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

**از خدمات واحد 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 كيفيت و كميت غذا هر يك از موارد زير را چگونه ارزيابى مى كنيد؟**
* نوع غذاهاى ارائه شده در وعده صبحانه ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* نوع غذاهاى ارائه شده در وعده ناهار ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* نوع غذاهاى ارائه شده در وعده شام ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* نوع و كيفيت ميان وعده هاى ارائه شده ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* تنوع برنامه غذايى بيمارستان ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* طعم و مزه غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* شكل ظاهرى و بافت غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* كفايت و حجم غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* مخلفات همراه غذا (ماست ، سالاد، سوپ و ....) ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
1. **در ارتباط با توزيع غذا هر يك از موارد زير را چگونه ارزيابى مى كنيد؟**
* نحوه برخورد پرسنل توزيع غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* وضعيت آراستگى ظاهرى و لباس پرسنل توزيع غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* بهداشت فردى پرسنل توزيع غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* نوع و بهداشت ظروف توزيع غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* نحوه آرايش و سرو غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* دماى غذا در هنگام توزيع ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* زمان توزيع غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
* زمان جمع آورى ظروف و باقيمانده غذا ضعيف **□** متوسط **□** خوب **□**
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 خدمات 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.**