائية والتطعيمات واللياقة البدنية.

سياسة التدرب على الإنعاش القلبي.

سياسة أدوية الطوارئ والإسعافات الأولية.

سياسة العلاج الطبيعي لحالات أمراض القلب والرئتين.

سياسة التدخين.

سياسة الرعاية النفسية.

سياسة الرعاية الاجتماعية.

(تابع تنظيم العمل)

سياسة العلاقات الخارجية:

مع الوحدات الأخرى ومع المستشفيات المحول منها.

مع الجمعية الراعية.

مع إدارات الخدمية الإجتماعية لكبار السن.

مع عائلة وأقارب المسن.

مع المتبرعين.

مع المسنين في الحي المحيط ودور الرعاية المحيطة.

مع الوزارة ومع مكتب خدمة المسنين.

مع النوادي الاجتماعية المحيطة.

مع الجمعيات الخدمية (جمعية ألزهيمر مصر . جمعية رعاية المسنين).

مع الهيئات والمراكز الأكاديمية (قسم طب السنين – تمريض المسنين).

سياسة تمويل الوحدة:

تبرعات

مساعدات منتظمة

تأمين صحي (حكومي وخاص)

خدمة مأجورة (بسعر التكلفة – بهدف الربح)

إستثمارات /مدخرات /وديعة

وقف خيري/أهلي

جمعية راعية

ملحق رقم ١

المراجع

١. لائحة نظام العمل بمراكز العلاج الطبيعي
وزارة الشئون الإجتماعية المصرية
قرار وزاري رقم ٤٠ بتاريخ ٨-٣-١٩٩٧

٢. مواصفات تجهييزات عيادات العلاج الطبيعي
وزارة الصحة السعودية- إدارة التراخيص – ٢٠١٠

٣. كتاب العلاج الطبيعي لكبار السن – ٢٠٠٠ – بالإنجليزية

Geriatric Physical Therapy
Andrew A. Guccione
Mosby; 2 edition (June 15, 2000)
ISBN-10: 0323001726

ملحق رقم ٢

تجهييزات عيادة العلاج الطبيعي الأساسية

التجهيزات الأساسية الهدف منها التأكد أن مركز العاج الطبيعي قادر على تحقيق الهدف منه (عمل علاج طبيعي لأمراض كبار السن المتوسطة)

١ سلم حائط

٢ سلم حائط لتمرين الكتف

٣ عجلة لتمرين الكتف

٤ عجلة دوران مفصل الرسغ

٥ بكرة فوق الرأس لتحريك مفصل الكتف

٦ طاولة علاج

٧ طقم أثقال دامبلز

٨ طقم أكياس رمل

٩ دراجة ثابتة

١٠ جهاز متوازيين للكبار والصغار

١١ جهاز تدليك كهربائي للعمل الشاق مع حامل

١٢ جهاز شمع البرافين

١٣ جهاز تنبيه عضلات مع كامل معداته وللتشخيص

١٤ جهاز موجات فوق الصوتية للعلاج كامل

١٥ لمبة أشعة تحت الحمراء وفوق البنفسجية

١٦ منقلة لقياس الزوايا الصغيرة

١٧ منقلة لقياس زوايا المفاصل الكبيرة

وزارة التضامن الإجتماعي

مشروع تطوير رعاية المسنين

مشروع المواصفات القياسية

٢٠١٠ - ٢٠١١

القياس والمعايرة في مجال خدمات رعاية كبارالسن

القياس فى مجال رعاية كبار السن
Version 3.0 28-10-2010

مقدمة:

المقياس Scale هو وسيلة لتقدير أحجام الأشياء بقياس مدرج أو رقمي أو ترتيبي لتسهيل وصف درجات وأحجام الأشياء بطريقة علمية نتعارف ومتفق عليها والتعامل معها كبيانات علمية ومقارنتها، مثل إستخدام المسطرة لقياس الأطوال والميزان لقيا اللأوزان ومقياس الخمسة نجوم لتقدير مستوى الخدمة السياحية للفنادق.

المقياس جزء من ثقافة المعيرة والتوحيد القياسي Standardization التي تتم لمجموعة من الأشياء ذات صلة ببعضها من أحد النواحي. والمقاييس تستخدم في المعايرة.

