*هوالحكيم*

دستورالعمل هاي كلي براي پايش كنندگان

* ايجاد آرامش در بهورز و تاكيد بر اينكه براي شناسايي مشكلات آمده ايد و نه براي شناسايي مقصر.

همكاران گرامي، هدف از پايش، شناسايي مشكلات ارايه خدمت و برطرف كردن آنها است. متاسفانه سالها در نظام ارايه خدمات بهداشتي كشور، حضور ناظرين در خانه بهداشت تداعي گر بازرسي، تهديد و مقصر جلوه دادن بهورز بوده است. اين مساله باعث مي گردد كه بهورز در حضور شما حالتي غير واقعي پيدا كرده و چون سالها به چشم متهم به او نگاه شده است از ابتدا رفتارش حاكي از تلاش براي تبرئه خود باشد. در اين شرايط بسياري از بهورزان دچار اضطراب مي گردند و ممكن است تمركز حواس خود را نيز از دست بدهند. در بدو ورود به خانه بهداشت تلاش كنيد كه ذهنيت شكل گرفته بهورز را عوض نموده و به آنها اطمينان خاطر دهيد كه به منظور شناسايي و برطرف كردن مشكلاتِ و بهبود كيفيت خدمات ارايه شده به مردم به خانه بهداشت آمده ايد و تلاش خواهيد كرد با استفاده از نقطه نظرات وي نسبت به برطرف كردن مشكلات اقدام نماييد. به بهورز اطمينان دهيد كه اطلاعات حاصل از پايش موجب ايجاد مشكلات اداري و كسر حقوق وی نخواهد شد و اين ادعا را در عمل نيز ثابت كنيد.

* + بهورز را سردرگم نكنيد.
* به هيچوجه در حضور بهورز و در حين جمع آوري اطلاعات، نتيجه گيري و قضاوت نكنيد. اجازه دهيد جريان اطلاعات مسيرطبيعي خود را طي كند.

بطور قطع در جريان جمع آوري اطلاعات مشكلات را خواهيد فهميد. تلاش كنيد كه از قضاوت كردن و شناسايي مقصر در حضور بهورز خودداري كنيد. بهيچوجه رفتاري از خود بروز ندهيد كه نشاندهنده زير سوال بردن بهورز باشد.

* + بهورز را از قبل در جريان حضورتان در روز پايش قرار دهيد.

اين حق بهورز است كه بداند مورد پايش واقع خواهد شد. نگران غير واقعي نشان دادن مسايل در صورت اطلاع قبلی از حضور شما نباشيد. چنانچه رفتار شما تداعي كننده مچ گيري، تهديد و ارعاب نباشد، حقايق و مشكلات را به راحتي كشف خواهيد كرد.

1- اطلاعات عمومی

*\* مرکز بهداشت شهرستان ..............................*

*\* مرکز بهداشتی درمانی ..................................*

*\* خانه بهداشت .................................................*

*\* تاریخ پرسشگری: ....../ ....../ ......13*

*\* ساعت ورود به خانه بهداشت:*

*\* ساعت اتمام پرسشگری:*

*\* اعضای تیم پرسشگری:*

 *نام و نام خانوادگی سمت امضا*

*1. ................................................................................. .................................................................. ..........................................................*

*2. ................................................................................. .................................................................. ..........................................................*

*3. ................................................................................. .................................................................. ..........................................................*

*4. ................................................................................. .................................................................. . ........................................................*

*\* نام بهورز/ بهورزان:*

*1. ........................................................................*

*2. ........................................................................*

*3.* ........................................................................

2 ـ چك ليست مشاهده خانه بهداشت

|  |
| --- |
| * به منظور اطمینان از حضور حداقل یک مادر باردار در خانه بهداشت، روز مراجعه را با بهورز قبلا هماهنگ کنید.
* 2 سوال اول را با مشاهده شيوه ارايه خدمت بهورز یا بهورزان به يك نفر ازمادران مراجعه كننده همان روز خانه بهداشت (برای دریافت مراقبتهای دوران بارداری یا پس از زایمان) پاسخ دهيد. مشاهده ارايه خدمت يك مورد از موارد فوق كفايت مي كند. بقیه سوالات را با بررسی و مشاهده خانه بهداشت پاسخ دهید.
* معيار پاسخ مثبت و نمره 1 ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق گرفته و دور نمره 1 را دايره بكشيد. توجه داشته باشيد براي سوالات چند قسمتي در صورت تحقق همه موارد، پاسخ مثبت است(قانون همه يا هيچ).

