

ماهنامه خبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه



اولویتها و برنامه دفتر بهبود تغذیه در سال ۱۴۰۲

<p>به رفع ضعف های موجود در این حوزه خواهد توانست کیفیت ارائه خدمات تغذیه ای را افزایش دهد.</p> <p>لذا امسال دفتر بهبود تغذیه در نظر دارد شاخصهای مربوط به ارائه خدمات تغذیه را بازنگری کرده و با کمک مرکز گسترش شبکه، آنها را در سامانه های موجود بارگزاری نماید. انجام این مهم خواهد توانست خدمات تغذیه ای که کارشناسان در کل کشور ارائه میدهند را به نحو بهتری انعکاس دهد و اهمیت وجود کارشناسان تغذیه در نظام مراقبتهای بهداشتی را بیش از پیش روشن سازد. به علاوه در جهت ارتقای توانمندی کارشناسان تغذیه شاغل در سیستم بهداشتی، این دفتر امسال کارگاه توانمند سازی را برای کارشناسان تغذیه محیطی به صورت چهره به چهره با بهره گیری از اساتید مجرب و در قالب حل کیس برگزار خواهد کرد. برنامه ریزی این دوره توانمندسازی در حال حاضر در جریان است و در آینده نزدیک برای اجرا به دانشگاههای علوم پزشکی کشور ابلاغ خواهد شد.</p> <p>در کنار این امر برای ارتقای کیفیت و کمیت ارائه خدمات تغذیه ای، ارجاع موثر افراد به کارشناسان تغذیه در کشور است. در ارزیابی های انجام شده مشاهده شده است که با وجود</p>	<ul style="list-style-type: none">• ارائه مراقبت های تغذیه ای بصورت یکپارچه، منسجم و ساختارمند با ایجاد دسترسی آحاد جامعه به خدمات تغذیه ای• استقرار یک کارشناس تغذیه به ازای هر ۴۰ تا ۶۰ هزار نفر جمعیت منطقه تحت پوشش در مراکز• ارجاع از سوی مراقبین سلامت پایگاه ها و پزشک مرکز به کارشناس تغذیه• ارائه خدمات مشاوره تغذیه و تنظیم برنامه غذایی برای بیماران مبتلا به دیابت و پره دیابت، فشار خون بالا، اضافه وزن و چاقی و دیس لیپیدمی توسط کارشناسان تغذیه بطور رایگان برای اولین بار در کشور• ادغام خدمات تغذیه در پیشگیری و کنترل بیماری های غیرواگیر• بهره مندی جامعه بویژه مناطق حاشیه نشین شهرها و مناطق محروم از خدمات رایگان مشاوره تغذیه و رژیم درمانی <p>هرچند در حال حاضر این خدمات در حال انجام است اما با توجه به بازدیدهای انجام شده از مراکز جامع خدمات سلامت در دانشگاههای علوم پزشکی کشور، به نظر میرسد توجه جدی</p>	<h3>۱. افزایش کیفیت و کمیت ارائه خدمات تغذیه ای به مردم در شبکه های بهداشتی و درمانی کشور</h3> <p>تا قبل از اجرای برنامه تحول سلامت، ارائه خدمات تغذیه ای در شبکه بهداشتی درمانی کشور بصورت ارائه توصیه های تغذیه ای انجام میگرفت که این توصیه ها براساس بسته های آموزشی تهیه شده توسط دفتر بهبود تغذیه جامعه، در خانه های بهداشت توسط بهورزان به افراد مبتلا به اضافه وزن و چاقی، دیابت، بیماری های قلبی عروقی و فشار خون بالا صورت می گرفت. در واحد مشاوره تغذیه در مراکز بهداشتی، درمانی شهری در برخی از شهرستان ها نیز، رژیم درمانی و مشاوره تغذیه تخصصی افراد ارجاع شده از سطوح محیطی انجام می گردید .</p> <p>از سال ۱۳۹۳ پس از اجرای برنامه تحول و با شکل گیری مراکز جامع سلامت خدمات زیر بصورت جدی تر اجرا میشود::</p> <ul style="list-style-type: none">• جذب بیش از ۱۲۰۰ کارشناس تغذیه به شکل قراردادی و پیمانی،
--	---	---

