

«АСТАНА МЕДИЦИНАЛЫҚ УНИВЕРСИТЕТІ» АҚ

ӘОЖ: 615.356-053.6(574.22)

МПК: А61к 36/533

НАБИЕВА АЛИЯ НАБИИҚЫЗЫ

**ӘРТҮРЛІ ЕМДӘМДЕРДІҢ АДАМ ОРГАНИЗМІНЕ ӘСЕР ЕТУІН
БАҒАЛАУ ЖӘНЕ ОНЫМЕН ТАҒАМДЫҚ СТАТУСТЫ
КОРРЕКЦИЯЛАУ**

**6М110500 - медико-профилактикалық іс
магистры академиялық дәрежесіне ізденіс**

Ғылыми жетекші: акад., м.ғ.д., проф. Даленов Ерболат Дербісәліұлы

Ғылыми кеңесші: м.ғ.к., асс. проф. Абдулдаева Айгул Абдулдақызы

Ресми оппонент: м.ғ.д. Шайсұлтанов Кенжебек Шайсұлтанұлы

Астана, 2016 ж.

МАЗМҰНЫ

НОРМАТИВТІ СІЛТЕМЕЛЕР.....	4
АНЫҚТАМАЛАР.....	5
ҚЫСҚАРТЫЛҒАН СӨЗДЕР.....	6
КІРІСПЕ.....	7
I. ӘДЕБИЕТКЕ ШОЛУ	9
I.1 Тұрғындардың аурушаңдығының тамақтану құрлымымен байланыстылығы.....	9
I.2 Семіздіктің психоәлеуметтік аспектілері.....	14
I.3 Емдәмнің түрлері туралы жалпы түсінік	18
II. Зерттеу әдісі мен материалдары.....	36
2.1 Зерттеу материалдарының сипаттамасы.....	36
2.2 Нақты тамақтану жағдайын зерттеу.....	36
2.2.1 24-сағаттық әдіс.....	36
2.2.2 Тамақтану рационның химиялық құрамы мен энергетикалық құндылығын анықтау.....	37
2.3 Зерттеудің физиологиялық әдістері.....	37
2.3.1 ДСИ анықтау	37
2.3.2 Денсаулық жағдайын бағалау.....	38
2.3.3 Бейімделу потенциалын анықтау.....	39
2.3.4. Биологиялық жасты анықтау.....	39
2.4 Психоэмоциональді жағдайын анықтау.....	40
2.5 Статистикалық әдіс.....	41
III. Зерттеу нәтижелері	41
3.1. Зерттелетін тұрғындардың денсаулығын бағалау.....	41
3.1.1. Тұрғындардың дұрыс тамақтану бойынша ақпараттандырылуы.....	43
3.2. Диетаға отырған адамдардың денсаулық жағдайын бағалау.....	44
3.2.1. Төмен калориялы диетаға ұстанған адамдардың денсаулық жағдайын бағалау.....	44
3.2.2. 36 сағаттық ашығу диетасын ұстанған адамдардың денсаулық жағдайын бағалау.....	54
3.2.3. 24 сағаттық ашығу диетасын ұстанған адамдардың денсаулық жағдайын бағалау.....	63
3.2.4. Күніне 5 рет тамақтанған адамдардың денсаулық жағдайын бағалау	72
3.2.5. Күніне 3 рет тамақтанған адамдардың денсаулық жағдайын бағалау	81
3.2.6. 12 сағаттық 1 айлық ашығу ұстаған адамдардың денсаулық жағдайын бағалау.....	89
ҚОРЫТЫНДЫ.....	98

ТҰЖЫРЫМДАМА.....	103
ТӘЖІРИБЕЛІК ҰСЫНЫСТАР.....	104
ПАЙДАЛАНҒАН ӘДЕБИЕТТЕР ТІЗІМІ.....	105
ҚОСЫМШАЛАР.....	112

НОРМАТИВТІК СІЛТЕМЕЛЕР

Берілген диссертациялық жұмыста келесі стандарттар қолданылды:

1. № 193- IV 2009 жылғы 18 қыркүйек «Халық денсаулығы мен денсаулық сақтау жүйесі турлы» ҚР Кодексі;
2. «Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытудың 2011-2015 жылдарға арналған «Саламатты Қазақстан» мемлекеттік бағдарламасы;

АНЫҚТАМАЛАР

Берілген диссертациялық жұмыста келесі анықтамалар мен терминдер қолданылды:

Салауатты тамақтану–(ағылш. -healthy diet)адамның қалыпты өсуін, дамуы мен тіршілік қызметін қамтамасыз ететін, денсаулығын нығайтуға және аурулардың алдын-алуға ықпал ететін тамақтану.

