

## Strategies to Improve the Nutritional Status of Patients with Cancer from the Experts' Viewpoint: A Qualitative Study

Masoumeh Jabbari<sup>1</sup>, Reihaneh Zeinalian<sup>2</sup>, Maryam Aryafar<sup>3</sup>, Arezoo Haghghighian-Roudsari<sup>4</sup>, Mina Babashahi<sup>5</sup>

### Original Article

#### Abstract

**Background:** The purpose of this research is to explore the viewpoints of knowledgeable individuals regarding the solutions to improve common nutritional issues faced by patients with cancer, presented as a qualitative study.

**Methods:** The main stakeholders in this study included oncologists, nurses, and nutritionists. Individual interviews were conducted in a semi-structured format, and data collection continued until data saturation was reached. Finally, 16 participants took part in the study.

**Findings:** Six main categories emerged regarding strategies to improve the nutritional status of patients with cancer: "the necessity of including a nutrition consultant in the treatment team and oncology department", "understanding the importance of management of the food department, the preparation, and distribution of meals", "the significance of training in improving the nutritional status of patients", "the role of charitable contributions and support from social workers", "the importance of monitoring and evaluation", and "the need to increase staffing levels".

**Conclusion:** Addressing nutrition-related issues in patients with cancer requires a multi-faceted approach. Effective solutions necessitate adequate funding, public engagement through non-governmental organizations and charities, the recruitment of skilled personnel, inter-sectoral collaboration among medical universities, health centers, and hospitals, as well as comprehensive, evidence-based health management at the national level.

**Keywords:** Cancer; Nutritional status; Qualitative study

**Citation:** Jabbari M, Zeinalian R, Aryafar M, Haghghighian-Roudsari A, Babashahi M. **Strategies to Improve the Nutritional Status of Patients with Cancer from the Experts' Viewpoint: A Qualitative Study.** J Health Syst Res 2025; 20(4): 325-39.

1- PhD, Student Research Committee AND Department of Community Nutrition, School of Nutrition Sciences and Food Technology AND National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

2- PhD Student, Department of Community Nutrition, School of Nutrition Sciences and Food Technology AND National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

3- PhD, Rajaei Cardiovascular Medical and Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4- Assistant Professor, Department of Community Nutrition, School of Nutrition Sciences and Food Technology AND National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran

5- Assistant Professor, Nutrition Research Center AND Department of Community Nutrition, School of Nutrition and Food Sciences, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

**Corresponding Author:** Arezoo Haghghighian-Roudsari; Assistant Professor, Department of Community Nutrition, School of Nutrition Sciences and Food Technology AND National Nutrition and Food Technology Research Institute, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; Email: ahaghghighian@yahoo.com

## راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه بیماران مبتلا به سرطان از دیدگاه متخصصان: یک مطالعه کیفی

معصومه جباری<sup>۱</sup>، ریحانه زینلیان<sup>۲</sup>، مریم آریافر<sup>۳</sup>، آرزو حقیقیان رودسری<sup>۴</sup>، مینا باباشاهی<sup>۵</sup>

### مقاله پژوهشی

### چکیده

**مقدمه:** هدف از انجام پژوهش حاضر، تحلیل و سنجش دیدگاه‌ها و درک افراد مطلع در مورد راهکارهای بهبود مشکلات تغذیه‌ای شایع در بیماران مبتلا به سرطان در قالب یک مطالعه کیفی بود.

**روش‌ها:** ذی‌نقشان اصلی در این تحقیق شامل پزشکان متخصص آنکولوژی، پرستاران بخش آنکولوژی و متخصصان تغذیه بودند. مصاحبه‌های فردی به روش نیمه ساختار یافته انجام شد و جمع‌آوری اطلاعات تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت. در نهایت، ۱۶ مشارکت‌کننده در مصاحبه شرکت نمودند.

**یافته‌ها:** شش طبقه اصلی در رابطه با راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان استخراج گردید که شامل «جایگاه مشاور تغذیه در تیم درمان و بخش آنکولوژی، درک اهمیت مدیریت بخش غذایی و تهیه و توزیع غذا، نقش آموزش در بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران، نقش راهگشای حامیان، پایش و ارزشیابی و جذب نیروی انسانی لازم» بود.

**نتیجه‌گیری:** راهکارهای بهبود مشکلات مرتبط با تغذیه در بیماران مبتلا به سرطان دارای ابعاد وسیعی می‌باشد. حل این مشکلات نیازمند تخصیص بودجه کافی، مشارکت مردمی (در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه)، جذب نیروی انسانی، همکاری بین‌بخشی میان دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز بهداشتی-درمانی و بیمارستان‌ها و مدیریت جامع و مبتنی بر شواهد سلامت در سطح ملی است.

**واژه‌های کلیدی:** سرطان؛ وضعیت تغذیه؛ مطالعه کیفی

**ارجاع:** جباری معصومه، زینلیان ریحانه، آریافر مریم، حقیقیان رودسری آرزو، باباشاهی مینا. راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه بیماران مبتلا به سرطان از دیدگاه متخصصان: یک مطالعه کیفی. مجله تحقیقات نظام سلامت ۱۴۰۳؛ ۲۰ (۴): ۳۳۹-۳۲۵

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۰/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۳/۳/۱۹

دریافت مقاله: ۱۴۰۲/۶/۵

عامل مرگ و میر در کشور به شمار می‌رود (۳). موارد ابتلا و مرگ ناشی از سرطان در سال‌های اخیر چه در کشورهای در حال توسعه و چه در کشورهای توسعه یافته، روند رو به رشدی را نشان می‌دهد. این امر، اهمیت مراقبت همه جانبه از بیماران مبتلا هم در حوزه درمان و حمایت‌های پزشکی و هم در زمینه تغذیه را نشان می‌دهد. این مراقبت‌ها و حمایت‌ها باید بلافاصله پس از تشخیص سرطان آغاز شود و در طی دوره بعد از درمان و حتی دوره بعد از سرطان نیز تا زمان مرگ افراد ادامه داشته باشد (۴).

متخصصان مراقبت‌های بهداشتی و پزشکان در تیم مراقبت‌های پزشکی، از مهم‌ترین ذی‌نقشانی هستند که به دلیل ارتباط مداوم با بیماران مبتلا به سرطان، از چالش‌های تغذیه‌ای این بیماران آگاه هستند. با توجه به اهمیت ارزیابی نیازهای تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان به عنوان بخش مهمی از مراقبت‌های حمایتی آن‌ها، شناخت واقعی این نیازها و رفع آن‌ها می‌تواند راه‌حل مهمی به

### مقدمه

سرطان یک بیماری مزمن، غیر واگیر و در بسیاری از موارد مرگ‌بار است که با تکثیر غیر عادی سلول‌ها شناسایی می‌شود (۱). طبق جدیدترین گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۲۲، حدود ۲۰ میلیون مورد جدید سرطان و ۹/۷ میلیون مرگ و میر ناشی از سرطان گزارش شده است. همچنین، تعداد تخمینی افرادی که طی پنج سال پس از تشخیص سرطان زنده بوده‌اند، ۵۳/۵ میلیون نفر بوده است. از هر پنج نفر، یک نفر در طول زندگی خود به سرطان مبتلا می‌شود که در این میان، از هر ۹ مرد، ۱ نفر و از هر ۱۲ زن، ۱ نفر بر اثر این بیماری جان خود را از دست می‌دهد. بیش از ۳۵ میلیون مورد جدید سرطان در سال ۲۰۵۰ پیش‌بینی شده است که افزایش ۷۷ درصدی نسبت به ۲۰ میلیون مورد تخمینی در سال ۲۰۲۲ را نشان می‌دهد (۲). در ایران نیز در یک دهه اخیر سرطان به یکی از معضلات سلامتی تبدیل شده است و دومین

۱- دکتری تخصصی، کمیته تحقیقات دانشجویی و گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی و انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- دانشجوی دکتری تخصصی، گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۳- دکتری تخصصی، مرکز آموزشی، تحقیقاتی و درمانی قلب و عروق شهید رجایی، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران

۴- استادیار، گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۵- استادیار، مرکز تحقیقات تغذیه و گروه تغذیه در جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

**نویسنده مسؤول:** آرزو حقیقیان رودسری؛ استادیار، گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

Email: ahaghighian@yahoo.com

«نگرانی‌های مرتبط با سرطان در بیماران»، «مشکلات مرتبط با عوارض جانبی بیماری و شیمی درمانی» و «ناراضیاتی از غذا و محیط بیمارستان» نیز موارد زیرمجموعه این چالش‌ها بودند. نتایج تحقیق مذکور نشان داد که لازم است با برقراری ارتباط مناسب با بیماران و آموزش تغذیه از ابتدایی‌ترین زمان تشخیص و درمان، یک تیم درمانی شامل پزشکان، پرستاران و متخصصان تغذیه، شناخت جامعی از نیازهای بیماران به دست آورند (۱۴). تبیین نیازهای تغذیه‌ای در بیماران مبتلا به سرطان در ایران، بخش مهمی از مراقبت‌های حمایتی این بیماران را تشکیل می‌دهد و با توجه به این که متخصصان حاضر در تیم درمانی این بیماران به عنوان بخش مهمی از ذی‌نقشان مطلع از وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان و تحت درمان در بیمارستان‌ها از نزدیک با مشکلات درمانی و تغذیه‌ای این بیماران مواجه هستند، هدف از انجام پژوهش حاضر، تحلیل و سنجش دیدگاه‌ها و درک افراد مطلع و متخصص در مورد راهکارهای بهبود مشکلات تغذیه‌ای شایع در بیماران مبتلا به سرطان در قالب یک مطالعه کیفی بود.