المعايرة Standardization هي عملية صناعة وتطوير معيار فني متفق عليه وتسجيله في وثيقة. مثل توثيق خصائص منتج أو خدمة معينة وتوصيفها وطرق/سياسات العمل ومفاهيم/مصطلحات العمل.

بعض المعايير تعتبر إجبارية (أساسية وثانوية) وأخرى ثانوية. والمعايير إما متعارف عليها (غير رسمية) أو رسمية (قوانين أو لوائح أو توجيهات) أو إختيارية (إضافة من مقدم المنج أو الخدمة لزايدة الجودة والفلرصة التنافسية).

يجب أن تكون المعايير موحدة متفق عليها ومنشورة ومتاحة وممكنة التطبيق ويجب التثبت من تطبيقها ومتابعة إستمرار تطبيقها ومراجعتها بشكل منتظم وتطويرها.

المعايير جزء أساسي من أي عملية تطوير حقيقية وهامة لأي دراسة علمية جادة وللتخطيط القصير والطويل المدى ولتقدير الحجم الحقيقي للمشاكل وإكتشاف الحلول الفعالة وأحيانا الحلول غير النمطية.

وفي كبار السن توجد[1] فوائد خاصة للمقاييس وتوجد محاذير لإستخدامها

يوضح جدول (...) الأهداف العامة للمعايير وإستخدام المقاييس وجدول رقم (...) يوضح محاذير إستخدامها

[1] من بحوث متعددة وبالخصوص مقالة بالإنجليزية
Usefulness and Limitations of Evaluation Scales in the Care of Elderly People by [Isabelle Dagneaux] in [Ethical Perspectives Issue : 14/2 (June - 2007) Page : 175 – 191]

جدول رقم (...) أهداف عمل المعايير وإستخدام المقاييس

• تنظيم العمل • إيجاد لغة حوار مشتركة لمنع أي لبس أو غموض وزيادة الإتصال • ضمان وتوكيد الجودة • تبرير التمويل وترشيده • المقارنة على أساس علمي • توفير الأمان للمنتجين والعاملين والمستهلكين • التطوير على أسس علمية • دراسات الجدوي والدراسات الإقتصادية العلمية • حماية المستهلك • تحسين الخدمة/المنتج • التوفير في الوقت والجهد والمال •		• تقليل الخسائر في الممتلكات والأرواح • الإستفادة من الحوادث في تراكم الخبرات ومنع تكرارها • إيجاد/تبادل الخبرات في حل المشكلات وتفاديها • زيادة فرصة الخدمة/المنتج التنافسية • إكتشاف متطلبات/حاجات العملاء وتوفيرها • وضع أهداف واضحة وعملية يمكن تحقيقها لأي خطة توير للخدمة/المنتج • متابعة أي خطة للتطوير • تقليل المخاطر المهنية والبيئية والصحي • الإستفادة القصوى من معلومات مقدمي الرعاية في تخطيط الرعاية • إعطاء أوزان حقيقية للأجزاء المختلفة مثل الأعراض والعلامات وغير ذلك (دون تضخيم أو بخس لأي منها) • زيادة تحييد المشاعر والعواطف في أي تقدير أو تقييم أو تخطيط

جدول (...) يوضح محاذيير إستخدام المقاييس في خدمات كبارالسن

• تختلف الدول والظروف والبيئات التي صنع فيها ومن أجلها المقياس • ليست كل المقاييس متوفرة بكل اللغات • عند ترجمة بعض المقاييس يحدث لبس في معاني بعض الكلمات ويحدث تداخل أو لبس • ليست كل المقاييس معمول لها مصداقية أو معتمدة • تحتاج بعض المعايير لمستوى معين		• بعض المقاييس تحتاج تدريب خاص • بعض المقاييس تحتاج وقت وجهد كبير للتنفيذ • تقليل مستوى التفاعل على مستوى المقييم أو مقدم الرعاية ومستقبِل الرعاية • الإفتقار لثقافة المقاييس والإستبيانات في الدول النامية • إحتمال إهمال المعلومات أو البيانات الغير واردة في المقياس • تشجيع التفكير ذو القالب الواحد

