



چک لیست پایش برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

ویژه خانه بهداشت

دانشکده علوم پزشکی دزفول

۱۳۹۱

گروه سلامت جمعیت، خانواده و مدارس معاونت بهداشتی (واحد مادران)

نام پایشگر..... مرکز بهداشتی..... خانه بهداشت.....
تاریخ انجام پایش..... تاریخ آخرین پایش.....

جدول نتیجه آخرین پایش

	درصد سازماندهی
	درصد انجام مراقبت پیش از بارداری
	درصد بررسی مدارک ثبتی مراقبت بارداری
	میزان کامل بودن مراقبت بارداری
	درصد بررسی مدارک ثبتی مراقبت پس از زایمان
	میزان مراقبت کل پس از زایمان
	درصد ارزیابی آگاهی ارائه دهنده خدمت
	درصد ارزیابی آگاهی گیرنده خدمت

فرایند	ریز فرایند	نوع فعالیت	امتیاز		
سازماندهی	دستورالعمل ها و مواد آموزشی	۱. آیا بایگانی دستورالعمل های برنامه مادران به نحو مطلوب انجام شده است ؟ (موجود بودن آخرین دستوالعملهای ارسالی، موجود بودن لیست آنها طبق تاریخ و شماره)	۱		
		۲. آیا مواد کمک آموزشی جهت مادران استفاده می شود (آخرین چاپ بوکلت مراقبت ادغام یافته مادران ، راهنمای تغذیه در دوران بارداری و پمفلت و تراکتهای آموزشی مربوط و ..	۱		
	برآورد مکمل ها و نحوه نگهداری	۳. آیا تعداد داروی مکمل تحویلی براساس حواله های دارویی با اطلاعات دفتر دارویی و موجودی همخوانی دارد؟	۱		
		۴. آیا موجودی ثبت شده داروی مکمل در دفتر دارویی با تعداد داروی موجود در قفسه دارویی همخوانی دارد؟*	۱		
		۵. آیا با توجه به متوسط مصرف ماهیانه ، داروی مکمل با در نظر گرفتن تاریخ انقضاء به اندازه حداقل ۲ ماه مصرف در خانه بهداشت موجود است؟	۱		
	تجهیزات	۶. وجود تجهیزات ضروری (فشارسنج - گوشی مامایی یا سونی کیت - ترازوی بزرگسال - قد سنج - تخت معاینه و پاراوان - ترمو متر دهانی- کپسول اکسیژن و مانومتر)	۱		
		۷. وجود امکانات (فرم های برنامه مادران - دفتر مراقبت مادران -دفتر پیگیری - دفاتر ارجاع و پسخوراند - دفترچه زرد رنگ مراقبت)	۱		
	درصد سازماندهی = تعداد یک ها تقسیم بر تعداد سوالات ، ضربدر ۱۰۰				
	عملکرد ارائه دهنده خدمت	بررسی مدارک ثبتی در ۴ پرونده که حداقل دو ماه از تاریخ زایمان آنها گذشته است	معیار پاسخ مثبت و نمره ۱: چنانچه کلیه شرایط مطرح در سوال حاصل گردید ، پاسخ مثبت به آن سؤال تعلق می گیرد. چنانچه پاسخ های مثبت ۳ و یا بیشتر از آن باشد ، به آن سؤال نمره ۱ دهید.		
			مراقبت پیش از بارداری و بارداری (تکمیل صحیح اطلاعات مندرج در فرم مراقبت مادر باردار :		
پرونده ۱		پرونده ۲	پرونده ۳	پرونده ۴	نمره
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
بله خیر		بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱
۱. آیا مادر جهت انجام مراقبت قبل از بارداری ارجاع شده است ؟ (فرم مراقبت قبل از بارداری)					
۲. آیا مراقبت پیش از بارداری انجام شده و در دفتر ممتد مادران کد ۱ وارد شده است ؟					
۳. آیا نتیجه مثبت آزمایش تشخیص بارداری ثبت شده است ؟					
۴. آیا از مادر اطلاعات اولیه (نام و نام خانوادگی ، آدرس و...) و شرح حال گرفته شده است ؟ (بخش ۱ فرم)					
۵. آیا بر اساس شرح حال مادر ، اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش ۷ فرم)					
۶. آیا در مورد وجود رفتار های پرخطر در مادر و همسرش سؤال شده است ؟ (بخش ۱ فرم)					
۷. آیا در صورت وجود رفتارهای پرخطر، اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع و پسخوراند، بخش ۷ فرم)					
۸. آیا برای مادر آزمایش های معمول درخواست شده است ؟ (فرم ارجاع)					
۹. آیا مادر آزمایش های معمول را انجام داده و یا در صورت عدم انجام پیگیری شده است ؟ (بخش ۲ فرم و دفتر پیگیری)					
۱۰. آیا مادر توسط پزشک و کارشناس مامایی معاینه شده است ؟ (بخش ۳ فرم)					
۱۱. آیا براساس نتیجه شرح حال و معاینه پزشک و آزمایش ها اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش ۷ فرم)					
۱۲. آیا مادر از نظر علائم خطر فوری بررسی شده است ؟ (بخش ۴ فرم)					
۱۳. آیا در صورت وجود علائم خطر فوری ، اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش ۷ فرم)					
۱۴. آیا مادر در مراقبت های معمول ارزیابی شده است ؟ (بخش ۴ فرم)					
۱۵. آیا در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع ، بخش پسخوراند و ویژه فرم)					