## روش‌ها

به منظور استخراج راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان، این تحقیق به روش کیفی طراحی گردید. روند انجام پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

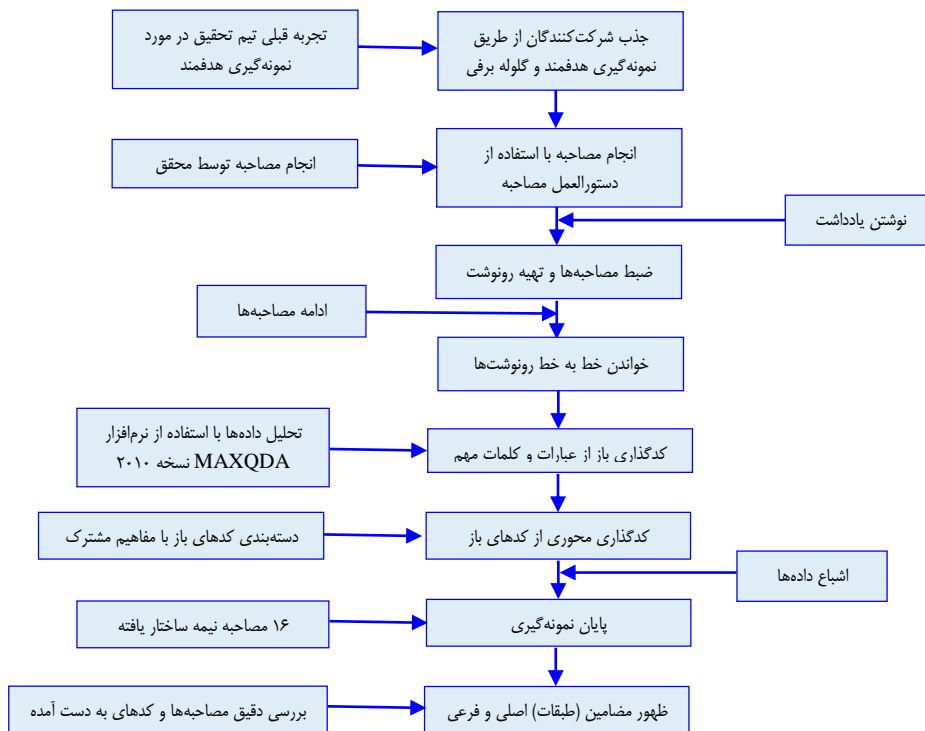
**شرکت‌کنندگان:** شرکت‌کنندگان از بین اعضای تیم درمانی یا تحقیقاتی بیماران مبتلا به سرطان که تجربیات و اطلاعات ارزشمندی داشتند، انتخاب شدند. این افراد شامل پرستاران بخش سرطان، متخصص / مشاور تغذیه دارای تجربه کار با بیماران مبتلا به سرطان، رادیولوژیست و فوق تخصص آنکولوژی بود. فهرست شرکت‌کنندگان با توجه به دانش و مشورت تیم تحقیق تهیه شد و پس از انجام مصاحبه با هر یک از شرکت‌کنندگان، نمونه‌گیری به روش گلوله برفی ادامه یافت؛ به طوری که از آن‌ها درخواست گردید اگر فرد مطلع دیگری در این زمینه می‌شناسند، معرفی نمایند. انتخاب شرکت‌کنندگان تا رسیدن به اشباع داده‌ها ادامه یافت و اطلاعات جدیدی به یافته‌های شرکت‌کنندگان قبلی اضافه نشد. مهم‌ترین معیارهای ورود شامل تمایل افراد جهت شرکت در مطالعه و تجربه و دانش افراد در حوزه درمان بیماران مبتلا به سرطان و مسایل تغذیه‌ای مرتبط با این بیماران بود.

**ابزار و روش جمع‌آوری داده‌ها:** ابتدا با هماهنگی‌های لازم، با شرکت‌کنندگان تماس تلفنی برقرار گردید. سپس اهداف پژوهش کامل توضیح داده شد و پس از اخذ رضایت آگاهانه از آنان، قرار بعدی در جای خلوت و بنا به توافق مشارکت‌کننده و صلاحدید هر دوی مشارکت‌کننده و محقق گذاشته شد. در صورت عدم تمایل افراد برای شرکت در مصاحبه، از آن‌ها درخواست شد که در صورت امکان فرد مطلع دیگری که دارای شرایط ورود به تحقیق باشد را به تیم معرفی نماید. قبل از اجرای پژوهش، سؤالات مورد نظر و راه‌های اخذ داده‌های معتبر از مصاحبه و چگونگی تمرکز روی سؤالات با همکاران طرح مرور گردید. با آگاهی از مطالعات مشابه و شکاف و فقدان درک شده از مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان در تحقیقات انجام شده قبلی (به ویژه در ایران) سؤالات اولیه بر مبنای اهداف پژوهش طراحی گردید. این سؤالات در گروه پژوهش مورد بررسی و ویرایش قرار گرفت. بعد از انجام چند مصاحبه اولیه، به بازبینی سؤالات پرداخته شد.

منظور بهبود کیفیت مراقبت‌های اولیه در بیماران مبتلا به سرطان باشد. در واقع، متخصصان تغذیه به ویژه در بیمارستان‌ها، مسؤول اصلی مراقبت تغذیه و درمان عوارض تغذیه‌ای می‌باشند (۵). بیماران باید توسط پزشکان برای ارزیابی تغذیه به متخصصان تغذیه مراجعه کنند. همچنین، متخصصان تغذیه باید با اطمینان بتوانند از تخصص حرفه‌ای و دانش خود برای اجرای مداخلات اولیه تغذیه مناسب در بیماران بستری در بیمارستان استفاده نمایند. ایجاد محیط کاری مناسب برای ارتباط بهتر بین متخصصان تغذیه، پرستاران و پزشکان، می‌تواند کیفیت مراقبت و همچنین، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان را بهبود بخشد (۶). اگرچه هیچ کس نمی‌تواند نقش مهم متخصصان تغذیه و تخصص آن‌ها در کیفیت مراقبت از بیماران و نتایج درمان را انکار کند، اما متخصصان تغذیه کمتر از پرستاران در مراقبت‌های روزمره با بیماران در ارتباط هستند. پرستاران بخش آنکولوژی نقش مهمی را در ارائه مراقبت به بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان و کیفیت مراقبت ایفا می‌کنند. با این حال، عواملی همچون کمبود تجهیزات و مواد اولیه باکیفیت، تأثیر فشار زمان، کمبود نیروی انسانی و حجم کاری بالای بخش آنکولوژی، گاهی منجر به کاهش کیفیت ارائه خدمات به بیماران این بخش‌ها می‌شود (۷).

در مقایسه با کشورهای توسعه یافته، مراقبت بیماران مبتلا به سرطان در منطقه آسیا و اقیانوسیه با چالش‌های بیشتری مواجه است و با تأمین درست و کافی نیازهای بیماران مبتلا به سرطان فاصله زیادی دارد. در عین حال، تحقیقات در این حوزه نیز تاکنون به هیچ وجه جامع و کافی نبوده است (۸). از طرف دیگر، بسیاری از بیماران و حتی متخصصان اطلاع درستی از نوع درست این مراقبت‌ها در طول دوره درمان یا بعد از آن ندارند. مراقبت‌های حمایتی در سرطان، بر تمام دوران بیماری از زمان تشخیص تا پایان عمر فرد مبتلا تأکید دارد. به گزارش اتحادیه مراقبت‌های تسکینی جهان، نیازهای مراقبتی و حمایتی بیماران مبتلا به سرطان در کشورهایی که دچار محدودیت منابع هستند، تأمین نمی‌شود (۹). پژوهش‌های مختلف، نیازهای برآورده نشده فراوانی در حوزه مراقبت و حمایت بیماران مبتلا به سرطان گزارش نموده‌اند. از جمله این نیازها می‌توان نیاز به حمایت تغذیه‌ای (۱۰)، نیاز به رابطه نزدیک و صمیمی و احترام از سوی کادر درمانی (۱۱)، صحبت کردن و ارتباط مؤثر با کارکنان درمانی و مددکاران اجتماعی (۱۲) و حمایت در حیطه‌های روان‌شناسی و اطلاعات مربوط به بیماری (آگاهی‌بخشی) را نام برد (۱۳، ۱۲).

با توجه به نقش حیاتی تغذیه در فرایند درمان بیماران مبتلا به سرطان، شناسایی راه‌حل‌های بهبود مشکلات تغذیه‌ای این بیماران می‌تواند منجر به ارائه راهکارهای مداخله‌ای مؤثر با هدف ارتقای وضعیت تغذیه‌ای آن‌ها و بازدهی بهتر فرایند درمان شود. به دنبال انجام مطالعه کیفی جباری و همکاران با هدف بررسی دیدگاه بیماران مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان، چالش‌های مهم تغذیه‌ای این بیماران در چهار دسته‌بندی اصلی شامل «ناکارآمدی در مدیریت غذای بیماران»، «نیاز به مراقبت و حمایت تیم درمان»، «مشکلات ناشی از پیامدهای بیماری» و «راهبردهای بیماران در شرایط ناراضیاتی از محیط غذایی بیمارستان» تعیین گردید. از طرف دیگر، عواملی همچون «ناراضیاتی از محیط غذایی بیمارستان»، «بی‌توجهی به شرایط خاص بیماران» و «مشکلات مرتبط با ویژگی‌های غذای بیمارستانی» نیز از جمله عوامل یاد شده توسط بیماران بود. همچنین، «عدم ارتباط مستمر بین تیم درمان و بیماران»، «نیاز بیماران به مشورت با تیم درمان»،



شکل ۱. نمودار روند نمایشی مراحل انجام پژوهش

داده‌ها ادامه یافت و پس از آن نمونه‌گیری متوقف شد و بر این اساس، ۱۶ مشارکت‌کننده در تحقیق شرکت نمودند.

محتوای مصاحبه‌های ضبط شده عیناً و بدون هیچ دخل و تصرفی در همان روز یا حداکثر روز بعد پیاده‌سازی گردید. جهت پیاده‌سازی مصاحبه‌ها، موارد ضبط شده بارها و بارها شنیده و یادداشت‌برداری شد تا تمام جزئیات یادآوری شود. در انتهای روز، مصاحبه‌ها در فایل Word پیاده و سپس بلافاصله در نرم‌افزار MAXQDA نسخه ۲۰۱۰ کدگذاری باز انجام شد. مصاحبه‌ها به روش تحلیل محتوا و با رویکرد جهت‌دار (Directed) کدگذاری گردید. در روش آنالیز محتوای جهت‌دار، کدها در قالب سؤالات اولیه نظم داده می‌شود و در طبقات مشخص قرار می‌گیرد (۱۵). کدگذاری باز بر اساس تک‌تک جملات و نکات ذکر شده در مصاحبه‌ها انجام گرفت و پس از آن، در کدگذاری محوری، طبقات بر اساس سؤالات و اهداف پژوهش از میان کدهای باز جداسازی و شکل گرفت (۱۶). بر اساس کمبودها و شکاف‌هایی که در برخی از مفاهیم وجود داشت، سؤالاتی از افراد بعدی پرسیده شد تا با پرسش از آن‌ها بتوان شکاف‌های موجود را پوشش داد.

**صحت و اعتبار داده‌ها:** تمام مصاحبه‌ها توسط پژوهشگران با تجربه در زمینه مطالعات کیفی انجام شد و متن مصاحبه‌ها چندین بار توسط محققان اصلی بررسی شد. همچنین، تلاش گردید تا شرکت‌کنندگانی با تجربیات مختلف در ارتباط با چالش‌های تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان در نظر گرفته شوند (Maximum diversity sampling). مراحل پژوهش طی جلسات مشاوره با اعضای تیم تحقیقاتی مورد ارزیابی قرار گرفت و تمام مراحل توسط یک فرد مجرب در مطالعات کیفی (نویسنده مسؤول) نظارت شد. همچنین، تلاش گردید تمامی مراحل تحقیق با جزئیات آن ثبت شود.

همه سؤالات به صورت «باز» طراحی شده بود و در حین مصاحبه بسته به توضیحات آرایه شده توسط مصاحبه شونده، سؤالات دیگری نیز برای روشن شدن بیشتر نقطه نظرات آنان و دستیابی به اهداف از پیش تعیین شده مطالعه پرسیده می‌شد.