ماهنامه خبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

<p>۳. تهیه و تدوین استانداردهای مربوط به طبخ غذای سالم در آشپزخانه های مراکز جمعی و نظارت بر آنها.</p> <p>جزئیات مربوط به هر کدام از این اهداف در طی هفته های آتی تدوین شده و به دانشگاهها ابلاغ خواهد شد. بهره گیری از پتانسیل کارشناسان تغذیه برای ارائه خدمات در منطقه تحت پوشش خود در این زمینه ها به جد پیگیری خواهد شد. علت تمرکز بر روی این برنامه در سال جدید، تعداد زیاد افرادی است که در این مکانها مستقرند و میتوان از این فرصت برای بهبود وضعیت تغذیه در جامعه نهایت استفاده را برد.</p>	<p>۲. ارتقاء وضعیت تغذیه در مراکز جمعی</p> <p>برنامه بهبود تغذیه در مراکز جمعی از برنامه هایی است که قدمت زیادی در دفتر دارد. به عنوان مثال جامعه طلاب یکی از گروههای هدف این برنامه است که در آن با همکاری مشترک دفتر بهبود تغذیه جامعه و دفتر خدمات آموزشی حوزه های علمیه، برنامه آموزش طلاب و خانواده های آنها در زمینه تغذیه صحیح انجام میشود. هدف این است که از ظرفیت طلاب و روحانیون برای آموزش تغذیه جامعه استفاده شود. یکی دیگر بر برنامه های این حوزه، برنامه بهبود تغذیه در جامعه زنان روستایی و عشایر است که در طی سالیان قبل این برنامه با همکاری دفتر توسعه فعالیت های کشاورزی زنان روستایی و عشایر وزارت جهاد کشاورزی با رویکرد چند گانه آموزش تغذیه سالم، ایجاد باغچه های خانگی سبزیجات و تولید سالم اجرا می شد. از جمله برنامه های دیگر در این زمینه میتوان به برنامه تغذیه کارکنان، برنامه تغذیه در خوابگاهها و پادگانها و مراکز سالمندان اشاره کرد. یکی از اولویتهای اصلی دفتر در طی سال جدید تمرکز بر روی برنامه های تغذیه در مراکز جمعی از قبیل مهد کودکها، مدارس، دانشگاهها، پادگانها، ادارات و مراکز نگهداری و مراقبت سالمندان است که در آن سه هدف زیر دنبال خواهد شد: ۱. آموزش تغذیه در مهد کودکها، مدارس، دانشگاهها، پادگانها، ادارات و مراکز نگهداری و مراقبت سالمندان با روش حضوری و با استفاده از تکنولوژیهای نوین آموزشی ۲. تدوین برنامه غذایی و میان وعده سالم برای مهد کودکها، مدارس، دانشگاهها، پادگانها، ادارات و مراکز نگهداری و مراقبت سالمندان</p>	<p>دستورالعملهای موجود برای ارجاع افراد از سوی پزشک به کارشناس تغذیه در سیستم شبکه، این امر به طور موثر انجام نمیشود. لذا دفتر در نظر دارد بطور جدی در طی جلساتی با مرکز گسترش شبکه و سایر دفاتر معاونت این عیب را به طور بارزی رفع نماید به طوریکه ماحصل آن افزایش تعداد موارد ارجاع به کارشناسان تغذیه در سیستم بهداشت باشد. هدف گزاری دفتر برای این امر در سال جاری، افزایش حدود بیست درصدی موارد ارجاع نسبت به سال ۱۴۰۱ است که امید است با تلاش مدیران واحدها به این امر در انتهای سال دست پیدا کنیم. استراتژی های متعددی برای امر اندیشیده شده است که در حال پیگیری میباشد. مشکل دیگر در مورد کیفیت و کمیت خدمات کارشناسان تغذیه در سیستم بهداشتی کشور، عدم پیگیری موثر افراد مراجعه کننده از سوی کارشناسان است که برای این امر نیز تمهیداتی اندیشیده شده که در طی ماههای آتی اجرایی خواهند شد. افزایش آموزش ها و ارتقای کیفیت آموزشها توسط کارشناسان سیستم بهداشتی نیز یکی دیگر از اهدافی است که در قالب ارائه خدمات در طی سالجاری با جدیت دنبال خواهد شد.</p> <p>در نهایت آنکه، دفتر بر این باور است که اگر قرار است اصلاح عادات غذایی در جامعه صورت گیرد باید تمرکز اصلی دفتر بر روی ارائه خدمات در مراکز بهداشتی و کارشناسان تغذیه جذب شده در مراکز جامع سلامت باشد و با رفع ضعف های این حوزه، میتوان نقش تغذیه را در جامعه بیش از پیش آشکار کرد.</p>
--	--	--

ماهنامه خبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

<p>به وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی محول گردید که با تشکیل کمیته فرابخشی برنامه مذکور را تدوین نماید.</p> <p>هرچند این هدف همواره جزو اولویتها و وظایف دفتر بهبود تغذیه جامعه بوده است اما در طی سالیان قبل موانع عمده ای در این زمینه وجود داشته که مانع از دستیابی به این هدف شده است. لذا در طی سال جاری دفتر در نظر دارد با تمرکز و تاکید خاصی بر روی این هدف با استراتژیهای زیر، دستیابی به این امر را محقق سازد:</p> <p>الف: جلب همکاری، مشارکت و استفاده از جایگاه صدا و سیما برای افزایش دانش تغذیه ای عموم مردم</p> <p>ب: ساماندهی فضای مجازی و استفاده از پتانسیل این فضا برای ارتقا سواد تغذیه ای عموم مردم</p> <p>ج: ارتقای مطالب آموزشی تغذیه ای و به روز رسانی آنان در سایت دفتر بهبود تغذیه جامعه ستاد وزارت بهداشت و در دانشگاهها برای اطلاع رسانی در مورد تغذیه صحیح</p>	<p>موضوع در سند چشم‌انداز ۲۰ ساله جمهوری اسلامی ایران مورد توجه قرار گرفته است. در ۴ دهه بعد از انقلاب اسلامی، دستاوردهای بزرگی در بخش سلامت برای کشور حاصل شده که کاهش سوء تغذیه از موارد مهم و افتخارآفرین آن است، اما هنوز تا حد ایده‌آل فاصله زیادی داریم.</p> <p>بیماری‌های غیر واگیر مهمترین علت مرگ و میر در کل دنیا محسوب می‌شوند. به طوریکه ۸۲٪ بار بیماریها در ایران به بیماری‌های غیر واگیر اختصاص دارد. طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی بیش از ۹ میلیون مرگ و میر به دلیل بیماری‌های غیر واگیر قبل از سن ۶۰ سالگی رخ می‌دهد.</p> <p>بنابراین ارتقاء دانش تغذیه ای جامعه و بهبود کیفیت مواد غذایی گامی موثر برای بهبود و اصلاح شیوه زندگی مردم و پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیر واگیر، پیشگیری از سوتغذیه و اختلال رشد کودکان و نوجوانان و کمبود ریز مغذی‌ها در گروه‌های مختلف جامعه خواهد بود. ارتقای فرهنگ و سواد تغذیه ای به عنوان ابزار عمده برای بهبود مدیریت منابع در گروه‌های هدف، و اصلاح آن همراه با ارائه الگوی مصرف غذای سالم حائز اهمیت است. به همین دلیل ارتقا فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه بعنوان یکی از محورهای عمده برنامه امنیت و غذا و تغذیه می‌باشد.</p> <p>به استناد بند ب ماده ۸۴ قانون برنامه چهارم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران، تدوین برنامه ارتقاء فرهنگ و سواد تغذیه ای جامعه با همکاری دستگاه‌های ذیربط،</p>	<p>صنعتی تولیدکنندگان نمک تصفیه ایران در حال حاضر، تامین یادات پتاسیم برای غنی سازی نمک خوراکی یکی از چالشهای صنعت نمک برای همکاری‌های سابق در این حوزه است. به علاوه بر اساس ارزیابی‌های انجام شده از سطح بازار، تولید برخی نمک‌ها منطبق بر استاندارد و دستور العمل ملی نبوده و برخی نمک‌ها فاقد ید هستند. از طرف دیگر، مدعیان طب سنتی امروزه تبلیغات زیادی را در زمینه عدم مصرف نمک یددار و استفاده از نمک‌های دریا در جامعه انجام میدهند. با توجه به آنکه آخرین ارزیابی وضعیت ید جامعه بیش از شش سال قبل انجام شده است لذا دفتر بهبود تغذیه امسال در نظر دارد " ششمین پایش ملی وضعیت ید جامعه " را با همکاری پژوهشکده غدد و متابولیسم دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی را انجام دهد و در آن وضعیت دریافت ید خانوارها (تعیین میانه ید ادرار دانش آموزان پایه دوم تا چهارم ابتدایی مدارس کشور، سنین ۸ تا ۱۰ سال)، تعیین میزان ید موجود در نمک در سطوح تولید و مصرف، تعیین وضعیت ید مادران باردار و بررسی مصرف مکمل اسید فولیک همراه ید در زنان باردار مورد ارزیابی قرار خواهد گرفت.</p> <p>۴. ارتقا فرهنگ و سواد تغذیه ای در جامعه</p> <p>امروز به خوبی می‌دانیم که برای حفظ و ارتقای سلامت بدن، پیشگیری از بیماری‌ها و موفقیت در درمان و بازتوانی آنها، به شدت به علم تغذیه محتاجیم. بی‌توجهی به تغذیه می‌تواند پیامدهای جبران‌ناپذیری برای جامعه به بار آورد و ارتقای سطح سواد تغذیه ای جامعه، امروزه به عنوان یکی از محوری‌ترین برنامه‌های سلامت مورد توجه همگان است. خوشبختانه این</p>
---	--	---

