## با سمه تعالی

چك ليست نظارتي گروه آموزش و ارتقای سلامت معاونت بهداشتی

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | متن پرسش | بهار | تابستان | پائیز | زمستان | نمره |
| 1 | اطلاعات جمعیتی تحت پوشش خود را می دانند . |  |  |  |  | 1 |
| 2 | فرم نظر سنجي آموزشي براي حداقل20 نفر از مراجعین درهر ماه تصادفي تكميل شده است |  |  |  |  | 4 |
| 3 | نظرات مراجعین طبق فرم جمع بندي نظر سنجي اولويت بندي شده است. |  |  |  |  | 2 |
| 4 | کمیته نیاز سنجی آموزشی بر اساس{ اولویت بندی نظرات مراجعین ، اولویت های فصلی ، مناسبت های بهداشتی ، اولویت های واحد های ستادی و ...} پایان هر فصل برای برنامه ریزی آموزشی فصل بعد با حضور پزشک ، کاردان ، بهورزان و دیگر اعضاء تشکیل می شود . ( وجود مستندات جلسه) |  |  |  |  | 4 |
| 5 | برنامه ريزي آموزشي بر اساس کمیته نیاز سنجی آموزشی تنظیم شده است . |  |  |  |  | 2 |
| 6 | بر اساس کمیته نیاز سنجی آموزشی نظر مردم حدوداً در30% برنامه آموزشي اعمال شده است . |  |  |  |  | 3 |
| 7 | براي موضوعات انتخاب شده آموزشی گروه هدف مناسب تعيين شده است. |  |  |  |  | 2 |
| 8 | حداقل 20 نفر برای آموزش دعوت شده اند . ( ثبت اسامی در فرم مربوط) |  |  |  |  | 3 |
| 9 | حد اقل 30 % از فراگيران دعوت شده از طرق مختلف در كلاس شركت كرده اند .( ثبت اسامی در زیر صورتجلسه آموزشی ) |  |  |  |  | 3 |
| 10 | پرسنل در آموزش به گروه های هدف همکاری دارند . ( پزشک ، دندانپزشک ، کاردان ، و....... ) |  |  |  |  | 4 |
| 11 | از کارشناسان ستادی برای آموزش کمک گرفته می شود . (شش ماه یک کلاس ) با اطلاع به کارشناس مربوطه ، موقع نوشتن برنامه سه مامه آموزشی نه چند روز قبل از برگزاری کلاس ) |  |  |  |  | 2 |
| 12 | کارشناسان ستادی همکاری در برگزاری کلاس آموزشی دارند . در صورت عدم همکاری نامه کتبی با ذکر علت عدم همکاری توسط مسئول مرکز نوشته و ارسال شود . |  |  |  |  | 1 |
| 13 | 70% انتظارات واحدهای ستادی از برنامه های آموزشی بر آورده می شود . |  |  |  |  | 3 |
| 14 | پرسنل ابتکار در برنامه های آموزشی دارند که باعث ارتقای سلامتی شود . |  |  |  |  | 3 |
| 15 | پرسنل در هنگام آموزش چهره به چهره ، روان و ساده صحبت مي كنند . این آموزش ها در فرم چوب خطی ثبت می شوند . |  |  |  |  | 4 |
| 16 | مسئول مرکز برای بروز رسانی اطلاعات پرسنل هر فصل یک کلاس آموزشی برگزار می کند . |  |  |  |  | 3 |
| 17 | درمرکز یا خانه بهداشت کلاس آموزشی مناسب ، با امکانات آموزشی(15-10 صندلی ، تخته وایت برد ، ماژیک ، رسانه آموزشی مناسب با موضوع آموزشی و...... ) وجود دارد . |  |  |  |  | 3 |
| 18 | مرکز یا خانه بهداشت دارای برد آموزشی می باشد . |  |  |  |  | 2 |
| 19 | برنامه آموزشي فراگيران روي برد آموزشي سالن انتظار در معرض ديد نصب شده است . روی یک کاغذ A4 موضوع کلاس آموزشی 48 ساعت قبل از برگزاری کلاس آموزشی در جاهای مختلف مرکز نصب شده است . |  |  |  |  | 2 |
| 20 | برد آموزشي بطور منظم و با توجه به مناسبت هاي بهد اشتي تزئین مي شود . |  |  |  |  | 1 |
| 21 | در برد آموزشی فقط نام برد ، رسانه های آموزشی ، برنامه های آموزشی می باشد . |  |  |  |  | 1 |
| 22 | نشريات براي استفاده پرسنل و مراجعین لیست شده و در دسترس هستند.  . |  |  |  |  | 3 |
| 23 | برای مطالعه مراجعین میز ، صندلی و قفسه برای رسانه های آموزشی وجود دارد . |  |  |  |  | 2 |
| 24 | رسانه هاي آموزشي ( پوستر ، لمینت و ....) درمحل مناسب و معرض ديد مراجعین نصب مي شود . در زمان مناسب تعویض می شوند |  |  |  |  | 2 |
| 25 | حداقل یک کلاس آموزشي برای گروه های هدف درهفته برگزار مي گردد . کلاس آموزشی رابطین از برنامه آموزشی حذف شده است0 |  |  |  |  | 3 |