Тамақтану статусы - адамның бұрынғы және нақты тамақтануынан туындаған организмнің физикалық және психологиялық-физиологиялық жағдайы.

Туімді тамақтану–тамақ ішу кестесін бұзбай, күнделікті рациондағы негізгі қоректік заттар мен биобелсенді заттардың организмге қажетті үйлесімділігін сақтай отырып, қуаттың кірісі мен шығынының тепе-теңдігін сақтау.

Дене салмағының индексі (ағылш. Body mass index(BMI)) немесе Кетле индексі дегеніміз – адамның дене салмағы мен бой ұзындығының сәйкестілік деңгейін бағалауға мүмкіндік беретін көлем.

Микронутриенттер– бұл тағамда өте аз мөлшерде миллиграмм немесе микрограмм түрінде кездесетін тағамдық заттар (витаминдер, минералды заттар және микроэлементтер). Бой өсуіне, бейімделуге және организмнің дамуына, сонымен қатар организмде болатын көптеген биохимиялық реакцияларды жүзеге асыратын адам тамақтануының алмастырылмайтын компоненті.

Микронутриенттік жеткіліксіздік –бұл организмде витаминдер мен микроэлементтердің жетіспеушілік күйі. Қазіргі таңда түрлі ауруларға алып келетін йод, темір, фолий қышқылы, түрлі витаминдердің жетіспеушілігі өзекті мәселе.

Витамин (лат. vita — «өмір»)–өздігінен синтезделмейтін (кейбір жағдайлар болмаса) және адам организміне тағам арқылы түсетін органикалық заттар. Витаминдер организмді өмірлік процесстермен қамтамасыз етіп, жалпы көңіл-күйге әсерін тигізеді.

Тұзды йодтау –тұзды йод қосындыларымен байытатын өндірістік процесс.

Йод жеткіліксіздігі ауруларының профилактикасы –йод жеткіліксіздігі ауруларын алдын- алуға бағытталған іс-шаралар жүйесі.

Фортификация (лат. fortis –күшті, қатты және facere - жасау) –бір немесе бірнеше ингредиенттерді (витаминдер, минералдар, ақуыздар, амин қышқылдары, май қышқылдары), сонымен қатар тағамда бастапқы кезден аз мөлшерде болатын немесе өндірістік процесс кезінде жоғалтылған және тағам құндылығын көтеру мен халық арасында микронутриенттік жеткіліксіздігін алдын-алуды жүзеге асыратын заттарды тағам өнімдеріне енгізу.

Саплементация –тағам арқылы организмге аз мөлшерде түсетін витаминдер мен макро- және микроэлементтерді таблетке, капсула, сироп түрінде қосымша қабылдау.

ШАРТТЫ БЕЛГІЛЕР МЕН ҚЫСҚАРТЫЛҒАН СӨЗДЕР

ҚР - Қазақстан Республикасы
ДДҰ - Дүниежүзілік Денсаулық сақтау Ұйымы
ЮНИСЕФ - Біріккен Ұлттар Ұйымының Балалар фонды
ТТА – темір тапшылықты анемия
БП – бейімделу потенциалы
БЖ– биологиялық жас
ЖСЖ – жүрек соғысының жиілігі
АҚ - артериалық қан қысымы
сАҚ – систолалық артериялық қан қысымы
дАҚ –диастолалық артериялық қан қысымы
ҚМҚ - қаныққан май қышқылдары
ПҚМҚ - полиқанықпаған май қышқылдары
ДСИ - дене салмағының индексі
ҚДС - қажетті дене салмағы
РИ - Руффье Индексін
Б – бой
Ж – жас (жылдар);
ДС – дене салмағы;
БҰ – бойдың ұзындығы.
СБ – статистикалық баланс
ДСБ – денсаулықтың субъективті бағасы
ЖТС – жүрек тамырдың сырқаты

КІРІСПЕ

Мәселенің өзектілігі:

Қоршаған ортаның жағымсыз факторларының 80% адам ағзасына тағам арқылы әсер ететіні, ал дүние жүзі бойынша өлім-жітімнің 60% тікелей тамақтануға байланыстылығы анықталған. [ДДСҰ 2002ж.]