در شروع هر مصاحبه پس از خوشامدگویی به افراد شرکت‌کننده، از حضور آنان در محل مصاحبه قدردانی گردید و فرد در موقعیت راحتی در مکان مصاحبه قرار گرفت. سپس فرم رضایت آگاهانه برای هر یک از شرکت‌کنندگان تکمیل شد. برای مشارکت‌کننده توضیح داده شد که مصاحبه حدود ۳۰ تا ۶۰ دقیقه طول می‌کشد، اما بر طبق درخواست او می‌توان مدت مصاحبه را تنظیم نمود. نخست در مورد اهمیت موضوع تحقیق و اهداف آن صحبت شد و ضمن دادن این اطمینان که صحبت‌های آنان محرمانه باقی خواهد ماند، با کسب رضایت شرکت‌کنندگان، مصاحبه‌ها از ابتدا به طور کامل ضبط شد. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر، از مصاحبه عمیق فردی (In-depth Interview) استفاده گردید. در ابتدای مصاحبه برخی سؤالات عمومی از افراد پرسیده شد. سپس مصاحبه عمیق فردی به شکل نیمه ساختار یافته انجام گرفت. با طرح سؤالاتی که پاسخ باز دارند، فرد تشویق به حرف زدن می‌شود و نظراتش را بازگو می‌کند. هدایت مصاحبه به عهده محقق اصلی بود که مصاحبه را با گرفتن اطلاعات اولیه شروع می‌کند. هدف، کسب اطلاعات غنی همراه با جزئیات است که بتواند محقق را به یک تحلیل معنی‌دار برساند (جدول ۱). همچنین، در حین مصاحبه از نکات کلیدی آن یادداشت‌برداری گردید. به کلیه شرکت‌کنندگان بر اساس ترتیب زمانی انجام مصاحبه‌ها کد داده شد. بدین ترتیب، پس از انجام هر مصاحبه، ابتدا تجزیه و تحلیل و استخراج مفاهیم آن انجام گرفت. سپس مصاحبه بعدی انجام گردید. در مطالعه حاضر، جمع‌آوری داده‌ها و نمونه‌گیری تا رسیدن به اشباع

جدول ۱. دستورالعمل مصاحبه نیمه ساختار یافته

| سؤال  | محتوا   | هدف سؤال   |
|-------|---|--|
| شروع  | مقدمه مصاحبه  | توضیح در مورد جزئیات مطالعه، اهداف، امضای رضایت‌نامه   |
| ۱     | به نظر شما مهم‌ترین و شایع‌ترین مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان تحت درمان چیست؟  | کتبی آگاهانه و درخواست مجوز برای ضبط مصاحبه  |
| ۲     | معمولاً بیماران از تغذیه خود در بیمارستان چه شکایتی دارند؟  | تیبیین مشکلات رایج تغذیه در بیماران مبتلا به سرطان از دیدگاه کارشناسان و تیم درمانی                        |
| ۳     | به نظر شما دلایل این مشکلات چه عواملی است؟  | شناسایی مهم‌ترین مشکلات و شکایات بیماران به تیم درمان در مورد تغذیه آن‌ها                                  |
| ۴     | به نظر شما چه موانعی بر سر راه بهبود وضعیت تغذیه این بیماران وجود دارد؟   | شناسایی عوامل مؤثر بر مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان از دیدگاه متخصصان و تیم درمانی                |
| ۵     | به نظر شما چه راهکارهایی برای بهبود وضعیت تغذیه بیماران مبتلا به سرطان وجود دارد؟   | شناسایی موانع تغذیه مناسب بیماران مبتلا به سرطان   |
| ۶     | نقش چه کسانی را در حل مشکلات تغذیه‌ای بیماران مؤثر می‌دانید؟ آیا شخص دیگری را پیشنهاد می‌کنید که برای مصاحبه در این مورد به او مراجعه کنیم؟ | آگاهی از راهکارهای پیشنهادی کارشناسان و تیم درمانی در رابطه با کاهش مشکلات تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان |
| پایان |   | شناسایی ذی‌نفعان کلیدی برای حل مشکلات تغذیه‌ای بیماران   |
|       |   | شناسایی سایر اطلاع‌رسانی که در نمونه‌گیری هدفمند (نمونه‌گیری گلوله برفی) مصاحبه نشده‌اند.                  |

## یافته‌ها

عمومی آنان در جدول ۲ آمده است. پس از کدگذاری باز، حذف کدهای مشابه و طبقه‌بندی کدها با مفاهیم مشابه، شش طبقه اصلی به دست آمد (جدول ۳).

۱۶ شرکت‌کننده (۱۴ زن و ۲ مرد) در مطالعه حاضر شرکت کردند که ویژگی‌های

جدول ۲. ویژگی‌های عمومی شرکت‌کنندگان

| شماره شرکت‌کنندگان | جنسیت | سن (سال) | شغل             | رشته تحصیلی           | مدرک تحصیلی       | محل کار             | عضو تیم درمان سرطان |
|--------------------|-------|----------|-----------------|-----------------------|-------------------|---------------------|---------------------|
| ۱                  | زن    | ۲۹       | پرستار          | پرستاری               | کارشناسی          | بیمارستان           | بله                 |
| ۲                  | مرد   | ۳۲       | پرستار          | پرستاری               | کارشناسی          | بیمارستان           | بله                 |
| ۳                  | مرد   | ۴۰       | عضو هیأت علمی   | علوم تغذیه            | دکتری تخصصی       | دانشگاه             | بله                 |
| ۴                  | زن    | ۳۳       | سرپرست پرستاری  | پرستاری               | کارشناسی          | بیمارستان           | بله                 |
| ۵                  | زن    | ۲۸       | پرستار          | پرستاری               | کارشناسی          | بیمارستان           | بله                 |
| ۶                  | زن    | ۳۸       | پزشک            | آنکولوژی              | فوق تخصص (فلوشیپ) | بیمارستان و دانشگاه | بله                 |
| ۷                  | زن    | ۴۱       | مدیر واحد تغذیه | علوم تغذیه            | کارشناسی          | بیمارستان           | بله                 |
| ۸                  | زن    | ۳۲       | آموزش پرستاری   | پرستار                | دکتری تخصصی       | دانشگاه و بیمارستان | بله                 |
| ۹                  | زن    | ۴۰       | عضو هیأت علمی   | علوم تغذیه            | دکتری تخصصی       | دانشگاه             | خیر                 |
| ۱۰                 | زن    | ۴۳       | پرستار          | پرستاری               | دکتری تخصصی       | بیمارستان           | بله                 |
| ۱۱                 | زن    | ۳۴       | مدیر واحد تغذیه | علوم تغذیه            | کارشناسی          | بیمارستان           | بله                 |
| ۱۲                 | زن    | ۴۵       | عضو هیأت علمی   | سیاست‌های غذا و تغذیه | دکتری تخصصی       | دانشگاه             | خیر                 |
| ۱۳                 | زن    | ۳۴       | مشاور تغذیه     | دکتری تخصصی           | علوم تغذیه        | بیمارستان           | بله                 |
| ۱۴                 | زن    | ۴۰       | پژوهشگر         | کارشناسی              | علوم تغذیه        | مرکز تحقیقات        | بله                 |
| ۱۵                 | زن    | ۴۳       | پژوهشگر         | سیاست‌های غذا و تغذیه | دکتری تخصصی       | مرکز تحقیقات        | بله                 |
| ۱۶                 | زن    | ۴۲       | مشاور تغذیه     | کارشناس ارشد          | علوم تغذیه        | بیمارستان           | بله                 |

جدول ۳. طبقات مفهومی و زیرطبقات مرتبط با تبیین دیدگاه افراد متخصص در ارتباط با راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان

| طبقات اصلی                                     | زیرطبقات  | کدهای اصلی  | بخشی از مهم‌ترین نقل قول‌های شرکت‌کنندگان  |
|--|---|---|--|
| جایگاه مشاور تغذیه در تیم درمان و بخش آنکولوژی | لزوم درک اهمیت حضور کارشناس تغذیه در تیم درمان                  | ضرورت توجیه شدن پزشکان جهت همکاری پزشک و کارشناس تغذیه لزوم ارجاع بیمار از سوی پزشک به کارشناس تغذیه ضرورت ایجاد انگیزه در کارشناس تغذیه لزوم وجود ضمانت اجرایی دستورالعمل‌های تغذیه‌ای لزوم پاسخگو بودن کارشناس تغذیه در حوزه مربوطه | باید پزشکان و سایر کادر درمان متوجه اهمیت مشاوره تغذیه بشن که البته با افزایش انگیزه کارشناس تغذیه و حضور فعالش در بخش این اتفاق می‌افتد (شرکت‌کننده شماره ۵).<br>کارشناس تغذیه بیمارستان انگیزه‌ای برای مشاوره دادن و آموزش بیماران مبتلا به سرطان ندارند؛ چون نه در ارتقا و نه در پرداختشون تأثیری نداره... حتی فعال بودنشون در بخش‌ها باعث واکنش منفی سایر اعضای کادر درمان به خصوص پرستارها می‌شه (شرکت‌کننده شماره ۱۴).<br>۱۰۰ درصد (وضعیت تغذیه بخش آنکولوژی) می‌تونه بهبود پیدا بکنه؛ به شرط این که یک همکاری بین تیمی رخ بده؛ یعنی این که اون پزشک متخصص آنکولوژی قبول بکنه راهکارهای تغذیه‌ای یک مشاوره تغذیه رو.. (شرکت‌کننده شماره ۶).<br>پزشک یه کارشناس تغذیه رو (شاید ارشد باشه یا کتری) تو تیمش قبول بکنه، اونم تجربه کافی تو سرطان رو داشته باشه و بتونه از اول حمایت بکنه و بیمار رو تحت نظر داشته باشه که حداقل از لحاظ تغذیه دچار مشکل نشه اون بیمار.. (شرکت‌کننده شماره ۳)   |
| درک اهمیت مدیریت بخش غذایی و تهیه و توزیع غذا  | لزوم حضور کارشناس تغذیه در بخش و ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای بیماران | ضرورت ارزیابی اولیه و شناسایی سوء تغذیه قبل از درمان اهمیت ارزیابی دریافت و ترجیحات غذایی بیماران در بخش آنکولوژی   | اینجا غذا میارن توی بخش. من که متخصص تغذیه نیستم و پرستارم می‌بینم که بابا این مناسب مریض آنکولوژی نیست... مثلاً چربه، خوب نیخته یا هزار تا چیز دیگه... زنگ می‌زنی آشپزخونه، می‌گن به ما مربوط نیست. ما طبق منو تحویل می‌دیم. یه تغذیه‌ای نیست اینجا بیاد پاسخگو یا پیگیر این مسأله باشه و اصلاحش کنه (شرکت‌کننده شماره ۴).<br>بیمار از لحظه‌ای که پذیرش می‌شه، باید ارزیابی غذایییش شروع بشه. نه این که بره اینقدر درگیری‌های درمان براش پیش بیاد و نحیف و کاشکسی بشه، بعد یادمون بیفته که پس تغذیه‌اش چی باشه؟ باید مرتب پیگیری بشه. کنسر یه مسأله مزمن و گاهی دایمی می‌شه برای بیمار. کار یه روز و دو روز نیست تغذیه کنسر و باید مداوم پیگیری بشه (شرکت‌کننده شماره ۱۱).<br>بعضی وقت‌ها ترجیحات غذایی بیمار رو در نظر می‌گیرن... خب این می‌تونه نقاط قوت باشه، ولی نقاط ضعف اونقدر بیشتره که نقاط قوت به چشم نیاد (شرکت‌کننده شماره ۸).<br>خصوصی باشه بهتره... خصوصی منویی میارن برای بیماران حالا من «ICU» خصوصی کار کردم، یه منویی میارن برای بیمار می‌گن شما چی میل دارین؟ می‌گن مثلاً ما امشب جوجه کباب، باقالی پلو و چی و چی داریم، بعد می‌گیم مثلاً من کباب می‌خوام یا من جوجه کباب می‌خوام، چهار پنج تا غذا انتخاب می‌کنن (شرکت‌کننده شماره ۴).<br>باید شرکتی که قرارداد می‌بنده، بهش تأکید بشه که برای بخش آنکولوژی باید اینجور غذا درست کنی. برای دیابت اینجور یا هر بیماری خاص دیگه. مثلاً بگن بر اساس دستور متخصص تغذیه، باید تأکید کنن توی قرارداد که شما میاید بر اساس بخش‌ها چند جور غذا می‌دید. شاید ایده‌آل به نظر بیاد، ولی واقعاً لازمه. نمی‌دونم توی قراردادهاشون اصلاً همچین چیزی هست یا نه (شرکت‌کننده شماره ۲). |
| اهمیت خصوصی‌سازی پیمانکاری تغذیه در بیمارستان  | تأکید بر بهبود وضعیت تغذیه با خصوصی‌سازی بخش تغذیه در بیمارستان | تأکید بر بهبود وضعیت تغذیه با خصوصی‌سازی بخش تغذیه در بیمارستان   |  |