| 26 | فرم طرح درس تکمیل و از منابع معتبر برای آموزش استفاده می شود .( ذکر منابع در انتهای فرم طرح درس و امضاء فرم طرح درس توسط مسئول مرکزحداقل 24 ساعت قبل از برگزاری کلاس آموزشی) |  |  |  |  | 5 |
| 27 | در پایان کلاس نکاتی که مورد انتظار است ، فراگیران یاد بگیرند سئوال مي شود . |  |  |  |  | 2 |
| 28 | پرسنل به مشکلات و مسائل مراجعه‌کنندگان گوش فرا داده و به سوالات آنها پاسخ مي‌دهند . |  |  |  |  | 1 |
| 29 | فرم جلسات آموزشی اجرا شده بطور کامل تکمیل می شود . جلسات آموزشی اجرا نشده به هر دلیل گزارش می گردد . ( وجود مستندات ) |  |  |  |  | 3 |
| 30 | بایگانی فیزیکی یا الکترونیکی مناسب است و با آمار ارسالی همخوانی دارد . |  |  |  |  | 3 |
| 31 | به نامه ها و درخواست هاي گروه آموزش و ارتقای سلامت به موقع پاسخ داده مي شود . |  |  |  |  | 3 |
| 32 | مسئول مرکز و کاردان مسئول هر فصل 3-2 کلاس در هر خانه بهداشت راپایش( حضور تصادفی در کلاس و نوشتن در دفتر بازدید خانه بهداشت ) و ارزشیابی ( چند سئوال کتبی از افراد با سواد یا شفاهی از افرادی که در کلاس شرکت کرده اند) می کند (مستندات فو ق موجود باشد) |  |  |  |  | 2 |
| 33 | نمودار فعاليت های آموزش به پرسنل توسط پزشک بر حسب تعداد جلسات ، تعدادشرکت کننده و موضوع آموزشي تهیه می شود (هر فصل ) این نمودار توسط کاردان مسئول مرکز تهیه شود . |  |  |  |  | 2 |
| 34 | نمودار فعاليت آموزشي مراجعین حسب تعداد فراگيران ، جلسات آموزشي ، موضوع آموزشي و فرد آموزش دهنده تهیه می شود.(هر فصل ) این نمودارتوسط بهورزدرخانه بهداشت و کاردان مسئول مراکز شهری تهیه شود . |  |  |  |  | 3 |
| 35 | مسئول مرکز دستوری برای پایش و ارزشیابی کلاس های آموزشی داده است . ( وجود نامه کتبی ) |  |  |  |  | 1 |
| 36 | هر6 ماه يكبار فعاليت هاي آموزش سلامت ارزشیابی( توسط بهورز ) مي شود . پر کردن پرسش نامه از موضوعات آموزش داده شده در کلاس ها حداقل در شش ماه 60 پرسش نامه تکمیل شود . |  |  |  |  | 3 |
| 37 | چک لیست فصلی توسط کاردان مسئول تکمیل می شود. چک لیست پر شده هرفصل ارسال می شود (از طریق اتوماسیون )و مشکلات چک لیست های پر شده قبلی ، پیگیری و تا بازدید بعدی بر طرف شده است . ( چک لیست در خانه بهداشت نگهداری شود ) |  |  |  |  | 3 |
| 38 | از جلسات آموزشی مستند تهیه می شود . |  |  |  |  | 3 |
| 39 | پوسترها ، بنرها و ....... در خانه بهداشت و مرکز شهری براساس فرم استاندارسازی ارسالی نصب شده است و پوسترها ار دیوارهای خانه بهداشت جمع آوری گریده است0 |  |  |  |  | 3 |
| نمره کل | |  |  |  |  | 100 |
| آموزش بیماری ها و سلامت روان ترجیحاً توسط پزشک و یا کارشناس صورت گیرد . | |  |  |  |  |  |
| در برنامه های تنظیم خانواده ،دوران بارداری و شیرمادرترجیحاًکارشناس و یا کاردان مامائی و یا بهداشت خانواده آموزش دهد . | | | | | | |
| در برنامه ریزی 3ماهه حداقل یک جلسه از کارشناسان ستادی کمک گرفته شود . (با هماهنگی قبلی هنگام برنامه ریزی) | | | | | | |
| در آموزش سلامت دهان و دندان ترجیحاً دندانپزشک آموزش دهد . | | | | | | |
| آموزش کسبه و کارگران ترجیحاً کارشناس سلامت محیط و حرفه ای آموزش دهد . | | | | | | |
| هر ماه پزشک یک جلسه آموزشی در هر خانه بهداشت داشته باشد . | | | | | | |
| کاردان مسئول موظف می باشد هر فصل یک چک لیست پر کند و به گروه آموزش و ارتقای سلامت ارسال نماید . | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی پایشگر ................................................... نام و نام خانوادگی پایش شونده .......................................... | | | | | | |
| نام و نام خانوادگی مسئول مرکز با امضاء............................. | | | | | | |