



نقش وزارت بهداشت در اصلاح و ارتقاء کیفیت غذا و تغذیه در محیط‌های کار



دکتر پریسا ترابی

رئیس اداره بهبود تغذیه جامعه - معاونت سلامت - وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

چکیده:

اداره بهبود تغذیه جامعه با همکاری اداره بهداشت مواد غذایی مرکز سلامت محیط و کار در معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی سال ۱۳۸۷ با هدف حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان واحدهای دولتی از طریق بهبود کیفیت غذا و تغذیه و کنترل بهداشت غذا و محیط تغذیه آنان، اقدام به تدوین دستورالعمل کنترل سلامت غذا و تعادل ترکیب غذایی در واحدهای غذا خوری دستگاههای اجرایی مشمول ماده ۱۶۰ قانون برنامه چهارم توسعه نمود. در این دستورالعمل معاونت‌های بهداشتی دانشگاههای علوم پزشکی سراسر کشور و واحدهای تابعه موظف شدند حداقل یک بازدید در هر فصل سال از مراکز طبخ، تهیه، توزیع و انبار مواد غذایی دستگاههای موضوع این دستورالعمل داشته و ضمن آموزش مفاد آن دستورالعمل در صورت مشاهده هرگونه تخلف برابر مقررات قانون مواد خوردنی آشامیدنی و قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی درمانی اقدام نمایند. علاوه بر تاکید بر لزوم رعایت مقررات بهداشتی در تهیه و طبخ مواد غذایی و بهداشت فردی و عمومی محل کار در این دستورالعمل با توجه به ضرورت تامین سلامت تغذیه ای مواد غذایی ارائه شده در رستورانهای مورد نظریه تعدادی از الزامات تغذیه ای جهت ارتقاء کیفیت تغذیه کارکنان دولت به کار گرفته شده است که مهمترین موضوعات اشاره شده عبارتند از کاهش مصرف و بهبود روش استفاده از روغن‌ها، تاکید بر استفاده از لبنیات، ممنوعیت مصرف نوشابه های گازدار کولا، نوع و کیفیت نمک مصرفی، استفاده از میوه و سبزی در کنار غذا و بهبود کیفیت میان وعده ها. این دستورالعمل طی سال گذشته به امضاء مقام محترم وزارت برای کلیه وزرای محترم کشور و معاونتها و سازمانهای تحت پوشش وزارت بهداشت ابلاغ گردید.

کلمات کلیدی: سلامت غذا، تعادل ترکیب غذایی، قانون مواد خوردنی آشامیدنی، قانون تعزیرات حکومتی

مقدمه

آمار بالا و شیوع روزافزون ابتلا به بیماریهای غیر واگیری همچون چاقی، دیابت، پوکی استخوان و فشار خون بالا و کاهش سن ابتلاء به این بیماریها در کشور و از طرف دیگر ارتباط تنگاتنگ این بیماریها با عادات غذایی و فرهنگ تغذیه ای جامعه، بررسی و برنامه ریزی کلان کشوری را برای اصلاح الگوی مصرف در جامعه می طلبد. از جمله مهمترین مواد غذایی که در ابتلا به بیماری های غیر واگیر دخیل هستند روغنهای با اسیدهای چرب اشباع و ترانس بالا (روغنهای هیدروژنه)، نمک و غذاهای شور، نوشابه های گازدار و مواد غذایی شیرین هستند که تاثیر مخربی بر سلامت قلب و عروق، استخوانها و در نهایت طول عمر انسانها دارند.



از ۵۸ میلیون مرگ در دنیا در سال ۲۰۰۵، ۳۵ میلیون مورد را بیماریهای غیر واگیر تشکیل می دهند و مرگ ناشی از آنها نیز ۲ برابر مرگ ناشی از بیماری های واگیردار است. از میان بیماریهای غیر واگیر بیماری های قلبی عروقی مسئول ۳۰٪ مرگ انسان ها هستند (۱). بر اساس بررسی های نظام مراقبت عوامل خطر در سال ۸۴ انجام شده حدود ۴۳٪ بار بیماری های موجود مربوط به بیماری های غیرواگیر می باشد. این امراض که از جمله بیماری های قلبی و عروقی، چاقی، فشارخون، استئوپروز، سرطان، دیابت و ... هستند به طور چشمگیری با وضعیت تغذیه مرتبط می باشند (۲).