 توضیح موارد نامطلوب را مرقوم فرموده و یا در دایره O علامت بزنید. |
| رديف | سوال مشاهده | بازدید اول | بازدید دوم | بازدید سوم | توضيح موارد نامطلوب | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم |
| 1 | ایا با مادر ارتباط كلامي و یا غيركلامي مناسب (تاييد با تكان دادن سریا توجه و نگاه به صورت مراجعه كننده سلام و احوالپرسی، تعارف به نشستن و.....) برقرار میکند؟ |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 2 | ایا يراي اطمينان از دريافت آموزش هاي ارايه شده، مادر را مورد سوال قرارداد؟ |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 3 | آيا مواد كمك آموزشي جهت آموزش مادران استفاده می شود؟\*(موجود بودن ،توزیع مناسب) |  |  |  | موجود بودن O توزیع بر اساس دستورالعمل O | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 4 | آيا شرايط نگهداري داروهاي مكمل مناسب است؟( دور از نور ، گرما ، برودت ، رطوبت و با تاریخ مصرف معتبر ) |  |  |  | نورO گرما O برودت O رطوبت O تاریخ مصرف معتبرO | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 5 | آيا شرايط نگهداري واكسن مناسب است؟\* |  |  |  | درجه برودت یخچال O نگهداری در طبقه مناسب O ثبت در برگه O | 1 0 | 1 0 | 1 0 |

\* توضيح سوالات:

* سوال 3. با توجه به مواد كمك آموزشي كه از طرف مركز بهداشت شهرستان یا استان در اختيار خانه بهداشت قرار گرفته است.
* سوال 5. شرايط نگهداري واكسن با توجه به استانداردهاي موجود در ویرایش هفتم برنامه و راهنماي ايمن سازي صفحه 20و21و22

3 ـ چك ليست های بررسي مدارك ثبتي

|  |
| --- |
| * *بررسي مدارك ثبتي شامل چند قسمت است:*

 *1ـ بررسي فرم های مراقبت مادران 2 ـ بررسي دفتر مراقبت ممتد مادران و مقايسه اطلاعات آن با فرم ها**3ـ بررسي ساير قسمت هاي نظام ثبت مانند دفتر دارويی و دفتر پيگيري 4 ـ محاسبه شاخص هاي پوشش، 5 ـ تكميل جداول استمرار خدمت و محاسبه شاخص هاي آن**در برنامه مراقبت مادران ( قبل و حین بارداری و پس از زایمان ) 6 پرونده از پرونده های مادران زایمان کرده بصورت تصادفي مورد ارزيابي قرار مي گيرد. بدين منظوركل پرونده هاي مادران را در روستاهای اصلی و قمر از روي دفاتر مراقبت ممتد شناسايي كرده و به آنها از نفر اول تا آخرين نفر شماره رديف مي دهيم. شماره رديف آخرين نفر را برعدد 6 تقسیم کنید. بدين ترتيب فاصله نمونه ها مشخص مي گردد. سپس يك عدد تصادفي بين 1 تا شماره رديف آخرين نفر را انتخاب كرده و آن فرد اولين پرونده مورد ارزيابي شما خواهد بود. با توجه به فاصله نمونه ها كه تعيين كرده ايد، بقيه پرونده هايي را كه بايد ارزيابي شوند، با اضافه كردن عدد فاصله به شماره رديف اولين نفر و ادامه دادن اين كار مشخص نماييد تا به آخرین شماره ردیف برسد درصورتی که تعداد نمونه مورد نیاز شناسایی نشد مجدداً از ابتدای لیست شمارش را ادامه دهید (برای مثال اگر در مجموع200 خانم لیست شده اند و شما باید 10 نفر را انتخاب کنید و به عدد 197 رسیده و فاصله نمونه ها 20 است، نفر بعدی خانم شماره 17 خواهد بود). چنانچه پرونده اي فاقد شرايط لازم بود، شماره پرونده بعد از آن را از روي ليست مورد بررسي قرار دهيد و اینکار را در صورت نیاز تکرار کنید. تصمیم به بررسی مدارک ثبتی روستای قمر منوط به نظر شهرستان است.* |