Академик Т.Ш.Шармановтың айтуынша адамның дұрыс тамақтануы тікелей оның денсаулығымен және де психоэмоциональді жағдайымен байланысты екені баршамызға мәлім. Адам денсаулығын бағалауда тағамдық статустың маңызы зор, сондықтан тағамның энергетикалық және физикалық құндылығы жоғары болу керек.[1]

Әлемдік экономиканың өзгеруіне байланысты адамдар энергетикалық құндылығы жоғары тағам пайдалана бастады: құрамында майдың жоғары, өңделген өнімдер, консерванттар, жануар өнімдері, қант, тұз арақ-шарап көп мөлшерде қолдана бастады. Ал ол тағаммен байланысты семіздік, қант диабеті, ЖҚТА аурулардың көбеюіне, ісіктің әр түрлі формаларына, мүгедектік және ерте өлімге алып келеді.[12]

ДДСҰ болжамы бойынша 1жылдың ішінде тек қана Солтүстік Америкада ғана 0,5 млн адам семіздіктен қаза табады екен. ДДСҰ мамандарының болжамы бойынша 2025 жылға дейін бұл көрсеткіштер екі еселенеді екен. Артық салмағы бар адамдар сау адамдарға қарағанда ауруға бейім: гипертониямен 3 есе, диабетпен 6 есе жиірек ауырады. Сау адаммен салыстырғанда семіздікпен ауыратын адамдар арасында 25-35 жас аралығында қайтыс болу қаупі 12 есе жоғары және де дұрыс тамақтанбаудың салдарынан созылмалы аурулармен ауру қаупі де жиі кездеседі.[16]

Ұлыбритания зерттеушілерінің зерттеу нәтижесіне сүйенсек- әлем бойынша әр үшінші әйел кем дегенде 1рет емдәм ұстанған, ал әр төртінші әйел белгілі бір емдәм бойынша 2реттен ұстанған. Емдәмнің пайдасы немесе зияндылығы әр адамның жеке зейініне байланысты. Адам организміне барлық тағамдық заттар қажет, дегенмен олардың қатынасы ауа-райына, жасына, тамақтану түріне, жынысына байланысты болуы тиіс. [2]

Дұрыс таңдалған емдәм салмақтың төмендеуіне, организм жағдайының жақсаруына әсер етіп, токсиндер мен қалдық заттардан тазартады. Бірақ адамдардың көбі емдәм таңдаған кезде оның денсаулыққа әсерін, ағзаның сол емдәмді қалай қабылдайтындығын және сол кездегі организм, нутрициональді жағдайын, метаболикалық және психоэмоциональді жағдайына ескермейді[14]. Осыған орай денсаулық жағдайы жасына, жынысына сәйкес дұрыс емдәм таңдау мәселесінің өзектілігі зор және ол туралы жоқтың қасы.

Зерттеу мақсаты: Әртүрлі емдәмдердің адам денсаулығына әсерін зерттеу.

Зерттеу міндеттері:

1. Әртүрлі емдәмдердің (төмен калориялы, ашығу(24сағ,36сағ, 12 сағ 1 айлық),тамақтану тәртібі бойынша(Зрет, 5рет) ,)адам организміне әсері.
2. Әртүрлі емдәмдердің адамның денсаулық жағдайына әсері.
3. Әртүрлі емдәмдердің адамның психоэмоциональді жағдайына әсері.

4. Емдәмдер арқылы тағамдық статусты коррекциялау.

Зерттеудің жаңашылдылығы:

Алғаш рет:

1. Әртүрлі емдәмнің адам денсаулығына әсері анықталды.
2. Әртүрлі емдәмнің тағам тәртібіне және ағзаның жағдайына әсері анықталды.
3. Әртүрлі емдәм топтарында энергия шығыны мен негізгі зат алмасу көрсеткіші анықталды.
4. Адам өмірінің сапасын жақсарту үшін тиімді емдәм ұсынылды.
5. Әртүрлі емдәмдер арқылы тағамдық статус коррекцияланды.