در این میان بالا بودن میزان مصرف و نیز الگوی مصرف غلط انواع روغن ها و چربی ها (به ویژه استفاده از روغن های جامد هیدروژنه و حاوی اسید ترانس) یکی از عوامل تغذیه ای موثر می باشد (جدول شماره ۱).

جدول شماره ۱: توزیع فراوانی نسبی نوع روغن مصرفی برای پخت غذا (درصد) (۲)

کل (زن و مرد)								گروه سنی
روغن نباتی جامد	روغن نباتی مایع	روغن حیوانی	مارگارین	سایر	نوع خاصی مصرف نمی کند	اصلاً مصرف نمی کند	کره حیوانی	
۸۲,۴	۱۵,۷	۱	۰	۰,۳	۰,۳	۰	۰,۱	۱۵-۲۴
۸۲	۱۶,۳	۱	۰,۱	۰,۲	۰,۳	۰	۰,۱	۲۵-۳۴
۸۰,۴	۱۷,۸	۱,۲	۰	۰,۳	۰,۳	۰	۰,۱	۳۵-۴۴
۸۰,۸	۱۷	۱,۲	۰,۱	۰,۳	۰,۳	۰,۱	۰,۱	۴۵-۵۴
۷۹,۹	۱۷,۳	۱,۸	۰,۱	۰,۴	۰,۲	۰,۱	۰,۲	۵۵-۶۴
۸۱,۶۰	۱۶,۵	۱,۱	۰	۰,۳	۰,۳	۰	۰,۱	کشوری

اضافه وزن و چاقی از عوامل مهم تعیین کننده سلامت هستند و به تغییرات منفی متابولیک مانند فشارخون بالا، سطح نامطلوب کلسترول خون و افزایش مقاومت در برابر انسولین منجر می شود. این دو عامل، خطر بیماری های عروقی قلب، سکتة مغزی، دیابت و بسیاری از انواع سرطان را افزایش می دهند. افزایش فشارخون و کلسترول، ارتباط نزدیکی با مصرف بیش از حد غذاهای چرب، شیرین و پر نمک دارند. سهم چربی در تامین انرژی در مقایسه دو گزارش بررسی تغییرات الگوی مصرف غذایی خانوار در مناطق شهری و روستایی کشور طی سالهای ۷۴-۱۳۶۹ و ۸۱-۱۳۷۹ از ۲۲ به ۲۵ (۳٪ افزایش) در دامنه توصیه شده افزایش دارد وزن سبد غذایی نیز حدود ۳٪ افزایش نشان می دهد. افزایش مصرف چربی و سهم آن در تامین انرژی بویژه در مناطق شهری ضرورت توجه به سیاست های غذایی همسو با سلامت تغذیه ای جامعه را نشان می دهد (۳).

میزان اضافه وزن در گروه سنی ۴۰-۶۹ ساله کشور در مردان شهری ۴۰ درصد و در مردان روستایی ۲۲ درصد، زنان شهری در همین گروه سنی ۳۹ درصد و در روستا ۳۱ درصد می باشد. همچنین میزان چاقی در گروه سنی ۴۰-۶۹ سال در مردان شهری ۱۱ درصد و در مردان روستایی ۶ درصد، زنان شهری در همین گروه سنی ۲۸ درصد و در روستا ۱۵ درصد می باشد (۴).