ماهنامه مجری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

د: تدوین متون آموزشی تغذیه برای گروه های هدف، تهیه، و توزیع مطالب مربوط به تغذیه صحیح در شبکه بهداشت و درمان کشور
و: برگزاری بسیج های آموزشی فصلی بر اساس موضوعات تغذیه ای با همکاری دفاتر دیگر

ح: همکاری در تهیه مجموعه های مستند از غذا و تغذیه: فرصت ها و تهدیدها با مشارکت ذی نفعان شامل آموزش سلامت، صنایع غذایی، سازمان غذا و دارو، استاندارد و سازمان صدا و سیما و... برای مردم و پخش از رسانه ملی

۵. راه اندازی سرویلانس تغذیه در شبکه

بهداشت و درمان کشور

سرویلانس، برنامه ای مستمر برای کسب اطلاعاتی از وضعیت غذا، تغذیه، سوء تغذیه، توزیع و علل آن در جامعه به منظور سیاست گذاری و برنامه ریزی است. ارزیابی دریافت های غذایی، نماگرهای تن سنجی، بیوشیمیایی، و شاخصهای مربوط به امنیت غذایی از نماگرهایی هستند. که اطلاع مداوم از وضعیت آنها در جامعه انجام سیاست گذاری و برنامه ریزی را تسهیل میکند. هر چند این شاخصها در طی بررسی های ملی هر ۵ تا ۱۰ سال یکبار در کشور جمع آوری میشوند اما به نظر میرسد برای برنامه ریزی ها اطلاع مداوم و سالانه از وضعیت آنها بسیار ضروری

است. در حال حاضر، دسترسی به اطلاعات شاخص های تن سنجی از طریق سامانه سبب و سایر سامانه ها امکان پذیر است اما اطلاعات مربوط به دریافت های غذایی، امنیت غذایی، و نماگرهای بیوشیمیایی در سیستم بهداشتی کشور به صورت منظم جمع آوری نمیشود. با بازنگری های انجام شده در فرمهای مربوط به کارشناسان تغذیه و جلسات متعدد با مرکز گسترش شبکه در طی سال جاری، دفتر به دنبال راه اندازی نظام سرویلانس تغذیه ای در شبکه بهداشت و درمان کشور خواهد بود تا بتواند اطلاعات جامعی از وضعیت غذا و تغذیه را بطور مداوم در دسترس داشته باشد.

۶. انجام مقدمات لازم جهت راه اندازی

بررسی ملی تغذیه و امنیت غذایی در کشور

جهت اطلاع از وضعیت موجود

از یک طرف تغییر سبک زندگی و الگوی غذایی خانوار (مصرف زیاد قند، نمک و چربی، فست فودها، مصرف بیشتر نان و غلات، کاهش مصرف منابع پروتئین حیوانی، کاهش مصرف شیر و لبنیات، سبزی و میوه و حبوبات) که موجب افزایش شیوع چاقی و بیماری های غیرواگیر مرتبط با تغذیه از جمله، دیابت، بیماری های قلبی عروقی و برخی سرطان ها حتی در دهک های درآمدی پایین شده و بی عدالتی در سلامت را تشدید کرده است

و از طرف دیگر در شرایط فعلی پس از بحران کرونا و تبعات اقتصادی آن از جمله افزایش بیکاری و کاهش درآمد، افزایش قیمت مواد غذایی، کاهش قدرت خرید و کاهش دسترسی اقتصادی به کالاهای غذایی اساسی از جمله منابع پروتئینی و ریز مغذی ها شده است. بررسی ملی تغذیه و امنیت غذایی میتواند اطلاعات جامعی را در زمینه وضعیت تغذیه ای مردم در استانهای کشور در اختیار وزارت بهداشت بگذارد. هر چند بررسیهای متمرکز بر بخشهای پراکنده تغذیه و امنیت غذایی در طی سالیان قبل انجام شده است اما به نظر میرسد هر کدام از آن بررسیها فقط بخشی از وضعیت تغذیه و امنیت غذایی را در کشور نشان میدهند و داشتن تصویری جامع از وضعیت تغذیه و امنیت غذایی در کشور نیاز به راه اندازی بررسی ملی تغذیه و امنیت غذایی دارد که در آن تمام ابعاد وضعیت تغذیه مورد بررسی قرار گیرد. بنابراین برنامه طولانی مدت دفتر، راه اندازی این بررسی ملی است که در آن ارزیابی دریافت های غذایی، ارزیابی سواد تغذیه ای، ارزیابی وضعیت بیومارکرهای تغذیه ای، ارزیابی تن سنج و ارزیابی امنیت غذایی در گروههای مختلف سنی و جنسی در استانهای مختلف کشور انجام خواهد شد و این برنامه هر هفت تا هشت سال یکبار تکرار خواهد گردید. طبیعی است که انجام این برنامه نیاز به حمایت معاونت بهداشت داشته و بودجه زیادی نیز برای انجام آن مورد نیاز است. لذا در طی سالهای دفتر تلاش خواهد کرد تا با تشکیل کارگروههای علمی

