مجله علوم تغذیه و صنایع غذایی ایران
سال بیستم، شماره ۵، ویژه‌نامه زمستان ۱۴۰۴، صفحات ۳۱-۲۷

خلاصه سیاستی

بازطراحی مشارکت پزشکان در مراقبت تغذیه‌ای بیماران بستری برای مقابله با سوءتغذیه بیمارستانی: شواهد، چالش‌ها و گزینه‌های سیاستی

مریم ظریف‌یگانه[۱]، آرزو حقیقیان رودسری[۲]، امیرحسین تکیان[۳]، نسرین امیدوار[۴]، حنانه محمدی کنگرانی[۵]، آزیتا حکمت‌دوست[۶]

۱- کاندید دکترای سیاست‌های غذا و تغذیه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

۲- نویسنده مسئول: گروه تغذیه جامعه، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران. پست الکترونیک: ahaghighian@yahoo.com

۳ - مرکز تعالی سلامت جهانی، گروه سلامت جهانی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، مرکز تحقیقات عدالت در سلامت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، گروه مدیریت، سیاست و اقتصاد سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران

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

۵- دانشکده علوم جنگل، دانشگاه علوم کشاورزی و منابع طبیعی گرگان، گرگان، ایران

۶- گروه تغذیه بالینی، دانشکده علوم تغذیه و صنایع غذایی، انستیتو تحقیقات تغذیه‌ای و صنایع غذایی کشور، دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران

چکیده

سابقه و هدف: سوءتغذیه در بیماران بستری در بیمارستان‌های ایران یک مشکل شایع و پنهان است که با وجود افزایش عوارض، مرگ‌ومیر، طول مدت بستری و هزینه‌های درمان فردی و اجتماعی، همچنان در زمره اولویت‌های مغفول‌مانده نظام سلامت قرار دارد. با توجه به اهمیت همکاری پزشکان و متخصصان تغذیه، این خلاصه سیاستی با هدف ارائه راهکارهای سیاستی برای ارتقای مشارکت پزشکان در مراقبت تغذیه-ای بیماران بستری در بیمارستان تدوین شد.

مواد و روش‌ها: با استفاده از مرور شواهد علمی داخلی و بین‌المللی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق با خبرگان و ذی‌نقشان در سه سطح (سیاست‌گذاری، دانشگاهی و ارائه خدمات) مرتبط با مراقبت تغذیه بیمارستانی و تحلیل تطبیقی تجربیات سیاستی سایر کشورها انجام شد.

یافته‌ها: شکاف ساختاری در مشارکت پزشکان در فرایند مراقبت تغذیه‌ای بیماران بستری – ناشی از ضعف آموزش پزشکی، فشار کاری بالای پزشکان، ضعف فرهنگ همکاری بین‌رشته‌ای، نبود ساختارهای سازمانی حمایت‌کننده و شاخص‌های پاسخگویی، کمبود نیروی متخصص تغذیه، و ضعف نظام ارجاع– یکی از دلایل اصلی است. این پژوهش، چهار گزینه سیاستی اولویت‌دار و قابل اجرا را برای حل این مساله پیشنهاد می‌کند: (۱) استخدام نیروی متخصص تغذیه، (۲) تشکیل تیم‌های حمایت تغذیه‌ای، (۳) افزودن شاخص‌های تغذیه به اعتباربخشی بیمارستان‌ها و (۴) بازنگری کوریکولوم پزشکی با رویکرد آموزش بین‌حرفه‌ای.

نتیجه‌گیری: بدون بازطراحی نظام‌مند مشارکت پزشکان در مراقبت تغذیه‌ای، سوءتغذیه بیمارستانی همچنان به‌عنوان باری پنهان، پرهزینه و در عین حال قابل پیشگیری بر نظام سلامت ایران تداوم خواهد یافت.