توزیع ابتلاء به فشارخون بالا در گروه سنی ۴۵-۶۹ سال ۲۷ درصد و در گروه سنی ۷۰ به بالا ۴۱ درصد است. از نظر توزیع میزان کلسترول خون ۲۰۰ mg/dl و بالا تر در گروه سنی ۱۵-۳۹ سال ۲۵ درصد و در گروه سنی ۴۰-۶۹ سال ۴۴ درصد تعیین شده است (۴). از نظر توزیع فراوانی نسبی گروههای جمعیتی از نظر فشارخون، در برآورد کشوری با ۱۴,۸ mmHg افزایش فشارخون مواجه هستیم. همچنین طبق برآورد کشوری، میانگین کلسترول خون در مردان ۱۹۴/۶ mg/dl و در زنان ۲۰۰/۲ و در کل ۱۹۷/۶ و بیش از همه در گروه سنی ۶۴-۵۵ سال پیش بینی گردیده است (۲).



توزیع فراوانی نسبی سابقه قبلی دیابت بر حسب تشخیص پزشک یا سایر کارکنان بهداشتی در شهر و روستا (برآورد کشوری) ۲,۷ می باشد که در این میان سهم زنان بیش از مردان است (۳,۲ در مقابل ۲,۲) (۲).

مصرف نوشابه یکی از عوامل مستعد کننده پوکی استخوان می باشد. پوکی استخوان یا استئوپروز شایع ترین بیماری متابولیک استخوان است که امروزه با بالا رفتن متوسط سن افراد جامعه به عنوان یک معضل بهداشتی بیش از گذشته پژوهش شده است. از سال ۱۹۹۱ سازمان جهانی بهداشت، استئوپروز را بعد از سکنه های قلبی و مغزی و سرطان ها به عنوان چهارمین دشمن اصلی سلامت انسان معرفی کرده است. از استئوپروز به عنوان یک اپیدمی خاموش یاد می شود زیرا علائم بالینی ندارد و در صورتی که اقدامی برای پیشگیری و یا درمان آن صورت نگیرد، پیشرفت می کند و اولین علامت خود را به شکل عوارض جانبی که شکستگی استخوان ها است نشان می دهد (۵).

بر اساس آمار موجود شیوع استئوپروز در مناطق مختلف دنیا از ۴ تا ۴۰ درصد متغیر است و پیش بینی می شود استئوپروز در آینده به عنوان یک تهدید جدی سلامت عمومی پژوهش شود. در حال حاضر از هر ۳ نفر زن که به سن ۶۵ سالگی می رسند یک نفر دچار شکستگی مهره و از هر ۵ زن که به سن ۷۰ سالگی می رسند یک نفر دچار شکستگی استخوان ران می شود. به طور کلی زنان در مقایسه با مردان ۳ برابر بیشتر در معرض ابتلا به استئوپروز هستند (۵).

طبق گزارش پژوهش ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران سال ۱۳۷۸ شیوع شکستگی ستون فقرات یا لگن و یا ساعد بر حسب سن ، در گروه سنی ۶۹-۶۰ سال ۱۳/۴ درصد و در ۷۰ سال به بالا ۱۴/۹ درصد گزارش شده است. این در حالی است که شیوع این شکستگی ها در سنین ۵۹-۵۰ سال ۹/۹ درصد بوده است (۴).

اطلاعات محدودی در ارتباط با شیوع این مشکل در کشور موجود است ولی مطالعات نشان داده است که متأسفانه تراکم استخوان ایرانیان نسبت به استانداردهای بین المللی کمتر است (۵).

با توجه به واقعیت های موجود می توان پیش بینی کرد هزینه ناشی از استئوپروز که بر جامعه تحمیل می شود قابل توجه است و ضرورت دارد برنامه های مداخله ای مناسبی برای پیشگیری از آن طراحی و اجرا گردد.

