

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان چهارمحال و بختیاری

معاونت درمان

پرسشنامه سنجش رضایتمندی از خدمات تغذیه و رژیم درمانی

اين فرم جهت بررسي ميزان رضايتمندي شما از خدمات تغذیه بیمارستان تهيه شده است . خواهشمند است نظرات خود را بطور دقيق ذكر نموده و ما را در ارائه بهتر خدمات یاری نمائيد .در صورتی که فرم جهت سنجش رضایت مندی همکاران گرامی مورد استفاده قرار می گیرد لطفا به به سؤالات ستاره دار پاسخ داده شود . قبلا از بذل توجه و همکاری شما سپاسگزاریم .

بخش بستری: مدت بستری در بیمارستان: ...... روز تاریخ:

فرد پاسخ دهنده : بیمار : □ همراه بیمار: □ پرسنل : □

 میزان تحصیلات: بی سواد □ ابتدائی □ متوسطه □ دیپلم □ فوق دیپلم و تحصیلات بالاتر□

سن بیمار: .... سال جنسیت بیمار: زن□ مرد □ بیماری:

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

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

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

* نحوه برخورد پرسنل توزیع غذا ضعیف □ متوسط □ خوب□
* وضعیت آراستگی ظاهری و لباس پرسنل توزیع غذا ضعیف □ متوسط □ خوب□
* بهداشت فردی پرسنل توزیع غذا ضعیف □ متوسط □ خوب□
* نوع و بهداشت ظروف توزیع غذا ضعیف □ متوسط □ خوب□
* نحوه آرایش و سرو غذا ضعیف □ متوسط □ خوب□
* دمای غذا در هنگام توزیع ضعیف □ متوسط □ خوب□
* زمان توزیع غذا ضعیف □ متوسط □ خوب□
* زمان جمع آوری ظروف و باقیمانده غذا ضعیف □ متوسط □ خوب□
1. در صورتی که شما مبتلا 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 .

1. آیا پرهیز های غذایی خاص شما در تهیه غذا در نظر گرفته شده است ؟( برای مثال کم نمک و کم چرب بودن غذا)

 بلی □ خیر □ تاحدودی□

1. آیا از تنوع برنامه غذایی رژیمی بیمارستان رضایت دارید ؟

 بلی □ خیر □ تاحدودی□

1. آیا قد و وزن شما اندازه گیری شد؟

 بلی □ خیر □

1. در صورتی که پاسخ شما به سوال 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□

1. آیا از مشاوره تغذیه و نحوه پاسخگویی به سوالات شما در خصوص رژیم غذایی متناسب با بیماریتان رضایت دارید؟

 بلی □ خیر □ تاحدودی□

1. آیا از آموزش های ارائه شده در خصوص چگونگی تغذیه و رژیم غذایی مورد نیاز شما پس از ترخیص از بیمارستان رضایت دارید ؟

 بلی □ خیر □ تاحدودی□

1. آیا از محتوی بروشور ها و متون آموزشی تهیه و ارائه شده به شما در خصوص توصیه های تغذیه ای مرتبط با بیماری شما رضایت دارید ؟

 بلی □ خیر □ تاحدودی□

\*11- لطفاً در صورتی که در خدمات تغذیه ارائه شده در بیمارستان مشکلی مشاهده کرده اید آن را ذکر نمائید ؟

\*12- لطفاً پیشنهادات و نظرات خود را جهت ارتقاء کیفیت خدمات تغذیه بیمارستان بنویسید ؟