وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشكي

دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني بیرجند

**مركز بهداشت استان**

شبكه بهداشت و درمان ..............................

ابزار پايش فرايند ارايه خدمات در مراكز مشاوره شير دهي

نام مركز مشاوره شيردهي .....................

تاريخ پايش ...................

نام و نام خانوادگي پايش كننده ................................

سمت پايش كننده .....................................

نام ونام خانوادگي پايش شونده: ...................................................

|  |  |
| --- | --- |
|  | امتياز كسب شده |
|  | درصد امتياز |

نکات کلی براي پایش کنندگان مراکز مشاوره شیردهی

**اين چك ليست براي هر يك از پرسنل مراكز مشاوره شيردهي يكبار در سال تكميل مي شود.**

1. **ایجاد آرامش درکارکنان بهداشتی و تاکید بر اینکه براي شناسایی مشکلات آمده اید و نه براي شناسایی مقصر:**

همكاران گرامي، هدف از پايش، شناسايي مشكلات ارايه خدمت و برطرف كردن آنها است. بخاطر داشته باشيد كه بيش از ٨٠ درصد اشكالات موجود در نظام ارايه خدمات به خود نظام و مديريت آن بر مي گردد. متاسفانه سالها در نظـام ارايـه خـدمات بهداشـتي كشور، حضور ناظرين در واحد بهداشتي تداعي گر بازرسي، تهديد و مقصر جلوه دادن كاركنان بهداشتي بوده است. اين مساله باعث مي گردد كه كاركنان بهداشتي در حضور شما حالتي غير واقعي پيدا كرده و چون سالها به چشم مـتهم بـه او نگـاه شـده اسـت از ابتدا رفتارش حاكي از تلاش براي تبرئه خود باشد. در اين شرايط بسياري از كاركنان بهداشتي دچار اضطراب مي گردند و ممكن است تمركز حواس خود را نيز از دست بدهند. در بدو ورود به واحد بهداشتي تلاش كنيد كه ذهنيت شكل گرفته كاركنان بهداشـتي را عوض نموده و به آنها اطمينان خاطر دهيد كه به منظور شناسايي و برطرف كردن مشكلات و بهبود كيفيت خدمات ارايه شده به مردم به واحد بهداشتي آمده ايد و تلاش خواهيد كرد با استفاده از نقطه نظرات وي نسبت به برطرف كردن مشـكلات اقـدام نماييـد.

به كاركنان بهداشتي اطمينان دهيد كه اطلاعات حاصل از پايش موجب ايجاد مشكلات اداري و كسر حقوق وي نخواهد شد و اين ادعا را در عمل نيز ثابت كنيد.

1. **کارکنان بهداشتی را سردرگم نکنید:**

سوال هايتان را تك تك بپرسيد و اجازه دهيد با آرامش خيال خواسته هاي شما را برآورده نمايد. تلاش كنيد كه حتي الامكان ارايه خدمت توسط وي را تحت الشعاع حضور خود نكنيـد. توجـه بـه ايـن اصـل، مـانع آشـفتگي كاركنـان بهداشـتي گرديـده و باعـث مي گردد كه بتوانيد اطلاعات واقعي تري جمع آوري نماييد. فرصت كافي براي پاسخ دادن به او بدهيد.

1. به هيچ وجه در حضور كاركنان بهداشتي 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 كاركنان بهداشتي خودداري كنيد. به هيچ وجه رفتاري از خود بروز ندهيد كه نشاندهنده زير سوال بردن كاركنان بهداشتي باشد.

1. **کارکنان بهداشتی را از قبل در جریان حضورتان در روز پایش قرار دهید:** اين حق كاركنان بهداشتي است كه بدانند مورد پايش واقع خواهند شد. نگران غير واقعي نشان دادن مسايل در صورت اطلاع قبلي از حضور شما نباشـيد. چنانچـه رفتـار شما تداعي كننده مچ گيري، تهديد و ارعاب نباشد، حقايق و مشكلات را به راحتي كشف خواهيد كرد.