مصرف یک لیتر نوشابه ، ۱۳۰ گرم قند اضافی وارد بدن می کند که سهم قابل توجهی را در دریافت انرژی در بدن و در نتیجه ابتلا به اضافه وزن و چاقی تشکیل می دهد. از طرف دیگر به علت وجود فسفر در نوشابه ، مصرف مکرر آن سبب به هم خوردن نسبت فسفر به کلسیم در بدن شده و استخوانها را در مستعد پوکی استخوان زودرس می کند. بررسی عوامل خطر بیماریهای غیرواگیر تواتر مصرف نوشابه های گازدار و آب میوه های صنعتی را به تفکیک گروههای سنی مختلف در هفته مطابق جدول زیر نشان می دهد (۲):

جدول شماره ۲: تواتر مصرف نوشابه های گازدار و آب میوه های صنعتی در هفته

کل (مرد و زن)								گروه سنی (سال)
بار در هفته	بار در هفته	بار در هفته	بار در هفته	بار در هفته	بار در هفته	بار در هفته	بار در هفته	
۴,۳	۰,۸	۱,۷	۳,۳	۹	۱۴	۱۹,۲	۴۷,۶	۱۵-۲۴
۳,۹	۰,۶	۱,۳	۲,۹	۷,۸	۱۲,۸	۱۸,۹	۵۱,۸	۲۵-۳۴
۲,۳	۰,۴	۰,۸	۲,۱	۵,۶	۱۱,۷	۱۸,۸	۵۸,۳	۳۵-۴۴
۲,۲	۰,۴	۰,۶	۱,۶	۴,۸	۱۰,۸	۱۸,۴	۶۱,۲	۴۵-۵۴
۱,۹	۰,۲	۰,۶	۱,۲	۴,۱	۹,۳	۱۶,۱	۶۶,۶	۵۵-۶۴
۳,۴	۰,۶	۱,۲	۲,۶	۷,۲	۱۲,۵	۱۸,۷	۵۳,۸۲	کشوری



اقدامات وزارت بهداشت در اصلاح تغذیه در محل کار واحدهای دولتی

بر اساس دستور العمل تغذیه در اماکن عمومی (۶) که توسط دفتر بهبود تغذیه تهیه گردید، پیشنهاد ممنوعیت "استفاده از روغنهای جامد در پخت غذای کارکنان دولت و ارائه و مصرف نوشابه های گازدار" به شورای عالی سلامت تقدیم گردید که مورد تصویب این شورا قرار گرفت و دستور آن طی نامه ای از طرف مقام محترم وقت وزارت بهداشت به کلیه وزارتخانه ها و نهاد های دولتی ارسال شد.

شورای عالی سلامت با توجه به حساسیت و اهمیت نحوه مصرف انواع روغنهای خوراکی و نیز نوشابه های گازدار که مصرف آنها در سالیهای اخیر سیر صعودی نشان داده است، در سومین نشست خود در دی ماه ۱۳۸۴ مصوباتی را به طور اختصاصی در خصوص استفاده از انواع روغنهای خوراکی و همچنین نوشابه های گازدار ارائه نمود که به شرح ذیل می باشد (۷):

"به منظور کاهش عوامل تهدیدکننده سلامت، کلیه سازمان ها و واحدهای دولتی موظفند از توزیع نوشابه های گازدار در سلف سرویس ها و جلسات خودداری نموده و به جای آن در مواقع لزوم از آب، دوغ های بدون گاز و کم نمک و آب میوه یا یک نوع میوه استفاده نمایند."

"وزارتخانه های بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، جهاد کشاورزی، بازرگانی و موسسه استاندارد و تحقیقات صنعتی کشور موظفند با تشکیل کمیته ای در خصوص امر فرهنگ سازی اصلاح الگوی مصرف روغن و همچنین بهبود کیفیت روغن های خوراکی و کاهش اسیدهای چرب اشباع شده ترانس در روغن های تولیدی فعلی ظرف دو ماه اقدام و نتیجه را به ریاست محترم جمهوری گزارش نمایند."