واژه‌گان کلیدی: سوءتغذیه بیمارستانی، مراقبت تغذیه‌ای، پزشکان، سیاست‌های سلامت

بیان مسئله

با گذشت حدود نیم قرن از زمان انتشار اولین مقاله در مورد سوءتغذیه بیمارستانی (۱) و با وجود پیشرفت‌های چشمگیر علم پزشکی و بکارگیری سیاست‌ها و راهبردهای گوناگون برای رسیدگی به مساله سوءتغذیه بیمارستانی در دهه‌های گذشته (۲, ۳)، سوءتغذیه در بیماران بستری همچنان یک مشکل شایع و پنهان است. برآوردهای بین‌المللی نشان می‌دهد ۲۰ تا ۵۰ درصد بیماران بستری مبتلا به درجاتی از سوءتغذیه می‌باشند (۲, ۴). در ایران نیز شیوع قابل‌توجه سوءتغذیه بیمارستانی به‌ویژه در بیماران

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.6]

بخش ویژه، سالمندان، بیماران مبتلا به سرطان و بیماران با بیماری‌های مزمن بستری گزارش شده است (۵-۷).

سوتغذیه بیمارستانی صرفاً یک مسئله تغذیه‌ای نیست؛ بلکه یک مسئله مرتبط با کیفیت خدمات سلامت، ایمنی بیمار، بهره‌وری بیمارستان و هزینه‌های نظام سلامت است (۴). سوتغذیه با پیامدهای نامطلوب شامل افزایش مدت زمان بستری، عفونت، مرگ‌ومیر، بستری مجدد، تأخیر در بهبود زخم، افزایش هزینه‌های درمان و کاهش کیفیت زندگی همراه است (۸, ۹). در شرایط محدودیت منابع در نظام سلامت ایران، پیشگیری و مدیریت سوءتغذیه می‌تواند یکی از مداخلات هزینه-اثربخش برای بهبود کیفیت خدمات باشد (۱۰).

با وجود اهمیت تغذیه در روند درمان، مراقبت تغذیه‌ای در بسیاری از بیمارستان‌های ایران هنوز به‌صورت ساختاریافته و تیمی ارائه نمی‌شود و اگرچه غربالگری تغذیه-ای برای همه بیماران انجام می‌گردد اما در بسیاری از موارد ارجاع بیماران پرخطر به متخصص تغذیه، دیرهنگام یا ناکافی بوده (۱۱, ۱۲) و همکاری پزشکان و متخصصان تغذیه محدود است (۱۱, ۱۳). این شکاف سازمانی می‌تواند منجر به تاخیر در شناسایی سوءتغذیه بیماران یا حتی عدم تشخیص آن شود، در نتیجه، بیماران از دریافت مداخلات درمانی مناسب محروم مانده و پیامدهای نامطلوب بالینی و اقتصادی بر نظام سلامت تحمیل گردد. این خلاصه سیاستی با هدف ارائه راهکارهای سیاستی برای ارتقای مشارکت پزشکان در فرایند مراقبت تغذیه‌ای بیماران بستری در بیمارستان تدوین شد.

روش پژوهش

خلاصه سیاستی حاضر با استفاده از مرور شواهد علمی داخلی و بین‌المللی، مصاحبه نیمه‌ساختاریافته عمیق با خبرگان و ذی‌نقشان در سه سطح (سیاست‌گذاری، دانشگاهی و ارائه خدمات) و تحلیل تجربیات سیاستی سایر کشورها تهیه شده است. همچنین مطالعات مداخله‌ای و سیاستی مرتبط با همکاری بین‌رشته‌ای در مراقبت تغذیه‌ای بیماران بستری بررسی و گزینه‌های سیاستی بر اساس اثربخشی، امکان‌پذیری اجرایی و تناسب با بافتار نظام سلامت ایران تدوین شدند.

یافته‌های پژوهش

به منظور ریشه‌یابی شکاف مشارکت پزشکان در مراقبت تغذیه‌ای بیمار، با تلفیق نظرات خبرگان، ذی‌نقشان و شواهد علمی موجود، دلایل زیر بدست آمد:

۱) **ماهیت خاموش سوءتغذیه:** سوءتغذیه، به دلیل ماهیت خاموش خود، اغلب زیر سایه سنگین اولویت‌های درمانی حادتر پنهان می‌ماند و نسبت به بسیاری از مشکلات پزشکی کمتر توجه پزشکان را جلب می‌کند.