الف- بررسی مدارک ثبتی مراقبت بارداری ( بررسی پرونده 6 نفر از مادران زایمان کرده طی یک سال گذشته بصورت تصادفی )

معيار پاسخ مثبت و نمره 1 ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق مي گيرد. چنانچه تعداد پاسخ هاي مثبت بيش از 3 باشد، به آن سوال نمره 1 دهيد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نمره بازدید سوم | نمره بازدید دوم | نمره بازدید اول | شماره پرونده های بازدید سوم | شماره پرونده های بازدیددوم | شماره پرونده های بازدید اول | سوال بررسی | ردیف  |
|  |  |  | تکمیل صحیح اطلاعات مندرج در فرم مراقبت مادر باردار : | 8  |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 1)آیا نتیجه مثبت آزمایش تشخیص بارداری ثبت شده است ؟ |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 2)آیا از مادر شرح حال گرفته شده است ؟ ( بخش 1 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 3) آیا بر اساس شرح حال مادر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش 7 فرم(پسخوراند/مراقبت ویژه))\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 4)آيا در مورد وجود رفتارهاي پرخطر در مادر و همسرش سؤال شده است؟ (بخش 1 فرم) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 5) آيا در صورت وجود رفتارهاي پر خطر، اقدام شده است؟ (دفترچه ارجاع و پسخوراند، بخش 7 فرم)\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 6)آيا براي مادر آزمايش هاي معمول درخواست شده است؟ ( فرم ارجاع) |
|  0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 7) آیا مادر آزمایش های معمول را انجام داده است ودر پرونده ثبت شده است ؟ ( بخش 1 فرم ) |  |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 8) آیا مادر توسط پزشک، معاینه شده است ؟ ( بخش 3 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 9) آیا براساس نتیجه شرح حال و معاینه پزشک و آزمایش ها ، اقدام شده است ؟(دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش 7فرم)\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 10) آیا مادر از نظر علائم خطر فوری بررسی شده است ؟ ( بخش 4 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 11) آیا در صورت وجود علائم خطر فوری ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش 7 فرم) \* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 12) آیا مادر در مراقبت های معمول ارزیابی شده است ؟ ( بخش 4 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 13) آیا در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش 7 فرم ) \* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 14) آیا مادر معاینه دهان و دندان شده است ؟ ( بخش 4 فرم) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 15) آیا در صورت وجود عارضه دهان و دندان ، اقدام شده است ؟(دفترچه ارجاع و پسخوراند، بخش7 فرم )\* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 16) آیا وضعیت ایمنسازی مادر علیه کزاز در دوران بارداری کامل است ؟ ( بخش 5 فرم) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 17) آیا مکمل ها تجویز شده است ؟ ( بخش 4 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 18) آیا میزان وزن گیری مادر در منحنی و جدول وزن گیری ثبت شده است ؟ ( بخش 6 فرم ) |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 19) آیا در صورت وجود مشکل وزن گیری ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم) \* |
| 1 0 | 1 0 | 1 0 |  |  |  | 20) آیا به مادر آموزش های لازم ارائه شده است ؟ ( بخش 4 فرم مراقبت) |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| شماره پرونده> | بازدید اول | بازدید دوم | بازدید سوم |
| موارد نقصیا عدم همخوانی در ثبت > |  |  |  |

ب \_ محاسبه شاخص هاي پوشش و مراقبتهای دوران بارداری

ابتدا جدول زير را براساس تعداد و زمان مراقبت هاي انجام شده دوران بارداری مادران در6 پرونده بررسي شده، تكميل فرماييد. سپس با محاسبه شاخص ها، جدول آخر را تكميل نماييد