هیات وزیران در خصوص اصلاح تغذیه کارکنان دولت بدنبال پی گیری های وزارت بهداشت به شرح زیر در سال ۱۳۸۷ مصوبه ای را صادر نمود:

"وزارت بازرگانی با توجه به اهمیت سلامت جامعه موظف است ضمن هماهنگی با وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در تعیین اقلام مفید در سبد حمایتی خانوار، نسبت به حذف تدریجی مواد مضر به سلامت چون روغن جامد یا اسید چرب ترانس بالا از اقلام توزیعی سبد کالاهای خانواده و کارکنان دولت در قالب کمک های غیر نقدی اقدام نماید. وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نیز اقلام پیشنهادی سبد حمایتی مربوط را ظرف مدت سه ماه تعیین و به وزارت بازرگانی اعلام نماید."

بدنبال این مصوبه وزارت بازرگانی در مهرماه سال ۱۳۸۸ اقدام به حذف روغن جامد از سبد کالابریگی کشور نمود و طی شهریور ماه سال ۸۸ سازمان هواپیمایی کشور مصرف نوشابه های گازدار در کلیه پروازهای داخلی ممنوع اعلام نمود و جایگزین های مناسب آن را آب آشامیدنی، دوغ بدون گاز و کم نمک بهداشتی و استاندارد، آب میوه بهداشتی و استاندارد، چای مرغوب ایرانی و میوه معرفی کرد.

اقدام وزارت بهداشت در ارزیابی میزان اجرای مصوبات شورای عالی سلامت در کشور در خصوص اصلاح تغذیه در محل کار واحدهای دولتی

در بررسی صورت گرفته توسط اداره بهبود تغذیه وزارت بهداشت که با همکاری معاونتهای بهداشتی دانشگاه های علوم پزشکی کشور در سال ۱۳۸۶ صورت گرفت، الگوی مصرف نوشابه های گازدار در کارکنان واحدهای دولتی کشور در محیط کار تحت مطالعه قرار گرفت. در این مطالعه نوشیدنیهای مورد استفاده از نظر نوع و دفعات مصرف در هفته در ۲۲۹۵ واحد دولتی غیر درمانی در ۳۰ استان با انجام بازدید از غذاخوریها و پرسشگری از مسئولین آشپزخانه ها بررسی شدند. نمونه ها شامل کلیه واحدهای دولتی تهیه کننده غذا در هر استان از جمله ادارات، سربازخانه ها و ... بود. براساس نتایج، ۴/۷٪ واحدهای دولتی منحصراً از نوشابه های گازدار کولا، ۸۱/۵٪ واحدها از سایر نوشیدنی ها (آب، آب میوه، مائه شیر و...) و ۱۳/۷٪ آنها از نوشابه های گازدار کولا و سایر نوشیدنی ها استفاده می کردند. تواتر مصرف در میان مصرف کنندگان نوشابه های گازدار کولا به صورت ۲۹/۴٪ موارد یک روز در هفته، ۱۷/۱٪ موارد دو روز در هفته و ۵۲/۵٪ سه روز در هفته و بیشتر بوده است.

در بخشی دیگر از این مطالعه الگوی مصرف روغن نیز در میان کارکنان واحدهای دولتی کشور در محیط کار مورد بررسی قرار گرفت، واحدهای دولتی غیردرمانی تهیه کننده غذا از نظر نوع و نحوه استفاده از انواع روغن در طبخ غذا با پرسشگری از مسئولین آشپزخانه ها بررسی شدند. نمونه ها شامل کلیه واحدهای دولتی تهیه کننده غذا در هر استان از جمله ادارات، سربازخانه ها و ... بود. این بررسی نشان داد روغن مصرفی در طبخ غذا در ۲۶/۹٪ جامد، ۳۹/۲٪ مایع معمولی یا سرخ کردنی، ۲۸/۵٪ هر سه نوع جامد، مایع و سرخ کردنی و ۳/۲٪ سایر موارد می باشد. روغن مصرفی برای سرخ کردن در ۳۰/۵٪ مایع سرخ کردنی، ۲۸/۴٪ جامد، ۱۸٪ مایع معمولی، ۸٪ مایع معمولی یا جامد، ۶/۱٪ مایع معمولی و سرخ کردنی، ۷/۴٪ مایع سرخ کردنی و جامد و ۰/۷٪ سایر موارد است. دفعات استفاده از روغن حرارت دیده در روز در ۴۸/۹٪ موارد حداکثر ۳ بار، ۴/۴٪ بیش از ۳ بار و ۴۶/۷٪ دور ریختن روغن می باشد. نوع سهمیه روغن در ۳۷/۷٪ موارد مایع، ۳۰/۱٪ جامد و ۳۲/۲٪ هر دو نوع روغن است.