جدول ۳. طبقات مفهومی و زیرطبقات مرتبط با تبیین دیدگاه افراد متخصص در ارتباط با راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان (ادامه)

| طبقات اصلی                          | زیرطبقات   | کدهای اصلی  | بخشی از مهم‌ترین نقل قول‌های شرکت‌کنندگان   |
|-------------------------------------|--|---|---|
| درک اهمیت                           | لزوم تلاش برای بهبود                             | اهمیت سرو سبزیجات، میان‌وعده،                         | حداقلش اینه که غذای سرخ کردنی رو از غذاهاشون حذف می‌کنم، سعی می‌کنم یه میان‌وعده‌هایی براشون در نظر بگیرم؛ چون مثلاً اون موقع غذاهایی که خیلی بو دارن یا ادویه زیادی دارن، به شدت تهوع رو زیاد می‌کنن... خیلی ساده می‌تونن اینا رو براشون کم کنن (شرکت‌کننده شماره ۷).  |
| مدیریت بخش غذایی و تهیه و توزیع غذا | کیفیت غذای سرو شده                               | چای، ژله، سالاد و دورچین در کنار غذا                  | می‌تونن غذاهای آبپز براشون بذارن که هم بو ندارن و هم راحت قابل خوردن... خب مفید هم هستن غالباً سبزیجاتن (شرکت‌کننده شماره ۴).   |
|                                     |  | اهمیت کاهش حجم غذا و افزایش تعداد وعده‌ها             | دسرهایی مثل ژله چون مریض این ژله رو می‌تونه بخوره یه چیز خوبه، یه چیزی ژله‌ای کنار غذاش بتونه بخوره یا مثلاً سالادی باشه یا یه میان‌وعده کوچیک. مثلاً بخش‌های دیگه رو برین خودشون میان داخل بخش مثلاً چای می‌دن به مریضا، ولی اینجا نه. اینجا مریض خودش چای رو باید برادره... اینجا چای رو برای مریض توزیع نمی‌کنن (شرکت‌کننده شماره ۱).    |
|                                     |  | لزوم حذف غذای سرخ شده و ادویه‌دار                     | الآن سیستم غذا برای مریض‌های کیموتراپی نباید سه وعده باشه، باید پنج وعده باشه... مریض اصلاً سیستم گوارشیش تحمل نمی‌کنه. (باید) تعداد وعده‌های غذایی زیاد باشه و حجم وعده‌ها کم باشه (شرکت‌کننده شماره ۸).   |
|                                     | اهمیت رعایت نکات بهداشتی خاص در تهیه و توزیع غذا | تأکید بر استفاده از بشقاب به جای سینی، تعویض ظروف غذا | همون که در واقع می‌گم سینی‌هاشون رنگی باشه، یه ذره دلپذیرتر بکنن. همین که غذای مریض‌ها رو تو بشقاب بریزن و توی ظرف یکبار مصرف نریزن، خیلی خوبه... (شرکت‌کننده شماره ۸).   |
|                                     |  | اهمیت بسته‌بندی بهداشتی ظروف غذا                      | غذای کم میکروب مثلاً برنامه مدون یا یک تغییری که در روند تغذیه مریض‌ها هست، در مقایسه با مریض معمولی غذای اون‌ها جدا تهیه بشه. حتی از آشپزخونه نحوه پک (بسته‌بندی) شدنشم مشخص باشه که مربوط به بخش پیونده (شرکت‌کننده شماره ۱۳).  |
|                                     |  | تأکید بر اتوکلاو کردن ظروف                            | غذا اینجوری باشه که متناسب با وضعیت مریض‌ها تعدیل بشه. رژیم غذایی مریض کم‌میکروب باشه دیگه، به خاطر همین ظرف نگهداریشون، ظرف پخت و پزیشون باید با ماده‌های مخصوص شسته بشه و وقتی توی بخش میاد، حتماً پک شده باشه (شرکت‌کننده شماره ۹).  |
|                                     |  | لزوم بهداشت فردی و آراستگی ظاهری توزیع‌کننده غذا      | کسی که میاد تو بخش ما سرو می‌کنه غذا رو برای همراه مریض‌ها، حتماً باید روپوش مخصوص بپوشه، حتماً باید روکش کفشش رو بندازه، دستکش بپوشه. یعنی حتی بخش پیوند هم که در نظر نگیریم، بخش آنکولوژی در واقع تو بیمارستان این برنامه رو بریزن که این بخش غذا با حساسیت بیشتری سرو بشه (شرکت‌کننده شماره ۲).  |
|                                     |  |   | حتی اونایی که میومدن غذا رو سرو می‌کردن تو بخش خود ما، اگه لباسشون کثیف بود یا ظاهرشون نامناسب بود، سرپرستار بهشون تذکر می‌داد... باید متوجه حساسیت بخش می‌شدن که به چه ترتیب هست (شرکت‌کننده شماره ۸).   |
|                                     |  |   | من دیدم متأسفانه آشپزهایی که آقا هستن توی بخش میان ناهار رو سرو می‌کنن یا مثلاً سینی مریض‌ها اون چیزی که می‌گم خیلی مهمه واقعاً دلپذیر باشه. سینی غذای بیمار این که حالا کثیف باشه. این که حالا یه تزی داده بودن که سینی غذا رنگی باشه، خیلی چیز کوچیکه، ولی همین تأثیر اینا کنار هم می‌تونه کمک کنه به اشتهای بیمار (شرکت‌کننده شماره ۱۱). |

جدول ۳. طبقات مفهومی و زیرطبقات مرتبط با تبیین دیدگاه افراد متخصص در ارتباط با راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان (ادامه)

| طبقات اصلی                                | زیرطبقات   | کدهای اصلی   | بخشی از مهم‌ترین نقل قول‌های شرکت‌کنندگان   |
|---|--|--|---|
| نقش آموزش در بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران | ضرورت آموزش به بیمار و همراه بیمار                     | تأکید بر تهیه پوستر، پمفلت و فیلم‌های آموزشی در مورد اصول کلی تغذیه در سرطان و راهکارهای بهبود تغذیه لزوم برگزاری جلسات آموزشی با بیمار و همراه وی | گاهی مشکلات تغذیه بیمار ناشی از مشکلات روحی و روانی یا خانوادگی است و متأسفانه کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد. ارجاع به روان‌شناس در حالی که می‌تونه خیلی مؤثر باشه (شرکت‌کننده شماره ۱۵). بیمار اغلب نیاز به مشاوره روان‌شناسی و همینطور مددکار اجتماعی هم دارد که اصلاً در بیمارستان فعال نیست (شرکت‌کننده شماره ۱۴).  |
|   | لزوم آموزش‌های زمان ترخیص بیمار                        | لزوم آموزش‌های روان‌شناسی  | بهبود آموزش به بیماران، فالو کردن (پیگیری) بیماران در منزل و حتی آموزش مجازی به خانواده‌ها برای رفع مشکلات تغذیه‌ای بیماران... این‌ها خیلی اهمیت دارن (شرکت‌کننده شماره ۱۳).  |
|   | لزوم آموزش درمورد نحوه مصرف داروها و تداخلات دارو- غذا | تأکید بر لزوم دوره‌های آموزشی تغذیه در آنکولوژی ویژه پزشکان و پرستاران   | اهمیت زمان ترخیص اصلاً کمتر از زمان پذیرش بیمار نیست. باید حتماً حتماً حتی شده با آموزش شفاهی یا اگه بتونیم به پمفلتی، کتاب کم حجمی چیزی موقع ترخیص بهش بدیم که آموزش‌های لازم توش باشه، خیلی عالی‌ه... (شرکت‌کننده شماره ۶).   |
|   | لزوم آموزش برای کادر درمان                             | تأکید بر استفاده از اطلاعات به‌روز دنیا  | بیمار کنسری تشنه اطلاعاته... درباره داروها، درباره غذا، درمان و خیلی چیزای دیگه... همش داره از این و اون می‌پرسه. از اینترنت نگاه می‌کنه. اینجا (بیمارستان) بهترین جا و متخصص تغذیه و کادر درمان باسواد، مطمئن‌ترین منابع اطلاعاتی برای بیماران (شرکت‌کننده شماره ۵).   |
|   | برنامه‌ریزی آموزش برای کارکنان توزیع‌کننده و سرو غذا   | تأکید بر لزوم آموزش کارکنان توزیع غذا و ارزیابی آموزش‌ها   | تعامل با پزشکان و برگزاری کیس ریپورت یا سمینار از طرف گروه تغذیه برای پزشکان در جهت افزایش شناسایی ظرفیت‌های این گروه حتماً باید مد نظر باشه (شرکت‌کننده شماره ۱۳). وقتی یک نفر بیاد بگه من کارشناس تغذیه‌ام، یک کنگره بذاره یا یک کنفرانس کوچولو درون بخشی بذاره و به‌روز باشه، خیلی اطلاعات بالاتره می‌ره یا تمام اتاق‌ها مون تلویزیون داره... واسشون یک سی‌دی آموزشی سبک و ساده بذاره... پیشنهادم همون تصویریه که خیلی می‌تونه کمک کنه ببینه مواد پرکالری یا پرپروتئین چیه... (شرکت‌کننده شماره ۲). ما برای مریض‌ها مون پروتکل TPN می‌داشتیم. براشون قبل از این که پیوند بشن، چهار روز TPN می‌گرفتن. در واقع اون مکمل‌های غذایی یا هر چیزی که لازم بود بگیره که بدن آماده پذیرش پیوند رو داشته باشه. بعد از یه مدتی مطالعات جدید توی دنیا نشون می‌ده که مریض‌هایی که TPN می‌گیرن، احتمال بروز عفونت درشون بیشتره... این یه ذره تعدیل شد و تو مریض‌ها به صورت جنرال استفاده نمی‌کردیم... گفتیم اگر ضرورت داره تو مریض‌هایی که کاهش وزن داشته باشه یا کاشکسی داشته باشه، استفاده می‌کردیم (شرکت‌کننده شماره ۱۰). |
|   |  |  | اولین کار (اگر مسؤول تغذیه بیمارستان باشم) یه آموزش برای آشپز و سرآشپز می‌ذارم و ببینم چه جور ی اینارو هدایت می‌کنم. اگه نگرشون درست بشه، علمشون درست بشه، کارشون درست بشه، خب اوکی، ولی اگه ببینم واقعاً کسای هستن که با کلاس آموزشی هم اوکی نیستن، باید مانیتور و ارزیابی کنم (شرکت‌کننده شماره ۷).   |