ماهنامه خبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

<p>در بخشهای مختلف، مقدمات مربوط به این بررسی را آماده نماید تا بتواند از سال بعد جمع آوری داده های آن را داشته باشد.</p> <p>۷. بازنگری برنامه مکمل یاری با ویتامینها و املاح در گروههای پر خطر</p> <p>پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذی ها در اولویت برنامه های بهداشتی درمانی قرار دارد. از جمله راهکارهای پیشنهادی برای آن عبارتست از اجرای برنامه مکمل یاری که مطابق برنامه کشوری و از طریق سیستم بهداشتی درمانی در حال اجراست. با توجه به وضع موجود گروه های هدف برنامه و توجه به منابع بین المللی، بازنگری دستور عمل ابلاغی آن ضروری است لذا کمیته علمی بازنگری مکمل های گروه های سنی و فیزیولوژیک با حضور اعضای محترم هیات علمی علوم تغذیه در محل این دفتر تشکیل و موارد به شرح زیر پیشنهاد و برای مرکز جوانی جمعیت، سلامت خانواده و مدارس ارسال شده است تا پس از تایید توسط مسئولین محترم برنامه در اداره های کودکان، نوجوانان، مادران باردار و شیرده، میانسالان، سالمندان آن مرکز در کمیته های علمی - اجرایی بحث و نهایی گردد.</p> <p>هر چند پیشنهادات مطرح شده در این کمیته هنوز نهایی نشده است و باید در طی جلسات با مرکز جوانی جمعیت، بهداشت خانواده و مدارس و همچنین در کمیته کشوری مکمل یاری باید</p>	<p>به تصویب نهایی برسد اما جهت اطلاع جامعه تغذیه از پیشنهادات دفتر، موارد زیر به استحضار میرسد:</p> <p>۱. مکمل قطره مولتی ویتامین یا مکمل ویتامین D-A با همان ترکیب ویتامین ها و املاح در برنامه مکمل یاری کشوری با اولویت قطره ویتامین آ+د مورد توافق قرار گرفت.</p> <p>۲. برای نوجوانان ۱۸ - ۱۲ ساله دانش آموزان متوسطه اول و دوم در طی ۹ ماه از سال تحصیلی ماهانه یک عدد قرص ویتامین ۵۰۰۰ واحدی D3 مانند دستورعمل کشوری ادامه یابد و در ۳ ماه از سال تحصیلی مصادف با ایام تعطیلی تابستان از مراکز بهداشتی درمانی تامین شود در صورت موافقت و تامین منابع آن از سوی مرکز مدیریت شبکه مورد توافق قرار گرفت.</p> <p>۳. در مورد اسید فولیک همراه با ید (۵۰۰ میکروگرم اسیدفولیک + ۱۵۰ میکروگرم ید) برای مادران باردار مطابق دستورعمل کشوری ادامه یابد و از ملح یدات پتاسیم استفاده شود مورد توافق قرار گرفت.</p> <p>۴. در مورد مکمل مولتی ویتامین مینرال روزانه برای مادران باردار مانند دستورعمل کشوری شروع از هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری ادامه یابد و برای مادران شیرده از زمان زایمان تا شش ماه بعد از زایمان باشد در صورت موافقت و تامین منابع آن از سوی مرکز مدیریت شبکه مورد توافق قرار گرفت.</p>	<p>۵. ادامه برنامه مکمل یاری ماهانه یک عدد قرص ویتامین ۵۰۰۰ واحدی D3 برای گروه های سنی جوانان، میانسالان و سالمندان مورد توافق قرار گرفت.</p> <p>مصوبه ب: مواردی که لازم است در کمیته های تخصصی از جمله کمیته علمی - مشورتی مکمل یاری کودکان، کمیته تخصصی نوجوانان، جوانان و مدارس، کمیته مشورتی مادران و گروه های تخصصی گروه سنی و فیزیولوژیک درمورد ضرورت انجام مکمل، میزان دوز، ملح مورد استفاده در ترکیب مکمل و بازه زمانی طرح موضوع شود:</p> <p>۱. در گروه سنی ۵۹-۲۴ ماهه (۵-۲ سال) تهیه و توزیع مگادوز ویتامین A همدائی از یونیسف با دوز ۲۰۰ هزارواحدی هر ۶ ماه یکبار ادامه یابد.</p> <p>۲. در گروه سنی ۲۴ تا ۵۹ ماهه (۵-۲ سال) مکمل ویتامین D به صورت وibal خوراکی با دوز ۵۰ هزار واحدی هر دو ماه یکبار</p> <p>۳. گروه سنی ۱۲-۵ سال مکمل ویتامین D پرل ۵۰ هزار واحدی نیز هر دو ماه یکبار از طریق سیستم بهداشتی درمانی در اختیار مراجعین قرار گیرد.</p> <p>۴. در مورد آهن یاری گروه سنی ۱۲-۲ سال بدون در نظر گرفتن جنسیت به شکل زیر پیشنهاد شد:</p> <p>۵. در مورد گروه سنی ۵-۲ سال، هفته ای یک دوز ۳۰ میلی گرمی آهن المنتال به شکل دارویی قطره</p> <p>۶. در مورد گروه سنی ۱۲-۵ سال: هفته ای یک دوز ۳۰ میلی گرمی آهن المنتال به شکل دارویی قرص</p>
--	--	---