**آموزش كافي،مطالعه دقيق و اشراف پيدا كردن به بخشهاى مختلف پرسشنامه ها و چك ليست مي تواند روند انجام كار را سرعت بخشيده مانع از سردرگمي اعضاى تيم پايش شود.**

**توضیحات لازم در زمینه فرمهاي پایش:**

* معيار پاسخ مثبت و نمره ١ ـ چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق گرفته و دور نمره ١ را دايره بكشيد. توجه داشته باشيد براي سوالات چند قسمتي در صورت تحقق همه موارد، پاسخ مثبـت اسـت (قانون همه ياهيچ) بطوريكه هركدام از سوالات كه دو قسمتي مي باشد در صورتي كه يكي از موارد ناقص باشد در قسمت پاسخ خير (نمره صفر) علامت زده مي شود. سوالاتي كه مشمول اين قانون نيست با علامت \* مشخص شـده اسـت و در زير سوالات شيوه محاسبه امتياز آن ثبت گرديده است.
* موارد نامطلوب را در قسمت مربوطه مرقوم فرموده و يا در دايره علامت بزنيد.
* اگر پاسخ سوالي موردي ندارد بود نمره ١ به آن تعلق مي گيرد.
* **دستورالعمل تجزیه و تحلیل نتایج استخراج شده از چك لیست:**

- در صورتي كه درصد كل امتياز فرم ها:

الف) 60% و كمتر باشد كاركنان بهداشتي در گروه ضعيف قرار مي گيرد » باز آموزي عام در مركز آموزش كاركنان بهداشتي يا واحد بهداشتي انجام گردد.

ب) بین 60% تا 80% باشد كاركنان بهداشتي در گروه متوسط قرار مي گيرد » بازآزموزي خاص در واحد بهداشتي (آموزش در عرصه) بر حسب برنامه هاي نظارتي انجام گردد.

ج) بالاتر از 80% باشد كاركنان بهداشتي در گروه خوب قرار مي گيرد » در صورت نياز اشكالات در واحد بهداشتي رفع گردد.

**جدول شماره ١ ـ پرسشنامه شیوه ارایه خدمت برنامه مشاوره شیردهی**

* نحوه امتيازدهي به اين ترتيب است كه در صورت پاسخ موردي ندارد، امتياز سوال ١ در نظر گرفته مي شود.

**جدول شماره ٢- پرسشنامه بررسی ثبت فرم مشاهده شیردهی**

* در صورت ثبت صحيح و كامل پاسخ ١ و در غير اين صورت صفر در قسمت مربوطه قرار داده مي شود.
* براي سوالات چند قسمتي در صورت تحقق همه موارد پاسخ مثبت است (قانون همه يا هيچ).
* امتياز مطلوب عدد 13 مي باشد.
* موارد نامطلوب در پايين جدول مشخص گردد.

**جدول شماره ٣- پرسشنامه بررسی مدارك ثبتی در مراکز مشاوره شیردهی**

درصورت بروز مشكل در تغذيه شيرخواربا شير مادر ، روند بررسي وضعيت شيرخوار و مادر, ارجاع شيرخوار و دريافت پس خوراند به شرح زير خواهد بود:

* در مراكز بهداشتي درماني و خانه هاي بهداشت ، ابتدا فرم مشاهده شيردهي به شرح زير در يك نسخه تكميل ميگردد. شايان ذكر است كه براي ارجاع مادر به مركز مشاوره بايستي مراحل زير طي شود:
* در بخش اول اطلاعات خواسته شده در مورد مادر و شيرخوار بايد ثبت شده و روند رشد شيرخوار پس از تكميل كارت رشد وي تعيين گردد.
* دربخش دوم وضعيت عمومي مادر و شيرخوار بررسي و در صورت وجود مشكل احتمالي در شرح حال هريك, مورد مربوطه در سمت چپ تيك زده مي شود و در صورت برخورداري هر دو از وضعيت عمومي مناسب كليه علائم در سمت راست علامت خواهد خورد. وجود هر علامتي در سمت چپ نياز به بررسي بيشتر و درصورت نياز ارجاع مادر و شيرخواردارد.
* در بخش سوم نحوه تغذيه شيرخوار با شيرمادر و گزينه هاي مرتبط بررسي و از طريق مشاهده يا با سوال از مادر پاسخ دريافت و در ستون »بلي« يا »خير« تيك زده مي شود. بديهي است در تعدادي از موارد پاسخ »بلي« و در تعدادي ديگر پاسخ »خير« نيازمند اقدام مداخله اي و درصورت نياز ارجاع خواهد بود.
* دربخش آخر ارجاع دهنده بايستي ضمن درج نام و نام خانوادگي و امضاي خود, تاريخ ارجاع را مشخص نموده و فرم را به مهر مركز, پايگاه يا خانه بهداشت ممهور نمايد.
* درصورت امكان مشكل شيرخوار از طريق ارائه راهنماييهاي لازم توسط پرسنل برطرف خواهد شد. در غير اينصورت شيرخوار به پزشك مركز ارجاع مي گردد.
* در صورت نياز مادر و شيرخوار به ارجاع به مركز مشاوره شيردهي لازم است يك فرم از دفترچه ارجاع و پس خوراند كودک زير 5 سال تكميل و به فرم مشاهده شيردهي الصاق گردد. براي مراجعه به مركز مشاوره شيردهي در دست داشتن كارت رشد تكميل شده نيز الزامي است.
* مسئول مشاوره شيردهي شهرستان, ضمن بررسي مجدد مادر و شيرخوار طبق آيتمهاي فرم مشاهده شيردهي بايستي وجود هر اشكالي در فرم مشاهده شيردهي را (فرضا با خودكار قرمز) ثبت و تيكهاي نادرست را با كشيدن دايره به دور آن مشخص نمايد. فرمهاي تكميل شده بايد در مركز مشاوره شيردهي بايگاني گردد.
* پس خوراند مركز مشاوره شيردهي به مركز, پايگاه يا خانه بهداشت بايستي شامل: تصميم اتخاذ شده براي شيرخوار, زمان پيگيري بعدي, توصيه هاي مورد نياز به پرسنل در مورد تداوم شيردهي و گزارش اشكالات موجود در روند ارجاع شيرخوار باشد. نكات پيشگفت بايستي در بخش پس خوراند فرم ارجاع و در صورت نياز پشت برگه ثبت گردد. تذكر به مادر در مورد تحويل پس خوراند با مركز, پايگاه يا خانه بهداشت مربوطه الزامي است.
* پرسنل بايستي پس از دريافت پس خوراند, نتيجه را در فرم مراقبت ويژه كودک ثبت و اصل فرم را در پوشه كودكان بايگاني نمايند.

