



## پرسشنامه سنجش رضایت بیمار از خدمات مراکز مراقبت در منزل

- نام مرکز ارائه دهنده مراقبت در منزل:..... - نام بیمارستان معرفی کننده:.....

- سن مددجو:..... جنس مددجو: ☐ زن ☐ مرد

- علت بستری:..... علت ارجاع به مرکز:..... HC..... تاریخ ارجاع به مرکز:.....

- چه خدماتی از مرکز مراقبت در منزل دریافت می کنید؟

☐ خدمات پرستاری تخصصی ☐ خدمات آموزشی

☐ خدمات مشاوره ای ☐ خدمات فیزیوتراپی ☐ خدمات کمکی مراقبت بهداشتی

| ردیف     | گویه                                                               | زیاد=3 | متوسط=2 | کم=1 | اصلاً=0 | پیش<br>نیامده |
|----------|--------------------------------------------------------------------|--------|---------|------|---------|---------------|
| 1        | آیا از نحوه برخورد و رفتار پرسنل راضی هستید؟                       |        |         |      |         |               |
| 2        | آیا از حضور به موقع پرسنل برای ارائه خدمات در منزل تان راضی هستید؟ |        |         |      |         |               |
| 3        | آیا از رعایت حریم خصوصی در حین انجام خدمات رضایت دارید؟            |        |         |      |         |               |
| 4        | آیا از میزان مهارت پرسنل در انجام مراقبت ها رضایت دارید؟           |        |         |      |         |               |
| 5        | آیا از پاسخگویی کارکنان به سوالات خود رضایت دارید؟                 |        |         |      |         |               |
| 6        | آیا از آموزش های ارائه شده راضی هستید؟                             |        |         |      |         |               |
| 7        | آیا از طول مدت انتظار برای تشکیل پرونده رضایت دارید؟               |        |         |      |         |               |
| 8        | آیا از پاسخگویی به تماس تلفنی خود با مرکز رضایت دارید؟             |        |         |      |         |               |
| 9        | آیا از رسیدگی به اعتراضات و شکایات خود در این مرکز راضی هستید؟     |        |         |      |         |               |
| 10       | آیا از کیفیت خدمات ارائه شده توسط این مرکز رضایت دارید؟            |        |         |      |         |               |
| 11       | آیا از میزان هزینه پرداخت شده به این مرکز رضایت دارید؟             |        |         |      |         |               |
| جمع نمره |                                                                    |        |         |      |         |               |
| درصد     |                                                                    |        |         |      |         |               |

12- آیا در صورت نیاز به خدمات مراقبتی مجدداً این مرکز را انتخاب و به آن مراجعه می کنید؟

☐ بله ☐ خیر

13- لطفاً در یک جمله علت پاسخ بله یا خیر خود را توضیح دهید.

14- بطور کلی میزان رضایت شما از خدمات دریافتی از این مرکز از طیف یک تا ده چه عددی است؟

10 \_\_\_\_\_ 1

15- چه پیشنهادی برای بهبود کیفیت خدمات این مرکز دارید؟