۲) **ضعف آموزش تغذیه در پزشکی:** ضعف آموزش اهمیت تغذیه بیمار در پزشکی و اختصاص بخش کوچکی از کوریکولوم آموزشی پزشکان به تغذیه موجب فارغ‌التحصیلی پزشکانی است که اهمیت غربالگری تغذیه را درک نمی‌کنند، سوءتغذیه را تشخیص نمی‌دهند، خطر تغذیه‌ای را در نظر نمی-گیرد و مهارت عملی برای مدیریت سوءتغذیه ندارند. همچنین پزشکان از ضوابط ابلاغی وزارت بهداشت در خصوص تغذیه بیماران بستری در بیمارستان‌های کشور اطلاع کافی و لازم ندارند.

۳) **فشار کاری و محدودیت زمانی:** فشار کاری بالا، کمبود نیرو (پرسنل) و نسبت بالای بیمار به پزشک، باعث می‌شود تغذیه به حاشیه رانده شود.

۴) **ضعف فرهنگ همکاری بین‌رشته‌ای:** در بسیاری از نظام‌های سلامت، از جمله ایران، فرهنگ حرفه‌ای هنوز پزشک-محور است. فرهنگ «پزشک‌سالاری» و فردگرایی حرفه‌ای، پزشک را در مرکز تصمیم‌گیری قرار می‌دهد و او را از نظر عملکردی از تیم تغذیه جدا می‌کند. این شکاف فرهنگی در آموزش ریشه دارد.

۵) **نبود شاخص‌های ارزیابی و پاسخگویی:** در بیمارستان‌ها معمولاً فشار خون، عفونت، مرگ‌ومیر، و ایمنی دارویی پایش می‌شود؛ اما شاخص‌های تغذیه کمتر مورد ارزیابی قرار می‌گیرند. هنگامی که سوءتغذیه اندازه‌گیری نشود، در اعتباربخشی اهمیت نداشته باشد و پیامدهای آن گزارش نشوند، طبیعتاً در اولویت پزشکان نیز قرار نمی‌گیرد.

۶) **مسئله هویت حرفه‌ای تغذیه بالینی:** در کشور ما، تغذیه بالینی هنوز جایگاه مستقل و قدرتمند

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.6]

مشابه سایر تخصص‌های پزشکی را ندارد. در نتیجه کمتر در آموزش پزشکی برجسته می‌شود، کمتر در تصمیم‌های اصلی درمانی حضور داشته و به‌عنوان «درمان حیاتی» دیده می‌شود.

۷) **نبود ساختارهای سازمانی حمایت‌کننده:** حتی پزشکان علاقه‌مند نیز بدون ساختار مناسب نمی‌توانند تغذیه را وارد جریان درمان کنند. در بسیاری از بیمارستان‌های ایران، نبود تیم حمایت تغذیه‌ای، نداشتن سیستم هشدار تغذیه‌ای در HIS (Hospital Information System) بیمارستان و دانش و مهارت ناکافی مشاور تغذیه موجب دلسردی پزشک در ارجاع بیماران نیازمند مشاوره تغذیه می‌گردد.

۸) **طراحی ناقص نظام ارجاع:** در بسیاری از بیمارستان‌ها، هیچ "مسیر بحرانی" (CriticalPathway) خودکاری برای ارجاع بیماران دچار سوءتغذیه یا در معرض خطر وجود ندارد.

۱۰) همچنین، هیچ الزامی مبنی بر ثبت دلیل ردّ یک توصیه مشاوره‌ای تغذیه در پرونده بیمار وجود ندارد و این حلقه مفقوده، پاسخ‌گویی را از بین می‌برد.

۹) **کمبود نیروی متخصص تغذیه:** کمبود نیروی متخصص تغذیه (کارشناس، کارشناس ارشد و دکترا) یک "چرخه معیوب" می‌سازد: پزشک چون متخصص را در دسترس و پاسخگو نمی‌بیند، ارجاع را بی‌فایده تلقی کرده و به‌کلی از آن صرف‌نظر می‌کند. این کمبود، ستون فقرات "تیم حمایت تغذیه‌ای (NST)" (Nutrition Support Team) را می‌شکند و ویزیت مشترک را که مهم‌ترین بستر همکاری پزشک است، بی‌محتوا می‌کند. در نتیجه، مشارکت پزشک از یک فرایند ساختاریافته به یک اقدام پراکنده و کاملاً نادیده گرفته‌شده تقلیل می‌یابد.