\*درصد مراقبت ـ مقدار جمع ردیف را به عدد 6 تقسيم و نتيجه را در 100 ضرب كنيد.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| بازدید دوم | بازدید اول | هفته بارداری |
| درصد مراقبت \* | جمع ردیف | پرونده6 | پرونده5 | پرونده4 | پرونده3 | پرونده2 | پرونده1 | درصد مراقبت \* |  جمع ردیف | پرونده6 | پرونده5 | پرونده4 | پرونده3 | پرونده2 | پرونده1 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15-11 یا 10-6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20-16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (الف)چنانچه حداقل 2بار در 20 هفته اول مراقبت شده، در اين ردیف × بزنيد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 25-21 یا 30-26 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 34-31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 37-35 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (ب)چنانچه مادر درهفته های21 تا 37 ، 3 بار مراقبت شده باشد ، در این ردیف × بزنید |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 38 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 39 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 40 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (ج)چنانچه حداقل 1 بار در هفته های 38 تا 40 مراقبت شده، در اين ردیف × بزنيد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (د)چنانچه هر 3 ردیف الف، ب و ج × دارند، در اين ردیف كلمه (كامل) را بنويسيد |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| بازدید ....... | بازدید سوم  | هفته بارداری |
| درصد مراقبت \* | جمع ردیف | پرونده6 | پرونده5 | پرونده4 | پرونده3 | پرونده2 | پرونده1 | درصد مراقبت \* |  جمع ردیف | پرونده6 | پرونده5 | پرونده4 | پرونده3 | پرونده2 | پرونده1 |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 15-11 یا 10-6 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 20-16 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (الف)چنانچه حداقل 2بار در 20 هفته اول مراقبت شده، در اين ردیف × بزنيد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 25-21 یا 30-26 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 34-31 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 37-35 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (ب)چنانچه مادر درهفته های21 تا 37 ، 3 بار مراقبت شده باشد ، در این ردیف × بزنید |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 38 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 39 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 40 |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (ج)چنانچه حداقل 1 بار در هفته های 38 تا 40 مراقبت شده، در اين ردیف × بزنيد |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | (د)چنانچه هر 3 ردیف الف، ب و ج × دارند، در اين ردیف كلمه (كامل) را بنويسيد |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | عنوان شاخص | بازدید اول  | بازدید دوم | بازدید سوم |
| عدد شاخص | نمره\* | عدد شاخص | نمره\* | عدد شاخص | نمره\* |
| 9 | درصد كامل بودن مراقبت دوران بارداري در 20هفته اول بارداري\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 10 | درصد كامل بودن مراقبت دوران بارداري در هفته های37-21 بارداري\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 11 | درصد كامل بودن مراقبت دوران بارداري در هفته های 40-38 بارداري\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 12 | درصد كامل بودن مراقبت هاي دوران بارداري \* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |

توضيح شاخص ها:

شاخص هاي رديف 9 تا 12- درصد مراقبت محاسبه شده درردیف هاي (الف)، (ب)، (ج) و (د) را به ترتيب در ستون عدد شاخص رديف هاي 9 تا 12 قرار دهيد. چنانچه مقدار هركدام از شاخصها مساوي يا بيشتر از 80 % بود، به آن شاخص نمره 1 تعلق مي گيرد.

ث - بررسی مدارک ثبتی مراقبت پس از زایمان مادر ( بررسی پرونده 6 نفر از زنان زایمان کرده طی یک سال گذشته بصورت تصادفی )

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف |  | شماره پرونده های بازدید اول | شماره پرونده های بازدید دوم | شماره پرونده های بازدید سوم | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم |
| سوال بررسيتکمیل صحیح اطلاعات مندرج در فرم مراقبت مادر باردار: |  |  |  |
| 13 | 1) آیا مشخصات و شرح حال مادر ثبت شده است ؟..................................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 2) آیا مادر از نظر علائم خطر فوری بررسی شده است ؟ (بخش 1فرم )..................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 3) آیا در صورت وجود علائم خطر فوری ، اقدام شده است ؟(دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )\* |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 4) آیا مادر در ملاقات های معمول ارزیابی شده است ؟(بخش 1فرم )............................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 5) آیا در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم ) \*..... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 6) آیا مادر معاینه شده است ؟ ( بخش 1 فرم ) ............................................................... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 7)آیا بر اساس نتیجه معاینه ، اقدام شده است؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )\*.. |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 8) آیا مکمل های غذایی تجویز شده است ؟ ( بخش 1 فرم ) ...... |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 9) آیا به مادر آموزش های لازم ارائه شده است ؟ ( بخش 1 فرم) ............. |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 |

 معیار پاسخ مثبت و نمره 1- چنانچه کلیه شرایط مطرح در سوال حاصل گردید ، پاسخ مثبت به آن سئوال تعلق می گیرد. چنانچه پاسخ های مثبت بیش از 3 باشد ، به آن سئوال نمره 1 دهید.

توضيح سوالات 3، 5 ، 7: در صورتی که به علت نیاز به اقدام ، سئوال بی مورد تلقی شود ، به سئوال پاسخ " بله " تعلق می گیرد .