نحوه نظارت بر عملكرد پرسنل درارجاع شيرخواران و مركز مشاوره شيردهي شهرستان در ارسال پس خوراند به شرح زير خواهد بود:

* كارشناس مسئول برنامه سلامت كودكان لازم است جهت بررسي عملكرد پرسنل هر 6 ماه يك بار فرمهاي تكميل شده را از مركز مشاوره شيردهي دريافت و پس از استخراج مشكلات و تهيه گزارش به مركز مشاوره شيردهي بازگشت دهد.
* گزارش مي تواند شامل نكات مثبت و منفي عملكرد پرسنل مراكز در مشاوره يا مشاهده شيردهي و نيز نحوه ارجاع ماد ر و شيرخوار باشد.
* براي بررسي عملكرد پرسنل درارجاعات برنامه ترويج تغذيه با شير مادر در حين بازديد محل ، مي توان از طريق مشاهده ته برگ دفترچه ارجاع, بررسي ثبت پس خوراند مركز مشاوره شيردهي در پرونده و بررسي نحوه بايگاني فيدبك هاي ارجاع اقدام نمود.
* براي بررسي عملكرد مسئول مركز مشاوره شيردهي شهرستان مي توان از بايگاني فرمهاي مشاهده شيردهي در مركز, نحوه تكميل مجدد آنها و نيز پس خوراند ارسال شده به مراكز, پايگاهها و خانه هاي بهداشت استفاده نمود.
* درصد كودكان شيرخشك خوار از طريق زير محاسبه گردد : 100 \*

**جدول شماره ٤- مصاحبه با گیرندگان خدمت در برنامه مشاوره شیردهی**

* در اين قسمت بايد مصاحبه با گيرندگان خدمتي كه جهت دريافت خدمات مراجعه نموده اند، در حين خروج از مركز مشاوره شيردهي انجام شود. حداقل با 5 مادر مصاحبه شود و چنانچه افراد مورد نظر را پيدا نكرديد، مصاحبه با تلفن به منازل آنان انجام گيرد.

چنانچه كليه شرايط مطرح در سوال حاصل گرديد، امتياز ١ و در غير اين صورت امتياز صفر به آن سوال تعلق مي گيرد. به اين صورت كه اگردر هر سوال همه مادران جواب صحيح دهند نمره ١ و در غير اين

صورت نمره صفر داده مي شود .

**جدول شماره 5- بررسی آگاهی کارکنان مراکز مشاوره شیردهی**

* در هر پايش ، در صورتي كه 100% از هر سوال را طبق دستورالعمل جواب دهد، نمره ١ و در صورت پاسخ كمتر از 100% نمره صفر داده شود.

**جدول شماره 6- پرسشنامه خود ارزیابی**

* اين پرسشنامه توسط پرسنل مراكز مشاوره شيردهي تكميل مي شود. هدف از اين ارزيابي بررسي وضعيت زير ساخت فرايند ها در مركز مشاوره شيردهي مي باشد .