Зерттеу материалдары мен әдістері:

Репродуктивті жас аралығында 331 адам зерттеуге қатысты. Зерттеу келесі әдістермен жүргізілді:

1. Әлеуметтік (сауалнама өңдеу, сауалнама жүргізу)
2. Физиологиялық (антропометриялық мәліметтерді алу, денсаулық жағдайын анықтау)
3. Нутриционалдық (тамақ балансының сақталуын, тамақтану режимін,) нақты тамақтану статусын анықтау)
4. Тағамдық өнімдерді қабылдау жиілігін анықтау
5. Статистикалық өңдеу

Зерттеу базасы:

- 1) Профилактикалық медицина және тағамтану кафедрасы.
- 2) Тағамтану проблемалары институты.
- 3) Медициналық холдингінің метаболикалық синдромды емдеу бөлімі.

1.1. Тұрғындардың аурушаңдығының тамақтану құрлымымен байланыстылығы

XX ғасырдың 50-ші жылдары әлемнің барлық мемлекеттерінің тамақтану саласындағы саясаты халыққа арналған жеткілікті азық-түлік қорларын қалыптастыруға бағытталған болатын. 70-ші жылдардың ортасында ауыл шаруашылығын қолдау шұғыл шаралары арқасында халықты ауыл шаруашылығы өнімдерімен қамтамасыз етуінің жақстаруына қол жеткізілді. Өткен ғасырдың 80-ші жылдары жемісті ауыл шаруашылық саясаты қайта өндіруге кедергілер туғызды. Бұның нәтижесінде 90-шы жылдардың басында азық-түлік тағамдарымен тарайтын жұқпалы аурулар деңгейінің жоғарылауы, тағамдық заттардың артық немесе жеткіліксіздігімен шартталған ауыру деңгейінің жоғарлауы көрініс тапты.

Авторлардың көбі тамақтану үлесіндегі майлардың болуы жүрек пен қан тамырлар ауруларының дамуына тікелей байланысының бар екенін белгілейді [50]. 90-шы жылдардың басында АҚШ-мен жүргізілген зерттеулерде қуат тұтынуда майлардың үлесін 37 пайыздан 30 пайызға төмендету - ең бастысы 65 жастан асқан адамдар арасында жүрек-қан тамырларының ауруы мен ісіктің 2 пайызын алдын алуға мүмкіндік береді деген болжам жасалды [20,27].

Мұнда тағам мөлшеріндегі жалпы май мөлшеріне ғана емес, сонымен қатар оның сапалық құрамына үлкен маңыз беріледі. Осылайша W.C. Willet жүрек-қан тамырларының ауруларын (ЖҚТА) алдын алу үшін тұтынылатын майлардың жалпы мөлшерін төмендеткеннен гөрі, ас үлесіндегі қаныққан және транс-май қышқылдарды алмастыру маңыздырақ болуы мүмкін деп болжам жасады [45]. Мысалы, көбіне мал майы есебінен тұтынылатын қуаттың 6 пайызын моно қаныққан майына ауыстыру, ЖҚТА-мен ауру-сырқаулықты 6-8 пайызға азаюына әкеледі [46].

Халықаралық деңгейде ісіктің белгілі бір түрлерінің (ауыз қуысы, тамақ, көмей, өңеш пен бауыр ісігі) дамуының тәуекел факторлары болып - А дәрумені, басқа да антиоксидантты дәрумендер тәрізді заттардың жеткіліксіздігі, қуат пен есірткіштерді шамадан тыс тұтынуы болып табылатындығы; және де жемістер мен көкөністердің жоғары тұтыну ауыз қуысы, тамақ, көмей, өңеш, асқазан және өкпе ісігі ауруларына әкелетін факторларынан ішінара қорғаныспен қамтамасыз ететіні туралы ортақ пікір қалыптасты [34].