جمع بندی، اقدام اجرایی

اداره بهبود تغذیه جامعه با توجه به جمیع مطالعات کشوری صورت گرفته در خصوص افزایش شیوع بیماریهای غیرواگیر که بخش بزرگی از عوامل تاثیرگذار بر آنها را عادات تغذیه ای تشکیل می دهد و بدنبال مصوبات شورای عالی سلامت و امنیت غذایی جهت اصلاح



وضعیت تغذیه در محیط‌های کار، با همکاری اداره بهداشت مواد غذایی مرکز سلامت محیط و کار در معاونت سلامت وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی طی سال ۱۳۸۷ با هدف حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان واحدهای دولتی از طریق بهبود کیفیت غذا و تغذیه و کنترل بهداشت غذا و محیط تغذیه آنان، اقدام به تدوین دستورالعمل کنترل سلامت غذا و تعادل ترکیب غذایی در واحدهای غذا خوری دستگاه‌های اجرایی مشمول ماده ۱۶۰ قانون برنامه چهارم توسعه نمود. این دستورالعمل در راستای اجرای بند ۲ تصویب نامه شماره ۱۹۷/۱۲۰/ت/۳۷۹۶۹/ه مورخ ۱۳۸۶/۷/۲۸ هیات محترم وزیران بمنظور تأمین، حفظ و ارتقاء سلامت کارکنان دستگاه‌های اجرایی بواسطه تأمین امنیت غذایی در ۲۴ ماده ۱۲، تبصره و ۳۵ بند تهیه گردید و از زمان ابلاغ لازم الاجراست.

در این دستورالعمل معاونت‌های بهداشتی دانشگاه‌های علوم پزشکی سراسر کشور و واحدهای تابعه موظف شدند حداقل یک بازدید در هر فصل سال از مراکز طبخ، تهیه، توزیع و انبار مواد غذایی دستگاه‌های موضوع این دستورالعمل داشته و ضمن آموزش مفاد آن دستورالعمل در صورت مشاهده هرگونه تخلف برابر مقررات قانون مواد خوردنی آشامیدنی و قانون تعزیرات حکومتی امور بهداشتی درمانی اقدام نمایند. دستگاه‌های موضوع این دستورالعمل عبارتند از کلیه وزارتخانه‌ها، مؤسسات و شرکت‌های دولتی موضوع ماده (۴) قانون محاسبات عمومی کشور، مصوب ۱۳۶۶/۶/۱ و سایر شرکت‌هایی که بیش از پنجاه درصد (۵۰٪) سرمایه و سهام آنها منفرداً یا مشترکاً به وزارتخانه‌ها، مؤسسات دولتی و شرکت‌های دولتی، به استثنای بانک‌ها و مؤسسات اعتباری و شرکت‌های بیمه قانونی تعلق داشته باشند و همچنین شرکت‌ها و مؤسسات دولتی که شمول قوانین و مقررات عمومی به آنها مستلزم ذکر یا تصریح نام است، از جمله: شرکت ملی نفت ایران و شرکت‌های تابعه وابسته به وزارت نفت و شرکت‌های تابعه آنها، سازمان گسترش و نوسازی صنایع ایران و شرکت‌های تابعه، سازمان توسعه و نوسازی معادن و صنایع معدنی ایران و شرکت‌های تابعه در موارد مربوط، مشمول مقررات این قانون می‌باشند علاوه بر تاکید بر لزوم رعایت مقررات بهداشتی در تهیه و طبخ مواد غذایی و بهداشت فردی و عمومی محل کار در این دستورالعمل با توجه به ضرورت تأمین سلامت تغذیه ای مواد غذایی ارائه شده در رستوران‌های مورد نظریه تعدادی از الزامات تغذیه‌ای جهت ارتقاء کیفیت تغذیه کارکنان دولت به کار گرفته شده است که مهمترین موضوعات اشاره شده عبارتند از کاهش مصرف و بهبود روش استفاده از روغن‌ها، تاکید بر استفاده از لبنیات، ممنوعیت مصرف نوشابه‌های گازدار کولا، نوع و کیفیت نمک مصرفی، استفاده از میوه و سبزی در کنار غذا و بهبود کیفیت میان وعده‌ها.