## جدول ۳. طبقات مفهومی و زیرطبقات مرتبط با تبیین دیدگاه افراد متخصص در ارتباط با راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان (ادامه)

| طبقات اصلی  | زیرطبقات   | کدهای اصلی  | بخشی از مهم‌ترین نقل قول‌های شرکت‌کنندگان  |
|---|--|---|--|
| نقش آموزش در بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران           | برنامه‌ریزی آموزش برای کارکنان توزیع‌کننده و سرو غذا   | تأکید بر رعایت اصول بهداشت فردی و بهداشت توزیع غذا در آموزش‌ها<br>تأکید بر اهمیت خوش‌رویی و سرزنده بودن کارکنان سرو غذا در برخورد با بیمار<br>توجه به کرامت و روحیه بیمار<br>تأکید بر لزوم حفظ حرمت و عزت بیمار توسط کارکنان  | متأسفانه ما یک سری محدودیت‌های داریم مال بیماران مبتلا به سرطان که اونا اینا رو نمی‌دونن... مثلاً چه چیزایی رو باید مصرف کنن، چه چیزایی نباید مصرف کنن. اینجا بخش آموزش خیلی قوی‌تره به نظر من. بالآخره بیمارستان یک سری محدودیت منابع داره، یک سری منابعی داره که باید همون‌ها بهترین اثر رو داشته باشه؛ هرچند می‌تونه اونو به بهترین نحو طبخ بکنه (شرکت‌کننده شماره ۳).  |
| توجه به سطح اجتماعی بیماران در آموزش آن‌ها          | اهمیت آرایه آموزش به بیمار به زبان ساده<br>تأکید بر آموزش بیمار مطابق با ویژگی‌های قومیتی و فرهنگی وی  | مشکل دیگه این که اکثر افرادی که اینجا میان به خاطر وجود خیریه جزء قشر پایین جامعه هستن. باید متناسب با سطح تفکر یا رفتار جامعه صحبت بکنن، ولی این انجام نمی‌شه اصلاً. منم اینقدر سرم شلوغه وقت نمی‌کنم اون آموزش رو بدم (شرکت‌کننده شماره ۲).   | خیلی خوبه اون کسی که میاد (غذا) سرو کنه یا مثلاً خدمه‌ست، خوش اخلاق باشه خیلی خوبه. اینارو واقعا باید به پرسنل گفت و آموزش داد. خیلی‌هاشون نمی‌دونن یا اهمیتش رو درک نکردن (شرکت‌کننده شماره ۸).<br>مثلاً کسی که میاد غذا رو می‌ذاره، خیلی با روی خوب غذا رو گذاشتن، بفرمایید گفتن، معاشرت رو رعایت کردن تا این که بخواد سینی رو پرت بکنه، بگه این اینجوریه این غذای امروزت خب فرق می‌کنه یا این که با عزت و احترام... (شرکت‌کننده شماره ۵).<br>واقعا بیمار داره پول اون غذا رو می‌ده، ولی بعضی وقت‌ها طوری رفتار می‌شه که انگار سرباره داره... مثلاً صدقه سری یه چیزی بهش می‌دن می‌خوره، در حالی که بیمار روزی ۸۰ هزار تومن داره پول تغذیه خودش رو می‌ده. این احترام به شأن و کرامت انسانی بیمار واقعا باید تو این مقوله حفظ بشه (شرکت‌کننده شماره ۱۰). |
| استفاده از ظرفیت‌های بخش و کارکنان در آموزش بیماران | اهمیت پخش کلیپ‌های آموزشی از مانیتورهای بخش و تلویزیون‌های اتاق بیماران<br>لزوم غنی‌سازی کتابخانه از کتب مربوط به تغذیه بیماران آنکولوژی<br>تأکید بر استفاده از تجربه پرستاران در تنظیم برنامه غذایی بیماران | بعضیا می‌گن اینی که می‌گی خیلی ایده‌آله، ولی واقعا اینجور نیست. این که آدم‌هایی که میان از اقوام و فرهنگ‌های مختلف هستن. سبک زیست متفاوتی دارن گاهی با همدیگه. چه اشکالی داره یه پرس و جو ازشون بکنیم و متناسب با سبک زیستشون توصیه کنیم براشون و آموزش بدیم که از زندگی معمول بقیه خانواده زیاد فاصله نگیرن. همراهی‌شون (با خانواده) قطع نشه توی غذا خوردن و این چیزا (شرکت‌کننده شماره ۶).  | خوب پمفلت هست توی بخش، ولی من در مورد تغذیه کمتر دیدم، بیشتر در مورد بیماری و عوارض اون. کمبود محتوا در این زمینه هست. چرا پوستری نباید باشه، پوستر آموزشی که جذاب باشه، خوب بشه آموزش داد نصب بکنن (شرکت‌کننده شماره ۱).<br>پرستار زیاد وقت نمی‌کنه بخونه، خود مریض که وقت می‌کنه بره بخونه کتابخونه بخش غنی کنه کتاب‌هاش رو در این زمینه خیلی مهمه... (شرکت‌کننده شماره ۱۳).   |
|   |  | اینجا توی هر اتاق مانیتور هست. توی راهروها هست. خب توی اوقات مناسب که مریضا بیشتر حوصله دارن بیان یه سری تصاویر یا فیلم آموزشی بذارن پخش بشه. خیلی مؤثره به نظرم (شرکت‌کننده شماره ۱۱).<br>اینجا پرستار شبانه‌روزی با بیمار در ارتباطه. حتی گاهی بیشتر از همراه بیمار از مشکلاتش خبر داره. باید از این تجربه‌ها استفاده کنه متخصص و مشاور تغذیه و حتی پزشک یا این که بتونه توصیه‌های مؤثر داشته باشه برای بیمار (شرکت‌کننده شماره ۵). |  |

جدول ۳. طبقات مفهومی و زیرطبقات مرتبط با تبیین دیدگاه افراد متخصص در ارتباط با راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان (ادامه)

| طبقات اصلی  | زیرطبقات  | کدهای اصلی  | بخشی از مهم‌ترین نقل قول‌های شرکت‌کنندگان  |
|---|---|---|--|
| نقش راهگشای حامیان                                    | اهمیت استفاده از ظرفیت کمک‌های خیرین در بیمارستان       | اهمیت کمک‌های خیرین در بهبود کیفیت و کمیت میان‌وعده‌های بیماران | فکر می‌کنم خیریه باید دوباره بیاد. وقتی خیریه فعال بود مثلاً میان‌وعده شیر می‌دادن... خیلی خوب بود (شرکت‌کننده شماره ۴).   |
| تأکید بر استفاده از ظرفیت مددکار اجتماعی در بیمارستان | تأکید بر بهبود کلی وضعیت تغذیه در صورت افزایش کمک خیرین | تأکید بر بهبود کلی وضعیت تغذیه در صورت افزایش کمک خیرین         | گاهی مشکلات تغذیه بیمار ناشی از مشکلات مالی و متأسفانه کمتر مورد توجه قرار می‌گیرد و ارجاع به مددکار اجتماعی خیلی کم صورت می‌گیرد (شرکت‌کننده شماره ۱۵).<br>بیمار اغلب نیاز به مددکار اجتماعی هم دارد که اصلاً در بیمارستان فعال نیست (شرکت‌کننده شماره ۱۴). |

عوارض آن به صورت جداگانه در کودکان و بزرگسالان وجود دارد (۲۵). انجام مشاوره‌های تغذیه و استفاده از مکمل‌های مناسب تغذیه‌ای، قادر به بهبود کیفیت زندگی، حفظ وزن بدن و کاهش عوارض ناشی از درمان و پیامدهای بالینی است (۲۸-۲۶). در مطالعه Ravasco و همکاران، بیماران مبتلا به سرطان کولورکتال در سه گروه مجزا مورد بررسی قرار گرفتند. گروه اول مشاوره تغذیه اختصاصی و آموزش در خصوص دریافت بهینه مواد غذایی دریافت کردند. گروه دوم در کنار رژیم عادی و معمول خود، مکمل‌های غذایی دریافت نمودند و گروه سوم رژیم عادی و معمولی خود را ادامه دادند. نتایج پیگیری این بیماران نشان داد که گروه اول دریافت غذایی مطابق با استانداردها داشتند و عوارض ناشی از رادیوتراپی و وضعیت تغذیه‌ای و کیفیت زندگی در گروه اول در مقایسه با دو گروه دیگر به طور معنی‌داری بهتر بود (۲۹). بنابراین، افزایش توان علمی و اجرایی کارشناسان تغذیه در بخش آنکولوژی، منجر به پذیرفته شدن متخصص تغذیه در تیم درمان می‌شود و اثرات مثبت آن بر کیفیت زندگی بیمار و روند درمان مشهود خواهد بود.

