



معاونت درمان

چک لیست پایش برنامه مراقبت آغوشی مادرانه در مرکز بیمارستان - معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی همدان

نام بیمارستان.....				تاریخ پایش.....	
نام وامضای پایش گر.....				نام و امضای مسئول بخش.....	
ردیف	عملکرد کمیته	بلی	خیر	توضیحات	
۱	آیا لیست اعضای کمیته بیمارستانی مراقبت آغوشی که از طرف رییس بیمارستان صادر شده باشد موجود است؟ (مشاهده ابلاغ و لیست)				
۲	آیا کمیته های بیمارستانی مراقبت آغوشی هر یک ماه یک بار و حداکثر هر سه ماه یک بار تشکیل می شود؟ (مشاهده مصوبات کمیته)				
۳	آیا مداخله های پیشنهادی بر اساس هر کدام از پرسشنامه ها در کمیته استخراج شده اند؟ (مشاهده لیست مداخله های پیشنهادی)				
۴	آیا لیست فعالیت های مربوط به هر کدام از مداخله ها تعیین شده اند؟ (مشاهده جدول فعالیت تفصیلی)				
۵	آیا فعالیت های برنامه ریزی شده به سطوح مسئول انجام فعالیت ابلاغ شده اند؟ (مشاهده ابلاغ فعالیت ها)				
۶	آیا پیگیری فعالیت های تصویب شده در کمیته انجام شده است؟ (مشاهده مصوبات کمیته و پیگیری های انجام شده بصورت کتبی یا شفاهی)				
۷	آیا علت عدم انجام مداخله جمع بندی شده است؟ (مشاهده جمع بندی مداخله های انجام نشده)				
۸	آیا گزارش اجرای فعالیت های تصویب شده در کمیته قبلی در جلسات کمیته ارائه شده است؟ (مشاهده گزارش مصوبات کمیته)				
۹	آیا کمبودها و نیازهای به مقامات بالاتر ارسال و پی گیری می شود؟ (ارایه مستندات)				
۱۰	آیا در کمیته مراقبت آغوشی بیمارستان عضویت دارید؟				
۱۱	زونکن بایگانی برای صورت جلسات و عملکرد وجود دارد.				
۱۲	آیا گزارش عملکرد فعالیت های برنامه ریزی شده مطابق جدول فعالیت های تفصیلی و علت عدم انجام آن به معاونت درمان به موقع ارسال شده است؟ (مشاهده گزارش)				
ردیف	عملکرد سوپر وایزر آموزشی (آموزش پزشکان و پرسنل)	بلی	خیر	توضیحات	
۱	آیا برنامه آموزش و بازآموزی در خصوص مراقبت آغوشی مادر و نوزاد برای پزشکان و پرسنل واجد شرایط بیمارستان تدوین و اجرا شده است؟				
۲	آیا تعداد و درصد آموزش پزشکان شاغل در بخش های مرتبط با نوزاد به تفکیک در بیمارستان مشخص است؟ فوق تخصص نوزادان: متخصص کودکان: متخصص زنان:				
۳	آیا تعداد و درصد آموزش (پرستاران و ماماها شاغل) در بخش های مرتبط با نوزاد در بیمارستان مشخص است؟ پرستاران: ماماها:				
۴	آیا برنامه برای ارزیابی آموزشی دستیاران، دانشجویان رشته پزشکی، مامایی، پرستاری در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد وجود دارد؟				
۵	آیا اقداماتی برای ارزیابی آموزش برای پزشکان و پرسنل بالینی بیمارستان وجود دارد؟				
۶	آیا منابع آموزشی مناسب در مورد مراقبت آغوشی در دسترس است؟ (بخش های مراقبت نوزادان، اتاق زایمان، بخش بعد از زایمان، بخش مادران پرخطر، کتابخانه و ...)				