ماهنامه خبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

<p>های تغذیه قرار دارد. غنی سازی مواد غذایی با آهن و اسید فولیک به عنوان یکی از راهکارهای عمده کاهش کم خونی فقر آهن و اسید فولیک از سالیان گذشته در کشور به اجرا گذاشته شده است. با توجه به ارزشیابی خارجی برنامه غنی سازی آرد با آهن و اسید فولیک، مشکلات اجرایی مربوط به این برنامه و نظرات علمی مربوط به این طرح، امسال در نظر است تمام موارد مربوط به اجرای این برنامه پس از دو دهه در کشور مورد ارزیابی فنی و علمی مجدد قرار گیرد. لذا کمیته های علمی و فنی در این زمینه تشکیل خواهد شد و این برنامه مورد بازنگری قرار خواهد گرفت.</p> <p>براساس نتایج بررسی وضعیت ریز مغذی ها در ایران سال ۱۳۹۱ شیوع کمبود ویتامین D در ایران و به ویژه در مناطق روستایی در همه گروه های سنی بالاست. کمبود ویتامین D در بروز و تشدید بسیاری از بیماری ها از جمله : پوکی و شکستگی استخوان ، برخی انواع سرطان ها ، مقاومت به انسولین، از جمله راهکارهای پیشنهادی برای پیشگیری و کنترل کمبود این ریز مغذی عبارتست از: غنی سازی مواد غذایی با ریز مغذی ها و آموزش مصرف مواد غذایی حاوی ریز مغذی ها و اجرای برنامه مکمل یاری است. مکمل ویتامین D با دوز ۵۰ هزار واحدی به طور ماهانه به عنوان یک استراتژی فوری و کوتاه مدت به منظور کاهش شیوع را به سیستم بهداشتی درمانی کشور پیشنهاد شده است و در قالب طرح تحول نظام سلامت برای گروه های هدف در حال اجراست. با هدف پیشگیری و کنترل شیوع کمبود ویتامین د در ایران راه کارهای اجرایی که از سوی مشاورین بین</p>	<p>برای مادران باردار روزانه یک عدد قرص آهن حاوی ۶۰میلی گرم آهن المنتال از هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری مانند دستورعمل کشوری ادامه یابد و برای مادران شیرده از زمان زایمان تا شش ماه بعد از زایمان پیشنهاد شد. در مورد میزان دوز آهن ۳۰ یا ۶۰ میلی گرم و نوع ملح آن فومارات یا سولفات نظر خواهی شود.</p> <p>۱. برای سالمندان کلسیم/ کلسیم D روزانه یک عدد قرص مانند دستورعمل کشوری ادامه یابد مشروط به اینکه به صورت سیترات کلسیم باشد. همچنین در مورد سایر مکمل ها و دوز مورد نیاز در دوران سالمندی نیز نظر خواهی شود.</p> <p>۲. پیشنهاد شد برای گروه سنی ۶۰-۴۵ سال نیز کلسیم/ کلسیم D روزانه یک عدد قرص حاوی (۵۰۰- ۴۰۰) میلی گرم کلسیم و ۴۰۰- ۲۰۰ واحد بین المللی ویتامین D) در کمیته مورد بررسی قرار گیرد.</p> <p>۳. دفتر بهبود تغذیه امسال بطور جدی، مراحل مربوط به تصویب نهایی این موارد را با همکاری سایر مراکز پیگیری خواهد کرد و برنامه بازنگری شده مکمل یاری تا پایان سال ابلاغ خواهد شد.</p> <h2>۸. بازنگری برنامه غنی سازی مواد غذایی</h2> <p>کمبود ریزمغذی ها از جمله کمبود آهن، روی ویتامین های A و D از مشکلات تغذیه ای شایع در کشور به شمار می روند. از این رو پیشگیری و کنترل کمبود ریزمغذیها در اولویت برنامه</p>	<p>۷. در مورد مکمل یاری با روی (Zn): برای گروه سنی ۱۲-۲ سال هفته ای یک دوز ۱۰ میلی گرم سولفات زینک به شکل دارویی شربت</p> <p>۱. سن شروع آهن یاری کودکان از ۴ ماهگی و یا همزمان با شروع تغذیه تکمیلی باشد و قطره فروس فومارات جایگزین قطره فروس سولفات شود.</p> <p>۲. برای دختران نوجوان ۱۸- ۱۲ ساله دانش آموزان متوسطه اول و دوم هفته ای یک عدد قرص حاوی ۶۰ میلی گرم آهن المنتال و ۴۰۰ میکروگرم فولیک اسید به مدت ۱۶ هفته مانند دستورعمل کشوری ادامه یابد.</p> <p>۳. برای دختران نوجوان زیر ۱۸ سال در صورت بارداری و مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی از ابتدای بارداری تا ۴ ماه اول بارداری هفته ای یک عدد قرص آهن (حاوی ۶۰ میلی گرم آهن المنتال و ۴۰۰ میکروگرم فولیک اسید) داده شود و پس از آن براساس دستور عمل کشوری مادران باردار باشد</p> <p>۴. مادران باردار از شروع بارداری تا هنگام زایمان روزانه یک عدد قرص/پرل ویتامین ۱۰۰۰ واحدی D3 و مادران شیرده در ۶ ماهه اول شیردهی روزانه یک عدد قرص/ پرل پیشنهاد شد.</p> <p>مکمل کلسیم به برنامه مکمل یاری کشوری برای مادران باردار به صورت کلسیم سیترات ۵۰۰ میلی گرمی از سه ماهه سوم بارداری مادران و مادران شیرده ، از زمان زایمان تا سه ماه بعد از زایمان پیشنهاد شد. برای مادران باردار روزانه یک عدد قرص آهن حاوی ۶۰ میلی گرم آهن المنتال از هفته ۱۶ بارداری تا پایان بارداری مانند دستورعمل کشوری ادامه یابد و برای مادران</p>
---	--	---

ماهنامه مخبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

المللی پیشنهاد شده است غنی سازی مواد غذایی با ویتامین D است. در حال حاضر نشست های مشورتی با حضور اعضای محترم هیات علمی در مورد غنی سازی مواد غذایی با این ویتامین در دستور کار قرار گرفته است و امسال این جلسات بطور جدی پیگیری خواهد شد. در صورت به اجماع رسیدن جامعه علمی مبنی بر غنی سازی با ویتامین D هماهنگی های لازم با سازمان غذا و دارو و سایر بخشهای دیگر جهت اجرای این برنامه بصورت پایلوت در کشور انجام خواهد شد.

۹. تمرکز جدی بر روی کاهش سوء تغذیه کودکان با همکاری وزارت رفاه، تعاون و امور اجتماعی

برنامه مبارزه با سوء تغذیه در کودکان با همکاری کمیته امداد امام خمینی (ره) از سال ۱۳۸۰ تاکنون با هدف بهبود وضع تغذیه کودکان مبتلاء به سوء تغذیه در خانوارهای آسیب پذیر در حال اجرا می باشد. تا سال ۱۳۹۸ تعداد ۱۳۷۰۰۰ کودک تحت پوشش برنامه بودند. اما به دلیل محدودیت بودجه از سال ۹۹ تا سال ۱۴۰۱ تعداد ۶۰ هزار کودک تحت پوشش قرار گرفته اند. در این برنامه ضمن آموزش و مشاوره تغذیه برای مادران، کارت اعتباری خانواده های دارای کودک سوء تغذیه ای ماهیانه ۱۲۵۰۰۰ تومان شارژ می گردید.

در سال ۱۴۰۲ طبق هماهنگی های به عمل آمده مقرر گردیده این برنامه با بودجه قابل توجهی که از سوی سازمان برنامه و

بودجه به وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی تخصیص داده میشود باشیوه ی جدیدی اجرایی گردد. هماهنگی و همکاریهای نزدیکی از سوی دفتر برای اجرای هر چه بهتر این برنامه به منظور کاهش آمار سوء تغذیه در کودکان در حال اجراست و طبق پیشنهادات دفتر و موافقت سازمان برنامه و بودجه، به دلیل افزایش قابل توجه بودجه، هم تعداد کودکان و هم هزینه تخصیص یافته به هر کودک افزایش قابل توجهی خواهد داشت. جزییات این برنامه و شاخصهای بازنگری شده آن برای ارزیابی اثر بخشی برنامه در طی ماههای آتی به دانشگاههای علوم پزشکی کشور ابلاغ خواهد شد.