من الذكاء أو المعرفة أو التعليم		

القياس والمعايير في مجال خدمات رعاية المسنين:

الهدف العام هو تبصير كبار السن وأهليهم ، وغيرهم ، بكفاءة الأداء و مستوى الخدمة فى دور المسنين ، وحفز القائمين على شئونها على تحسين خدمات الرعاية ، يصدر مركز خدمات الرعاية الصحية والتأمين الصحى فى الولايات المتحدة الأمريكية[٢] تقييما دوريا لأداء دور المسنين (أكثر من ستة عشر الف دار فى سنة ٢٠٠٦) ويصنفها بمقياس[٣] "الخمسة نجوم" ينتج عنه تقسيمها إلى مستويات (من نجمة واحدة إلى خمسة نجوم) بناءا على مقاييس علمية تم وضعها بناءا على المعايير المتفق عليها.

وجاء توزيع الدور من حيث مستوى الخدمة (فى سنة ٢٠٠٦) على النحو التالى :

- ١٢ ٪ من الدور فى مستوى خمسة نجوم أعلى مستوى .
- ٦٦ ٪ من الدور فى مستوى اثنتين أو ثلاثة أو اربعة مستوى متوسط .
- ٢٢ ٪ من الدور فى مستوى نجم واحد أدنى مستوى .

لا يجرى التقييم على أساس التقدير الذاتى ولا الملاحظات العشوائية السريعة ، وإنما يجرى على ضوء مقاييس موضوعية دقيقة معتمدة ولكن يجرى تقدير كفاية الدور وكفاءتها ، أو حالة المسن "وحزمة الرعاية" التى تتطلبها حالته ، أو اختيار أفراد الجهاز الوظيفى وتكليفهم ومتابعة ادائهم والتنسيق بينهم على ضوء مفهوم الرعاية المتكاملة ، وغير هذا.

[2] Center for Medicare and Medicaid, Services Quality Ratings for Nursing Homes , USA

.

[3] Five-Star Quality Rating

ومن أهم نماذج هذه المقاييس[٤]:

Nursing Home Check list[1]		قائمة مراجعة خدمات دور الرعاية
Care Dependency Scale (CDS)[2]		مقياس الإعتمادية في الرعاية
Barrett – Lennard Relationship Inventory- Empathy Subscale[3]		مقياس باريت – لينارد للعلاقات بين الأشخاص – مقياس التعاطف الفرعى
Berg Balance Scale (BBS)[4]		مقياس بيرج للاتزان
Resident assessment instrument (RAI)[5]		أداة تقييم المقيمين (بدور الرعاية الممتدة)
Broset Violence Checklist[6]		قائمة بروسيت لصور العنف
The Burden Interview[7]		مقياس حجم العبء (بالنسبة لمقدم الرعاية)
Care - giver Burden Inventory (Zarit) [8]		مقياس العبء على مقدم الرعاية
Critical Care Family Needs Inventory[9]		مقياس الحاجات الملحة للأسرة الراعية
Combined Assessment of Residential Environments (CARE) Profiles[10]		بروفيل التقدير المشترك لمؤسسات الرعاية (كير)
Comprehensive Environmental Questionnaire[11]		استخبار البيئة الشامل
Continuing Care Activity Measure (CCAM)[12]		مقياس نشاط الرعاية المستمرة
Dementia Behavior Disturbance Scale (DBD)[13]		مقياس اضطرابات السلوك في مرضى ألزهيمر
Elderly Mobility Scale (EMS)[14]		مقياس قدرة المسن على الحركة
European Quality of Life Visual Analogue Scale		مقياس نوعية الحياة الأوربي
Expectations of Filial Piety Scale (EFPS)[15]		مقياس التوقعات من وفاء الأبناء (للأهل)
Family and Friendship Contacts Scale[16]		مقياس الحاجات الملحة للأسرة الراعية
Functional Autonomy measurement System (SMAF)[17]		نظام قياس الاستقلال الوظيفى (للمسن)
General Motor Function Assessment Scale [18]		مقياس تقدير الوظيفة الحركية العامة
Geriatric Depression Scale (GDS)[19]		مقياس الاكتئاب عند المسن

[٤] المقاييس المختارة تمثل نموذج للتوضيح وتوجد مقاييس أخرى كثيرة منشورة ومتاحة للباحثين. وبالتأكيد توجد تراجم لبعض هذه المقاييس للغة العربية في الأوراق البحثية والرسائل الجامعية ولكنها غير منتشرة.