در یک تحقیق کیفی مشابه در نیوزلند، محققان به منظور شناسایی شکاف‌های موجود در مراقبت‌های تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان، به بررسی دیدگاه‌ها و تجربیات پزشکان و مراقبان بهداشتی پرداختند و ۱۶ شرکت‌کننده با تخصص‌های مختلف شامل جراح، هماتولوژیست، آنکولوژیست، متخصص رادیوتراپی، پرستار و متخصص تغذیه مورد مصاحبه قرار گرفتند و چهار طبقه اصلی «اهمیت اجرای مراقبت تغذیه‌ای از زمان تشخیص بیماری، عملکرد حرفه‌ای تر رژیم درمان‌ها در خصوص ارایه مراقبت‌های تغذیه‌ای در مقایسه با سایر تخصص‌ها، ناکافی بودن مراقبت‌های تغذیه‌ای ارایه شده به بیماران مبتلا به سرطان و نیاز به تأمین مالی و نیروی کار و منابع انسانی» در تحلیل مصاحبه این افراد شناسایی گردید. نتایج نشان داد که دسترسی به متخصص تغذیه و رژیم درمانی به منظور مراقبت‌های تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان محدود می‌باشد و تماس بیشتر این گروه از متخصصان با بیماران، اثرات مثبت بیشتری بر بیماران مبتلا به سرطان خواهد داشت. همچنین، در پژوهش مذکور، موانع دستیابی به مراقبت‌های کامل تغذیه‌ای شامل «ناکافی بودن تعداد رژیم درمان‌های مستقر در واحدهای درمانی سرطان و سیستم ضعیف ارجاع از سوی سایر متخصصان به رژیم درمان‌ها» بود (۳۰). در مطالعه مشابه دیگری نیز ارایه توصیه‌ها و مشاوره‌های تغذیه‌ای به عنوان یک وظیفه نوظهور در تیم درمان بیماران مبتلا به سرطان معرفی گردید. نتایج به دست آمده که با انجام مصاحبه اعضای تیم درمان شامل جراح، متخصص آنکولوژی، پرستار، متخصص رژیم درمانی و مدد کار اجتماعی انجام گرفت، نشان داد که تغییر رفتار تغذیه‌ای بیماران باید در اولویت برنامه‌های تغییر سبک زندگی بیماران بهبود یافته قرار گیرد و در دسترس بودن متخصص تغذیه و انجام مشاوره‌های تخصصی تغذیه و توصیه‌های تغذیه‌ای مبتنی بر شواهد، باید از الزامات پروتکل درمان بیماران مبتلا به سرطان قرار گیرد (۳۱). نتایج تحقیقات پیشین (۳۱، ۳۰) هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر در ارتباط با جایگاه مشاوره تغذیه در تیم درمان و بخش آنکولوژی بود.

طبقه «درک اهمیت مدیریت بخش غذایی و تهیه و توزیع غذا» شامل زیرطبقه‌ها «اهمیت خصوصی سازی پیمانکاری تغذیه در بیمارستان، لزوم تلاش برای بهبود کیفیت غذای سرو شده و اهمیت رعایت نکات بهداشتی خاص در تهیه و توزیع غذا» بود. به نظر شرکت‌کنندگان، با واگذاری بخش تهیه و توزیع غذای بیمارستان به شرکت‌های خصوصی و پیمانکار و تنظیم قراردادهای

با بررسی و تحلیل اظهارات همه شرکت‌کنندگان، شش طبقه اصلی «جایگاه مشاور تغذیه در تیم درمان و بخش آنکولوژی، درک اهمیت مدیریت بخش غذایی و تهیه و توزیع غذا، نقش آموزش در بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران، نقش راهگشای حامیان، پایش و ارزشیابی و جذب نیروی انسانی لازم» در رابطه با راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان استخراج گردید.

## بحث

در پژوهش حاضر دیدگاه افراد متخصص در ارتباط با راهکارهای بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران مبتلا به سرطان در شش طبقه اصلی «جایگاه مشاور تغذیه در تیم درمان و بخش آنکولوژی، درک اهمیت مدیریت بخش غذایی و تهیه و توزیع غذا، نقش آموزش در بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران، نقش راهگشای حامیان، پایش و ارزشیابی و جذب نیروی انسانی لازم» تبیین گردید.

طبقه «جایگاه مشاور تغذیه در تیم درمان و بخش آنکولوژی» شامل لزوم درک اهمیت حضور کارشناس تغذیه در تیم درمان و لزوم حضور کارشناس تغذیه در بخش و ارزیابی وضعیت تغذیه‌ای بیماران بود. با وجود نقش مهم تغذیه در روند درمان و کاهش عوارض در بیماران مبتلا به سرطان، یافته‌های مطالعه نشان دهنده نیاز به حضور مؤثرتر و پررنگ‌تر کارشناسان و متخصصان تغذیه در بخش آنکولوژی و لزوم همکاری نزدیک کارشناسان تغذیه در تیم درمان بیماران مبتلا به سرطان بود. شرکت‌کنندگان ضرورت وجود کارشناس تغذیه در تیم درمان و تنظیم دستورالعمل‌های تغذیه‌ای و انجام ارزیابی‌های تغذیه‌ای و پایش بیماران به منظور شناسایی سوء تغذیه و پیشگیری از پیشرفت آن را لازم دانستند و توجه به ترجیحات غذایی بیماران را در روند درمان مؤثر عنوان نمودند. سوء تغذیه شیوع بسیار بالایی در میان بیماران مبتلا به سرطان ایرانی و ارتباط نزدیکی با عوارض و مرگ و میر ناشی از این بیماری و مشکلات مربوط به درمان و کیفیت زندگی دارد. بنابراین، انجام ارزیابی‌های دوره‌ای با استفاده از فرم‌های استاندارد مربوطه در جهت تخمین سوء تغذیه و انجام مداخلات تغذیه‌ای مناسب باید صورت گیرد (۱۷).

شناسایی بیماران در معرض سوء تغذیه و انجام به‌موقع و مناسب مداخلات تغذیه‌ای، اثرات مثبتی بر پیامدهای بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان دارد (۱۹، ۱۸). مطابق با دستورالعمل‌های انجمن اروپایی تغذیه بالینی و متابولیسم (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism) یا ESPEN، ارزیابی و پایش دریافت‌های تغذیه‌ای و پایش وزن و نمایه توده بدنی (Body mass index یا BMI) باید در بیماران مبتلا به سرطان انجام شود (۲۱، ۲۰، ۱۸). شیمی درمانی با علایم تغذیه‌ای متعددی از جمله کاهش اشتها، تهوع، استفراغ و تغییر حس چشایی همراه است (۲۳، ۲۲) که می‌تواند در توانایی دریافت غذایی بیمار تأثیر بگذارد و منجر به کاهش دریافت تغذیه‌ای، بدتر شدن وضعیت تغذیه‌ای و کاهش کیفیت زندگی بیمار شود (۲۴).

انجام مشاوره‌های تغذیه و تجویز محلول‌های تغذیه‌ای برای بیمارانی که در تأمین ۱۰۰ درصد نیازهای انرژی خود مشکل دارند، باعث بهینه‌سازی دریافت انرژی و پروتئین می‌گردد. در حین درمان نیز ممکن است برخی بیماران نیاز به تغذیه روده‌ای و یا وریدی داشته باشند که با نظر متخصص تغذیه باید اجرا گردد. در خصوص زمان مناسب شروع تغذیه درمانی اطلاعات کافی در دسترس نیست، اما توصیه شده است که قبل از شروع درمان، باید غربالگری تغذیه‌ای صورت گیرد. بنابراین، لزوم تدوین دستورالعمل‌های تغذیه‌ای مناسب با هر نوع سرطان و

می‌باشد. ارایه آموزش‌های لازم در زمینه خودمراقبتی و کنترل عوارض ناشی از بیماری و یا شیمی درمانی توسط پرستاران و کارشناسان تغذیه حرفه‌ای و آموزش دیده، تأثیر بسزایی در کاهش مشکلات بیماران مبتلا به سرطان دارد. ارایه مطالب آموزشی در قالب کتابچه، پمفلت و بروشورهای آموزشی، فیلم و یا صوت‌های آموزشی که از طریق تلویزیون‌های مدار بسته مراکز درمانی پخش می‌شوند، در این زمینه مؤثر می‌باشد. همچنین، ارایه روش‌های کنترل اضطراب و آرامش‌بخش توسط روان‌شناسان و ایجاد گروه‌های حمایتی از طریق شبکه‌های اجتماعی نیز از جمله راهکارهای ارایه آموزش‌های مناسب و بهبود کیفی زندگی این بیماران است. در مطالعه Peniamina و McLean نیز بهترین راهکار آموزش بیماران مبتلا به سرطان، آموزش چهره به چهره توسط رژیم درمانگر عنوان شد. همچنین، استفاده از ابزارهای آموزشی مانند بروشورها و پمفلت‌ها نیز در این آموزش‌ها مؤثر بیان شده است (۳۰).

در طبقه «نقش راهگشای حامیان» دو زیرطبقه شامل «اهمیت استفاده از ظرفیت کمک‌های خیرین و تأکید بر استفاده از ظرفیت مددکار اجتماعی در بیمارستان» شناسایی گردید. در این زمینه، به اهمیت کمک‌های خیرین بر بهبود وضعیت تغذیه بیماران تأکید شده است. با وجود این که مددکاران اجتماعی در مراکز درمانی بیماران مبتلا به سرطان فعالیت می‌کنند، تحقیقات کمی در خصوص تأثیر عملکرد آن‌ها بر کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان صورت گرفته است. با این حال، بررسی‌ها نشان می‌دهد که بیشترین دلایل ارجاع این بیماران به مددکاران اجتماعی مربوط به محل زندگی بیماران و وضعیت اقتصادی و اجتماعی آنان و مداخلات صورت گرفته شامل حمایت‌های روانی، مالی و اجتماعی در این بیماران بوده است (۳۵). کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان که تحت حمایت گروه‌های چند رشته‌ای شامل مددکاران اجتماعی هستند، نسبت به سایر بیماران بهتر گزارش شده است (۳۶). در نتیجه، می‌توان عنوان کرد که استفاده از قابلیت‌های مددکاران اجتماعی از لحاظ حمایت‌های روحی- روانی و اقتصادی در بیماران مبتلا به سرطان، می‌تواند بر کیفیت زندگی این بیماران و بالا بردن روحیه و امید به زندگی در آن‌ها مؤثر باشد.

