چک لیست موسسه ها و یا بخش های فیزیوتراپی دوستدار سالمند

نام موسسهفیزیوتراپی: نام ونام خانوادگی پایش کننده: نام و نام خانوادگی مسئول مرکز: تاریخ:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **حیطه مدیریت و سازماندهی** | | | | | | | | |
| ردیف | | عناوین | بلی | | خیر | | توضیحات | |
| 1 | | آیا برنامه عملیاتی به منظور ارتقاء وضعیت موجود تدوین نموده و در حال اجرا بوده و میزان پیشرفت آن بصورت فصلی مشخص شده است؟\* |  | |  | |  | |
| 2 | | آیا کمیته دوستدار سالمند در مرکز تشکیل شده و مسئول واعضا دارای ابلاغ می باشند؟\* |  | |  | |  | |
| 3 | | آیا کمیته دوستدار سالمند جلسات فصلی تشکیل داده اند؟ \* |  | |  | |  | |
| 4 | | آیا پرسنل مرتبط توجیه شده و خدمات مورد نیاز در حال اجرا می باشد؟\* |  | |  | |  | |
| 5 | | آیا کارکنان مرکزدر برنامه آموزشی که به منظور ارتقاء علمی تدوین شده شرکت فعال داشته اند؟\* |  | |  | |  | |
| 6 | | آیا کارکنان جدیدالورود دوره آموزشی و توجیهی مدونی را می گذرانند؟\* |  | |  | |  | |
| 7 | | آیا کارکنانی که ارائه خدمات سالمندان را بخوبی اجرا نموده اند مورد تشویق قرار می گیرند؟ |  | |  | |  | |
| 8 | | آیا لیست لوازم و تجهیزات مورد نیاز تهیه و نسبت به تجهیز مرکز اقدام شده است؟\* |  | |  | |  | |
| 9 | | آیا برنامه ریزی جهت ضدعفونی مرکز و وسایل و تجهیزات بصورت مدون موجود می باشد و اقدامات لازم انجام می شود؟\* |  | |  | |  | |
| 10 | | آیا مرکز دارای ثبت سیستم اطلاعات در سامانه می باشد؟ |  | |  | |  | |
| 11 | | آیا مسئول کمیته دوستدار سالمند بصورت ماهیانه از روند پیشرفت برنامه های پیش بینی شده پایش نموده و فیدبک می دهد و مستندات آن موجود است ؟\* |  | |  | |  | |
| 1. **حیطه عاطفی و رضایت** | | | | | | | | |
| 12 | | آیا مرکز دارای واحد یا فرد مسئول رسیدگی به شکایات سالمندان می باشد؟\* |  | |  | |  | |
| 13 | | آیا برای سالمندان از سیستم نوبت دهی جداگانه استفاده می شود ؟\* |  | |  | |  | |
| 14 | | آیا با الگوهای مختلف پیشنهادات و میزان رضایت سالمندان و همراهان آنها جمع آوری می گردد؟ |  | |  | |  | |
| 15 | | آیا برنامه ریزی مدون جهت ارتقاء ایمنی مرکز صورت گرفته است؟ |  | |  | |  | |
| 16 | | کارکنان مرکز در خصوص نحوه ارتباط با سالمند و حمایت از وی دوره دیده اند؟\* |  | |  | |  | |
| 17 | | آیا کارکنان مرکز موظف هستند برای سالمند یک محیط محترمانه، دوستانه و صمیمی ایجاد کنند؟\* |  | |  | |  | |
| 18 | | آیا کارکنان مرکز در خصوص حساسیت، زمانبری خدمات سالمندان، داشتن صبر و حوصله توجیه شده اند و مورد اجرا قرار می دهند؟\* |  | |  | |  | |
| 19 | | آیا کارکنان مرکز برای ارائه خدمات به سالمندان مسن در فاصله نزدیکتر قرار می گیرند و با صدای بلندتر و شمرده تر صحبت می کنند؟\* |  | |  | |  | |