۷	آیا گواهی های مراقبت آغوشی با اخذ مجوز و دارای امتیاز است؟			
۸	آیا محتوای آموزشی کارگاه ها مطابق با بسته اجرایی می باشد.			
۹	مشکلات و پیشنهادات در مورد آموزش مراقبت آغوشی ذکر شود:			
ردیف	عملکرد سوپر وایزر آموزشی (آموزش والدین)	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا برنامه آموزش مادر (والدین) در مورد مراقبت آغوشی مادر و نوزاد تدوین شده است؟			
۲	آیا فضای مناسب برای آموزش والدین وجود دارد؟			
۳	آیا محتوای آموزشی والدین متناسب با محتوای بسته خدمتی می باشد؟			
۴	آیا اقداماتی برای ارزیابی کیفیت مراقبت آغوشی برای مادران (والدین) وجود دارد؟			
۵	چگونگی آموزش به والدین: □ کارگاه آموزشی □ کلاس آموزشی □ چهره به چهره □ خودآموز □ افیلم آموزشی			
۶	آیا پدر نوزاد در جلسات آموزشی شرکت می کند؟			
۷	آیا آموزش مادران به شکل گروهی انجام می شود؟			
۸	مشکلات، پیشنهادات، و نیازهای آموزشی در مورد مراقبت آغوشی ذکر شود:			

ردیف	عملکرد اجرایی برنامه	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا مراقبت آغوشی مادر و نوزاد به طور معمول در بخش های مراقبت ویژه نوزادان اجرا می شود؟			
۲	نوع مراقبت آغوشی در بخش: مداوم (۲۴ ساعته) □ منقطع (چند بار در روز) □ ترکیبی □			
۳	آیا والدین در هر ساعتی از شبانه روز می توانند در بخش حضور یابند؟			
۴	آیا تجهیزات زیر برای هر تخت نوزاد در بخش مراقبت ویژه نوزادان وجود دارد؟ □ لباس مناسب: □ کلاه نوزاد: □ زیرپایی برای مادر: □ بالش: □ روانداز نرم و گرم □ وسایل شیردهی: □ فنجان □ ، قطره چکان □ ، قاشق □ ...			
۵	آیا فضای مناسب برای اقامت ۲۴ ساعته مادر وجود دارد؟			
۶	آیا امکانات رفاهی برای مادران در محل اقامت وجود دارد؟ □ یخچال □ تلویزیون □ تلفن □ منابع آموزشی: □ میز و صندلی: □			
۷	آیا اجازه مراقبت آغوشی در نوزادان زیر تهویه مکانیکی داده می شود؟			
۸	آیا انتقال نوزاد (درون و بیرون بخشی) با روش مراقبت آغوشی انجام می شود؟			
۹	آیا مادر مهارت ماساژ دادن به نوزاد نارس خویش را کسب می کند؟			
۱۰	آیا مادر مهارت و توانمندی های لازم در مورد مراقبت از نوزاد نارس را در بخش فرا می گیرد؟			
۱۱	آیا تاریخ مراجعه بعدی نوزاد به طور مکتوب به والدین داده می شود؟			
۱۲	آیا فرم مراقبت آغوشی مادر و نوزاد پر می شود؟			
۱۳	آیا اطلاعات جمع آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار می گیرد؟ (مشاهده مستندات و شاخص)			
۱۴	آیا بر اساس نتایج پایش مداخلات اصلاحی برای صیانت از استانداردها انجام می شود؟			
۱۵	آیا اطلاعات جمع بندی شده به معاونت درمان دانشگاه ارسال می شود؟			
۱۶	آیا حمایت سطوح بالاتر مدیریتی در مورد اجرای برنامه وجود دارد؟			
۱۷	آیا مادر حمایت های عاطفی و تشویقی لازم را برای ادامه مراقبت دریافت می کند؟			