طبقه پنجم «پایش و ارزشیابی» شامل زیرطبقات «تأکید بر لزوم نظارت خارج از آشپزخانه، پیگیری و ارزشیابی کارکنان طبخ‌کننده غذا» بود. شرکت‌های پیمانکاری طبخ و توزیع غذا در بیمارستان‌ها شایسته توجه ویژه هستند؛ چرا که علاوه بر گستردگی تعداد وعده‌های غذایی توزیع شده توسط این شرکت‌ها، آسیب‌پذیر بودن دریافت‌کنندگان خدمات غذایی آن‌ها و عواقب هرگونه اثرات نامطلوب مرتبط با خطرات مختلف آن، از اهمیت بالایی برخوردار است و باید به طور کامل مورد توجه قرار گیرد (۳۷). بنابراین، متصدیان خدمات و کسب و کارهای طبخ و توزیع غذا در بیمارستان‌ها، در عین حال که مسؤول تولید غذای ایمن هستند، ملزم به ارایه شواهد و گزارش‌های روشن از فعالیت‌های خود نیز می‌باشند. از طرف دیگر، رتبه‌بندی کیفیت وعده‌های غذایی به شدت به تازگی، طعم، بافت و تنوع غذاها و همچنین، وضعیت سلامتی و رعایت اولویت‌های بیماران بستگی دارد (۳۸). در تحقیق انجام شده در کشور کانادا نیز بر تأثیر کیفیت وعده‌های غذای بیمارستانی بر دریافت غذایی بیماران تأکید شده است. درک این که بیماران چه چیزی را در اولویت قرار می‌دهند و چه فکری در مورد وعده‌های غذایی ارایه شده دارند، می‌تواند بر تنظیم لیست و ترکیب غذاها تأثیر جدی داشته باشد. به عنوان مثال، در پژوهش Trinca و همکاران، اولویت‌های غذایی بیماران برای وعده‌های غذایی بیمارستان و تجربه حسی آن‌ها با استفاده

مناقصه در این رابطه، با تأکید بر چگونگی تهیه و توزیع غذای بیماران بخش آنکولوژی، وضعیت دریافت غذایی این بیماران بهبود خواهد یافت؛ چرا که ضمانت اجرایی بیشتری در قراردادهای پیمانکاری وجود دارد و در صورت عدم رعایت، شرکت‌های پیمانکار مشمول جریمه‌های مالی خواهند شد. پیمانکار تغذیه در قالب قرارداد تنظیم شده، ملزم به تهیه غذای ویژه، کم‌حجم در وعده‌های متعدد با در نظر گرفتن میان‌وعده‌های مناسب و رعایت اصول بهداشتی در تهیه و توزیع غذا خواهد بود. دلایل ناراضایتی بیماران مبتلا به سرطان از برنامه غذایی بیمارستان و عدم پذیرش آن در مطالعه Ferreira و همکاران، عواملی همچون فقدان طعم مناسب غذاها، ارایه شده، برنامه‌های غذایی یکنواخت و بدون تنوع، حجم زیاد غذای توزیع شده، فقدان اشتها و دمای نامناسب غذا عنوان شد (۳۲). نتایج تحقیق Ferreira و همکاران نشان داد که بیماران در طی دوره شیمی درمانی، تمایلی به مصرف وعده‌های غذایی حجیم مانند ناهار و شام ندارند و پذیرش وعده‌های غذایی سبک‌تر و کم‌حجم‌تر در میان بیماران بیشتر است (۳۳). تمام موارد ذکر شده در قالب توجه به مدیریت بخش غذایی بیمارستان و در ارتباط با پیمانکاری تغذیه و لزوم توجه به کیفیت غذای ارایه شده در بیمارستان است.

طبقه «نقش آموزش در بهبود وضعیت تغذیه‌ای بیماران» از دیگر مضامین اصلی شکل گرفته در پژوهش حاضر بود. بیماران مبتلا به سرطان به اطلاعات زیادی در زمینه خودمراقبتی نیاز دارند. میزان اطلاعات مورد نیاز هر بیمار از فردی به فرد دیگر متغیر است. در مطالعه کیفی Peniamina و McLean که از نگاه متخصصان مراقبت‌های سلامت (چه در حوزه مراقبت‌های عمومی و چه در حوزه مراقبت‌های خصوصی) که خدمات تغذیه‌ای برای بیماران مبتلا به سرطان ارایه می‌دادند، مورد بررسی قرار گرفت، این افراد تغذیه را عامل بسیار مهمی در مراقبت از سرطان، از تشخیص تا بقا، به منظور به حداکثر رساندن بهبودی و سلامت پایدار در بیماران معرفی کردند. همچنین، از نظر شرکت‌کنندگان، بهترین فرد برای ارایه مراقبت‌های تغذیه با کیفیت بالا، یک متخصص تغذیه است؛ هرچند سایر افراد درگیر در مراقبت سلامت نیز در مراقبت‌های تغذیه‌ای نقش دارند. همچنین، در مطالعه آن‌ها اشاره شد که مراقبت‌های تغذیه‌ای به صورت محدودی در دسترس است که بر سلامت و برابری در مراقبت از سرطان تأثیر می‌گذارد. شرکت‌کنندگان نیاز به افزایش ظرفیت متخصص تغذیه در نیروی کار و همچنین، نیاز به منابع تغذیه‌ای در دسترس و مناسب برای بیماران را متذکر شدند. در مجموع، دیدگاه شرکت‌کنندگان تحقیق Peniamina و McLean حاکی از آن بود که برای ارایه مراقبت‌های تغذیه‌ای به عنوان بخشی از مراقبت‌های سرطان به منظور بهبود سلامت و رفاه در میان افراد مبتلا به سرطان، باید اقدامات بیشتری انجام شود (۳۰).

در خصوص روش‌های آموزشی، استفاده از جلسات سخنرانی و آموزشی نسبت به مراقبت‌های معمول بیماران، تأثیر بهتری در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان داشته است. شواهد نشان داد که ارایه آموزش‌های کلامی کارایی خوبی نداشته است؛ چرا که بیماران در زمان‌های ویزیت و یا دوره‌های شیمی درمانی به دلیل عوارض به وجود آمده، تمرکز خوبی برای یادگیری ندارند (۳۴). یکی از مؤثرترین ابزارهای آموزشی، ابزارهای نوشتاری مانند پمفلت‌ها و کتابچه‌ها است؛ البته در تهیه این محتوا باید به سطح یادگیری عموم بیماران توجه شود؛ به طوری برای تمام بیماران که قابل درک باشد. از دیگر ابزارهای آموزشی، استفاده از برنامه‌های کاربردی در تلفن همراه و فیلم‌های آموزشی

ایجاد انگیزه و بالا بردن کیفیت خدمات ارائه شده به بیمار در ارتباط می‌باشد. ساماندهی و مدیریت بخش تغذیه در بیمارستان، از جمله وظایفی است که در دستور کار معاونت درمان در وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی قرار دارد. جهت تحقق این هدف، تبیین ساختار و جایگاه بخش تغذیه در بیمارستان‌های کشور با به کارگیری کارشناسان تغذیه بر اساس آیین‌نامه‌های مربوطه و سرپرستی این بخش در سطح ستاد معاونت‌های درمان دانشگاه‌ها با استقرار نیروی انسانی کافی، متخصص و باتجربه ضروری است. در تحقیقات مشابه نیز کمبود نیروی کار و کمبود رژیم‌شناس متخصص و آموزش دیده در حوزه تغذیه بیماران مبتلا به سرطان، به عنوان یکی از موانع دستیابی بیماران به اطلاعات صحیح تغذیه‌ای عنوان شده است (۳۰). در ساختار پیشنهادی تغذیه بالینی در حوزه بیمارستان‌ها شامل مسؤول بخش تغذیه و مدیریت خدمات غذایی، انتظار می‌رود فردی با تحصیلات دکتری تخصصی، کارشناسی ارشد و یا کارشناسی رشته تغذیه به عنوان مسؤول بخش، بر اساس تکالیف مشروح، نظارت و سرپرستی سایر کارشناسان بخش تغذیه بیمارستان و همچنین، مدیریت خدمات غذایی را به عهده گیرد. همچنین، در مقوله تعداد کارشناس / کارشناسان مشاوره تغذیه و رژیم درمانی بیمارستان، انتظار می‌رود بر اساس فصل ششم آیین‌نامه تأسیس و بهره‌برداری بیمارستان‌ها به ازای هر ۵۰ تخت بستری، حداقل یک نفر کارشناس تغذیه مستقل و تحت سرپرستی و تعامل با مسؤول بخش تغذیه بیمارستان منصوب شود و بر اساس تکالیف مشروح، ارزیابی تغذیه‌ای بیماران واجد شرایط بر اساس فرم‌های ارزیابی تغذیه‌ای و انجام مشاوره‌های تغذیه درخواست شده از سوی پزشک را به عهده گیرد.

### نتیجه‌گیری

مضامین اصلی پدیدار شده در تحقیق حاضر نشان داد که از دیدگاه متخصصان، راه‌حل بهبود مشکلات مرتبط با تغذیه در بیماران مبتلا به سرطان چند بعدی است و ریشه در مسایل چالش‌برانگیز متنوعی از جمله مشکلات مربوط به ماهیت بیماری و درمان، موانع مالی، کمبود نیروی انسانی، عدم آگاهی بیماران و تیم مراقبت‌های بهداشتی، کاستی‌های مرتبط با مدیریت و مسایل اجرایی دارد. حل این مشکلات نیازمند تخصیص بودجه دولتی، مشارکت مردمی (در قالب سازمان‌های مردم‌نهاد و خیریه)، جذب نیروی انسانی، همکاری بین بخشی بین دانشگاه‌های علوم پزشکی، مراکز بهداشتی-درمانی و بیمارستان‌ها، مدیریت جامع و مبتنی بر شواهد سلامت در سطح ملی و همکاری‌های بین‌المللی است.

### تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر برگرفته از طرح تحقیقاتی با شماره ثبت ۵۹۱۶۲/ص/۱۴۰۱ و کد اخلاق IR.SBMU.RETECH.REC.1401.722، مصوب شورای پژوهشی کمیته پژوهشی دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی می‌باشد. بدین وسیله از کمیته پژوهشی دانشجویان و معاونت تحقیقات و فن‌آوری دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به جهت حمایت مالی از این مطالعه، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید. همچنین، از کلیه شرکت‌کنندگانی که در انجام تحقیق حاضر مساعدت نمودند، سپاسگزار می‌گردم.

از پرسش‌نامه تجربه غذایی بیمارستانی ارزیابی و عوامل مرتبط به طور مستقل تعیین گردید. نتایج نشان داد که بیماران، طعم و تازگی و غذایی که نیازهای غذایی آن‌ها را برآورده می‌کرد را در اولویت قرار می‌دهند. همچنین، شکاف قابل توجهی بین آنچه بیماران در وعده‌های غذایی بیمارستان می‌خواهند و آنچه که در وعده‌های غذایی بیمارستان دریافت می‌کنند، وجود داشت. در مطالعه مذکور، بر ویژگی‌های عمومی بیماران و تحویل غذاهایی که ویژگی‌های حسی را حفظ می‌کند و در میان انتخاب‌های غذایی بیماران قرار دارد، تأکید گردید (۳۸).

هیچ برنامه رسمی یا فرایند سازمان یافته‌ای برای ارزیابی این عوامل در بیمارستان‌ها وجود ندارد. نادیده گرفتن نیازهای تغذیه‌ای بیماران در بیمارستان، ممکن است به دانش‌اندک در مورد ترکیبات تغذیه‌ای غذاهایی که به بیماران ارائه می‌شود، مربوط باشد. همچنین، تیم‌های پزشکی اغلب بر مدیریت و درمان بیماری و عوارض حاد یا مزمن آن تمرکز می‌کنند تا کیفیت غذاها یا عوارض مرتبط با رژیم غذایی بیماران بستری در بیمارستان (۳۴). بیمارستان‌های دولتی اغلب اولویت خود را بر روی هزینه کمتر و ترخیص سریع‌تر بیماران قرار می‌دهند. بنابراین، کیفیت غذاهای ارائه شده که توسط خدمات کترینگ با وعده‌های غذایی کم‌کیفیت، اما ارزان ارائه می‌شود، برای سیستم بهداشت و درمان این بیمارستان‌ها اهمیتی ندارد.

