



چک لیست پایش برنامه مراقبت های ادغام یافته سلامت مادران

## ویژه مراکز شهری و پایگاه بهداشتی

دانشکده علوم پزشکی دزفول

۱۳۹۱

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

مرکز بهداشتی/پایگاه بهداشتی.....

نام پایشگر.....

تاریخ آخرین پایش .....

تاریخ انجام پایش.....

### جدول نتیجه آخرین پایش

	درصد سازماندهی
	درصد بررسی مدارک ثبتی مراقبت پیش از بارداری
	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	دستورالعملها و مواد آموزشی	۱. آیا بایگانی دستورالعمل های برنامه مادران به نحو مطلوب انجام شده است؟ (موجود بودن آخرین دستورالعملهای 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 مرکز بهداشتی/ پایگاه 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 مراجعین روزانه - 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 سوال تعلق می گیرد. چنانچه پاسخ های مثبت ۳ و یا بیشتر از آن باشد، به آن سوال نمره ۱ دهید.			
		<b>مراقبت پیش از بارداری</b> (در صورت پایان تاریخ اعتبار مراقبت قبل از بارداری، پرونده بررسی شده در محاسبه پوشش منظور نخواهد گردید.)			
		نمره	۴	۳	۲
		۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر
		۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر
		۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر
		۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر
		۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر
		۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر
		۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر
درصد انجام مراقبت پیش از بارداری = تعداد پرونده های دارای مراقبت پیش از بارداری تقسیم بر ۴، ضربدر ۱۰۰					
درصد بررسی مدارک ثبتی در مراقبت پیش از بارداری = تعداد یک ها تقسیم بر تعداد سوالات، ضربدر ۱۰۰					

بررسی مدارک		معیار پاسخ مثبت و نمره ۱: چنانچه کلیه شرایط مطرح در سوال حاصل گردید ، پاسخ مثبت به آن سوال تعلق می گیرد. چنانچه پاسخ های مثبت ۳ و یا بیشتر از آن باشد ، به آن سوال نمره ۱ دهید.				
ثبتي در ۴ پرونده كه حداقل دو ماه از تاريخ زايمان آنها گذشته است		مراقبت بارداری				
نمره	۴	۳	۲	۱		
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱. آیا نتیجه مثبت آزمایش تشخیص بارداری ثبت شده است ؟
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲. آیا از مادر اطلاعات اولیه ( نام و نام خانوادگی ، آدرس و... ) و شرح حال گرفته شده است ؟ ( بخش ۱ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۳. آیا بر اساس شرح حال مادر ، اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش ۷ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۴. آیا در مورد وجود رفتار های پرخطر در مادر و همسرش سوال شده است ؟ ( بخش ۱ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۵. آیا در صورت وجود رفتارهای پرخطر، اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع و پسخوراند، بخش ۷ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۶. آیا برای مادر آزمایش های معمول درخواست شده است ؟ (فرم ارجاع )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۷. آیا مادر آزمایش های معمول را انجام داده و یا در صورت عدم انجام پیگیری شده است ؟ (بخش ۲ فرم و دفتر پیگیری)
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۸. آیا مادر توسط پزشک و کارشناس مامایی معاینه شده است ؟ ( بخش ۳ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۹. آیا براساس نتیجه شرح حال و معاینه پزشک و آزمایش ها اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش ۷ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۰. آیا مادر از نظر علائم خطر فوری بررسی شده است ؟ ( بخش ۴ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۱. آیا در صورت وجود علائم خطر فوری ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش ۷ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۲. آیا مادر در مراقبت های معمول ارزیابی شده است ؟ ( بخش ۴ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۳. آیا در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۴. آیا مادر معاینه دهان و دندان شده است ؟ ( بخش ۴ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۵. آیا در صورت وجود عارضه دهان و دندان ، اقدام شده است ؟ (دفترچه ارجاع ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۶. آیا وضعیت ایمنسازی مادر در دوران بارداری بررسی و اقدام لازم انجام شده است ؟ ( بخش ۴ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۷. آیا مکمل های دارویی تجویز شده است ؟ ( بخش ۴ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۸. آیا میزان وزن گیری مادر در منحنی و جدول وزن گیری ثبت شده است ؟ ( بخش ۶ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۹. آیا در صورت وجود مشکل وزن گیری ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲۰. آیا به مادر آموزش های لازم ارائه شده است ؟ ( بخش ۴ فرم مراقبت )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲۱. آیا نام معاینه کننده ثبت و امضا شده است ؟ ( بخش ۴ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲۲. آیا در صورت نیاز به تزریق آمپول روگام ، اقدام شده است ؟ ( بخش ۵ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲۳. آیا نتیجه مراقبت در دفتر مراقبت ممتد مادر باردار ثبت شده است ؟
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲۴. آیا اطلاعات دفتر مراقبت با اطلاعات فرم های مراقبتی همخوانی دارد ؟
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲۵. آیا در صورت عدم مراجعه مادر در زمان مقرر ، اقدام لازم در زمینه پیگیری انجام شده است ؟ ( دفتر پیگیری )
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	۰
پرونده ۲	۱	۰	۱	۰	۱	۰
پرونده ۳	۱	۰	۱	۰	۱	۰
پرونده ۴	۱	۰	۱	۰	۱	۰
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.