**جدول شماره 7- پرسشنامه بررسی تجهیزات**

* اين پرسشنامه توسط فرد پايشگر در زمان پايش و از طريق مشاهده و بررسي وسايل و تجهيزات، تكميل مي شود. نمره دهي با توجه به تعداد قابل قبول ذكر شده در جدول صورت مي پذيرد .

**روش محاسبه امتیاز کسب شده و درصد نهایی امتیاز مندرج بر روي جلد :**

* امتياز كسب شده : جمع همه آيتم هاي موجود كه نمره به آن ها تعلق گرفته است .
* درصد امتياز : ( جمع همه آيتم هاي موجود كه نمره به آن ها تعلق گرفته است تقسيم بر عدد 116) \* 100

**جدول شماره 1- پرسشنامه شیوه ارایه خدمت در برنامه مشاوره شیردهی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **نمره** | **توضیح موارد نامطلوب** | **سوال مشاهده** | | **ردیف** |
| 1 0 |  | بله خير | آيا از يونيفورم تميز و مناسب استفاده مي نمايد؟ | 1 |
| 1 0 | هم سطح قرار گرفتن توجه کردن حذف موانع دادن وقت کافی به مادر تماس مناسب پذیرش افکار مادر تحسین رفتارهای صحیح مادر و کودک | بله خير | آيا از ارتباط غير كلامي مناسب استفاده مي كند ؟ | 2 |
| 1 0 | منحنی وزن منحنی قد منحنی دور سر | بله خير | آيا منحني رشد را در پرونده و كارت رشد كودک به طور صحيح رسم مي كند؟ | 3 |
| 1 0 | منحنی وزن منحنی قد منحنی دور سر | بله خير | آيا منحني رشد را براى مادر تفسير مي نمايد؟ | 4 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا فرم مشاهده شيردهي را براى كودک به نحو صحيح تكميل نموده است ؟ | 5 |
| 1 0 | نشان دادن علاقه استفاده از سوالات باز تکرار صحبت های مادر  ابراز همدلی عدم استفاده از کلمات قضاوت گونه | بله خير | آيا مشاور در برقرارى ارتباط با مادر از ارتباط كلامي مناسب استفاده مي كند ؟ | 6 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا در طول مشاوره از مواد كمك آموزشي مناسب استفاده مي كند ؟ | 7 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا فوايد شيرمادر را به مادر توضيح مي دهد ؟ | 8 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مضرات استفاده از شير خشك ، شيشه شير و پستانك را به مادر توضيح مي دهد؟ | 9 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور به سوالات مادر جواب هاى واضح مي دهد ؟ | 10 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور طرز استفاده از فنجان و قاشق و راهنمايي هاى لازم را به مادر مي دهد ؟ | 11 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور در رابطه با نحوه دوشيدن و ذخيره كردن شير براى مادر توضيح مي دهد ؟ | 12 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور از مادر مي خواهد تا راهنمايي هاى ارايه شده توسط او را تكرار نمايد ؟ | 13 |
| 1 0 | توضیح ۴ نکته قرار گرفتن شیر خوار بر روی پستان توضیح نحوه گرفتن پستان توسط مادر توضیح حالت های نشسته ، عرضی و زیر بغل کمک به قرار دادن شیر خوار بر روی پستان | بله خير | آيا مشاور به مادر كمك عملي ارايه مي دهد ؟ | 14 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور جهت اتخاذ يك تصميم آگاهانه به مادر كمك مي كند ؟ | 15 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور در رابطه با رفع كليه ابهامات مادر از او سوال مي كند ؟ | 16 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور با مادر و خانواده او محترمانه برخورد مي كند ؟ | 17 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا جلسه مشاوره از طرف مشاور كنترل مي ش د و ؟ | 18 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور ، زمان پيگيرى يا مراجعه مجدد را به مادر يادآورى مي نمايد ؟ | 19 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشاور ، نتيجه مشاوره را در فرم ارجاع ثبت مي نمايد ؟ | 20 |