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شماره پرونده> | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 |
| موارد نقص یا عدم همخوانی در ثبت > |  |  |  |  |  |  |

ج- محاسبه شاخص هاي پوشش و مراقبتهای پس از زایمان

ابتدا جدول زير را براساس تعداد و زمان مراقبت هاي انجام شده پس از زایمان مادران در6 پرونده بررسي شده، تكميل فرماييد. سپس با محاسبه شاخص ها، جدول آخر را تكميل نماييد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *بازدید اول* | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت بار اول |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار دوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار سوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت کل\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *بازدید دوم* | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت بار اول |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار دوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار سوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت کل\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |
| شماره پرونده |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *بازدید سوم* | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | جمع رديف | درصد مراقبت\* |
| مراقبت بار اول |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار دوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت بار سوم |  |  |  |  |  |  |  |  |
| مراقبت کل\*\* |  |  |  |  |  |  |  |  |

\* درصد مراقبت ـ مقدار جمع رديف را به عدد 6 تقسيم و نتيجه را در 100 ضرب كنيد.

\*\* مراقبت کل- چنانچه مراقبت اول، دوم و سوم انجام شده بود، در این خانه علامت × بگذارید.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | بازدید اول | بازدید دوم | بازدید سوم |
| رديف | عنوان شاخص | عدد شاخص | نمره | عدد شاخص | نمره | عدد شاخص | نمره |
| 14 | درصد مراقبت نوبت اول پس از زایمان\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 15 | درصد مراقبت نوبت دوم پس از زایمان \* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 16 | درصد مراقبت نوبت سوم پس از زایمان \* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 17 | درصد كامل بودن مراقبت پس از زایمان (3 نوبت) \* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |

\* توضيح شاخص ها:

شاخص هاي رديف14 تا 17- درصد مراقبت بار اول ، دوم،سوم و کل که در جدول قبل محاسبه شده را به ترتيب در ستون عدد شاخص رديف هاي14تا 17 قرار دهيد. چنانچه مقدار هركدام از شاخصها مساوي يا بيشتر از 80 % بود، به آن شاخص نمره 1 تعلق مي گيرد.

چ- بررسی دفتر یا فرم های دارویی و وضعیت موجودی داروها

|  |
| --- |
| بررسی دفتر یا فرم دارویی شامل یک دارو به انتخاب اعضای تیم پرسشگری است. معيار پاسخ مثبت و نمره 1 ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق گرفته و دور نمره 1 را دايره بكشيد. توجه داشته باشيد براي سوالات چند قسمتي در صورت تحقق همه موارد، پاسخ مثبت است (قانون همه يا هيچ). |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | بازدید اول  | بازدید دوم | بازدید سوم |
| رديف | سوال  | پاسخ | نمره | پاسخ | نمره | پاسخ | نمره |
| 18 | آیا تعداد داروهای مکمل تحویلی براساس حواله های دارویی با اطلاعات دفتریا فرم دارویی همخوانی دارد؟\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 19 | آیا موجودی ثبت شده داروها دردفتر یا فرم دارویی با تعداد داروی موجود در قفسه دارویی همخوانی دارد؟\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| 20 | آیا با توجه به متوسط مصرف ماهیانه ، داروی مکمل با در نظر گرفتن تاریخ انقضاء به اندازه حداقل2 ماه مصرف در مرکزموجود است؟\* |  | 1 0 |  | 1 0 |  | 1 0 |
| توضيح موارد نامطلوب: |

\* توضيح سوالات:

سوال 18. حواله های دارویی که از طرف مرکز بهداشت شهرستان یا مرکز بهداشتی درمانی برای بهورز صادر شده را با اطلاعات دفتر دارویی مقایسه نمایید.

سوال19. از بهورز بخواهيد كه موجودي یک دارو در قفسه را براي شما شمارش كند. از روي دفتر دارويي آخرين عدد موجودي را يادداشت كنيد. سپس ميزان مصرف شده دارو را از آخرين تاريخ ثبت موجودي تا روز پايش از وی بپرسيد. حاصل جمع موجودي قفسه با ميزان مصرف شده ثبت نشده، بايد برابر موجودي ثبت شده دفتر باشد. چنانچه بهورز در اين مدت محموله جديدي دريافت كرده و در دفتر ثبت نكرده است، آن را نيز در محاسبه منظور كنيد. اين كار را فقط براي 1 دارو به انتخاب خود انجام دهيد.

