**نمونه پيشنهادي پرسشنامه سنجش رضايتمندى بيماران بسترى/همراهان/كاركنان**

**از مدیریت غذایی بخش تغذيه بيمارستان**

**بيمارستان** ..........................

اين فرم جهت بررسى ميزان رضايتمندى شما از خدمات تغذيه بيمارستان تهيه شده است. خواهشمند است نظرات خود را بطور دقيق ذكر نموده و ما را در ارائه بهتر خدمات يارى نمائيد. قبلاً از بذل توجه و همكارى شما سپاسگزاريم.

**بخش بسترى:**................. **مدت بسترى در بيمارستان:**................. **روز:**................ **تاريخ:** ..................

**فرد پاسخ دهنده:** بيمار **□** همراه بيمار **□** پرسنل **□**

**ميزان تحصيلات:** بی سواد **□** ابتدائى **□** متوسطه **□** ديپلم **□** فوق ديپلم **□** لیسانس و تحصيلات بالاتر **□**

**سن بيمار:** ........... سا ل **جنسيت بيمار:** زن **□** مرد **□**  بیماری.........................

1. **در ارتباط با مدیریت غذا هر يك از موارد زير را چگونه ارزيابى مى كنيد؟**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ردیف** |  | **سنجه** | **امتیاز** |
| **ضعیف(4-0)** | **متوسط(6-5)** | **خوب به بالا (10-7)** |
|  | **كيفيت و كميت غذا** | نوع و کمیت غذاهاى ارائه شده در وعده صبحانه |  |  |  |
|  | نوع غذاهاى ارائه شده در وعده ناهار |  |  |  |
|  | نوع غذاهاى ارائه شده در وعده شام |  |  |  |
|  | نوع، کیفیت و کمیت نان مصرفی |  |  |  |
|  | نوع و کمیت ميان وعده هاى ارائه شده  |  |  |  |
|  | تنوع برنامه غذايى بيمارستان  |  |  |  |
|  | طعم و مزه غذا (کیفیت) |  |  |  |
|  | شكل ظاهرى و بافت غذا (کیفیت) |  |  |  |
|  | كفايت و حجم غذا در هر وعده (کمیت) |  |  |  |
|  | مخلفات همراه غذا (ماست ، سالاد، سوپ و ....) |  |  |  |
|  |  | دورچین مورد استفاده در وعده ناهار و شام |  |  |  |
| امتیاز ارزیابی کلی کمیت و کیفیت غذا: |  |  |  |
|  | **سیستم توزيع غذا** | نحوه برخورد پرسنل توزيع غذا |  |  |  |
|  | وضعيت آراستگى ظاهرى و لباس پرسنل توزيع غذا |  |  |  |
|  | بهداشت فردى پرسنل توزيع غذا |  |  |  |
|  | نوع و بهداشت ظروف توزيع غذا |  |  |  |
|  | نحوه چیدمان، آرایش و سرو غذا |  |  |  |
|  | دماى غذا در هنگام توزيع |  |  |  |
|  | زمان توزيع غذا در هر وعده |  |  |  |
|  | زمان جمع آورى ظروف و باقيمانده غذا |  |  |  |
| امتیاز ارزیابی کلی سیستم توزیع غذا: |  |  |  |
| **امتیاز نهایی (جمع کل):**  |  | **درصدرضایتمندی:** |  |

1. **در صورتى كه شما مبتلا به بيمارى هايى مانند ديابت، فشارخون بالا، چربى خون بالا، بيماریهاى كبد و كليه و... مى باشيد و پزشك رژيم غذايى خاصى (كم نمک، كم چرب، ديابتى و ...) براى شما تجويز كرده است به سوالات زير در ارتباط با خدمات رژيم درمانى پاسخ دهيد .**
* آيا پرهيزهاى غذايى خاص شما در تهيه غذا در نظر گرفته شده است؟ (براى مثال كم نمك و كم چرب بودن غذا) تاحدودى **□** خير**□** بلى **□**
* آيا از تنوع برنامه غذايى رژيمى بيمارستان رضايت داريد؟ تاحدودى **□** خير**□** بلى **□**
* آيا قد و وزن شما اندازه گيرى شد؟ تاحدودى **□** خير**□** بلى **□**
* در صورتى كه پاسخ شما به سوال قبل بلى است آيا نحوه انجام اين ارزيابى ها (برخورد پرسنل، دقت در انجام كار، زمان اندازه گيری) مورد رضايت شما بود؟ تاحدودى **□** خير**□** بلى **□**
* آيا از مشاوره تغذيه و نحوه پاسخگويى به سوالات شما در خصوص رژيم غذايى متناسب با بيماريتان رضايت داريد؟ تاحدودى **□** خير**□** بلى **□**
* آيا از آموزش هاى ارائه شده در خصوص چگونگى تغذيه و رژيم غذايى مورد نياز شما براى زمان ترخيص از بيمارستان رضايت داريد؟ تاحدودى **□** خير**□** بلى **□**
* آيا از محتواى بروشور ها و متون آموزشى تهيه و ارائه شده به شما در خصوص توصيه هاى تغذيه اى مرتبط با بيمارى شما رضايت داريد؟ تاحدودى **□** خير**□** بلى **□**
1. **لطفاً در صورتى كه در مدیریت غذايى ارائه شده در بيمارستان مشكلى مشاهده كرده ايد آن را**

**ذكر نمائيد.**

1. **لطفاً پيشنهادات و نظرات خود را جهت ارتقاء كيفيت مشاوره تغذيه بيمارستان بنويسيد.**