| 20 | | آیا موقع صحبت صداهای مزاحم را مدیریت نموده و بصورت واضح و روشن مطالب خود را تفهیم می نمایند؟\* |  | |  | |  | |
| 21 | | آیا برای برقراری ارتباط از نام فامیلی یا عناوین (دکتر، مهندس و...) سالمندان استفاده می کنند؟\* |  | |  | |  | |
| 22 | | آیا خدمات به سالمندان بی بضاعت رایگان و یا باتخفیف ویژه می باشد؟ ( پیش بینی اسپانسر یا خیر ) |  | |  | |  | |
| 1. **حیطه مراقبتو پژوهش** | | | | | | | | |
| 23 | آیا در زمان پذیرش سالمند هویت دقیق وی تعیین شده و ثبت می گردد؟\* | | |  | |  | |  |
| 24 | آیا سالمند و همراه وی در خصوص وضعیت وی توجیه شده و در خصوص نحوه ارائه خدماتبا آنها مذاکره می گردد؟\* | | |  | |  | |  |
| 25 | آیا ارائه خدمات سالمندان بر اساس دستوالعملها و دوره های آموزشی می باشد؟\* | | |  | |  | |  |
| 26 | آیا به سالمندان آسیب پذیر خدمات و مراقبتهای ویژه ارائه می شود؟\* | | |  | |  | |  |
| 27 | آیا تاریخ مراجعه بعدی به سالمند و یا همراه وی تاکید و یکروز قبل از آن یادآوری می گردد؟\* | | |  | |  | |  |
| 28 | آیا راهنمایی ها و دستورالعمل ها علاوه بربیان شفاهی، به صورت کتبی هم به آنها ارایه می شود؟\* | | |  | |  | |  |
| 29 | آیا در صورت نیاز پژوهشهای کاربردی انجام می شود؟ | | |  | |  | |  |
| 30 | آیا مرکز از داده های جمع آوری شده به منظور بهبود ارائه خدمات به سالمندان استفاده می کند؟ | | |  | |  | |  |
| 31 | آیا در صورت اجرای پژوهش موارد زیر برنامه ریزی می گردد؟  (اخذ رضایت از سالمند، محرمانه بودن آن و مطلع کردن وی پس از مطالعه) | | |  | |  | |  |
| 1. **زیر ساخت (فضای فیزیکی، تجهیزات و نیروی انسانی)** | | | | | | | | |
| 32 | آیا راهروهایی که محل تردد سالمند است، سالن انتظار و کابینهای الکتروتراپی و مکانوتراپی روشنایی مناسب دارد؟ (30% بیشتر از روشنایی معمول، روشنایی ورودی اتاقها با راهروها یکسان باشد)\* | | |  | |  | |  |
| 33 | آیا نور از لامپهای فلورسانت طبیعی و چراغ طیف کامل (T5یا T8 ) تأمین شده است؟  ( اجتناب از نورهای مخلوط و نورهایی که سایه ایجاد می کنند ) | | |  | |  | |  |
| 34 | آیا از رنگ های گرم ( مانند زرد، قرمز و نارنجی) در رنگ آمیزی و دکوراسیون اتاقها (بدون افراط ) استفاده شده است؟  ( از رنگهای آبی و سبز اجتناب شده است؟) | | |  | |  | |  |
| 35 | آیا در مشخص کردن دربها و دستگیره ها همچنین دیوارها و دستگیره ها از رنگهای متضاد استفاده شده است؟ | | |  | |  | |  |
| 36 | لبه ها، مرزها و راه ها با رنگهای با کنتراست بالا مشخص شده اند؟ | | |  | |  | |  |
| 37 | از رنگهای متضاد برای تمایز کف از دیوارها استفاده شده است؟  ( اجتناب از طراحهای مختلف در کف پوشها) | | |  | |  | |  |
| 38 | آیا کف پوشها مات و بدون لغزندگی، محکم و با زیر ساخت مناسب در تمام قسمتها موجود است؟ | | |  | |  | |  |