۱۸	آیا رضایت مندی والدین بررسی می شود؟ (نظرسنجی)		
۱۹	آیا رضایتمندی پزشکان و پرسنل بررسی می شود؟ (نظرسنجی)		
۲۰	آیا آمار تعداد نوزادان نارس پذیرش شده در هر ماه وجود دارد؟ (ارائه)		
۲۱	آیا آمار تعداد نوزادان نارس مراقبت آغوشی شده در هر ماه وجود دارد (ارائه)		
۲۲	آیا درصد انجام مراقبت آغوشی برای نوزادان نیازمند وجود دارد؟		
۲۳	آیا عوارضی که برای نوزاد در حین مراقبت آغوشی به وجود می آید ثبت و بررسی می گردد؟ (ارائه)		
۲۴	آیا همه پزشکان و پرسنل بالینی شاغل در بخش، آموزش مراقبت آغوشی را دیده اند؟ (درصد آموزش به تفکیک گروه ها) پزشک <input type="checkbox"/> پرستار <input type="checkbox"/> ماما <input type="checkbox"/> متخصص اطفال <input type="checkbox"/> رزیدنت اطفال <input type="checkbox"/> فوق تخصص نوزادان <input type="checkbox"/>		
۲۵	آیا فضای آموزشی مناسبی در بخش وجود دارد؟		
۲۶	آیا کمبدهای آموزشی والدین به مقامات مافوق ارسال و پی گیری می شود؟ (ارایه مستندات)		
۲۷	آیا کمبدهای رفاهی والدین به مقامات مافوق ارسال و پی گیری می شود؟ (ارایه مستندات)		
۲۸	آیا برنامه مدونی برای آموزش تنوری و عملی مادر (والدین) در بخش وجود دارد؟ (ارایه مستندات)		
۲۹	آیا از آموزش های گروهی برای آموزش مادر در بخش استفاده می شود؟		
۳۰	از چه روش هایی برای آموزش مادران استفاده می شود؟ سخنرانی: <input type="checkbox"/> ایفای نقش: <input type="checkbox"/> چهره به چهره: <input type="checkbox"/> موارد دیگر ذکر شود:		
۳۱	آیا از وسایل کمک آموزشی استفاده می شود؟ ذکر شود		
۳۲	آیا پدر در جلسات آموزشی همراه مادر حضور دارد؟ (ارائه مستندات)		
۳۳	آیا آموزش والدین بر اساس محتوای بسته خدمتی می باشد؟ (ارائه مستندات)		
۳۴	مشکلات و پیشنهادات را ذکر نمایید.		

ردیف	پایش آموزشی مادر (سوال از مادران حداقل ۳ نفر)	بلی	خیر	توضیحات
۱	آیا بعد از تولد نوزاد نارس تان آموزش های زیر را کسب نمودید؟ آموزش در مورد مزایای مراقبت آغوشی برای مادر و نوزاد <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آموزش در مورد نحوه دوشیدن شیر با دست یا دستگاه <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آموزش در مورد مزایای شیردهی از پستان و آشنایی با انواع روش ها و تکنیک های تغذیه <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آموزش در مورد آشنایی با علائم خطر در راستای مراقبت از نوزاد نارس <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آموزش در مورد چگونگی انجام مراقبت آغوشی مادر و نوزاد <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آموزش در مورد استفاده از تکنیک های آرام سازی برای مادران <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آموزش در مورد پیگیری های بعد از ترخیص نوزاد نارس <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آموزش در مورد ماساژ نوزاد <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			
۲	آیا پدر نوزاد آموزش مراقبت آغوشی را گرفته است؟			
۳	آیا شما به تنهایی قادر به برداشتن و گذاشتن نوزاد بر روی سینه خود می باشید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا نحوه قرارگیری صحیح نوزادتان را می دانید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا روش های صحیح شیردهی به نوزاد نارس را بلدید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا مهارت استفاده از تکنیک های مختلف شیردهی را برای نوزاد نارس را بلدید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا شما در مراقبت از نوزاد نارس خود در بخش مشارکت می کنید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا علائم خطر نوزاد نارس را می دانید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر آیا نوزاد خود را در بیمارستان ماساژ داده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر			

			آیا زمان خاتمه مراقبت آغوشی را می دانید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۴			آیا صندلی یا مبل شما راحت و مناسب بود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۵			آیا دسترسی به لباس مراقبت آغوشی آسان بود؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۶			آیا تجهیزات شیردهی نوزاد نارس مانند فنجان، سرنگ و ... در دسترس است؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۷			آیا امکان رفت و آمد شما برای ملاقات نوزادتان در شبانه روز وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۸			آیا فضای مناسب برای اقامت ۲۴ ساعته شما در بیمارستان وجود دارد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۹			آیا شما تاریخ مراجعه بعدی نوزادتان را می دانید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۱۰			آیا نوزاد نارس شما شیر خودتان را می خورد؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر	
۱۱			میانگین مجموع ساعاتی که در روز نوزادتان را مراقبت آغوشی انجام می دهید چقدر است؟ (ذکر کنید).....	
۱۲			شما به عنوان مادر انجام دهنده مراقبت آغوشی کمبود، مشکلات و پیشنهادات خود را ذکر نمایید؟	