**دانشگاه علوم پزشکی تبریز - معاونت بهداشتی- گروه کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت**

**ارزشیابی برنامه های آموزش همگانی شهرستان : .............................. مرکز بهداشتی درمانی : ............................... خانه بهداشت:...............................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سوالات زمینه** | **بله** | **خیر** | **خیلی کم** | **کم** | **متوسط** | **زیاد** | **خیلی زیاد** |
| 1 | **آیا فرد آموزش دهنده دوره های آموزشی مورد نیاز را فراگرفته است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **آيا فضاي کافي براي اجراي برنامه آموزشي در مرکز موجود است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **آیا فضای آموزشی ازنورکافی،سیستم گرمایش،سرمایش مناسب برخوردار است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **آیا صندلی مناسب در اتاق آموزش موجود است ؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **آیا وایت برد موجود است ؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **آیا ماژیک و پاک کن موجود است ؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **آیا فلیپ چارت، انواع پوستر، چارت، پمفلت،تراکت های آموزشی، مولاژ دندان و... متناسب با حجم برنامه های آموزشی موجود است ؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | **آیا تقویم آموزش همگانی در خانه موجود است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **آيا برنامه هاي آموزشی اجراشده منطبق بر تقویم آموزش همگانی است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | **آیا محتوای آموزشی کلیه برنامه های تقویم آموزش همگانی در خانه موجود است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | **محتوای آموزشی متناسب با برنامه های تقویم آموزش همگانی )مناسب ، به روز و مورد تایید( می باشد؟** |  |  |  |  |  |  |  |

**دانشگاه علوم پزشکی تبریز - معاونت بهداشتی - گروه کارشناسان آموزش و ارتقای سلامت**

**ارزشیابی برنامه های آموزش همگانی شهرستان : ............. مرکز بهداشتی درمانی :........... خانه بهداشت:......................... عنوان موضوع آموزشی :............... نام آموزش دهنده: ...............**

**گروه هدف : ............................... تاریخ برگزاری : ................ ساعت برگزاری : ......................... محل برگزاری : ...................................... تعداد شرکت کنندگان : .........................**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | **سوالات فرایند** | **بله** | **خیر** | **خیلی کم** | **کم** | **متوسط** | **زیاد** | **خیلی زیاد** |
| 1 | **آیا گروههای هدف قبلا مشخص شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | **آیا تعداد فراگیران با موضوع آموزشی و شیوه آموزشی متناسب می باشد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | **آیا چیدمان صندلی مکان آموزشی متناسب با شیوه تدریس انجام گرفته است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | **آیا فضای آموزشی پیش بینی شده برای اجرای برنامه آموزشی متناسب با تعداد فراگیران می باشد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | **آیا فرم طرح درس بر اساس موضوع آموزشی تهیه شده است؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | **آیا آموزش دهنده در شروع تدریس موضوع برنامه آموزشی را به فراگیران اعلام می نماید؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | **آیا آموزش دهنده ارتباط دوستانه ومناسبی ( تماس چشمی، زبان غیرکلامی،.. )با فراگیران برقرارمی نماید؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | **آیا قبل از جلسه آموزشی از شرکت کنندگان پیش آزمون گرفته شد ؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | **آیا آموزش دهنده درشروع برنامه اهداف آموزشی را بیان کرد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | **آیا انتقال مطالب با زبان ساده و قابل فهم برای فراگیران صورت گرفت؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | **آیا آموزش دهنده ازمثال ها واصطلاحات مرتبط با زندگي وآداب ورسوم محلي فراگیران استفاده می نماید؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | **آیا آموزش دهنده در طول تدریس مشارکت فراگیران را درمباحث آموزشی ترغیب می نماید؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | **آیا آموزش دهنده درطول تدریس وپایان تدریس نسبت به ارائه بازخورد از فراگیران اقدام می نماید؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | **آیا تسلط آموزش دهنده در پاسخ گویی به سوالات قابل قبول می باشد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | **آیا آموزش دهنده شیوه آموزشی را که برای انتقال مطالب انتخاب شده بطورصحیح اجرا می نماید؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | **آیا آموزش دهنده با توجه به محتوا از وسایل کمک آموزش استفاده می نماید؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | **آیا قبل از اتمام جلسه پيام هاي اصلي موضوع آموزشی بازگویی شد ؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | **آیا در برنامه پس آزمون انجام گرفت؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | **آیا زمانبندی برنامه آموزشی رعایت شد؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | **آیا فراگیران از اجرای برنامه آموزشی رضایت دارند؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | **آیا آموزش دهنده در پایان تدریس مطالب را جمع بندی و خلاصه نمود؟** |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | **آیا لیست اسامی شرکت کنندگان برنامه آموزشی دردفترآموزش و ارتقای سلامت ثبت شد ؟** |  |  |  |  |  |  |  |

**سوالات ارزشیابی فراگیران براساس اهداف آموزشی بعد از اتمام جلسه آموزشی**

**عنوان برنامه آموزشی: ..................................... شهرستان : ....................... مرکز بهداشتی درمانی : .............................. خانه بهداشت:................... تاریخ : ........................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سوال** | **می داند** | **نمی داند** | **موافقم** | **مخالفم** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی و شماره پرونده ارزشیابی شونده: نام و نام خانوادگی و سمت ارزیابی کننده:**

**امضاء**

**سوالات ارزشیابی فراگیران براساس اهداف آموزشی 6 ماه بعد از جلسه آموزشی**

**عنوان برنامه آموزشی: ................................ شهرستان : ............................... مرکز بهداشت : ................... خانه بهداشت:................... تاریخ : .......................**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** | **سوال** | **می داند** | **نمی داند** | **عمل می کند** | **عمل نمی کند** |
| **1** |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |

**نام و نام خانوادگی و شماره پرونده ارزشیابی شونده: نام و نام خانوادگی و سمت ارزیابی کننده:**

**امضاء**