Joffe & Robertson мәліметтері бойынша халықтың көкөністер мен жемістерді тұтынуды жоғарлата отырып 65 жасқа дейінгі адамдардың арасындағы жүрек тамырлары сырқаты (ЖТС) және ісіктің негізгі түрлерінің жыл сайын 23 000 шамасындағы мөлшерін алдын алуға болар еді. 2003 жылы Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының (ДДСҰ) көкөністер мен жемістерді тұтыну бойынша көрсеткіші Еуропалық мемлекеттер бойынша жыл бойы бір адамға бір күнге 400 г төмен емес көлемінде бекіткен [28].

Алайда көкөністер мен жемістерді тұтыну біркелкі таралмай, аса ауытқымалы сипатта болды. Мысалы, Грецияда көкөністер мен жемістердің

орташа тұтынылымы біршама жоғары (күніне 500 г) болғанына қарамастан, халықтың 37 пайызы ұсынылатын мөлшерден аз тұтынады [29].

Ұқсас өзгерістер мен айырмашылықтар сондай-ақ сүт майлары және балыққа тән. Егер бір адамға аптасына 200 г балық тұтыну - жарамды деңгей деп қабылдайтын болсақ, тұтынылымның бұл деңгейіне Еуропа мемлекеттерінің тек 10 пайызы ғана жетеді.

Азық-түлік тағамдарының қарастырылып отырған барлық үш санатын тұтынуына жалпы ұлттық көлемде заң шығарушылық және басқа ірі көлемді бағдарламалық шешімдер елеулі әсер етуі мүмкін. Оларға мысал ретінде келесілерді атап өтуге болады: майлылығы төмен май өңдеу мен өндіру, азық-түлік тағамдары топтарының көбісінде құрамындағы май мен тұздың мөлшерін көрсету және мектептер мен әскерде тамақтану сапасын жоғарлату.

Еуропалық мемлекеттерде өткізілген барлық ірі көлемді шаралар нәтижесінде 1972 жылдан бастап 1997 жылға дейін көкөністерді тұтыну үш есе жуық жоғарылады, балықты тұтыну екі есе жоғарлады, майсыздандырылған сүтті пайдалану күрт төмендеді, ал кілегей майы айтарлықтай деңгейде өсімдік майымен ығыстырылды. Осыған байланысты халықтың тамақтану сапасын жақсартуы бойынша кешенді шаралар мен ЖҚТА-нан өлім-жітімнің айтарлықтай төмендеуі, әсіресе ЖТС-нан өлім-жітімнің төмендеуі арасында айқын байланыс орнатылды [91].

Адамдар әр түрлі көкөністер мен жемістерді неғұрлым көп тұтынған сайын ЖҚТА-нан қорғаныс соғұрлым жоғары болады [39]. Зерттеу нәтижелері тұтынуды орташа есеппен күніне 150 г көтергенде ЖТС-нан өлім-жітім тәукелі 20-40 пайызға төмендейтінін, инсульттан 25 пайызға және ЖҚТА-нан өлім-жітімнің 6-22 пайызға төмендейтінін көрсетті [40].

Азық-түлік заттары қорғаныш рөлінің нақты тетіктері әлі күнге дейін белгісіз. Дегенмен, көкөністер мен жемістерді тұтынуды жоғарлату артерия қысымын және қандағы холестерин деңгейін төмендететіні белгілі, оның нәтижесінде қан плазмасындағы антиоксиданттардың жоғары мөлшері мүмкін ТТЛП (тығыздығы төмен липопротеиндер) холестеринінің қышқылды тотығуына кедергі болады. Көкөністер мен жемістер тағам талшықтарына бай және құрамында 100-ден аса қоспалары болады, сондықтан да мұның арқасында көкөністер мен жемістердің қорғаныштық ықпалы бар. Оларға С мен Е дәрумендері, каротиноидтер, флавоноидтер, фолий қышқылы, калий, магний секілді антиоксиданттар мен фитохэстрогендер мен фитохимиялық заттар секілді азықтық маңызы жоқ биологиялық белсенді қосылымдар жатқызылады. [44]

Zatonski et al. 1991 жылы Польшадағы ЖТС-нан өлім-жітімнің төмендеу себептерін зерттегендер мезгілсіз өлімнің анағұрлым төмендеуін қаныққан майларды тұтынудың төмендеуі және көкөністер мен жемістерді тұтынудың жоғарылауымен байланыстырады [45]. Нақты тамақтануда ұқсас өзгерістер Чехия Республикасында да болды [46].

