

پرسشنامه سنجش رضایتمندی بیماران بستری از خدمات واحد تغذیه بالینی

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آذربایجان غربی

بیمارستان.....

این فرم جهت بررسی میزان رضایتمندی شما از خدمات تغذیه بیمارستان تهیه شده است. خواهشمند است نظرات خود را

بطور دقیق ذکر نموده و ما را در ارائه بهتر خدمات یاری نمائید.

بخش بستری:	مدت بستری در بیمارستان:.....روز	تاریخ:
فرد پاسخ دهنده:	☐ بیمار: ☐ همراه بیمار:	
میزان تحصیلات:	☐ بی سواد ☐ زیر دیپلم: ☐ فوق دیپلم و بالاتر:	

1- در ارتباط با کمیت و کیفیت غذا هر یک از موارد زیر را چگونه ارزیابی می کنید؟

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|---|
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - نوع غذاهای ارائه شده در وعده صبحانه |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - نوع غذاهای ارائه شده در وعده ناهار |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - نوع غذاهای ارائه شده در وعده شام |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - نوع و کیفیت میان وعده های ارائه شده |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - تنوع برنامه غذایی بیمارستان |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - طعم و مزه غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - شکل ظاهری و بافت غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - کفایت و حجم غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - مخلفات همراه غذا (ماست، سالاد، سوپ و ...) |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - کیفیت نان |

2- در ارتباط با توزیع غذا هر یک از موارد زیر را چگونه ارزیابی می کنید؟

- | | | | |
|---------------------------|-----------------------------|----------------------------|--|
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - نحوه برخورد پرسنل توزیع غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - وضعیت آراستگی ظاهری و لباس پرسنل توزیع غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - بهداشت فردی پرسنل توزیع غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - نوع و بهداشت ظروف توزیع غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - نحوه آرایش و سرو غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - دمای غذا در هنگام توزیع |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - زمان توزیع غذا |
| ☐ خوب | ☐ متوسط | ☐ ضعیف | - زمان جمع آوری ظروف و باقیمانده غذا |

3- در صورتی که شما به بیماری هایی مانند دیابت، فشارخون بالا، چربی خون بالا، بیماری های کبد و کلیه و ... می باشید و پزشک رژیم غذایی خاصی (کم نمک، کم چرب، دیابتی و...) برای شما تجویز کرده است به سوالات زیر در ارتباط با خدمات رژیم درمانی پاسخ دهید.

✓ آیا پرهیزهای غذایی خاص شما در تهیه غذا در نظر گرفته شده است؟ (برای مثال کم نمک و کم چربی بودن غذا)

بلی ☐ خیر ☐ تاحدودی ☐

✓ آیا از تنوع برنامه غذایی رژیمی بیمارستان رضایت دارید؟

بلی ☐ خیر ☐ تاحدودی ☐

✓

بلی ☐ خیر ☐ تاحدودی ☐

✓ در صورتی که پاسخ شما به سؤال قبل بلی است آیا نحوه انجام این ارزیابی ها (برخورد پرسنل، دقت در انجام کار، زمان اندازه گیری مورد رضایت شما بود؟)

بلی ☐ خیر ☐ تاحدودی ☐

✓ آیا از مشاوره تغذیه و نحوه پاسخگویی به سؤالات شما در خصوص رژیم غذایی متناسب با بیمارستان رضایت دارید؟

بلی ☐ خیر ☐ تاحدودی ☐

✓ آیا از آموزش های ارائه شده در خصوص چگونگی تغذیه و رژیم غذایی مورد نیاز شما برای زمان ترخیص از بیمارستان رضایت دارید؟

بلی ☐ خیر ☐ تاحدودی ☐

✓ آیا قد و وزن شما اندازه گیری شده است؟

✓ آیا از محتوای بروشورها و متون آموزشی تهیه و ارائه شده به شما در خصوص توصیه های تغذیه ای مرتبط با بیماری شما رضایت دارید؟

بلی ☐ خیر ☐ تاحدودی ☐