| 39 | آیا برنامه ریزی شده که در مسیر تردد سالمند پله نباشد؟( رمپ یا آسانسور باشد)\* | | |  | |  | |  |
| 40 | آیا در صورت وجود سطح شیب دار در مسیر عبور به بخش فیزیوتراپی، شیب آن کمتر از 15 درجه نسبت به سطح افق و دارای سطح عاج دار می باشد؟ | | |  | |  | |  |
| 41 | آیا در صورت وجود آسانسور عرض وروردی آن حداقل 95 سانتی متر و مساحت 25/2 متر مربع است؟ | | |  | |  | |  |
| 42 | آیا در صورت وجود آسانسوردو طرف کابین آسانسور در فاصله 80 الی 100 سانتی متری از کف آسانسور دستگیره نصب شده است؟\* | | |  | |  | |  |
| 43 | آیا دو طرف راهروها و محل تردد سالمند دارای دستگیرههای مقاوم می باشند؟\* | | |  | |  | |  |
| 44 | آیا دستگیره ها در فاصله 85 سانتی متری از سطح زمین نصب شده و قطر آن 40 الی 45 میلیمتر می باشد؟\* | | |  | |  | |  |
| 45 | آیا در فاصله 10 سانتی متری از انتهای دستگیره علامتی که نشان دهنده اتمام دستگیره باشد، قرار دارد؟\* | | |  | |  | |  |
| 46 | آیا مسیر تردد سالمند راهروهای طولانی نبوده و در صورت اجتناب ناپذیر بودن آن، در مسیر تردد ایستگاههای استراحت تعبیه شده است؟( هر 300 سانتی متر)\* | | |  | |  | |  |
| 47 | آیا دربهای ورودی اتوماتیک بوده و با تأخیر مناسب ( حداقل 40 ثانیه) بسته می شوند؟ | | |  | |  | |  |
| 48 | آیا تابلوهای راهنما مناسب سن سالمندی می باشد؟  ( پیام ساده، نوشته ها مات و غیر قابل تابش نور، دارای گرافیک ساده، سایز فونت حداقل 16 میلی متر برای تابلوهای کوچک و 40 میلی متر برای تابلوهای بزرگ، نوشته با رنگ روشن روی زمینه تیره)\* | | |  | |  | |  |
| 49 | آیا از علایم و فلشهای مشخص بر روی دیوار برای تسهیل شناسایی مکانها استفاده شده است؟\* | | |  | |  | |  |
| 50 | آیا برای تعیین طبقات ساختمان در خارج آسانسور از اعداد بزرگ و با رعایت تضاد رنگها استفاده شده است؟\* | | |  | |  | |  |
| 51 | آیا نوشته های صفحه نمایش با حرکت آرام به همراه بیان متن در سالن انتظار موجود است؟\* | | |  | |  | |  |
| 52 | آیا صندلی و مبلمان استانداردبرای سالمندان استفاده شده است؟\*  (چهارپایه و قاب محکم، رو به جلو با یا بدون استفاده از بالش، جنس غیر لغزنده خصوصا در دسته ها، رنگ با کنتراست بالا و متضاد خصوصا در لبه ها، بهتر است با بلندی 47-45 و عمق 50-45 سانتی متر، ترجیحا قابل تغییر در ارتفاع و با دسته ای در تمام طول صندلی، قابل شستشو) | | |  | |  | |  |
| 53 | آیا تراز کف کابینها ، اتاقها و سرویس بهداشتی با راهروها یکی است؟ | | |  | |  | |  |
| 54 | آیا فضای اتاق انتظار برای سالمند مناسب است؟\*  ( اتاق آرام ،فضای بزرگ به گونه ای که امکان حرکت داشته باشد و همراه با مبلمان مناسب ) | | |  | |  | |  |