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 بیشتر از آن باشد ، به آن سؤال نمره ۱ دهید.					
نمره	۴	۳	۲	۱	مراقبت پس از زایمان
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱. آیا مشخصات و شرح حال مادر ثبت شده است ؟
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۲. آیا مادر از نظر علائم خطر فوری بررسی شده است ؟ (بخش ۱ فرم ) .
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۳. آیا در صورت وجود علائم خطر فوری ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۴. آیا مادر در ملاقات های معمول ارزیابی شده است ؟ (بخش ۱ فرم ) .
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۵. آیا در صورت وجود علائم خطر ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۶. آیا مادر معاینه شده است ؟ ( بخش ۱ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۷. آیا بر اساس نتیجه معاینه ، اقدام شده است ؟ ( دفترچه ارجاع و پسخوراند ، بخش پسخوراند و ویژه فرم )*
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۸. آیا مکمل های دارویی تجویز شده است ؟ ( بخش ۱ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۹. آیا به مادر آموزش های لازم ارائه شده است ؟ ( بخش ۱ فرم ) .
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۰. آیا در صورت نیاز به تزریق آمپول روگام ، اقدام شده است ؟ ( بخش ۱ فرم )
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۱. آیا نام معاینه کننده ثبت و امضا شده است ؟ ( بخش ۱ فرم ) ..
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۲. آیا نتیجه معاینه در دفتر مراقبت ممتد مادر باردار ثبت شده است ؟
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۳. آیا اطلاعات دفتر مراقبت با اطلاعات فرم های مراقبتی همخوانی دارد ؟
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱۴. آیا در صورت عدم مراجعه مادر در زمان مقرر ، اقدام لازم در زمینه پیگیری انجام شده است ؟ (دفتر پیگیری)
درصد مدارک ثبتی در مراقبت پس از زایمان = تعداد یک ها تقسیم بر تعداد سوالات ، ضربدر ۱۰۰					
درصد مراقبت	۴	۳	۲	۱	درصد مراقبت = جمع ستون تقسیم بر ۴ ضربدر ۱۰۰
	۰	۱	۰	۱	مراقبت بار اول
	۰	۱	۰	۱	مراقبت بار دوم
	۰	۱	۰	۱	مراقبت بار سوم
	*				مراقبت کل ( چنانچه مراقبت بار اول، دوم و سوم انجام شده نمره ۱ و در غیر اینصورت صفر در نظر گرفته شود)  * درصد مراقبت کل پس از زایمان مربوط به این خانه جدول است که باید در جدول ثبت نتیجه پایش وارد گردد.
نمره					
۰	۱	۱. شاخص های نیازمند ارتقاء و مداخله برنامه مادران در مرکز شما کدامند؟ پیش از بارداری، بارداری، پس از زایمان ، زایمان طبیعی ، سزارین			
۰	۱	۲. مداخلات طراحی شده در برنامه عملیاتی برای حل مشکلات فوق را بیان کنید.			
۰	۱	۳. گروه هدف مراقبت پیش از بارداری را نام ببرید . ( چاپ هفتم بوکتل مادران ص ۳ و ۴)			
۰	۱	۴. مادران باردار را در چه سن حاملگی ، برای شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان ارجاع می دهید ( چاپ هفتم بوکتل مادران ص ۴)			
۰	۱	۵. اقدام شما در برخورد با مادر از هاش منفی چیست و زمانهای تزریق آمپول روگام در بارداری و پس از زایمان را بیان کنید . ( چاپ هفتم بوکتل مادران ص ۵۲ بند ۱۸)			
۰	۱	۶. در مادری که شیردهی همزمان با بارداری دارد اقدام و توصیه شما چیست ؟. ( چاپ هفتم بوکتل مادران ص ۵۲ بند ۱۴)			
۰	۱	۷. چهار مورد از علائم خطر دوران بارداری را نام ببرید . (صفحه آخر دفترچه مراقبت مادر و نوزاد. )			
۰	۱	۸. چهار مورد از علائم خطر پس از زایمان را نام ببرید (صفحه آخر دفترچه مراقبت مادر و نوزاد. )			
۰	۱	۹. تعیین نمایه توده بدنی تا هفته چندم بارداری اعتبار دارد؟ ( چاپ هفتم بوکتل مادران ص ۲۷ . نمایه توده بدنی )			
۰	۱	۱۰. شکایت های شایع نیمه اول و دوم را نام ببرید ؟ از هر کدام ۴ مورد ( چاپ هفتم بوکتل مادران ص ۲۶ )			
۰	۱	۱۱. در برخورد با مادر دارای انمی متوسط چه اقدامی می کنید؟ ( چاپ هفتم بوکتل مادران ص ۴۰ )			
درصد آگاهی ارائه دهنده خدمت = تعداد یک ها تقسیم بر تعداد سوالات، ضربدر ۱۰۰					

عملکرد ارائه دهنده خدمت

آگاهی ارائه دهنده خدمت

مصاحبه با ۴ مادر که حداقل ۲ ماه از تاریخ زایمان آنها گذشته باشد .					
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	
۰	۱	بله خیر	بله خیر	بله خیر	۱. آیا ساعت کار مرکز 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
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 ؟
*					
از ۴ مورد پاسخ بله گرفت نمره ۱ به آن سوال تعلق می گیرد.					
درصد ارزیابی رضایت و آگاهی گیرنده خدمت = تعداد یک ها تقسیم بر تعداد سوالات ، ضربدر ۱۰۰					

ارزیابی رضایت و آگاهی گیرنده خدمت

آگاهی

رضایت

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

\* علائم خطر بارداری شامل: تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی/ لکه بینی، درد شکم، فشارخون بالا، آبریزش، تب... علائم خطر پس از زایمان مادر شامل:

تشنج، اختلال هوشیاری، شوک، خونریزی/ لکه بینی، درد شکم، فشارخون بالا، مشکلات ادراری، تب...

\* علائم 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.