سوال20. در مورد داروی انتخابی با توجه به نوع دارو، شیوه و مقدار مصرف و گروه هدف دریافت کننده، متوسط مصرف را برآورد نمایید.( بر اساس سیاست اعمال شده در شهرستان می تواند 3 ماهه باشد )

4 ـ چك ليست مصاحبه با مادران

|  |
| --- |
| * مصاحبه با مادران در سطح روستا وحتی المقدور با 6 خانمي كه در بررسي مدارك ثبتي، پرونده آنان بصورت تصادفي انتخاب گرديد انجام مي گيرد.
* پس از رسيدن به منزل مادر، ابتدا خود را معرفي كرده و هدف از انجام پرسشگري را توضيح دهيد. براي او روشن كنيد كه هدف از پرسشگري شناسايي مشكلات خانه بهداشت، برطرف كردن مشكلات، بهبود شيوه ارايه خدمت و جلب رضايت بيشتر مردم از خدمات خانه بهداشت است. از او تقاضا كنيد كه چنانچه مايل است، به سوالات شما پاسخ دهد. بهتر است مصاحبه را در داخل منزل و در محيطي آرام و راحت انجام دهيد. در حين پرسشگري بدقت به سخنان وي گوش دهيد. پس از اتمام پرسشگري از همكاري وي تشكر كنيد.
* چنانچه خانم هاي مورد نظر را پيدا نكرديد و يا در محيط روستا حضور نداشتند، يا روز ديگري مراجعه كنيد و يا مادران ديگري را از ليست جايگزين و مورد پرسشگري قرار دهيد و یا از مراجعه کنندگان در همان روز حین خروج از خانه بهداشت یا در سطح روستا پرسشگری نمایید.

معيار پاسخ مثبت و نمره 1 ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق مي گيرد. چنانچه تعداد پاسخ هاي مثبت بيش از 3 باشد، به آن سوال نمره1 دهيد. |

* مصاحبه با 6 مادر (می توانیدمصاحبه را با مادرانی كه پرونده آنها مورد بررسي قرار گرفته، انجام دهید.)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *رديف* | *سوال از مادر* | *نفر اول* | *نفر دوم* | *نفر سوم* | *نفر چهارم* | *نفر پنجم* | *نفر ششم* | *نمره* |
| *21* | *آيا ساعت كار خانه بهداشت و دسترسي به آن به گونه اي است كه بتوانيد از خدمات آن استفاده كنيد؟* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *22* | *آيا از نحوه برخورد و شيوه ارايه خدمت کارکنان رضايت داريد؟* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *23* | *آيا از مدت زماني كه هر بار منتظر مي شويد تا نوبت به شما برسد، رضايت داريد؟* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *24* | *آيا در هنگام صحبت با ارایه دهنده خدمت و يا معاينه توسط وي، احساس امنيت و راحتي از نظر محفوظ بودن محل معاينه و اينكه كسي متوجه صحبت هاي شما نيست، داريد؟* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *25* | *آيا متوجه صحبت ها و آموزش هايي كه به شما مي دهد، مي شويد؟* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
|  | *آیا ارایه دهنده خدمت(بهورز) در مورد مسائل زیر تا بحال به شما آموزش داده است؟ (سوال 26 تا 40)* |  |  |  |  |  |  |  |
| *26* | *علائم خطر بارداری\** | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *27* | *علائم خطر پس از زایمان\** | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *28* | *علائم خطر نوزادی\** | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *29* | *بهداشت فردی و روان*  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *30* | *شکایات شایع* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *31* | *نحوه استفاده از مکمل های غذایی، تغذیه دوران بارداری و پس از زایمان* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *1 0* |
| *32* | *بهداشت دهان ودندان مادر*  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1. *0*
 |
| *رديف* | *سوال از مادر* | *نفر اول* | *نفر دوم* | *نفر سوم* | *نفر چهارم* | *نفر پنجم* | *نفر ششم* | *نمره* |
| 33 | رفتارهای پرخطر وعدم مصرف دارو، سیگار و دخانیات | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 34 | آمادگی زایمان ، محل و عامل زایمان  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 35 | مراقبت از نوزاد  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 36 | شیردهی  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 37 | تنظیم خانواده  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 38 | زمان مراجعه بعدی  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 39 | آیا آموزش هایی که ارائه دهنده خدمت به شما می دهد را کافی می دانید ؟  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 40 | آیا ارائه دهنده خدمت به شما آموزش داده است که در صورت بروز علائم خطر چه کاری باید انجام دهید ؟ \*  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |

|  |
| --- |
| *چه پيشنهادي براي بهبود وضعيت ارائه خدمت مرکز داريد؟ (مادر)* |
| *مادر اول* | *مادر دوم* | *مادر سوم* | *مادر چهارم* | *مادر پنجم* | *مادر ششم* |
|  |  |  |  |  |  |

*نظرات يا پيشنهادهاي مصاحبه كننده:*

*\* توضيح سوالات*

*سوال26، 27، 28از خانم بخواهيد كه حداقل 2 علامت خطر از هر مورد را نام ببرد.*

 *علایم خطر بارداری شامل خونریزی/ لکه بینی،کاهش یا نداشتن حرکت جنین، درد شکم و پهلوها و یا درد سر دل، ، آبریزش یا خیس شدن ناگهانی، تب و لرز،سردرد یا تاری دید،استفراغ شدید ومداوم و.....*

*علایم خطر پس از زایمان مادر شامل ، خونریزی بیش از حد قاعدگی یا دفع اخته، سوزش یا درد هنگام ادرار کردن، درد شکم و پهلوها،خروج ترشحات بدبو، تب ولرز،...*

*علایم خطر نوزادی شامل: زردی در 24 ساعت اول، استفراغ مکرر، خوب شیر نخوردن، بی قراری و بی حالی، تب، تشنج،...*

*سوال40. در صورتی که مادر بگوید که باید به خانه بهداشت، مرکز بهداشتی درمانی یا نزدیکترین مرکز مجهز درمانی مراجعه کند، پاسخ «بلی» محسوب می شود.*

چك ليست ارزيابي ارائه دهندگان خدمات مراقبت مادران

|  |
| --- |
| *معيار پاسخ مثبتـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، به آن سوال پاسخ بله بدهید. اگر پاسخ قسمتی از سوال مثبت و قسمت دیگر منفی بود، پاسخ سوال را خیر دهید و در قسمت توضیح موارد نامطلوب مشکل را بنویسید.* |
| رديف | سوال ارزیابی کارکنان  | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب | *0*  |
| 41 | آيا دوره آموزشي برنامه مراقبتهای ادغام یافته سلامت مادران گذرانده اید و رضایت دارید؟ |  |  |  |
| 42 | آيا در مورد تکمیل فرمهای مراقبت مادران آموزش ديده ايد؟ |  |  |  |
| 43 | آيا مشكلاتي در ارجاع فوري يا غير فوري موارد نيازمند داريد؟(پذیرش و بررسی بیمار، ارسال پسخوراند شامل تشخیص، درمان، پیگیری و نیاز به ارجاع مجدد) |  |  |  |
| 44 | آيابا توجه به نيازهاي بهداشتي مادران باردار بصورت دوره اي و مرتب براي آنها، آموزش هاي گروهي يا فردي برگزار مي كنيد؟ |  |  |  |
| 45 | آيا در صورت نياز، تعمير يا جايگزيني تجهيزات به موقع (حداکثر طی 15 روز) انجام مي گيرد؟ |  |  |  |
| 46 | آيا بخاری و پنکه یا کولر سالم دارید؟ |  |  |  |
|  | *آیا وسایل فنی مورد نیاز برنامه مادران در خانه بهداشت موجود و سالم است؟ (سوال47 تا 70)* |  |  |  |
| 47 | *ترازوي بزرگسال*  |  |  |  |
| 48 | *گوشي و فشارسنج*  |  |  |  |
| 49 | *قدسنج يا متر نواري*  |  |  |  |
| 50 | *ترمومتر دهانی*  |  |  |  |
| 51 | *گوشي مامايي*  |  |  |  |
| 52 | *پاراوان با پرده*  |  |  |  |
| 53 | *تخت معاينه*  |  |  |  |
| 54 | *ملحفه*  |  |  |  |
| 55 | *وسایل مصرفی: سرنگ و سر سوزن، پنبه و گاز، دستکش استریل و یکبار مصرف\** |  |  |  |
| 56 | *آيا مواد ضد عفوني كننده به ميزان كافي داريد؟* |  |  |  |
| 57 | *آيا فرم هاي جدید مراقبت مادران را به تعداد كافي داريد؟* |  |  |  |
| رديف | *سوال ارزیابی کارکنان* | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب |  |
| 58 | *آیا زمان کافی برای استفاده از این مجموعه حین ارایه خدمت وجود دارد؟* |  |  |  |
| 59 | *آیا به آسانی قادر به یافتن مطلب مورد نیاز خود در مجموعه هستید؟* |  |  |  |
| 60 | *آیا مطالب کتابچه قابل فهم و کاربردی است؟* |  |  |  |
| 61 | *آیا مفهوم رنگ ها به استفاده از کتابچه کمک می کند؟* |  |  |  |
| 62 | *آیا می توانید از فرم های جدید مراقبت مادران به راحتی استفاده کنید؟* |  |  |  |
| 63 | *آیا زمان کافی برای تکمیل فرم های جدید دارید؟* |  |  |  |
| 64 | *آيا مطالب دستورالعمل تكميل فرم ها قابل فهم و كاربردي است ؟* |  |  |  |