Geriatric Nutritional Risk Index (GNRI)[20]		مؤشر مخاطر النظام الغذائى عند كبار السن
The Harmful Behavior Scale (HBS)[21]		مقياس السلوك الضار
Home Care Quality Assessment Index (HCQAI)[22]		مقياس تقدير نوعية الرعاية فى المنزل
Maslach Burn out Inventory (MBI)[23]		مقياس الإجهاد عند ماسلاتش
Mini Nutritional Assessment (MNA®)[24]		المقياس المختصر للحالة التغذوية
The Nursing Home Administrator Job Satisfaction Questionnaire (NHA-JSQ)[25]		مقياس الرضا عن العمل عند مديرى دور المسنين
Nursing Home Vision –targeted Health – Related Quality of Life Questionnaire (NHVQoL)[26]		مقياس صحة الإبصار لنزلاء دور المسنين وعلاقته بنوعية الحياة في دور المسنين
Nutritional Risk Assessment Scale (NuRAS) [27]		مقياس تقدير المخاطر فى التغذية
Observable Indicators of Nursing Home Care Quality Instrument[28]		مقياس المؤشرات (لنوعية) للرعاية فى دار المسنين
Oral Health Impact Profile[29]		بروفيل تأثر صحة الفم والأسنان
The Patient Health Questionnaire[30]		مقياس الحالة الصحية للمرضى
Physical Activity Scale for the Elderly (PASE)[31]		مقياس النشاط البدني عند كبار السن
Resident Assessment Instrument[32]		أداة تقدير حالة النزيل
(Home) Resident (Care) Assessment Scale[33]		مقياس كفاية رعاية المسنين فى البيت
Royal College of Nursing Older People Assessment Tool[34]		مقاييس الكلية الملكية للتمريض (المملكة المتحدة) لتقدير حالة المسن
State Minimum Staffing Standards[35]		معايير الحد الأدنى للجهاز الوظيفى(على مستوى ولاية ....)
Views of Informal Carers Evaluation of Services (VOICES) questionnaire[36]		مقياس تقييم مقدمى الرعاية غير الرسمية للخدمات الرعاية

ويوجد فى المملكة المتحدة ، على سبيل المثال ، منظمات غير حكومية مختلفة قوية ومؤثرة ، تتابع نشاط مؤسسات الرعاية الاجتماعية وتُقييم أداءها . ومن أبرز أمثلتها فيما يتعلق بالرعاية المؤسسية لكبار السن :

رابطة نزلاء دور المسنين وأهليهم	The Relatives and Residents Association[37]
لجنة تقييم الرعاية الاجتماعية	The Commission for Social Care Inspection[38]
لجنة تقدير نوعية الرعاية	The Care Quality Commission[39]

والمهمة الأولى لهذه المنظمات هى دراسة أوضاع الرعاية فى المؤسسات غير الرسمية المختلفة – دور المسنين ، وما إليها ، وتحديد مدى التزامها بالمعايير المعتمدة للتأسيس والأداء ، وتقييم كفاءتها ، ونشر تقرير بنتيجة التقييم .

ونظرا لكفاءتها وجديتها وعراقتها ، فإن لمعظمها دورا رقابيا مهما ، على الرغم من أنها ليست مؤسسات ذات صفة رسمية .

وثمة وثائق رسمية تتضمن معايير إرشادية عامة ، وفى مقدمتها :

- أقل المعايير (الدُنيا) القومية لدور الرعاية في المملكة المتحدة
- National Minimum Standards for Care Homes (UK 2004)[40]

- الشبكة القومية لخدمات كبار السن في المملكة المتحدة
- National Service Framework for Older People (UK 2001)[41]

الهوامش لمراجع القاييس:

1 U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
Centers for Medicare & Medicaid Services

2 Care Dependency Scale. A manual by [Ate Dijkstra, Judy Smith and Margaret White] Eurecare, 2006

3 The Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI): current and potential uses with family systems. By [Ganley RM] in [Fam Process. 1989 Mar;28(1):107-15].