А.В. Keys мәліметтері бойынша май қышқылдардан басқа, қан құрамындағы холестериннің жалпы мөлшері мен ЖТС қаупі арасында тікелей

байланыс бар. Бұл тәуелділік ЖТС-нан өлім-жітімі деңгейінде де көрінеді, ең төмені 50-ші жылдары Жапонияда немесе 70-ші жылдары Қытайдың ауылды аймақтарында, ал ең жоғарысы Финляндияның солтүстік-шығыс аймақтарында болды [92,93].

Сонымен қатар қандағы тығыздығы төмен липопротеидтер (ТТЛП) холестерині жоғарылауының басты факторы ретінде тағамдық холестерин емес, азық-түлік құрамындағы қаныққан май қышқылдар болып табылады деген пікір бар. Сарысуда ТТЛП деңгейлерінің жоғарлауына басты ынталандырғыш болатын - ағзаға едәуір мөлшері сүт майымен түсетін миристин қышқылы екен. Тропикалық өсімдіктерден алынатын майларда және аз мөлшерде сүтте болатын лаурин қышқылы, және мал майы мен тропикалық өсімдіктерден алынатын майларда болатын пальмин қышқылы да кейбір транс қышқылдары секілді ТТЛП деңгейлерін жоғарлатудың ынталандырғыштары болып табылады [47]. Бұл ақпарат шамасы 40 жыл бұрын Солтүстік Еуропа мемлекеттері мен Американдық кардиологиялық ассоциациясының қаныққан майларды пайдалануды төмендету керек деген үндеумен шығуына мәжбүр болды. Осыған байланысты кей ғалымдардың басқа да пікірлері бар: қаныққан майлардың ең негізгі түрлерінің бірі – сиыр майы мен тоңмайында болатын стеарин қышқылы қан сарысуындағы ТТЛП холестерині деңгейін көтермейтінін белгілейді [48].

50-ші жылдары А.В. Keys қаныққан майларды тұтыну кейбір халық топтары арасында ЖҚТА таралуына нақты баға беруге мүмкіндік бермейтінін алғаш рет көрсеткен болатын [72].

Транс-май қышқылдар өте қауіпті күйіс қайыратын жануарлардың асқазандарында болатын бактерияларымен өндірілетін май қышқылы болып табылады, сондықтан ірі және ұсақ қара малда бұл май қышқылдары көп болады. Бұдан басқа, соңғы 50 жыл ішінде тамақ өнеркәсібінде транс-май қышқылдары көп маргарин мен майлар өндірісінде өсімдік майы мен балық майын сутектендіру технологиясын қолдану барған сайын көбейіп келеді, олар ұзақ уақыт сақталып, тез дайындалатын азық-түлік өндірісінде аса құнды. Әсіресе мұндай азық-түліктер біздің мемлекетіміздің оқушыларын тамақтандыруда аса таралған.

Тез дайындалатын азық-түліктердегі транс-май қышқылдар қанықпаған май қышқылдары және жаңғақтарда, кейбір көкөністер мен әсіресе балықта болатын омега-3 құнды қанықпаған май қышқылдарының тұтынуын едәуір азайтады. Сутектендіру кезінде алынатын транс-май қышқылдары, ТТЛП холестеринінің деңгейлерінің жоғарылауын және ТЖЛП (тығыздығы жоғары липопротеидтер) холестерині деңгейлерінің төмендеуін индукциялайды. Соңғы 70-80 жылда жүрек тамырлары сырқаты (ЖТС) мен гиперхолестеринемияның тез дамуын қаныққан және де транс-май қышқылдарын тұтынуының жоғарылауымен байланысты деп түсіндіруге болады, сондықтан Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымы (ДДСҰ) ағзаға қуаттың түсуі май қышқылдары есебінен 30 пайыздан кем болуы керек деп кеңес береді [73,74,76]. Керісінше қанықпаған май қышқылдары ТТЛП холестеринінің деңгейін төмендетеді алады.

Зәйтүн майы мен рапс майында болатын қанықпаған май қышқылдары қан сарысуындағы холестерин деңгейіне бейтарап болады.