توصیه‌های سیاستی

اولویت	توصیه	شواهد	تحلیل هزینه–فایده	تدوین، تصویب و اجرا	زمان بندی	منابع مورد نیاز
۱	**استخدام نیروی متخصص تغذیه در بیمارستان‌ها**	کمبود نیروی متخصص تغذیه باعث کاهش کیفیت مراقبت تغذیه‌ای، تأخیر در ارزیابی بیماران و محدود شدن مداخلات تغذیه‌ای می‌شود (۱۴, ۱۵).	هزینه: زیاد فایده: بسیار زیاد امکان اجرا: متوسط	وزارت بهداشت، سازمان برنامه و بودجه، دانشگاه‌های علوم پزشکی	میان‌مدت (۲-۱ سال)	تأمین ردیف استخدامی جدید، بودجه پایدار از محل درآمدهای اختصاصی یا هدفمندی یارانه‌های سلامت
۲	**تشکیل تیم‌های حمایت تغذیه‌ای در بیمارستان-ها**	وجود NST باعث کاهش عوارض، بهبود کیفیت مراقبت و ارتقای هماهنگی درمان می‌شود (۱۰, ۱۶).	هزینه: کم فایده: بسیار زیاد امکان اجرا: زیاد	وزارت بهداشت، تمام بیمارستان‌های کشور	کوتاه‌مدت (۶- ۱۲ ماه)	ابلاغ بخشنامه تشکیل تیم، تعریف ساختار و اختیارات تیم، تخصیص زمان برای اجرا
۳	**افزودن شاخص‌های تغذیه‌ای به اعتباربخشی بیمارستان‌ها**	ادغام شاخص‌های تغذیه در نظام اعتباربخشی بیمارستان‌ها موجب بهبود عملکرد فرایندهای تغذیه‌ای می‌شود (۴, ۱۷).	هزینه: کم فایده: بسیار زیاد امکان اجرا: زیاد	وزارت بهداشت، اداره کل اعتباربخشی	کوتاه‌مدت (۶- ۱۲ ماه)	بازنگری استانداردهای اعتباربخشی ملی، آموزش ارزیابان، به‌روزرسانی سامانه‌های ثبت داده
۴	**بازنگری آموزشی در کوریکولوم پزشکی و ادغام آموزش بین‌حرفه‌ای**	آموزش بین‌حرفه‌ای (IPE) دانشجویان پزشکی، پرستاری و تغذیه، مهارت‌های همکاری را ارتقا می‌دهد و می‌تواند مستقیماً به بهبود فرایندهای مراقبت تغذیه‌ای در بیمارستان‌ها منجر شود (۱۸).	هزینه: کم فایده: بسیار زیاد امکان اجرا: بسیار زیاد	وزارت بهداشت، دبیرخانه شورای آموزش پزشکی و تخصصی	بلندمدت (۵-۳ سال)	تیم‌های برنامه‌ریزی درسی، طراحی دوره‌های عملی مشترک، تربیت اساتید راهنما برای تسهیل آموزش بین‌حرفه‌ای

پیام کلیدی به سیاست‌گذار: سوءتغذیه بیمارستانی در ایران یک «عامل خاموش» افزایش عوارض، مدت زمان بستری و هزینه‌های درمان است که ضعف ساختارهای مشارکت پزشکان در مراقبت تغذیه‌ای بیمار یکی از دلایل نقص در شناسایی و مدیریت آن می‌باشد. شواهد نشان می‌دهد که سرمایه‌گذاری در استخدام متخصصان تغذیه، تشکیل تیم‌های حمایت تغذیه‌ای و ادغام شاخص‌های تغذیه در اعتباربخشی بیمارستان‌ها، از مداخلات کم‌هزینه

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]
[DOI: 10.66224/nsft.20.5.6]

اما پُربازده برای ارتقای کیفیت خدمات و ایمنی بیمار است. بدون اصلاح نظام ارجاع، آموزش پزشکی و ساختار پاسخ‌گویی تغذیه‌ای، سوءتغذیه بیمارستانی همچنان باری پنهان اما قابل پیشگیری بر نظام سلامت ایران تحمیل خواهد کرد.