از عمده ترین موارد مطرح شده در این دستورالعمل در بعد تغذیه می‌توان به موارد زیر اشاره کرد:

- در طبخ غذا از روغن با اسید چرب ترانس پائین تر از ۱۰ درصد (ترجیحاً از روغن مایع یا نیمه جامد) استفاده شود، در صورت تهیه غذا به روش سرخ کردن از روغن مخصوص سرخ کردنی و به مقدار کم استفاده شود و استفاده مکرر از روغن برای سرخ کردن ممنوع است.
- برای جلوگیری از به هدر رفتن ویتامین‌ها؛ در تهیه انواع خورش‌ها مانند قورمه سبزی، خورش کدو و بادمجان مواد اولیه مورد استفاده مثل سبزی، کدو و بادمجان با روغن کم و به مدت کوتاه تفت داده شوند، پوست و چربی مرغ قبل از طبخ جدا شده و غذاها بصورت کم چرب تهیه شود.
- استفاده از ماست پاستوریزه کم چرب در کنار غذا بصورت روزانه ضروری است.
- از نان‌های واجد بسته بندی سالم، دارای مجوز قانونی و ترجیحاً " نان حجیم و نیمه حجیم استفاده شود .
- استفاده از انواع نوشابه‌های گازدار ممنوع است و در عوض از نوشیدنی‌های سالم مانند آب، دوغ پاستوریزه کم نمک بدون گاز استفاده شود.
- استفاده از سنگ نمک و نمک‌های تصفیه نشده ممنوع است، نمک مصرفی باید تصفیه شده و حاوی ید باشد، برای خیساندن برنج می‌توان از نمک تصفیه شده فاقد ید استفاده نمود و نمک باید در ظروف در بسته با پوشش رنگی غیر قابل نفوذ در برابر نور نگهداری شود. لازم است در طبخ غذا از حداقل مقدار نمک استفاده شود و بر روی بسته‌های نمک خریداری شده باید عنوان نمک خوراکی و درجه خلوص حداقل ۹۹/۲ درصد قید شده باشد .
- حداقل هفته ای یک بار ماهی سالم با طبخ مناسب (بخارپز، داخل فر، کبابی) همراه با سبزی‌های تازه سرو شود.
- در برنامه غذایی میوه و سبزی تازه گنجانده شود به عنوان مثال کاهو، کلم، گل کلم، گوجه فرنگی و فلفل سبز دلمه ای به صورت سالاد یا کنار غذا سرو شود، سبزی و صیفی پخته مانند هویج، چغندر، کدو، لوبیا سبز، قارچ، نخود فرنگی و ذرت در کنار غذا سرو شود، شستشو و گندزدایی سبزی‌های خام جهت سرو کنار غذا و تهیه سالاد (با رعایت مراحل سالم سازی سبزیجات) الزامی است.
- حداقل هفته ای یکبار پلو به صورت مخلوط با سبزی و صیفی مانند سبزی پلو و باقالا پلو سرو شود .
- برای تهیه سالاد به جای سس مایونز از آبلیمو، سرکه، آبغوره، آب نارنج، انواع ادویه و پودر سبزیجات خشک شده و روغن زیتون با بسته بندی دارای مجوز بهداشتی استفاده شود.
- در صورت توزیع میان وعده از انواع میان وعده‌های سالم از قبیل میوه تازه، نان و پنیر، شیر و خرما و یا خشکبار بهداشتی استفاده شود.