**جدول شماره 2- پرسشنامه بررسی فرم مشاهده شیردهی**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نمره | مقطع سنی | | توضیح موارد نامطلوب | سوال | ردیف |
| 6 تا 24 ماه | زیر 6 ماه |
| 1 0 | بله خير | بله خير |  | آيا مشخصات كودک در فرم مشاهده شيردهي ثبت شده است ؟ | 1 |
| 1 0 | بله خير | بله خير |  | آيا وضعيت عمومي مادر و شيرخوار به طور صحيح تكميل و ثبت شده است ؟ | 2 |
| 1 0 | بله خير | بله خير |  | آيا بخش غربالگرى زود رس تغذيه با شيرمادر در 3 تا 5 روزگي صحيح ثبت شده است ؟ | 3 |
| 1 0 | بله خير | بله خير | در یک امتداد بودن سرو تنه شیرخوار چسبیدن بدن شیرخوار به مادر نگهداشتن تمام بدن شیر خوار با دست توسط مادر قرار داشتن بینی نوک پستان | آيا در بخش معاينه و مشاهده ،نحوه بغل كردن شيرخوار ثبت شده است ؟ | 4 |
| 1 0 | بله خير | بله خير | دیدن قسمت بیشتری از آرئول بالای لب فوقانی باز بودن کامل دهان شیر خوار چرخیدن لب تحتانی شیرخوار به بیرون تماس چانه شیر خوار با پستان مادر | آيا در بخش مشاهده و معاينه ، وضعيت پستان گرفتن شيرخوار ثبت شده است ؟ | 5 |
| 1 0 | بله خير | بله خير | مکیدن آهسته و عمیق برجستگی گونه حین مکیدن شنیدن صدای بلع رها کردن سینه پس از شیر خوردن احساس علائم رفلکس جهش شیر توسط مادر | آيا در بخش مشاهده و معاينه ، نحوه مكيدن شير خوار ثبت شده است ؟ | 6 |
| 1 0 | بله خير | بله خير | مشاهده نوک پستان سالم و بدون ترک و برجسته  پرسیدن در خصوص عدم احساس درد در سینه یا نوک پستان  پرسیدن در مورد احساس پری در پستان ها قبل از شیر دهی پرسیدن در مورد احساس نرمی در پستان ها پس از شیردهی آموزش صحیح گرفتن پستان ها به وسیله انگشتان دور از نوک سینه | آيا در بخش مشاهده و معاينه ، موارد مربوط به پستان هاى مادر ثبت شده است ؟ | 7 |
| 1 0 | بله خير | بله خير | توصیه به آرامش شیرخوار زیر پستان توصیه به شیردهی بیش از ۱۰ دقیقه توصیه به شیر دهی تا رها کردن پستان توسط شیر خوار توصیه به شیردهی هر ۲ تا ۳ ساعت یک بار بررسی استفاده از شیر کمکی و شیشه و پستانک | آيا نحوه شيرخوردن مطلوب شيرخوار را به نحو صحيح ثبت كرده است ؟ | 8 |
| 1 0 | بله خير | بله خير | بررسی ابتلای مادر به بیماری بررسی مصرف دارو بررسی روش پیشگیری از بارداری بررسی تجربه شیردهی ناموفق در مادر | آيا بخش مرتبط با شرح حال مادر به نحو صحيح تكميل شده است ؟ | 9 |
| 1 0 | بله خير | بله خير | حداقل سه بار اجابت مزاج با حجم کافی اجابت مزاج زرد و دانه دانه دفع ادرار رقیق و کمرنگ حداقل ۶ بار در شبانه روز | آيا از مادر در رابطه با بخش مرتبط با وضعيت دفع نوزاد سوال و نتيجه ثبت شده است ؟ | 10 |
| 1 0 | بله خير | بله خير |  | آيا نام و نام خانوادگي ارجاع دهنده و تاريخ ارجاع در قسمت مربوطه ثبت شده است ؟ | 11 |
| 1 0 | بله خير | بله خير |  | آيا فرم ممهور به مهر و امضاى مدير مركز بهداشتي درماني مي باشد ؟ | 12 |
| 1 0 | بله خير | بله خير |  | آيا روزهاى كار مركز مشاوره شيردهي شهرستان در پايين فرم ثبت شده است ؟ | 13 |