۱۰. تلاش برای حذف یارانه شکر و برقراری یارانه

(برای سه دهک اول) برای غذاهای غنی از مواد

مغذی و مواد غذایی غنی شده (شیر و لبنیات،

میوه ها و سبزیها، و ...)

با توجه به میزان مصرف بالای قند و شکر در کشور و همچنین میزان شیوع بالای چاقی و بیماریهای قلبی عروقی، راهکارهای متعددی از سوی دفتر بهبود تغذیه برای کنترل عوامل تغذیه ای این بیماریها در جریان است. تمرکز اصلی دفتر بهبود در این زمینه امسال با توجه به تصویب سند ملی امنیت غذا و تغذیه در دولت بر روی توجیه دست اندرکاران برای حذف یارانه قند و شکر در کشور و تخصیص آن برای مواد غذایی غنی از مواد مغذی مفید خواهد بود. طبیعی است که مطالبه گری لازم در

این زمینه با همکاری سایر بخشهای وزارت بهداشت از سازمان ها و ارگانها انجام خواهد شد و پیگیری های لازم در این زمینه بصورت جدی صورت خواهد گرفت. البته این فرایند سیاستگذاری با توجه به نقش ارگانها و سازمانهای متعدد در آن بسیار زمانبر خواهد بود و دستیابی به نتیجه آن به این راحتی مقدور نیست اما دفتر بهبود تغذیه تلاشهای خود را در این زمینه در طی سالجاری به کار خواهد بست.

۱۱. تلاش در جهت اصلاح پروفایل اسیدهای چرب

موجود در روغنهای کشور

از عوامل مهم و زمینه ساز بروز این بیماری ها، کیفیت نامطلوب روغن های خوراکی و بالا بودن میزان اسید چرب اشباع و ترانس در روغن های مصرفی است. میزان دریافت انرژی از اسید چرب ترانس در خانوار های ایرانی ۲/۴٪ می باشد. این در حالی است که توصیه های بین المللی سهم دریافت انرژی از اسید چرب ترانس را کمتر از یک درصد بیان می کند. خوشبختانه با اقدامات انجام شده در سال های گذشته میزان استفاده خانوارها از روغن های جامد کاهش یافته است و برخی از کارخانه ها موفق به تولید روغن با اسید چرب ترانس کمتر از ۲٪ شده اند. حذف TFAS تولید شده در صنعت در بسیاری از کشورهای دنیا انجام پذیرفته است. در کشور ما هر چند با تلاشهای صورت گرفته میزان دریافت اسیدهای چرب ترانس کاهش قابل ملاحظه ای نسبت به گذشته داشته است اما هنوز این میزان بالاست. مصرف روغن نباتی جامد که غنی از اسیدها

ماهنامه مخبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

<p>ی چرب ترانس هست در کشور هنوز در برخی مناطق به وفور دیده میشود و میزان اسیدهای چرب ترانس موجود در روغنهای استفاده شده در صنعت کیک و بیسکویت و قنادی و شکلات نیز همچنان بالاست. به علاوه روغنهای مایع مصرفی در کشور نیز نسبت مطلوبی از اسیدهای چرب را دارا نمی باشند. با توجه به الگوی مصرف روغنهای مایع در کشور، افراد جامعه مقدار زیادی از اسیدهای چرب امگا-۶ را دریافت میکنند و نسبت امگا-۶ به امگا-۳ در رژیم غذایی ایرانیان بالاست. این امر در طولانی مدت به شکل گیری فرایند التهاب در بدن کمک کرده و خود میتواند به بروز بیماریهای مزمن قلبی و سرطانها منجر شود. به علاوه میزان دریافت اسیدهای چرب با یک باند غیر اشباع در کشور نسبت به توصیه های جهانی پایین است.</p> <p>لذا بهینه سازی پروفایل اسیدهای چرب موجود در روغنهای مایع که نسبت مطلوبی از اسیدهای چرب امگا-۶ و امگا-۳ را تامین کند و در عین حال از اسیدهای چرب MUFA خوبی برخوردار باشد و میزان اسیدهای چرب اشباع به حداقل ممکن برسد از اولویتهای امسال دفتر بهبود تغذیه است. به علاوه کاهش میزان اسیدهای چرب ترانس در روغنهای مورد استفاده در صنعت نیز در کنار این هدف دنبال خواهد شد. لذا هماهنگی هایی در این خصوص با سازمان غذا و دارو و صنعت انجام شده که این موارد بطور جد مورد پیگیری قرار خواهد گرفت. انجام این کار نیاز به هماهنگی های بین بخشی زیادی دارد که با پشتکار کارشناسان دفتر امسال پیگیری خواهد شد.</p>	<p>۱۲. ارتقا کیفیت نان به منظور جلوگیری از جذب مواد مغذی</p> <p>در سراسر جهان، انسان ها با توجه به شرایط جغرافیایی زیستگاه خود، یک منبع کربوهیدرات را به عنوان منبع اصلی دریافت انرژی مورد استفاده قرار می دهند. از جمله مهمترین این منابع می توان به برنج، گندم، جو، سیب زمینی، ذرت و کاساوا اشاره نمود. در ایران نیز از دیرباز کشت گندم رواج داشته و نان تهیه شده از آرد گندم، قوت غالب ایرانیان را تشکیل می دهد. از این رو، سلامت و کیفیت آرد و نان مصرفی، عاملی مهم در تامین و ارتقاء سلامت ایرانیان و پیشگیری از بروز بسیاری از بیماری های متابولیک غیر واگیر به شمار می رود. بر همین اساس، برنامه بهبود کیفیت آرد و نان با اهداف و استراتژی های زیر، مورد نظر قرار گرفته است.</p> <ol style="list-style-type: none">۱. بازنگری دستور عمل غنی سازی آرد با ریزمغذی ها۲. ارتقا کیفیت گندم، آرد و نان۳. رعایت استانداردهای موجود در خصوص میزان سبوس آرد و نمک مورد استفاده در پخت نان های مختلف۴. جلوگیری از افزودن اقلام غیر مجاز همچون جوش شیرین، بلانکیت و نمک بیش از اندازه به خمیر نان۵. استفاده از تجهیزات مناسب پخت نان در نانوائی ها <p>در راستای دستیابی به اهداف فوق، دفتر بهبود تغذیه در سال گذشته جلساتی با اعضای کانون انجمنهای صنفی آرد ایران</p>	<p>تشکیل و چالش ها و مشکلات آن حوزه توسط اعضا بررسی شد. چالش های اصلی حوزه آرد و نان شامل موارد زیر می باشد:</p> <ol style="list-style-type: none">۱. برخی از نانوائی ها از آرد ویژه نان خود از نظر درصد سبوس گیری استفاده نمیکنند، مثلا از آرد نان های دیگر برای پخت نان سنگگ استفاده می شود.۲. عدم رعایت استاندارد نمک نان با توجه اینکه کیفیت گندم و آرد کشور پایین است که طبق نظر متخصصان با آموزش اصول صحیح پخت نان این استاندارد قابل رعایت می باشد.۳. حذف یارانه نان های صنعتی و کاهش تقاضای آن در حالیکه نان های صنعتی از لحاظ روشها و تجهیزات پخت سالمتر از نان های سنتی می باشد.۴. استفاده از افزودنی های غیر مجاز همچون جوش شیرین، بلانکیت <p>همچنین بحث یارانه نان از موضوعات بسیار چالش برانگیز در جهت ارتقا سلامت آرد و نان می باشد که موجب قاچاق و فروش آرد یارانه ای نان به سایر صنایع را باعث می شود که به نظر می رسد نیاز به پیگیریهای جدی داشته باشد. در سال جاری اهداف مربوط به ارتقا سلامت آرد و نان کشور جزو یکی از اولویتهای اصلی دفتر است که با همکاری همه ذینقشان این مورد پیگیری خواهد شد.</p>
---	--	---