| 55 | آیا سرویسهای بهداشتی دارای هر دو نوع توالت ایرانی و فرنگی با فضای کافی برای استفاده سالمند با ویلچر یا واکر و کراچ و با قابلیت شستشو و شیب مناسب برای خروج هر نوع رطوبتموجود است؟ | | |  | |  | |  |
| 56 | آیا دستگیره در طرفین سرویس بهداشتی در ارتفاع 80 الی 90 سانتی متر از کف موجود است؟ | | |  | |  | |  |
| 57 | آیا تهویه مناسب در سرویسهای بهداشتی موجود است؟\* | | |  | |  | |  |
| 58 | آیا اتاق تراپیست به واحد الکتروتراپی و مکاتوتراپی اشراف دارد؟\* | | |  | |  | |  |
| 59 | آیا اتاق تراپیست دارای شرایط مسقف و ترجیحاً عایق صوتی دارد؟ | | |  | |  | |  |
| 60 | آیا کابین بندی الکتروتراپی از مصالح مقاوم فلزی یا چوبی با قابلیت شستشو می باشد؟\* | | |  | |  | |  |
| 61 | آیا حداقل عرض کابین ها 180 و حداقل طول کابینها 200 سانتی متر می باشد؟ | | |  | |  | |  |
| 62 | پهنای ورودی کابینها و یا کابین مخصوص سالمندان حداقل 95 سانتی متر است؟( امکان ورود و خروج با ویلچر و یا واکر وجود داشته باشد) | | |  | |  | |  |
| 63 | آیا فضای ورودی کابینها با پارتیشن و یا پرده ضخیم جداسازی شده است؟\* | | |  | |  | |  |
| 64 | آیا تختها موسسه از مصالح مستحکم با ارتفاع و عرض مناسب و فوم 10 سانتی متری ضخیم و فشرده و ترجیحاً از جنس چوب می باشد؟\* | | |  | |  | |  |
| 65 | آیا چهارپایه مناسب از جنس مستحکم جهت تختهای فیزیوتراپی موجود است؟\* | | |  | |  | |  |
| 66 | آیا زنگ اخبار در کنار تخت و در دسترس سالمند تعبیه شده است؟\* | | |  | |  | |  |
| 67 | آیا ترالی دستگاهها و تجهیزات از استحکام مناسب و قابلیت جا به جایی برخوردار است؟\* | | |  | |  | |  |
| 68 | آیا کمد یا قفسه کوچک جهت نگهداری وسایل سالمند موجود است؟ | | |  | |  | |  |
| 69 | آیا چوب لباسی یا رخت آویز در هر کابین موجود است؟\* | | |  | |  | |  |
| 70 | آیا آینه قدی برای آموزش حرکات به سالمند در کابین موجود است؟\* | | |  | |  | |  |
| 71 | ملحفه یکبار مصرف، حوله و پد شخصی جهت ارائه به سالمندان موجود است؟\* | | |  | |  | |  |
| 72 | آیا موسسه / بخش مجهز به سیستم ارت و کلید محافظت از برق گرفتگی است؟\* | | |  | |  | |  |
| 73 | آیا موسسه / بخش دارای سیستم برق اضطراری است؟\* | | |  | |  | |  |
| 74 | سیم کشی کابینها مناسب، توکار و یا دارای داکت کشی مناسب است؟\* | | |  | |  | |  |
| 75 | آیا تجهیزات آموزشی برای سالمندان تهیه شده است؟\*  ( وسایل کمک آموزشی مانند پمفلت های رنگی و کتابچه ها و فیلمهای آموزشی) | | |  | |  | |  |
| 76 | آیا فضایی جهت تمرین درمانی با ابعاد 5×4 همراه با تجهیزات مانند دوچرخه ثابت به اضافه صندلی کوادریسپسو و تشک تمرین وجود دارد؟\* | | |  | |  | |  |
| 77 | آیا کارکنان دوره دیده در هر شیفت موجود هستند؟\* | | |  | |  | |  |

\*برای تایید اینکه موسسه یا بخش فیزیوتراپی دوستدار سالمند است، می بایست بندهای ستاره دار اجرا شده باشد.