Осылайша, ЖҚТА таралуы жалпы май тұтынуымен емес, ас үлесіндегі май қышқылдарының сапасымен анықталады.

Бүгінгі күнде, омега-3 қанықпаған май қышқылдары емшектегі балалар мен олардан үлкен жастағы балалардың бас миы мен иммунды жүйесінің қызметтерінің дамуына ғана емес, сонымен қатар ЖТС қатер факторларына да едәуір әсер етеді. Бірақ та, бұл май қышқылдарының ең тамаша әрекеттерінің бірі: жүрек қызметін басқаратын кешенді үдерістердің нейронды реттеуінің әрекеттілігін бірқалыпты етуінде көрініс табады [82,102,103].

Аталмыш ас үлесінің құрамдастарынан басқа, нақты дәрумендердің: ең бастысы каротиноидтар мен А, Е мен С дәрумендерінің әлеуетті қорғаныс қызметі үлкен қызығушылық туғызады. Каротиноидтарға бета-каротин (ең таралған) мен ксантофиллдер, ликопин мен криптоксантин жатады.

Бүкіләлемдік зерттеу қоры мен Американдық ісік ауруларын зерттеу институты деректері бойынша каротиноидтарды жоғары тұтынумен тамақтануды жақсарту, дене шынықтыру белсенділігін сәйкесті ұстау және дене салмағын төмендету арқасында ісікпен ауыруды 30-39пайызға біртіндеп төмендете алады. Олардың ғылыми мәліметтері өкпе, асқазан, тоқ ішек пен тік ішек, аңқа, өңеш, ауыз қуысы мен жұтқыншақ ісігі тамақтанумен байланысты екенін ең дәлелді тәсілмен көрсететеді. Бәлкім тамақтану және омырау, бауыр, жатыр мойыншығы ісігі арасында байланыс болуы мүмкін [83].

Бұдан басқа йод жеткіліксіздігі әлемдік денсаулық сақтаудың маңызды мәселесі болып табылады. Балалар мен жасөспірімдерде йодтың жеткіліксіздігі ашық немесе субклиникалық гипотиреоз, ақыл-ой мен дене дамуының бұзылуына, жемсау ауруына әкеліп соқтырады [81,82].

Бас миы қызметтерінің шамалы бұзылуы бар адамдарда йод жеткіліксіздігінің әлсіз және орташа түрлері Еуропада әлі күнге дейін көп таралған [84]. ДДСҰ-ның ғаламдық мәліметтер дерекқорына сәйкес йод тапшылығы ауруларымен Еуропалық аумақта 130 миллионға жуық адам тап болған [87]. Дегенмен жемсау ауруының таралуының соңғы зерттеулері Еуропалық аймақта әлі күнге дейін адамдардың көбі йод жеткіліксіздігінің орташа дәрежесімен ауыратындарын көрсетеді [91]. Аталмыш йод тапшылығынан науқастануды алдын алудың көпшілік мойындаған стратегиясы – тұзды жаппай йодтау болып табылады [93].

Сондай-ақ темір тапшылығы балаларда бас миы дамуының ауытқуы және ересектер мен балаларда ой әрекеті шоғырлануының әлсіздеуіне әкелуі мүмкін.

Емшектегі және балдырғандық жастағы балаларда темір жетіспеушілігінен болатын анемияның ең басты себептерінің бірі емшек емуінің төмен пайызы болып табылады. Орталық Азия республикаларында [94], Босния мен Герцеговина және Батыс Еуропаның кейбір аймақтарында [92] темір жетіспеушілік жағдайлар өте көп таралғаны туралы мәлімдемелер бар. Бұдан басқа Еуропадағы ересектердің көбінде темір тапшылық анемиясы немесе темір тапшылықты халдер байқалған [99]. Соңғысы анемия дамуының

алғашқы хабаршысы болып табылады. Жасөспірімдер арасында темір жетіспеушілігі мен анемия таралуы әдетте ұлдардан гөрі қыздарда жоғары болады; бұл жыныстық толысуымен байланысты темірдегі қажеттіліктің жоғарылауы ғана емес, сонымен қатар темірдің етеккірден жоғалуымен түсіндіріледі.