**جدول شماره ٣- پرسشنامه بررسی مدارك ثبتی در برنامه مشاوره شیردهی**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نمره |  | توضیح موارد نامطلوب | پاسخ | | موضوع | رديف |
| 1 0 |  |  | خير | بله | آيا فرم هاى مشاوره شيردهي در مركز مشاوره به نحو مطلوب بايگاني شده اند ؟ | 1 |
| 1 0 |  |  | خير | بله | آيا مسوول مشاوره شيردهي شهرستان وجود هر اشكال در فرم مشاهده شيردهي را ترجيحا با خودكار قرمز ثبت و تيك هاى نادرست را با كشيدن دايره به دور آن مشخص نموده است ؟ | 2 |
| 1 0 |  |  | خير | بله | آيا مسوول مشاوره شيردهي شهرستان ، پسخوراند لازم به مراكز ارجاع دهنده داده است ؟ \* | 3 |
| 1 0 |  |  | خير | بله | آيا دفتر مراجعين به مراكز مشاوره شيردهي طبق دستورالعمل خط كشي و تكميل شده است ؟ | 4 |
| 1 0 |  |  | خير | بله | آيا در مراكز مشاوره شيردهي بيمارستاني اطلاعات مشاورين در نرم افزار مربوطه وارد مي شود ؟ \*\* | 5 |
| 1 0 |  |  | خير | بله | آيا برآورد كوپن در مراكز مشاوره شيردهي شهرستاني بر اساس دستورالعمل صورت گرفته است ؟ | 6 |
| 1 0 |  |  | خير | بله | آيا دستورالعمل ها و متون آموزشي موجود و به نحو قابل دسترس تنظيم شده است ؟ | 7 |
| 1 0 |  |  | خير | بله | آيا درصد كودكان شيرخشك خوار زير 8% می باشد ؟ | 8 |
|  | جمع امتیاز |  |  | |  | |

* جهت کنترل این بند لازم است ، مسوول مشاوره شیردهی شهرستان دقیقا پسخوراند داده شده توسط فرم پسخوراند ارجاع به مراکز ارجاع دهنده را به وسیله کاربن در پشت فرم مشاوره شیردهی نیز ثبت نماید تا پایش کننده قادر به کنترل پسخوراند ارسالی باشد .
* در صورتی که مرکز مشاوره بیمارستانی است سوال شود . در غیر اینصورت بر مبناي (موردي ندارد) نمره ١ تعلق می گیرد .

**جدول شماره 4- مصاحبه با گیرندگان خدمت مشاوره شیردهی**

در صورتی که 100% سوالات پرسیده شده را طبق دستورالعمل جواب دهد نمره یك و در صورت دریافت امتیاز کمتر از 100% ، نمره صفر داده شود .

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نمره | توضيح موارد نامطلوب | مادر پنجم | | مادر چهارم | | مادر سوم | | مادر دوم | | مادر اول | | سوال بررسي | رديف |
| 1 0 |  | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا از نحوه برخورد ارايه دهنده خدمت رضايت داريد؟ | 1 |
| 1 0 |  | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا از مدت زماني كه هر بار منتظر مي شويد تا نوبت شما برسد رضايت داريد؟ | 2 |
| 1 0 |  | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | ايا در هر بار مراجعه از مشكلات احتمالي شير خوار در شيرخوردن سوال مي شود | 3 |
| 1 0 | رشد وزنی رشد قدی  رشد دور سر | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا مادر قادر به تفسير منحني رشد مي باشد؟ | 4 |
| 1 0 |  | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا مادر نحوه صحيح مصرف مكمل ها را مي داند؟ | 5 |
| 1 0 |  | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا نحوه صحيح شيردهي را به صورت عملي به شما آموزش داده اند؟ | 6 |
| 1 0 | تغذیه مکمل های دارویی | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا در هر بار مراجعه، در خصوص نحوه صحيح شيردهي به شما آموزش دادهمي شود؟ | 7 |
| 1 0 | تغذیه مکمل های دارویی | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا در هر بار مراجعه، در خصوص نحوه صحيح تغذيه تكميلي به شما آموزش داده مي شود؟ | 8 |
| 1 0 |  | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا زمان مراجعه بعدى به شما گفته مي شود؟ | 9 |
| 1 0 |  | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | خير | بله | آيا در مورد آموزش هايي كه به شما مي دهد، سوال مي كند؟ | 10 |
| 1 0 |  |  | |  | |  | |  | |  | | جمع امتیاز |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **جدول شماره 5- بررسی آگاهی کارکنان مراکز مشاوره شیردهی** | | | | | |
| : | نام پايش شونده | |  | |  |
| موارد نامطلوب |  | \*نمره | سوال بررسي | | رديف |
|  |  |  | آيا نحوه بغل كردن صحيح شيرخوار را بيان مي كند ؟ | | 1 |
|  |  |  | آيا نحوه پستان گرفتن صحيح توسط شيرخوار را بيان مي كند ؟ | | 2 |
|  |  |  | آيا نحوه مكيدن صحيح توسط شيرخوار را بيان مي كند ؟ | | 3 |
|  |  |  | آيا نحوه شيرخوردن صحيح توسط شيرخوار را توضيح مي دهد ؟ | | 4 |
|  |  |  | آيا نحوه صحيح گرفتن شرح حال از مادر را توضيح مي دهد ؟ | | 5 |
|  |  |  | آيا در رابطه با نحوه دفع ادرار و مدفوع در نوزادان اطلاع كافي دارد ؟ | | 6 |
|  |  |  | آيا موارد ارجاع در برنامه شيرمادر را مي داند ؟ | | 7 |
|  |  |  | آيا توصيه هاى مناسب در رابطه با موارد زير را بيان مي كند ؟  شیردهی تغذیه تکمیلی استفاده از مکمل های دارویی | | 8 |
|  |  |  | آيا از آخرين دستورالعمل هاى مشاوره شيردهي اطلاع دارد ؟ | |  |
|  |  |  | جمع امتیاز |  |  |