* توضيح سوال55. مواد مصرفی شامل: سرنگ و سر سوزن، پنبه، گاز، پد یا نوار بهداشتی، دستکش استریل و یکبار مصرف، کاغذ کاهی برای پوشش زیر بیمار، صابون و.......

*آیاداروهای مورد نیاز برنامه مادران در مرکز موجود است؟ (*با توجه به نکات نامه چک لیست دارویی مادران که قبلا ارسال شده است)

مواردی که با توجه به سیاست شهرستان نیازی به تامین نمی باشد خط تیره و در توضیحات علت ذکر شود.در صورت گذشتن تاریخ انقضاء داروها پاسخ خیر به سوال بدهید.

| رديف | سوالات ارزیابی کارکنان | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 65 | قرص آهن |  |  |  |
| 66 | قرص یا کپسول مولتی مینرال یا ساده |  |  |  |
| 67 | قرص فولیک اسید |  |  |  |
| 68 | قرص استامینوفن/مفنامیک اسید |  |  |  |
| 69 | آمپول اکسی توسین |  |  |  |
| 70 | سرمها (رینگر ،قندی،قندی –نمکی،نرمال سالین) |  |  |  |
| 71 | آنتی بیوتیکها |  |  |  |
| 72 | آمپول هیدرولازین |  |  |  |
| 73 | آمپول سولفات منیزیوم |  |  |  |
| 74 | آمپول مترژن |  |  |  |
| 75 | آمپول فنی توئین |  |  |  |
| 76 | آمپول بتامتازون |  |  |  |
| 77 | آمپول هیدروکورتیزون |  |  |  |
| 78 | آمپول پرومتازین |  |  |  |
| 79 | آمپول متوکلوپرامید |  |  |  |
| 80 | قرص و پماد کلوتریمازول |  |  |  |
| 81 | ژل موضعی لیدوکائین |  |  |  |
| 82 | آمپول هپارین  |  |  |  |
| 83 | شیاف یا پماد آنتی هموروئید |  |  |  |
| 84 | داروهای ملین |  |  |  |
| 85 | انتی هیستامین خوراکی |  |  |  |
| 86 | آمپول و قرص فنوباربیتال  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | سوال ارزیابی کارکنان  | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب |  |
| 87 | داروهای احیاءنوزاد(اپی نفرین،بی کربنات سدیم،نالوکسان،نرمال سالین) |  |  |  |
| 88 | آمپول فروسماید،بی پریدین،هالوپریدول، |  |  |  |
| 89 | کپسول آدالات |  |  |  |
| 90 | آمپول و قرص دیازپام  |  |  |  |
| 91 | گلونات کلسیم |  |  |  |
| 92 | آمپول سرم ضد کزاز  |  |  |  |
| 93 | سولفامید چشمی/تتراسیکلین چشمی/ |  |  |  |
| 94 | آمپول سفازولین |  |  |  |
| 95 | الکل سفید یا فیکساتور |  |  |  |

سایر نیازهای بهداشت خانواده مرکز:

پیشنهادها و نظرات کارکنان در مورد بهبود وضعیت واحد بهداشت خانواده:

 نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم: