*هوالحكيم*

* دستورالعمل هاي كلي براي پايش كنندگان
* ايجاد آرامش در ماماها 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 تداعي گر بازرسي، تهديد و مقصر جلوه دادن ماماها بوده است. اين مساله باعث مي گردد كه آنان در حضور شما حالتي غير واقعي پيدا كرده و چون سالها به چشم متهم به آنها نگاه شده است از ابتدا رفتارشان حاكي از تلاش براي تبرئه خود باشد. در اين شرايط بسياري از ماماها دچار اضطراب مي گردند و ممكن است تمركز حواس خود را نيز از دست بدهند. در بدو ملاقات تلاش كنيد كه ذهنيت شكل گرفته آنها 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 آمده ايد و تلاش خواهيد كرد با استفاده از نقطه نظرات وي نسبت به برطرف كردن مشكلات اقدام نماييد. به آنان اطمينان دهيد كه اطلاعات حاصل از پايش موجب ايجاد مشكلات اداري و كسر حقوق براي آنها نخواهد شد و اين ادعا را در عمل نيز ثابت كنيد.

* + کاردانان و کارشناسان مامایی را سردرگم نكنيد.
* بهيچوجه در حضور ماما و در حين جمع آوري اطلاعات، نتيجه گيري و قضاوت نكنيد. اجازه دهيد جريان اطلاعات مسيرطبيعي خود را طي كند.
	+ ماما را از قبل در جريان حضورتان در روز پايش قرار دهيد.

اين حق ماما 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.

*ابزارهای پایش خدمات فعلا در چهار نوبت ،هر فصل یکبار تکمیل می شود. لازم است در فواصل انجام پایش، مداخله مناسب برای رفع مشکلات اجرایی طرح به عمل آید*.

1- اطلاعات عمومی

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

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

*\*واحد تسهیلات زایمانی...................................*

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

*\* ساعت ورود به واحد تسهیلات زایمانی:*

*\* ساعت اتمام پرسشگری:*

*\* اعضای تیم پرسشگری:*

 *نام و نام خانوادگی سمت*

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

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

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

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

*\* نام ماما/ ماماها: مقطع تحصیلی*

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

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

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

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

2ـ چك ليست مشاهده واحد تسهیلات زایمانی

|  |
| --- |
| * 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 همهيا هيچ). توضیح موارد نامطلوب را مرقوم فرموده و یا در دایره O علامت بزنید.
 |
| رديف | سوال مشاهده | بازدید اول | بازدید دوم | بازدید سوم | بازدید چهارم | توضيح موارد نامطلوب | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم | نمره بازدید چهارم |
| 1 | آیا ساختمان واحد تسهیلات زایمانی طبق نقشه تیپ است و یا اتاقهای معاینه، درد، زایمان و پس از زایمان مجزا دارد؟  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 2 | آیا نظافت واحد تسهیلات زایمانی رعایت شده است؟ \* |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 3 | آیا واحد آمبولانس دارد؟ |  |  |  |  | موجود بودن O توزیع بر اساس دستورالعمل O | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 4 | آیا واحد خدمتگزار زن و راننده دارد؟  |  |  |  |  | نورO گرما O برودت O رطوبت O تاریخ مصرف معتبرO | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 5 | آیا با توجه به تعداد مراجعین و حجم کاری ، تعداد ماما کافی است ؟  |  |  |  |  | درجه برودت یخچال O نگهداری در طبقه مناسب O ثبت در برگه O | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 6 | آیا پزشک همواره در مرکز بهداشتی درمانی مجاور حض.ور دارد ؟  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 7 | آیا واحد محل زیست ماما دارد؟ |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 8 | آیا پنجره های مرکز شیشه و توری سالم دارد؟ |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 9 | آیا پنجره های مرکز واجد پرده یا هر پوشش مناسب دیگری است؟ |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
|  | آیا در واحد تسهیلات زایمانی، تجهیزات فنی زیر موجود و سالم است؟ (سوالات 10 تا 39 ) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | آیا بخاری و پنکه یا کولر سالم دارد؟ |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 11 | آیا یخچال سالم دارد؟ |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 12 | تخت زایمان/ ژنیکولوژی |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
|  |
| رديف | سوال مشاهده | بازدید اول | بازدید دوم | بازدید سوم | بازدید چهارم | توضيح موارد نامطلوب | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم | نمره بازدید چهارم |
| 13 | ست زایمان مجهز و به تعداد کافی |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 14 | ست اپی زیاتومی |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 15 | وسایل احیاء نوزاد (لارنگوسکوپ با تیغه های صاف و لوله های داخل نای به اندازه های 5/2، 3، 5/3 و4 میلیمتر، ایروی، کاتترهای نافی F 5/3 وF 5، لوله تغذیه F 8، ماسک و بگ)  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 16 | داروهای ضروری (انواع سرم، اکسی توسین، سولفات منیزیوم، داروهای احیاء نوزاد\*، آنتی بیوتیکها، ویتامین ک1، بیحسی)  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 17 | وارمر  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 18 | کپسول و مانومتر اکسیژن |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 19 | چراغ اولتراویوله |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 20 | دستگاه ساکشن و رابط ها |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 21 | ماشین لباسشویی |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 22 | اتوکلاو یا فور |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 23 | گوشی و فشارسنج |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 24 | متر نواری |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 25 | ترمومتر دهانی |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | ترازوی نوزاد |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 27 | ترازوی بزرگسال |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 28 | چراغ قوه  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 29 | گوشي مامايي یا سونی کیت |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | سوال مشاهده | بازدید اول | بازدید دوم | بازدید سوم | بازدید چهارم | توضيح موارد نامطلوب | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم | نمره بازدید چهارم |
| 30 | پاراوان  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 31 | تخت معاينه  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| *32* | وسایل پارچه ای: شان، حوله، ملحفه، گان، یونیفرم اتاق زایمان  |  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| *33* | بیکس یا دیش دردار  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *34* | وسایل لازم برای پاپ اسمیر (اسپاکولوم، اسپاچولا، لام و جعبه لام، اسپری فیکساتور، ماژیک یا قلم الماس) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *35* | ترالی  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *36* | چیتل فورسپس، انواع پنس(کوخر، هموستات، گرد)، والو  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *37* | وسایل حفاظتی: پیش بند، عینک، ماسک، چکمه لاستیکی |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *38* | چراغ پایه دار |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *39* | پوار |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *40* | مواد ضد عفونی (بتادین، ساولن، الکل) |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| *41* | مواد مصرفی\* |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

توضيح سئوالات:

 سوال 2. منظور از نظافت واحد تسهیلات زایمانی: تمیز بودن محیط اتاقها و توالت، تمیز بودن ملحفه ها و وسایل زایمان

سوال 16. داروهای احیاء نوزاد شامل اپی نفرین، بی کربنات سدیم، نالوکسان، نرمال سالین، است.

سوال 41. مواد مصرفی شامل: سرنگ و سرسوزن، پنبه و گاز، پد یا نوار بهداشتی، دستکش استریل و یکبار مصرف، کاعذ کاهی برای پوشش زیر بیمار، سوزن و نخ بخیه، کلامپ بندناف، صابون، کاتتر(سونداژ- ساکشن)، یورین بگ

نظرات يا پيشنهادهاي مشاهده كننده:

3 ـ چك ليست های بررسي مدارك ثبتي

|  |
| --- |
| بررسي مدارك ثبتي شامل بررسي فرم زایمان است.در برنامه زایمان 6 پرونده یا فرم زایمان بصورت تصادفي مورد ارزيابي قرار مي گيرد. بدين منظوركل پرونده های مادرانی که طی 6 ماه گذشته در واحد تسهیلات زایمانی زایمان کرده اند را از روي دفتر مراجعین شناسايي كرده و به آنها از نفر اول تا آخرين نفر شماره رديف مي دهيم. شماره رديف آخرين نفر را برعدد 6 تقسيم 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 برسید. درصورتی که تعداد نمونه مورد نیاز شناسایی نشد، مجدداٌ از ابتدای لیست شمارش را ادامه دهید. |

الف- بررسي مدارك ثبتي زایمان مادران (بررسي پرونده یا فرم زایمان 6 مادر زايمان كرده بصورت تصادفي)

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 بیش از 3 باشد، به آن سوال نمره 1 دهيد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *شماره پرونده>* |  |  |  |  |  |  |  |
| رديف | سوال بررسي | پرونده 1 | پرونده 2 | پرونده 3 | پرونده 4 | پرونده 5 | پرونده 6 | نمره |
| 42 | تکمیل صحیح اطلاعات مندرج در فرم زایمان : 1) آیا مادر از نظر علائم خطر فوری بررسی شده است ؟ (بخش 1فرم ) ..........................................................2) آیا در صورت وجود علائم خطر فوری اقدام شده است ؟( دفترچه ارجاع و پس خوراند بخش 8 فرم3) آیا شرح حال و ارزیابی اولیه مادر انجام شده است ؟ بخش 1 فرم ).................................................................4) آیا بر اساس شرح حال مادر اقدام شده است ؟( دفترچه ارجاع و پس خوراند بخش 8 فرم ) ................5) آیا شرح فاز نهفته ثبت شده است ( بخش 2 فرم ) .......................................................................................................6) آیا روند زایمان مادر در پارتوگراف ثبت شده است ؟ ( بخش 3 فرم ) .............................................................. | *بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر* | *بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر* | *بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر* | *بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر* *بله خیر* | *بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر بله خیر* | *بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر**بله خیر بله خیر* | 1 01 01 01 01 01 0 |

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 بیش از 3 باشد، به آن سوال نمره 1 دهيد.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | سوال بررسي | شماره پرونده های بازدید اول | شماره پرونده های بازدید دوم | شماره پرونده های بازدید سوم | شماره پرونده های بازدیدچهارم | نمره بازدید اول | نمره بازدید دوم | نمره بازدید سوم | نمره بازدید چهارم |
| تکمیل صحیح اطلاعات مندرج در فرم زایمان :  |  |  |  |  |
| ادامه 42 | 7)آیا شرح مرحله دوم زایمان ثبت شده است ( بخش 4 فرم ) |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 8) آیا در صورت وجود علائم خطر حین زایمان ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پس خوراند بخش 8 فرم )  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 9) آیا مشخصات زایمان مادر ثبت شده است ؟ ( بخش 5 فرم ) |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 10) آیا مادر در فاصله 6 ساعت اول پس از زایمان ، مراقبت شده است ؟( بخش 7 فرم ) |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 11) آیا در صورت وجود علائم خطر در مادر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پس خوراند بخش 8 فرم )  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 12) آیا نوزاد بلافاصله پس از زایمان ، مراقبت شده است ؟ ( بخش 6 فرم )  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 13) آیا در صورت .وجود علائم خطر در نوزاد ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پس خوراند بخش 8 فرم )  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 14) آیا به مادر آموزش های لازم ارائه شده است ؟ ( بخش 7 فرم )  |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 15) آیا ارزیابی و مراقبت نوزاد توسط پزشک یا کارشناس مامایی انجام شده است ؟ ( بخش 9 فرم ) |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |
| 16) آیا در صورت وجود علائم خطر در نوزاد پس از معاینه ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پس خوراند بخش 8 فرم ) |  |  |  |  | 1 0 | 1 0 | 1 0 | 1 0 |

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

4 ـ چك ليست مصاحبه با مادران

|  |
| --- |
| * مصاحبه با 4 مادر زایمان کرده در واحد تسهیلات زایمانی که پرونده آنان بصورت تصادفي انتخاب گرديده است، 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 وبرطرف كردن مشكلات، بهبود شيوه ارايه خدمت و جلب رضايت بيشتر مردم از خدماتمامای شاغل در واحد تسهیلات زایمانی است.از مادر 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 موفق به مصاحبه با خانم هاي مورد نظر نشدید، يا روز ديگري مراجعه كنید و يا مادران ديگري را از ليست انتخاب و مصاحبه کنید.

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 بیش از 2 باشد، به آن سوال نمره 1 دهيد*.* |

مصاحبه با 4 مادر زایمان کرده در واحد تسهیلات زایمانی (مصاحبه با مادرانی كه پرونده آنها مورد بررسي قرار گرفته است.)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| رديف | سوال از مادر | نفر اول | نفر دوم | نفر سوم | نفر چهارم | نمره |
| 43 | آيا از نحوه برخورد ماما رضايت داريد؟ | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* |  1 0 |
| 44 | آيا از محرمانه بودن اطلاعات مربوط به زایمانرضایت دارید؟(آیا ماما را محرم می دانید؟) | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* |  1 0 |
| 45 | آيا ماما بموقع بر سر زایمان حاضر شده است؟ | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* |  1 0 |
| 46 | آیا در هنگام صحبت با ماما و یا معاینه وی، احساس امنیت و راحتی از نظر محفوظ بودن محل معاینه و اینکه کسی متوجه صحبت های شما نیست، دارید؟  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* |  1 0 |
| 47 | آيا ماما در مورد همکاری در فوریتهای زایمانی با خانواده (همسر و دیگران) صحبت کرده است؟ | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* |  1 0 |
|  | *آيا ماما موارد زیر را به شما آموزش داده است؟( سوال46 تا 50)* |  |  |  |  |  |
| 48 | همکاری حین زایمان  | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 49 | دریافت مراقبتهای پس از زایمان | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 50 | اهمیت اعزام مادر به بیمارستان توسط همسر یا یکی از اعضای خانواده در موارد بروز علائم خطر پس از زایمان | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 51 | علائم خطر پس از زایمان در مادر\* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |
| 52 | علائم خطر نوزادی\* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | *بله خير* | 1 0 |

\* توضیح سوال51 و52: از خانم بخواهید که حداقل 2 علامت خطر از هر مورد را نام ببرد.

علایم خطر پس از زایمان مادر شامل: تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی/ لکه بینی، درد شکم، فشارخون بالا، مشکلات ادراری، تب،...

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

|  |
| --- |
| چه پیشنهادی برای بهبود وضعیت ارایه خدمت واحد تسهیلات زایمانی دارید؟ |
| نفر اول | نفر دوم | نفر سوم | نفر چهارم |
|  |  |  |  |

پیشنهادها و نظرات مصاحبه کننده:

راهنمای خودارزیابی ویژه پایشگران

* همکاران ارجمند، تکمیل این قسمت توسط ماماها نشاندهنده اعتماد و اطمینان شما به گفته های آنان است. این موضوع را برای آنان بیان کرده و بخواهید که در شناسایی مشکلات، شما را یاری کنند. تلاش کنید که خودارزیابی در محیطی آرام انجام پذیرد. از ماما بخواهید که به راحتی بنشیند، با حوصله، دقت و صداقت به سوالات پاسخ دهد و توضیح موارد نامطلوب را به تفصیل بنویسد. اطمینان دهید که مشکلات را به مسئولین شهرستان منتقل خواهید کرد و در جهت رفع آنها تلاش خواهید نمود.
* پس از دریافت پرسشنامه یا پرسشنامه های تکمیل شده، براساس پاسخ های ماما، نمره هر سوال را در ستون آخر وارد نمایید (0 یا 1). در مواردی که پاسخ بله با علامت \* مشخص شده است، به پاسخ خیر نمره 1 تعلقمی گیرد.
* از ماما بخواهید چنانچه مفهوم سوالی را درک نکرد و یا متوجه توضیحات کادر بالای صفحه نشد، از شما بپرسد.
* سوالات قسمت خودارزیابی توسط هرماما جداگانه تکمیل می گردد. نمره دهی براساس مقایسه پاسخهای داده شده باید انجام پذیرد. چنانچه تفاوتی در پاسخ ماما مشاهده گردید، به سوال نمره صفر دهید تا در جلسه تجزیه و تحلیل داده ها در مورد آن تصمیم گیری نمایید.

چك ليست خود ارزيابي ماما

|  |
| --- |
| همكار گراميضمن تشكر از وقت و حوصلهاي كه امروز بخرج داديد، خواهشمند است سوالات زير را بدقت پاسخ دهيد. پاسخ دقیق و صادقانه شما به سوالات، ما را در حل مشکلات یاری خواهد کرد.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 خودارزیابی | پاسخ | توضيح موارد نامطلوب |  |
| 53 |  آیا از دوره آموزشی برنامه جدید خدمات ادغام یافته سلامت مادران رضایت دارید؟ | بله خير |  |  |
| 54 | آیا زمان کافی برای استفاده از پروتوکل و تکمیل فرمها حین ارایه خدمت دارید؟ | بله خير |  |  |
| 55 | آیا به آسانی قادر به یافتن مطلب مورد نیاز خود در کتابچه مراقبتهای سلامت مادران هستید؟ | بله خير |  |  |
| 56 | آیا مطالب کتابچه قابل فهم و کاربردی است؟ | بله خير |  |  |
| 57 | آیا مفهوم رنگ ها به استفاده از کتابچه کمک می کند؟ | بله خير |  |  |
| 58 | آیا می توانید از فرم زایمان به راحتی استفاده کنید؟ | بله خير |  |  |
| 59 | آیا می توانید از پارتوگراف به راحتی استفاده کنید؟ | بله خير |  |  |
| 60 | آيا تكميل فرم جدید زایمان و پارتوگراف را ضروري مي دانيد؟ | بله خير |  |  |
| 61 | آیا مطالب مجموعه دستور عمل فرمهای مراقبت قابل فهم و کاربردی است؟ | بله خير |  |  |
| 62 | آيا مشكلاتي در ارجاع مادر (در زمان فوریتهای زایمانی) داريد؟ | بله\*خير |  |  |
| 63 | در صورت وجود فوریت زایمان، آیا پزشک مرکز با شما همکاری می کند؟ | بله خير |  |  |
| 64 | آيا مواد مصرفی به میزان کافی داريد؟ \* | بله خير |  |  |
| 65 | آیا مواد ضدعفونی به میزان کافی موجود است؟ | بله خير |  |  |
| 66 | آيا فرم جدیدزایمان و پارتوگراف به تعداد كافي داريد؟ | بله خير |  |  |

\* توضيح سوال64. وسایل مصرفی شامل: سرنگ و سرسوزن، پنبه و گاز، پد یا نوار بهداشتی، دستکش استریل و یکبار مصرف، کاعذ کاهی برای پوشش زیر بیمار، سوزن و نخ بخیه، کلامپ بندناف، صابون، کاتتر(سونداژ- ساکشن)، یورین بگ