ماهنامه خبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

۱۳- کنترل و اصلاح عوامل تغذیه ای موثر در

جوانی جمعیت

در برنامه جوانی جمعیت که جزو اولویتهای کشور و وزارت بهداشت هست دفتر بهبود تغذیه با به کار بستن موارد زیر، سعی در انجام وظایف خود در این برنامه خواهد داشت:

الف: مشاوره تغذیه به مادران باردار و شیرده در مراکز بهداشتی درمانی کشور

ب: همکاری با سایر دستگاهها در تامین و توزیع سبب غذایی برای مادران باردار و شیرده و کودکان و افراد مبتلا به سون تغذیه

ج: آموزش تغذیه برای کلیه مادران باردار و شیرده، مادران دارای کودک زیر ۵ سال، نوجوانان، جوانان و میانسالان

د: برگزاری دوره های آموزشی تغذیه برای افراد در سنین باروری و: پیشنهاد به مرکز جوانی جمعیت جهت استفاده از پتانسیل کارشناسان تغذیه در دستگاهها با جذب مشاور تغذیه به ازای هر دانشگاه غیر علوم پزشکی و علوم پزشکی کشور جهت مشاوره باروری سالم به دانشجویان (برای پیشگیری و درمان تغذیه ای ناباروری در موارد چاقی، سندرم تخمدان پلی کیستیک، کمبود ریز مغذی ها)، لاغری، اضافه وزن، چاقی و بیماری های واگیر و غیرواگیر طراحی سامانه الکترونیک شناسایی کودکان و نوجوانان و افراد در سنین باروری با نامنی غذایی و دارای سوء تغذیه

ز: پایش و ارزشیابی برنامه در خصوص بهبودی مادران باردار و

شیرده، کودکان و بیماران مبتلا به سوء تغذیه، کیفیت سبب غذایی، کیفیت و تاثیر مشاوره تغذیه و رژیم غذایی در بهبود الگوی تغذیه و وضع تغذیه گروه هدف

ح: راه اندازی اتاق مشاوره تغذیه در مراکز درمان ناباروری برای مشاوره تغذیه زوج های نابارور

ی: برنامه توزیع مکمل های غذایی ضروری رایگان مانند مولتی ویتامین مینرال جهت مادران دچار ناباروری بی بضاعت

۱۴. بازنگری رهنمودهای غذایی کشور

رهنمودهای غذایی در واقع ابزاری هستند موثر برای ترجمه توصیه های مربوط به دریافت مواد مغذی به توصیه های عملی برای انتخاب درست غذا در زندگی روزمره توسط افراد و خانوارها.

رهنمودهای غذایی در هر کشور می توانند به تدوین و اجرای سیاست های غذایی به برنامه ریزان و سیاستمداران کمک کنند و ابزاری مهم برای یکسان سازی آموزش همگانی تغذیه هستند.

رهنمودهای غذایی و گروه های غذایی ایران اولین بار در سال ۱۳۸۵ تدوین گردید. در سال ۱۳۹۴، این راهنما مجدداً بازنگری شد. پس از گذشت هشت سال از آخرین بازنگری رهنمودهای غذایی، به نظر میرسد بازنگری آن با توجه به پیشرفتهای انجام شده در علم تغذیه در دنیا و مطالعات انجام شده در کشور که نقش غذاها و گروههای غذایی را در شیوع بیماریها در کشور برای سیاستگذاران روشن ساخته اند امری ضروری است. لذا یکی از اولویتهای امسال دفتر بازنگری رهنمودهای غذایی کشور

است که با همکاری تیم های علمی و اساتید تغذیه کشور پس از بازبینی شواهد علمی موجود در این زمینه و تجربه سایر کشورها صورت خواهد گرفت. علاوه بر اولویتهای ذکر شده در فوق بهبود وضعیت تغذیه در مدارس (با گنجاندن مطالب آموزشی در کتب، بازنگری در محتوای آموزشی تغذیه در مدارس، هماهنگی با آموزش و پرورش برای ارجاع موارد به کارشناسان تغذیه در مراکز بهداشتی، آموزش مراقبین سلامت مدارس و ...) و بازنگری آیین نامه مربوط به دفاتر کار تغذیه نیز جزو مواردی است که امسال دفتر بهبود تغذیه آنها را پیگیری خواهد کرد. در کنار اولویتهای ذکر شده در فوق که تمرکز اصلی دفتر بر روی آنها خواهد بود سایر برنامه های دفتر که در جریان هستند ادامه خواهند داشت.

ماهنامه مخبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

تجلیل از مدیران بازنشسته گروه های بهبود تغذیه جامعه دانشگاهها

نام و نام خانوادگی: جلال نوروزخانی استرآبادی

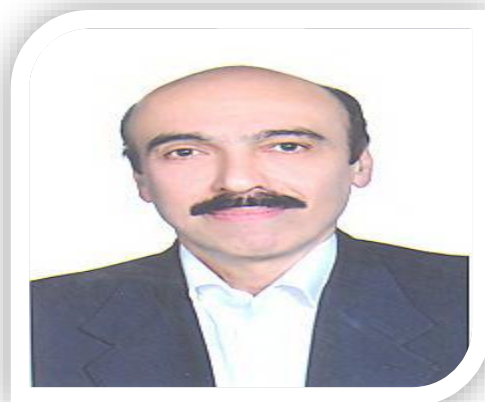
استان: مازندران : ساری

سابقه کار: ۳۰ سال

محل های خدمت: دو سال طرح در بیمارستان

امام خمینی (ره) ساری مابقی معاونت بهداشتی

استان مازندران



مهمترین تجربیات کاری:

۱. طراحی شبکه همکار تغذیه توسط اینجانب، شرکت در جلسه

با حضور اساتید تغذیه (خارجی) و روسای دانشکده های تغذیه دانشگاه های علوم پزشکی کشور در تهران و ارائه طرح مزبور توسط پزشک متخصص تیم ما به زبان انگلیسی و استقبال شرکت کنندگان از طرح اینجانب (طرح شبکه همکار تغذیه)، اجرای آن برای اولین بار در کشور در استان مازندران (شناسایی کودکان دارای اختلال رشد و سوء تغذیه، مشاوره، ارجاع به پزشک، انجام آزمایش و ارجاع به بیمارستان و ...) پس از ارائه طرح بعنوان پایلوت کشوری مسئولیت آموزش به استان های محروم از جمله سیستان و بلوچستان و آموزش به کارشناسان کارگاه کشوری را دارم لازم به توضیح است یونیسیف در تامین اعتبار راه اندازی مرکز مشاوره تغذیه نیز همکاری نمودند.

۲. تشکیل کمیته علمی تغذیه استان متشکل از کارشناسان فعال و مجرب تغذیه با هدف افزایش توانمندی کارشناسان تغذیه استان و تبادل اطلاعات علمی و ارتقاء سطح سواد تغذیه ای گروه های هدف در سطح استان با روش های آموزشی مناسب

۳. در طول دوران کاری، تعامل نزدیک با روسای دانشگاه و معاونین بهداشتی استان، شناساندن و شاخص نمودن گروه تغذیه معاونت بهداشتی بعنوان یکی از نقاط قوت معاونت در سطح دانشگاه علوم پزشکی مازندران، جذب نیروی طرحی و

استخدام اکثر آنها و همچنین جذب کارشناسان تغذیه برون سپاری
۴. همکاری در تدوین کتاب ها، پمفلت و جزوه های آموزشی تغذیه ای و ...

۵. آموزش اصول تغذیه صحیح از طریق صدا و سیما
۶. شرکت در کنگره ها و کارگاه های کشوری تغذیه و کسب تجربه علمی و عملی
۷. برگزاری جشنواره ها، کارگاه ها، کمپین و نمایشگاه های تغذیه سالم در سطح استان

یک خاطره شیرین و جذاب دوران خدمت را تعریف کنید.

بعد از اتمام دوران دو سال طرح نیروی انسانی در دهه ۷۰ در بیمارستان امام خمینی (ره) ساری در معاونت بهداشتی استان مازندران با کمترین تجربه کاری در سیستم بهداشتی بعنوان کارشناس مسئول تغذیه استخدام شدم. در همان زمان دفتر بهبود تغذیه با مدیریت خانم دکتر شیخ الاسلام که زمان کمی از مستقل شدن دفتر می گذشت و شرح وظایف و شناختی از برنامه های بهداشتی نداشتیم، وزارتخانه مسئولین تغذیه استان ها را به کارگاه کشوری ارومیه دعوت نمودند.

ماهنامه خبری دفتر بهبود تغذیه جامعه

سال ۱۴۰۲، شماره ۷، فروردین ماه

**همکاران دفتر بهبود تغذیه جامعه و گروه های بهبود تغذیه
دانشگاهها ایام بازنشستگی سرشار از آرامش و سلامتی را برای
ایشان آرزومندند**



برای اولین بار در کارگاهی اینچینی شرکت می کردم که حدود یک هفته طول کشید. محل کارگاه و اسکان در یک جا بود. مسئولین اصلی کارگاه خانم دکتر شیخ الاسلام، آقایان دکتر شادپور و دکتر پیله رودی بودند. از ساعت ۸ صبح تا عصر در کارگاه بودیم. بعد رفتن دکتر شادپور، مسئولیت کارگاه را دکتر پیله رودی برعهده داشتند، دکتر بقدری جذبه داشت که صدای نفس کشیدن شرکت کنندگان به سختی شنیده میشد و همه سراپا به مطالب ارائه شده گوش می دادند. ایشان با اسم و فامیل فرد کاری نداشت بعد از طرح هر سوال، رو به مدعوین می کرد و می گفت "استان فلان بلند شه و پاسخ دهد" و اگر پاسخ درست نبود با عصبانیت و صدای بلند می گفت استان فلان بنشینند. اوایل کارگاه سخت گذشت ولی در کارگروهی مسئولین تغذیه استانی هر آنچه در چنته داشتیم با بارش افکار، تبادل اطلاعات می کردیم و پس از جمع بندی گزارش می دادیم. بقدری کارگاه فشرده بود که فقط روز آخر دو سه ساعتی به ما وقت دادند تا سطح شهر رو ببینیم و سوغاتی بخریم.

نتیجه این کارگاه فشرده (که طی دوران خدمتم بندرت تکرار شد) کسب تجربه و جرعه ای برای طراحی و اجرای شبکه همکار تغذیه در سطح استان شد و پس از جذب هر کارشناس تغذیه در شهرستان این طرح در آن شهرستان پیاده و نتایج استانی به دفتر ارسال می گردید که پس از مدتی مورد استقبال وزارت خانه قرار گرفت و خانم دکتر کلاهدوز، بنده را به وزارتخانه جهت دفاع از طرح دعوت کردند که خوشبختانه مورد پسند مسئولین دفتر قرار گرفت و با حمایت های دفتر بهبود تغذیه وزارتخانه و گسترش دادن طرح با ملحق شدن کمیته امداد امام خمینی، کارشناسان بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی سیستان و بلوچستان از طرح شبکه همکار تغذیه در استان بازدید و توسط اینجانب آموزش و پس از توجیه، طرح مزبور در آن زمان در استان سیستان و بلوچستان به اجرا درآمد که این موفقیت سرآمدی برای شروع کارهای ابتکاری تغذیه ای در سطح استان مازندران گردید.