منابع مورد استفاده

۱. گزارش وضعیت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در جمهوری اسلامی ایران حاصل از اولین دور از بررسی های نظام مراقبت عوامل خطر بیماری های غیر واگیر در ایران مرکز مدیریت بیماریها-وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. مرکز نشر صدا. سال ۱۳۸۴
 ۲. پژوهش جامع مطالعات الگوی مصرف مواد غذایی خانوار و وضعیت تغذیه ای کشور، گزارش ملی سال ۸۱-۱۳۷۹ انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور .. پاییز ۱۳۸۳.
 ۳. گزارش پژوهش ملی بررسی سلامت و بیماری در ایران . مرکز تحقیقات علوم پزشکی کشور. معاونت پژوهشی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی . خرداد ۱۳۸۰.
 ۴. دکتر فرهاد شهرام استو پروز ، راهنمای تشخیص ، پیشگیری و درمان. واحد کل پیشگیری و مبارزه با بیماریها. معاونت بهداشتی وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. تیر ۱۳۷۸.
 ۵. دستور العمل تغذیه در اماکن عمومی دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی. سال ۱۳۸۴
 ۶. مصوبات سومین جلسه شورای عالی سلامت و امنیت غذایی کشور. دی ۱۳۸۴.
 ۷. سالارکیان، هوشیار راد. آ. عبداللهی. م. غفارپور. م. کلانتری. ن. تغییرات الگوی مصرف غذایی خانوار در مناطق شهری و روستایی کشور طی سالهای ۷۴-۱۳۶۹ و ۸۱-۱۳۷۹. چکیده مقالات نهمین کنگره تغذیه ایران تبریز ۱۳۸۵. انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور.
 ۸. مهارت. م. بررسی الگوی مصرف روغن در خانواده های بهورزان شاغل در مناطق روستایی مرکز بهداشت شماره ۱ شیراز. چکیده مقالات نهمین کنگره تغذیه ایران تبریز ۱۳۸۵. واحد تغذیه مرکز بهداشت شماره ۱ شیراز.
 ۹. ترابی، پ. زارع، ف. شیخ الاسلام. ر. بررسی مصرف انواع روغنهای خوراکی در ۱۵ دانشگاه علوم پزشکی کشور. ۱۳۸۳. چکیده مقالات نهمین کنگره تغذیه ایران تبریز ۱۳۸۵. دفتر بهبود تغذیه جامعه وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی.
 ۱۰. مینی، م. ، نوری. س. اسلامی. م. هوشیار راد. آ. غفار پور. م. کلانتری. ن. بررسی عادات غذایی مرتبط با روش های پخت و نحوه مصرف روغن و چربی در خانوارهای کشور. سومین کنگره کشوری پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر تهران بیمارستان امام خمینی ۱۳۸۵. گروه تحقیقات تغذیه - انستیتو تحقیقات تغذیه و صنایع غذایی کشور.
 ۱۱. ن. مظاهری، م. عبداللهی ، آ. هوشیار راد، س. علیپور. سومین کنگره کشوری پیشگیری و کنترل بیماری های غیر واگیر تهران بیمارستان امام خمینی ۱۳۸۵. گروه تحقیقات تغذیه ، انستیتو تغذیه ای و صنایع غذایی کشور.
 ۱۲. مریم زارع، احمد اسماعیل زاده، شیلا شفائی زاده و مسعود امینی. -ارتباط الگوهای غذایی با سندرم متابولیک در افراد مبتلا به اختلال تحمل گلوکز مراجعه کننده به مرکز تحقیقات غدد. مرکز تحقیقات غدد و متابولیسم اصفهان . کنگره نامه دهمین کنگره تغذیه ایران ۱۳۸۷
۱۳. WHO: World Health Statistical ۲۰۰۶ (<http://www.who.int/whosis.whoostat2006.pdf>). Causes of Death and Burden of Disease: global epidemic of chronic noncommunicable diseases.