عملکرد ارائه دهنده خدمت	بررسی مدارک	ادامه مراقبت بارداری					
	ثبتي در پرونده كه حداقل دو ماه از تاريخ زايمان آنها گذشته است	نمره	۱	۲	۳	۴	۰
	۱۶. آیا مادر معاینه دهان و دندان شده است ؟ (بخش ۴ فرم)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱
	۱۷. آیا در صورت وجود عارضه دهان و دندان ، اقدام شده است ؟(دفترچه ارجاع ، بخش پسخوراند و ویژه فرم)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱
	۱۸. آیا وضعیت ایمنسازی مادر در دوران بارداری بررسی و اقدام لازم انجام شده است ؟ (بخش ۴ فرم)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱
	۱۹. آیا مکمل های دارویی تجویز شده است ؟ (بخش ۴ فرم)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱
	۲۰. آیا میزان وزن گیری مادر در منحنی و جدول وزن گیری ثبت شده است ؟ (بخش ۶ فرم)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱
	۲۱. آیا در صورت وجود مشکل وزن گیری ، اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع ، بخش پسخوراند و ویژه فرم)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱
	۲۲. آیا به مادر آموزش های لازم ارائه شده است ؟ (بخش ۴ فرم مراقبت)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱
	۲۳. آیا نام معاینه کننده ثبت و امضا شده است؟(بخش ۴ فرم)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱
۲۴. آیا در صورت نیاز به تزریق آمپول روگام ، اقدام شده است؟(بخش ۵ فرم)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱	
۲۵. آیا نتیجه مراقبت در دفتر مراقبت ممتد مادر باردار ثبت شده است؟	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱	
۲۶. آیا اطلاعات دفتر مراقبت با اطلاعات فرم های مراقبتي همخوانی دارد؟	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱	
۲۷. آیا در صورت عدم مراجعه مادر در زمان مقرر، اقدام لازم در زمینه پیگیری انجام شده است؟ (دفتر پیگیری)	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۰ ۱	
درصد انجام مراقبت پیش از بارداری = تعداد پرونده های دارای مراقبت پیش از بارداری تقسیم بر ۴ ، ضربدر ۱۰۰							
درصد بررسی مدارک ثبتي در مراقبت بارداری = تعداد یک ها تقسیم بر تعداد سوالات ، ضربدر ۱۰۰							
محاسبه شاخص های پوشش و استمرار مراقبت بارداری	حداقل ۲ مراقبت در ۲۰ هفته اول	۳ مراقبت در هفته های ۲۱-۳۷		حداقل ۱ مراقبت در هفته های ۳۸-۴۰		چنانچه هر سه ستون نمره ۱ گرفته اند نمره ۱ و در غیر اینصورت صفر در نظر گرفته شود	
	پرونده ۱	۱	۰	۱	۰	۱	
	پرونده ۲	۱	۰	۱	۰	۱	
	پرونده ۳	۱	۰	۱	۰	۱	
	پرونده ۴	۱	۰	۱	۰	۱	
	درصد مراقبت					*	

درصد مراقبت = جمع ستون تقسیم بر ۴ ضربدر ۱۰۰

*در صد کامل بودن مراقبت بارداری مربوط به این خانه جدول است که باید در جدول ثبت نتیجه پایش وارد گردد.