**جدول شماره 6- پرسشنامه خودارزیابی مشاورین شیردهی نام و نام خانوادگی پاسخ دهنده:**

همكار محترم ضمن تشكر از صبر وحوصله سرکار عالی ، خواهشمند است سوالات زير را به دقت پاسخ دهيد. پاسخ دقيق و صادقانه ما را در حل مشكلات يارى خواهد كرد. توجـه داشـته باشـيد هـدف از ايـن ارزيابي بررسي وضعيت زير ساخت فرايند ها در مراكز مشاوره شيردهي مي باشد .

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| نمره | توضیح موارد نامطلوب | پاسخ | **1-6 : بررسی هاي عمومی** | | ردیف |
| 1 0 |  | بله خير | آيا وضعيت و شرايط محيط كار شما ( نور، دما، تهويه و .... ) براى انجام فعاليت هايتان مناسب است؟ | | 1 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا كارگاه آموزشي شير مادر و مشاوره شيردهي را گذرانيده ايد؟ | | 2 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا از برنامه هاى آموزشي برنامه شير مادر و كاربردى بودن آن رضايت داريد؟ | | 3 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا در كلاسها يا سمينارهاى آموزشي به شما مواد آموزشي داده مي شود (جزوه، كتاب، پمفلت)؟ | | 4 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا در مورد تكميل دقيق فرم هاى مشاوره شيردهي و روش جمع آورى اطلاعات، آموزش ديده ايد؟ | | 5 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا بازديدهاى نظارتي را مفيد مي دانيد؟ | | 6 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا پس از ارسال آمارها و يا بازديدهاى نظارتي، به شما پسخوراند داده مي شود؟ | | 7 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا وسايل و مواد مصرفي مورد نياز خود را به تعداد كافي و به موقع دريافت مي كنيد؟ | | 8 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا در صورت نياز ، تعمير يا جايگزيني تجهيزات به موقع (حداكثر طي 15 روز) انجام مي گيرد؟ | | 9 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا با توجه به نيازهاى مادران داراى كودک زير ٢سال به صورت دوره اى و مرتب آموزش گروهي فردى يا مشاوره برگزار مي كنيد؟ | | 10 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا مشكلاتي در ارجاع شيرخواران نيازمند ارجاع به سطوح بالاتر داريد ؟ ( در صورت پاسخ بلي توضيح دهيد . ) | | 11 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا زمان كافي براى تكميل فرم ها داريد؟ | | 12 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا زمان كافي براى بيان توصيه ها ، اقدامات عملي و مشاوره داريد؟ | | 13 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا زمان كافي براى استفاده از مجموعه هاى آموزشي شيرمادر و مشاوره شيردهي حين ارايه خدمت وجود دارد؟ | | 14 |
| 1 0 |  | بله خير | آيا متون آموزشي و دستورالعملهاى برنامه شير مادر مو جود است و فهرست بندى شده است؟ | | 15 |
| 1 0 | توضيح موارد نيازمند بازآموزى | بازآموزى تئورى | بازآموزى عملي | **2-6 : خودارزیابی بررسی آگاهی و مهارت** |  |
| 1 0 |  | بله خير | بله خير | آيا براى ارزيابي شيردهي خود را نيازمند بازآموزى مي دانيد؟ | 16 |
| 1 0 |  | بله خير | بله خير | آيا در مورد تكميل فرمهاى آمارى ، صدور و برآورد كوپن خود را نيازمند بازآموزى مي دانيد؟ | 17 |
| 1 0 |  | بله خير | بله خير | آيا در مورد تكميل دفاتر مشاوره شيردهي خود را نيازمند بازآموزى مي دانيد؟ | 18 |
| 1 0 |  | بله خير | بله خير | آيا براى انجام مشاوره تغذيه تكميلي خود را نيازمند بازآموزى مي دانيد؟ | 19 |
| 1 0 |  | بله خير | بله خير | آيا براى انجام مشاوره شيردهي خود را نيازمند بازآموزى مي دانيد؟ | 20 |