سپاسگزاری: خلاصه سیاستی حاضر بخشی از پایان‌نامه خانم مریم ظریف‌یگانه، دانشجوی مقطع دکتری سیاست‌های غذا و تغذیه است که طرح آن با کد اخلاق IR.SBMU.NNFTRI.REC.1401.055 در شورای پژوهشی انستیتو تحقیقات تغذیه ای و صنایع غذایی کشور به تصویب رسیده است.

References

1. Butterworth Jr CE. The skeleton in the hospital closet. Nutrition today. 1974;9(2):4-8.
2. Hiesmayr M, Tarantino S, Moick S, Laviano A, Sulz I, Mouhieddine M, et al. Hospital malnutrition, a call for political action: a public health and nutritionday perspective. Journal of clinical medicine. 2019;8(12):2048.
3. Damari B, Abdollahi Z, Pourghaderi M, Mohammadi-Nasrabadi F. An evaluation of four years implementation of National Nutrition and food security policy in Iran: lessons learned. International journal of preventive medicine. 2020;11(1):173.
4. Tappenden KA, Quatrara B, Parkhurst ML, Malone AM, Fanjiang G, Ziegler TR. Critical role of nutrition in improving quality of care: an interdisciplinary call to action to address adult hospital malnutrition. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2013;113(9):1219-37.
5. Feyzabadi Z, Jamalie S, Fazli B, Shams SS, Badpeyma M, Sedaghat A. The nutritional status of patients hospitalized in the ICUs of Iranian hospitals: a systematic review. Evidence Based Care. 2024;14(2):67-84.
6. Mahdavi-Roshan M, Salari A, Hasandokht T, Rahbar-Taramsari M. Malnutrition status and associated factors in cardiac patients admitted to heart hospital, in the north of Iran. Hospital Topics. 2019;97(2):60-5.
7. Poudineh S, Shayesteh F, Kermanchi J, Haghdoost A-A, Torabi P, Pasdar Y, et al. A multi-centre survey on hospital malnutrition: result of PNSI study. Nutrition journal. 2021;20(1):87.
8. Correia MIT, Waitzberg DL. The impact of malnutrition on morbidity, mortality, length of hospital stay and costs evaluated through a multivariate model analysis. Clinical nutrition. 2003;22(3):235-9.
9. Álvarez-Hernández J, Vila MP, León-Sanz M, de Lorenzo AG, Celaya-Pérez S, García-Lorda P, et al. Prevalence and costs of malnutrition in hospitalized patients; the PREDyCES® Study. Nutricion hospitalaria. 2012;27(4):1049-59.
10. Reber E, Strahm R, Bally L, Schuetz P, Stanga Z. Efficacy and efficiency of nutritional support teams. Journal of clinical medicine. 2019;8(9):1281.
11. Dahka SM, Fathi S, Salimi Z, Roumi Z, Aminnejad B, Valisoltani N, et al. The status of clinical nutrition in hospitals of Guilan province, Iran-A mixed-method study. Nutrición Hospitalaria. 2023;40(1).
12. Emami M, Zarezadeh M, Sharifzadeh M, Fazelifarsani Z, Khorshidi M. Evaluation of Nutritional Assessment Quality and Rate of Referral to a Dietitian in Shariati Hospital, Tehran, Iran: A Clinical Audit. Journal of Nutritional Sciences and Dietetics. 2019:8-13.
13. Jabbari M, Haghighian-Roudsari A. Nutritional challenges of hospitalized cancer patients from the perspective of healthcare professionals: a qualitative study. Journal of Qualitative Research in Health Sciences. 2024;13(4):177-86.
14. Hand RK, Lamers-Johnson E, Jimenez EY, Steiber AL. Patient Malnutrition Risk or Number of Initial Nutrition Intervention Categories Can Be Used to Develop Registered Dietitian Nutritionist Staffing Models in the Inpatient Adult and Pediatric Hospital Setting: A Cohort Study. J Acad Nutr Diet. 2025;125(3):348-65.
15. Hand RK, Jordan B, DeHoog S, Pavlinac J, Abram JK, Parrott JS. Inpatient staffing needs for registered dietitian nutritionists in 21st century acute care facilities. Journal of the Academy of Nutrition and Dietetics. 2015;115(6):985-1000.
16. Barrocas A, Schwartz DB, Bistrian BR, Guenter P, Mueller C, Chernoff R, et al. Nutrition support teams: Institution, evolution, and innovation. Nutrition in clinical practice : official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. 2023;38(1):10-26.
17. Holst M, Staun M, Kondrup J, Bach-Dahl C, Rasmussen HH. Good nutritional practice in hospitals during an 8-year period: The impact of accreditation. e-SPEN Journal. 2014;9(4):e155-e60.
18. Braun B, Grünewald M, Adam-Paffrath R, Wesselborg B, Wilm S, Schendel L, et al. Impact of interprofessional education for medical and nursing students on the nutritional management of in-patients. GMS journal for medical education. 2019;36(2):Doc11.