عملکرد ارائه دهنده خدمت

بررسی مدارک

ثبتي در ۴ پرونده که حداقل دو ماه از تاريخ زایمان آنها گذشته است

محاسبه شاخصهای پوشش و استمرار مراقبت پس از زایمان

درصد مراقبت = جمع ستون تقسیم بر ۴ ضربدر ۱۰۰

۱	۲	۳	۴	درصد مراقبت
۰	۱	۰	۱	۰
۰	۱	۰	۱	۰
۰	۱	۰	۱	۰
۰	۱	۰	۱	۰
۰	۱	۰	۱	۰

آگاهی ارائه دهنده خدمت

درصد آگاهی ارائه دهنده خدمت = تعداد یک ها تقسیم بر تعداد تعداد سوالات، ضربدر ۱۰۰

نمره	
۰	۱
۰	۱
۰	۱
۰	۱
۰	۱
۰	۱
۰	۱
۰	۱
۰	۱
۰	۱

مصاحبه با ۴ مادر که حداقل ۲ ماه از تاریخ زایمان آنها گذشته باشد .						ارزیابی رضایت و آگاهی گیرنده خدمت
معیار پاسخ مثبت و نمره ۱: چنانچه کلیه شرایط مطرح در سوال حاصل گردید ، پاسخ مثبت به آن سؤال تعلق می گیرد. چنانچه پاسخ های مثبت ۳ و یا بیشتر از آن باشد ، به آن سؤال نمره ۱ دهید.						
نمره	۴	۳	۲	۱		رضایت
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱. آیا ساعت کار خانه بهداشت و دسترسی به آن بگونه ای است که بتوانید از خدمات آن استفاده کنید؟	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲. آیا از نحوه برخورد و شیوه ارائه خدمت کارکنان رضایت دارید؟	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۳. آیا در هنگام صحبت با ارائه دهنده خدمت و یا معاینه توسط وی، احساس امنیت و راحتی از نظر محفوظ بودن محل معاینه و اینکه کسی متوجه صحبت های شما نیست، دارید؟	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۴. آیا متوجه صحبت ها و آموزش هایی که به شما می دهد، می شوید؟	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۵. آیا ارائه دهنده خدمت در مورد مسائل زیر تا بحال به شما آموزش داده است	آگاهی
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۶. علائم خطر بارداری*	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۷. علائم خطر پس از زایمان*	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۸. علائم خطر نوزادی*	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۹. بهداشت فردی و روان	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۰. شکایات شایع *	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۱. عدم مصرف دارو، سیگار و دخانیات	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۲. نحوه استفاده از مکمل های دارویی، تغذیه دوران بارداری و پس از زایمان	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۳. بهداشت دهان و دندان مادر	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۴. رفتارهای پرخطر *	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۵. آمادگی زایمان ، محل و عامل زایمان	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۶. مراقبت از نوزاد	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۷. شیردهی	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۸. تنظیم خانواده	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۹. زمان مراجعه بعدی	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲۰. آیا آموزش هایی که ارائه دهنده خدمت به شما می دهد را کافی می دانید ؟	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲۱. آیا ارائه دهنده خدمت به شما آموزش داده است که در صورت بروز علائم خطر چه کاری باید انجام دهید ؟	
*						
درصد ارزیابی رضایت و آگاهی گیرنده خدمت = تعداد یک ها تقسیم بر تعداد سوالات ، ضربدر ۱۰۰						

از خانم بخواهید که حداقل ۲ علامت خطر از هر مورد را نام ببرد.

* علایم خطر بارداری شامل: تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی/ لکه بینی، درد شکم، فشارخون بالا، آبریزش، تب،...

* 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 ۲۴ ساعت اول، استفراغ مکرر، خوب شیر نخوردن، بی قراری و بی حالی، تب، تشنج،...

* به چند نمونه از شکایات شایع یا رفتار پرخطر اشاره نمائید تا مادر در مورد آنها توجیه شود.

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