یکی از اهداف مهم و راهبردی در واحدهای تغذیه بالینی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور، بهبود وضعیت خدمات تغذیه‌ای و رژیم درمانی در سطح مرکز درمانی می‌باشد که به منظور دستیابی به این هدف کلی، راهکارهایی شامل انجام نظرسنجی‌های دوره‌ای و تحلیل آن‌ها و تلاش در جهت افزایش رضایتمندی بیماران سرپایی و بستری تعریف شده است. به منظور دستیابی به این اهداف، تعامل نزدیک و همکاری با گروه تغذیه بالینی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و تنظیم گزارش تحلیلی در دوره‌های زمانی شش ماهه و یک ساله، ارائه پیشنهادها مؤثر، اجرای برنامه اعتباربخشی بخش تغذیه، همراهی با تیم بازرسی، نظارت و ارزشیابی از سوی معاونت درمان دانشگاه‌ها، تکمیل سنج‌های اعتباربخشی و چک‌لیست‌های تغذیه، پیگیری حل مشکلات موجود در پیاده‌سازی و اجرای دستورالعمل‌ها، آیین‌نامه‌ها و بخش‌نامه‌های مرتبط در سطح مراکز درمانی تحت پوشش پیشنهاد شده است. برنامه نظارت این فصل مشتمل بر چک‌لیست‌های نظارتی در سطح معاونت درمان دانشگاه و چک‌لیست‌های نظارتی در سطح بیمارستان می‌باشد. این چک‌لیست‌ها توسط کارشناسان ستاد وزارت بهداشت در حوزه مربوطه و بر اساس بازدیدهای دوره ای-موردی و گزارش‌های ارسال شده از سوی دانشگاه تکمیل می‌گردد. همچنین، کنترل چک‌لیست نظارت بر عملکرد بخش تغذیه بیمارستان‌ها و پایش نحوه ارائه خدمات تغذیه بالینی در بیمارستان‌ها، به عهده کارشناس تغذیه برنامه تغذیه بالینی در معاونت‌های درمان دانشگاه‌های علوم پزشکی می‌باشد که با استفاده از چک‌لیست مربوطه انجام می‌شود. تکمیل این چک‌لیست‌ها حداقل دو بار در سال برای هر بیمارستان الزامی می‌باشد. در صورت عدم کسب امتیاز کامل از بررسی صورت گرفته، لازم است در اولین فرصت، بازدید مجدد به دنبال رفع نواقص صورت گیرد.

یکی دیگر از مضامین اصلی شکل گرفته در مطالعه حاضر، «جذب نیروی انسانی لازم» بود. به طور قطع افزایش نیروی انسانی با کاهش فشار کاری و

## References

- Oña L, Lachmann M. Signalling architectures can prevent cancer evolution. *Sci Rep* 2020; 10(1): 674.
- Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, et al. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* 2024; 74(3): 229-63.
- Farhood B, Geraily G, Alizadeh A. Incidence and mortality of various cancers in Iran and compare to other countries: a review article. *Iran J Public Health* 2018; 47(3): 309-16.
- Scotté F, Hervé C, Oudard S, Bugat M, Bugat R, Farsi F, et al. Supportive care organisation in France: an in depth study by the French speaking association for supportive care in cancer (AFSOS). *Eur J Cancer* 2013; 49(5): 1090-6.
- Fleurke M, Voskuil DW, Beneken genaamd Kolmer DM. The role of the dietitian in the management of malnutrition in the elderly: A systematic review of current practices. *Nutr Diet* 2020; 77(1): 60-75.
- Aktas A, Walsh D, Galang M, O'Donoghue N, Rybicki L, Hullihen B, et al. Underrecognition of malnutrition in advanced cancer: the role of the dietitian and clinical practice variations. *m J Hosp Palliat Care* 2017; 34(6): 547-55.
- Dehghan-Nayeri N, Shali M, Navabi N, Ghaffari F. Perspectives of oncology unit nurse managers on missed nursing care: A Qualitative study. *Asia Pac J Oncol Nurs* 2018; 5(3): 327-36.
- Zhang X, Zhou Y, Deng T, Yuan X, Xiong J, Lin Y, et al. Where are we and where to go for supportive cancer care in China? A national survey of patients and healthcare providers. *Research Square* 2021. [cited: 2021 March 25]. Available from: URL: <https://assets-eu.researchsquare.com/files/rs-263902/v1/84e9b972-84b6-4e8b-9440-7956e57dd6f7.pdf?c=1631879839>.
- Connor SR, Gwyther E. The worldwide hospice palliative care alliance. *J Pain Symptom Manage* 2018; 55(2S): S112-6.
- Esmaili R, Ahmadi F, Mohammadi E, Targari Seraj A. Life threatening: the most important concern of patients confronting cancer diagnosis. *Hayat* 2013; 18(5): 12-22.
- Missel M, Birkelund R. Living with incurable oesophageal cancer. A phenomenological hermeneutical interpretation of patient stories. *Eur J Oncol Nurs* 2011; 15(4): 296-301.
- Gibson F, Aldiss S, Horstman M, Kumpunen S, Richardson A. Children and young people's experiences of cancer care: a qualitative research study using participatory methods. *Int J Nurs Stud* 2010; 47(11): 1397-407.
- Sahay TB, Gray RE, Fitch M. A qualitative study of patient perspectives on colorectal cancer. *Cancer Pract* 2000; 8(1): 38-44.
- Jabbari M, Khoshnazar TAK, Haghhighian-Roudsari A, Taghizadeh-Hesary F, Milani-Bonab A. The Viewpoints of Hospitalized Patients with Cancer Regarding Their Nutritional Challenges in Hospital: A Phenomenological Study. *J Nutr Food Secur* 2022; 7(4): 424-36
- Polit DF, Beck CT. *Essentials of nursing research; Appraising Evidence for Nursing Practice*. 7th ed. Philadelphia, PA: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2010.
- Strauss A, Corbin J. Grounded theory methodology: An overview. In: Denzin NK, Lincoln YS, editors. *Handbook of qualitative research*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.; 1994. 273-85.
- Khoshnevis N, Ahmadizar F, Alizadeh M, Akbari M. Nutritional assessment of cancer patients in Tehran, Iran. *Asian Pac J Cancer Prev* 2012; 13(4): 1621-6.
- Arends J, Bachmann P, Baracos V, Barthelémy N, Bertz H, Bozzetti F, et al. ESPEN guidelines on nutrition in cancer patients. *Clin Nutr* 2017; 36(1): 11-48.
- Sreedharan L, Kumar B, Jewell A, Banim P, Koulouris A, Hart AR. Bridging clinic: The initial medical management of patients with newly diagnosed pancreatic cancer. *Frontline Gastroenterol* 2019; 10(3): 261-8.
- Bretón MJO, Pérez LML, Virizuella JA, Hernández JÁ, Fonseca PJ, Peris MC, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: An expert consensus report. *Endocrinología, Diabetes y Nutrición (English ed)* 2018; 65(Suppl 1): 17-23.
- Virizuella JA, Cambor-Álvarez M, Luengo-Pérez LM, Grande E, Álvarez-Hernández J, Sendrós-Madroño MJ, et al. Nutritional support and parenteral nutrition in cancer patients: An expert consensus report. *Clin Transl Oncol* 2018; 20(5): 619-29.
- Farhangfar A, Makarewicz M, Ghosh S, Jha N, Scrimger R, Gramlich L, et al. Nutrition impact symptoms in a population cohort of head and neck cancer patients: multivariate regression analysis of symptoms on oral intake, weight loss and survival. *Oral Oncol* 2014; 50(9): 877-83.
- Ni J, Zhang L. Cancer cachexia: definition, staging, and emerging treatments. *Cancer Manag Res* 2020; 12: 5597-605.

24. Fearon KC, Glass DJ, Guttridge DC. Cancer cachexia: mediators, signaling, and metabolic pathways. *Cell Metab* 2012; 16(2): 153-66.
25. Carrato A, Cerezo L, Feliu J, Macarulla T, Martin-Perez E, Vera R, et al. Clinical nutrition as part of the treatment pathway of pancreatic cancer patients: an expert consensus. *Clin Transl Oncol* 2022; 24(1): 112-26.
26. Baldwin C, Spiro A, Ahern R, Emery PW. Oral nutritional interventions in malnourished patients with cancer: A systematic review and meta-analysis. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104(5): 371-85.
27. Langius JAE, Zandbergen MC, Eerenstein SEJ, van Tulder MW, Leemans CR, Kramer MHH, et al. Effect of nutritional interventions on nutritional status, quality of life and mortality in patients with head and neck cancer receiving (chemo) radiotherapy: a systematic review. *Clin Nutr* 2013; 32(5): 671-8.
28. Paccagnella A, Morello M, Da Mosto MC, Baruffi C, Marcon ML, Gava A, et al. Early nutritional intervention improves treatment tolerance and outcomes in head and neck cancer patients undergoing concurrent chemoradiotherapy. *Support Care Cancer* 2010; 18(7): 837-45.
29. Ravasco P, Monteiro-Grillo I, Camilo M. Individualized nutrition intervention is of major benefit to colorectal cancer patients: long-term follow-up of a randomized controlled trial of nutritional therapy. *Am J Clin Nutr* 2012; 96(6): 1346-53.
30. Peniamina R, McLean RM. Experiences of healthcare practitioners providing nutrition care to people with cancer in New Zealand: A qualitative study. *Nutr Health* 2024:02601060231207439.
31. Smith KC, Coa KI, Klassen AC. A qualitative study of dietary discussions as an emerging task for cancer clinicians. *SAGE Open Med* 2016;4:2050312116665935.
32. Ferreira D, Guimarães TG, Marcadenti A. Acceptance of hospital diets and nutritional status among inpatients with cancer. *Einstein (Sao Paulo)* 2013; 11(1): 41-6.
33. Prockmann S, Freitas AHR, Ferreira MG, Vieira FGK, de Salles RK. Evaluation of diet acceptance by patients with haematological cancer during chemotherapeutic treatment. *Nutr Hosp* 2015; 32(2): 779-84.
34. Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J, Turnbull G. Effective teaching strategies and methods of delivery for patient education: a systematic review and practice guideline recommendations. *J Cancer Edu* 2011; 26(1): 12-21.
35. Pockett R, Hobbs K, Araullo R, Dave K. Social work interventions in cancer care. *Australian Social Work* 2022; 75(2): 137-51.
36. Miller JJ, Frost MH, Rummans TA, Huschka M, Atherton P, Brown P, et al. Role of a medical social worker in improving quality of life for patients with advanced cancer with a structured multidisciplinary intervention. *J Psychosoc Oncol* 2007; 25(4): 105-19.
37. Lupattelli A, Primavilla S, Roila R, Felici A, Tinaro M. Microbiological Safety and Quality of Meals and Work Surfaces in Collective Catering Systems in Central Italy: A Five-Year Monitoring Study. *Biology (Basel)* 2022; 12(1): 64.
38. Trinca V, Duizer L, Keller H. Putting quality food on the tray: Factors associated with patients' perceptions of the hospital food experience. *J Hum Nutr Diet* 2022; 35(1): 81-93.