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.6]

Policy Brief

Redesigning Physicians' involvement in Nutrition Care for Hospitalized Patients to Combat Hospital Malnutrition: Evidence, Challenges, and Policy Options

*Zarif Yeganeh M[1] , Haghaghian-Roudsari A[*2], Takian A[3], Omidvar N[1], Mohammadi Kangarani H[ٔ], Hekmatdoost A[1]*

1. Faculty of Nutrition science and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute (NNFTRI), Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU), Tehran, Iran.
2. **Corresponding author:* Department of Community Nutrition, Faculty of Nutrition Sciences and Food Technology, National Nutrition and Food Technology Research Institute (NNFTRI), Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU), Tehran, Iran .
3. Centre of Excellence for Global Health (CEGH), Department of Global Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Health Equity Research Centre (HERC), Tehran University of Medical Sciences, Department of Health Management, Policy and Economics, School of Public Health, Tehran University of Medical, Tehran, Iran.
4. Department of Community Nutrition, School of Nutrition Sciences & Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU), Centre of Excellence for Global Health (CEGH), Department of Global Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.
5. Faculty of Forest Sciences, Gorgan University of Agricultural Sciences and Natural Resources, Gorgan, Iran.
6- Department of Clinical Nutrition, School of Nutrition Sciences & Food Technology, Shahid Beheshti University of Medical Sciences (SBMU), Centre of Excellence for Global Health (CEGH), Department of Global Health, School of Public Health, Tehran University of Medical Sciences (TUMS), Tehran, Iran.

Abstract

Background and Aims: Malnutrition among hospitalized patients in Iranian hospitals remains a common yet hidden problem. Despite being associated with increased morbidity, mortality, length of hospital stay, and individual and societal costs, it continues to be among the neglected priorities of the health system. Given the importance of collaboration between physicians and dietitians, this policy brief was developed to provide policy options for enhancing physician involvement in the nutrition care of hospitalized patients.

Materials and Methods: This policy brief was prepared using a review of national and international scientific evidence, in-depth semi-structured interviews with experts and stakeholders at three levels (policy-making, academia, and service delivery) related to hospital nutrition care, and a comparative analysis of policy experiences from other countries.

Findings: A structural gap in physician involvement in the nutrition care process of hospitalized patients—resulting from weak medical education on nutrition, high physician workload, poor interprofessional collaboration culture, lack of supportive organizational structures and accountability indicators, shortage of clinical dietitians, and an inefficient referral system—was identified as one of the main drivers of the problem. This study proposes four priority and feasible policy options to address this issue: (1) Recruitment of clinical dietitians, (2) establishing Nutrition Support Teams (NSTs), (3) integrating nutrition indicators into hospital accreditation systems, and (4) revising the medical curriculum through an interprofessional education approach.

Conclusion: Without a systematic redesign of physician involvement in nutrition care, hospital malnutrition will continue to persist as a hidden, costly, yet preventable burden on Iran's health system.

Key words: Hospital malnutrition, Nutrition care, Physicians, Health policy

[Downloaded from nsft.sbmu.ac.ir on 2026-11-01]

[DOI: 10.66224/nsft.20.5.6]