4 Measuring balance in the elderly: Validation of an instrument. By [Berg K, Wood-Dauphinee S, Williams JI, Maki, B] In [Can. J. Pub. Health, July/August supplement 2:S7-11, 1992]

5 Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS)

6 The Broset Violence Checklist: Sensitivity, specificity, and interrater reliability. By[Almvik, R., Woods, P., & Rasmussen, K.] in [Journal of Interpersonal Violence, 2000 15 (12), 1284-1296.]

7 Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. By [Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J.] In [Gerontologist. 1980;20(6):649-655.]

8 Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. By [Zarit SH, Reever KE, Bach-Peterson J.] In [Gerontologist. 1980;20(6):649-655.]

9 Critical Care Family Needs Inventory: a cognitive research utilization approach. By [Lopez-Fagin L.] in [Crit Care Nurse. 1995 Aug;15(4):21, 23-6.]

10 Development of the combined assessment of residential environments (CARE) profiles by [FAULKNER, Mark, BROWN-WILSON, C., DAVIES, S. and NOLAN, M.] in [Journal of advanced nursing, 2006 55 (6), 664-677]

11 Reliability and validity of a Comprehensive Environmental Questionnaire for community-living elderly with healthcare needs by [Kenji YABUWAKI, Takashi YAMADA, Masahiro SHIGETA] in [Psychogeriatrics Volume 8, Issue 2, pages 66–72, June 2008]

12 Standardization of the continuing care activity measure: a multicenter study to assess reliability, validity, and ability to measure change.
By [Huijbregts MP, Teare GF, McCullough C, Kay TM, Streiner D, Wong SK, McEwen SE, Otten I.]In [Phys Ther. 2009 Jun;89(6):546-55.]

13 Validity and reliability of the dementia behavior disturbance scale. By [Baumgarten M, Becker R, Gauthier S] in [J Am Geriatr Soc. 1990 Mar;38(3):221-6]

14 Further validation of EMS for measurement of mobility of hospitalised elderly people by [Proser L et al] in [Clinical Rehabilitation 1997 11, 4, 338-343]
& The Reliability and Validity of the Elderly Mobility Scale in the Acute Hospital Setting لاغ جJoanne Stacey Nolan, Lucinda Elaine Remilton, Margaret Mary Green] in [Internet Journal of Allied Health Science and Practice Vol. 6 No. 4 ISSN 1540-580X]

15 Development of the Expectations of Filial Piety Scale – Spanish version by [Hsueh-Fen S. Kao, et al] in[Journal of Advanced Nursing 2005 , 52(6), 682–688]

16 Intervention against loneliness in a group of elderly women: a process evaluation. By [Andersson L.] in [*Hum Relations* 1984; **37**: 295–310.]

17 The Functional Autonomy Measurement System (SMAF): description and validation of an instrument for the measurement of handicaps. By [Hebert R, et al] in [Age Ageing. 1988 Sep;17(5):293-302.]

18 Development and reliability of the General Motor Function Assessment Scale (GMF)--a performance-based measure of function-related dependence, pain and insecurity. By [Aberg AC, Lindmark B, Lithell H.] in [Disabil Rehabil. 2003 May 6;25(9):462-72.]

19 Sheikh JI, Yesavage JA: Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontology : A Guide to Assessment and Intervention 165-173, NY: The Haworth Press, 1986.

20 Geriatric Nutritional Risk Index: a new index for evaluating at-risk elderly medical patients by [Olivier Bouillanne, et al] in [American Journal of Clinical Nutrition, Vol. 82, No. 4, 777-783, October 2005.]
http://touchcalc.com/calculators/gnri

21 Self-destructive behaviors in nursing home residents. By [Draper B, et al] in [J Am Geriatr Soc. 2002 Feb;50(2):354-8.]