**جدول شماره 7- پرسشنامه بررسی تجهیزات مراکز مشاوره شیردهی**

**نام مرکز مشاوره شیردهی :**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| خیر | بلی | | حداقل تعداد قابل قبول | | چك لیست بررسی تجهیزات | | خیر | بلی | حداقل تعداد قابل قبول | چك لیست بررسی تجهیزات | |
|  |  | | ١ جلد | | جزوه مشاوره شيردهي | 23 |  |  | حداقل 2تا | صندلي معمولي | 1 |
|  |  | | 1- یک جلد از هرعنوان یا فایل قابل دسترسی از کتاب | | \*كتب منابع شيرمادر (فایل مربوطه) | 24 |  |  | 1 عدد به تعداد مشاورين | صندلي گردان | 2 |
|  |  | | ١ عدد از نمونه هاى ارسالي | | پوستر هاى شيرمادر | 25 |  |  | ا دستگاه | تلويزيون | 3 |
|  |  | | ١ عدد از نمونه هاى ارسالي | | زونكن پمفلت هاى شيرمادر | 26 |  |  | ا دستگاه | **DVD** يا ويدئو**CD** | 4 |
|  |  | | ١ عدد | | زونكن دستورالعمل ها | 27 |  |  | ١ دستگاه | كمد كتابخانه اى | 5 |
|  |  | | 10مدل کارت | | کارت های مدل های شیردهی | 28 |  |  | ١ عدد | كمد بايگاني | 6 |
|  |  | | ا دستگاه | | شيردوش | 29 |  |  | ١ عدد | كامپيوتر | 7 |
|  |  | | ١ عدد | | محافظ سر سينه ( پد ) | 30 |  |  | ١ عدد | ميز كامپيوتر | 8 |
|  |  | | ١ عدد | | شكل دهنده سر سينه | 31 |  |  | ١ عدد | ميز تحرير | 9 |
|  |  | | ١ عدد | | شيشه شير با سر پستانك مخصوص شكاف كام | 32 |  |  | ١ عدد | تابلو وايت برد | 10 |
|  |  | | ١ عدد | | سر پستانك شكاف كام قابل نصب بر روى سينه مادر | 33 |  |  | ١ عدد | تابلو اطلاع رساني | 11 |
|  |  | | ١ عدد | | سيستم تغذيه با شيركمكي با رابط سينه | 34 |  |  | ١ عدد | تلفن | 12 |
|  |  | | ١ عدد | | فنجان مخصوص تغذيه شيرخوار | 35 |  |  | ١ عدد | عروسك | 13 |
|  |  | | ١ عدد | | ظروف ذخيره شير | 36 |  |  | ١ عدد | ترازوى اطفال | 14 |
|  |  | |  | |  |  |  |  | ١ عدد | وزنه شاهد 5 كيلوگرمي | 15 |
|  |  | |  | |  |  |  |  | ١ عدد | وزنه شاهد500 گرمي | 16 |
|  |  | |  | |  |  |  |  | ١ عدد | ميز قد سنج | 17 |
|  |  | |  | |  |  |  |  | ١ عدد | متر نوارى | 18 |
|  |  | |  | |  |  |  |  | ١ عدد | دفتر ثبت مراجعين به مراكز مشاوره شيردهي | 19 |
|  |  | |  | |  |  |  |  | کلیه مشاوره ها در پورتال ثبت گردند | ثبت فرم ها در پورتال | 20 |
|  | |  | |  |  | | جمع امتیاز | | | | |

* منابع آموزشی مورد نیاز برنامه ترویج تغذیه با شیرمادر که می بایست به شکل کتاب یا فایل دردسترس باشند :

1. مجموعه آموزشی ترویج تغذیه با شیرمادر 2- راهنمای آموزشی مادران باردار برای تغذیه با شیرمادر 3- راهنمای آموزشی مادران (پاسخ به سوالات رایج شیردهی) 4-کتاب راهنمای آموزشی کارکنان بهداشتی درمانی در مورد تغذیه با شیرمادر در ساعت اول 5- کتاب حمایت وترویج تغذیه با شیرمادر در بیمارستان های دوستدارکودک (دوره آموزشی20ساعته برای کارکنان بیمارستان ها)اتاق های مشاوره در سطح بیمارستان ها