22 Development of the Home Care Quality Assessment Index (HCQAI).by [Arai, Y, Kumamoto, K, Sugiura, M, Washio, M, Miura, H and Kudo, K.] in [Jpn J Geriatric 2005; 42(4), 432-443.] & Validation of the Home Care Quality Assessment Index (HCQAI). By [Kumamoto K, Arai, Y.] in [Jpn J Geriatric 2006; 43(4): 518-524.]

23 Maslach Burnout Inventory. (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. By [Maslach, C., Jackson, S. E., & Leiter, M. P. (1996)] & http://www.rci.rutgers.edu/~sjacksox/PDF/EvaluatingStress.pdf

24 VALIDATION OF THE MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT SHORT-FORM (MNA®-SF): A PRACTICAL TOOL FOR IDENTIFICATION OF NUTRITIONAL STATUS by [M.J. KAISER1,et al] in [The Journal of Nutrition, Health & Aging Volume 13, Number 9, 2009: 782]

25 An instrument to measure job satisfaction of nursing home administrators by [Nicholas G Castle] in [BMC Medical Research Methodology 2006, 6:47]

26 Development of a nursing home vision-targeted health-related quality of life questionnaire for older adultsby [L. E. Dreer; G. Mcgwin JR.; K. Scilley; G. C. Meek; A. Dyer; D. Seker; C. Owsley] in [Aging & Mental Health, 1364-6915, Volume 11, Issue 6, 2007, Pages 722 – 733]

27 Assessment of Nutritional Risk in the Elderly by [Nikolaus et al], in [Ann Nutr Metab 1995;39:340-345]

28 Developing a residential care facility version of the observable indicators of nursing home care quality instrument.by [Aud, M.A., Rantz, M.J., Zwygart-Stauffacher, M., & Manion, P.] in [Journal of Nursing Care Quality, 19(1): 48-57. (2004).] & Measuring quality of care in assisted living: A new tool for providers, consumers, and researchers. By [Aud M., Rantz, M.J., Zwygart-Stauffacher M., Flesner M.] in[Journal of Nursing Care Quality 22(1):4-7. (2006)]

29 Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile. By [Slade GD, Spencer AJ.] in [Community Dent Health. 1994 Mar;11(1):3-11]

30 Developed by [Drs. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke and colleagues] © 1999, Pfizer Inc
http://www.pdhealth.mil/guidelines/downloads/appendix2.pdf

31 The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): development and evaluation. By [Washburn RA, Smith KW, Jette AM, Janney CA] in [J Clin Epidemiol. 1993 Feb;46(2):153-62.]

32 Health Care Financing Administration (HCFA)
http://chfs.ky.gov/NR/rdonlyres/C3215FE3-A99B-4C41-878C-A2AC8CB4BF26/0/1755a.pdf

33 Resident Assessment and Monitoring for Long-Term Care: Essential Tools and Guidelines for Clinicians by [Barbara Acello, MS, RN]

34 Published by the Royal College of Nursing, 20 Cavendish Square, London,W1G 0RN© 2004 Royal College of Nursing.
http://www.rcn.org.uk/__data/assets/pdf_file/0010/78616/002310.pdf

35 The effects of state minimum staffing standards on staffing, quality of care, and financial performance in nursing homes by [Park, Jeongyoung] THE UNIVERSITY OF NORTH CAROLINA AT CHAPEL HILL, 2007
& NURSING HOME STAFFING STANDARDS IN STATE STATUTES AND REGULATIONS 2008 By [Charlene Harrington]
http://www.pascenter.org/documents/Staffing_regulations_1_08.pdf

36 Addington-Hall J. & McCarthy M. (1995) Regional study of care for the dying: methods and sample characteristics. Palliative Medicine 9, 27–35.

37 The Relatives and Residents Association http://relres.org/

38 The Commission for Social Care Inspection http://www.cqc.org.uk/

39 The Care Quality Commission http://www.cqc.org.uk /

40 NATIONAL MINIMUM STANDARDS FOR CARE HOMES FOR OLDER PEOPLE
UK, Department of Health, (REVISED – MARCH 2004)
http://www.csiw.wales.gov.uk/docs/nmscarehomes_oldpeople_revised_e.pdf

41 National Service Framework for Older People
UK, Department of Health (March 2001)
http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4071283.pdf

View publication stats