Бұл мәселеге себептесетін факторларға құрамында темір сіңіруін баяулатқыш фитаттары бар бидайды жоғары тұтыну жатуы мүмкін. Бұдан басқа темірді сіңіруді қиындататын себептерге әйелдердің шайды көп ішуі мен етті біршама төмен тұтынуы: мысалы, Қазақстанда етті орташа тәуліктік тұтыну – 50 г [95].

Омыртқа жарығы секілді іштен туған кемістіктерді алдын алуда фолий қышқылының жеткілікті мөлшерін тұтынудың үлкен маңызы бар. Жүктілік алдында және жүктіліктің бірінші апталарында фолий қышқылын қосымша енгізу дамып келе жатқан нәрестенің жүйке түтігі кемістіктерінің 75 пайызын алдын алады. Бұдан басқа, ана ағзасындағы фолий қышқылының жеткілікті мөлшері нәрестенің ересек өмірінде ЖҚТА даму ықтималдығын төмендетуі мүмкін екендігін көп мәліметтер айғақтайды [97].

Ағзадағы азықтық заттардың төмен қорлары жас балалардың дене кемістіктеріне әкеліп соқтырып, олардың иммунды жүйесі мен бас миының дамуына кедергі болуы мүмкін.

Балалардың сүйек жүйесінің дамуына қажетті негізгі азықтық заттар - D дәрумені мен кальций. D дәруменінің тапшылығы балдырғандық жастағы балаларда кең таралған және толымсыз тамақтанумен немесе күн сәулесінде жеткіліксіз болумен баланысты болады [51,72].

Қазақстанда 2014 жылы Қазақ тағамтану академиясының зерттеушілері айтуынша республикамыздың солтүстік аумағында 15 жастан асқан адамдардың арасында артық салмақтың таралуы (ДМИ \geq 25) 60,1 пайыз көлемінде болғандығы мәлімделінеді. Бұл сан 57,9 пайыз болған, артық салмағы бар адамдардың ең көп таралған екінші аймақ - орталық Қазақстан болды. Шамалы аз көрсеткіштер мемлекетіміздің шығыс аймағында – 53,8 пайыз және оңтүстік аймақта – 50,2 пайыз. Ал артық салмағы ең аз адамдар үлесі батыс Қазақстанда белгіленген, онда артық салмақтың таралуы 47,9 пайыз ғана болған[100].

Ерекшеліктерді еліміздің солтүстік аймақтарында майлы тамақты жоғары тұтынумен және үлкен жасты адамдардың үлесі көп болғандығымен, сонымен қатар тексерілгендердің саны аз болғандығымен байланыстырды. Жалпы екі жыл ішінде 14018 адам тексерістен өтті. Олардың салмағы мен бойы өлшеніп, биохимиялық зерттеулер жүргізілді және тамақтану дағдылары зерттелінді. Сонымен қатар зерттеушілер адамдарға артық салмақты алдын алу шаралары аясында оқыту жүргізді. Сондай-ақ, артық салмақты алдын алуға бағытталған қасиеттері бар, нәрлілігі төмен, жаңа арнайы азық-түлік өнімдерінің тәжірибелі топтамасын өңдеу мен оны шығару жүргізіліп, клиникалық тиімділігі бағаланды[102].

Жүргізілген зерттеу мәліметтері бойынша барлық Қазақстан шегінде 2014 жылы ДМИ = 25-29 тең артық дене салмағы немесе семіру әйелдердің 29,7 пайызында және еркектердің 33,9 пайызында анықталды. ДМИ = 30-34 көрсеткіші семірудің жеңіл деңгейі екенін көрсетті. Мұндай көрсеткіш әйелдер арасында 16,7 пайыз, ал еркектер арасында 11,6 пайыз болды. Келесі сандар семірудің орташа деңгейін көрсетеді: әйелдердің 5,9 пайызында және еркектердің 3,1 пайызында ДМИ=35-39 тең. Семірудің ауыр деңгейі (ДМИ≥40) әйелдердің 3,1 пайызында және еркектердің 0,7 пайызында анықталды. Бұл көрсеткіштер 50 жастағы және одан асқан әйелдер мен еркектердің арасында аса жиі анықталған[101].

Жалпы республика бойынша артық салмағы бар адамдар үлесі 2012 жылғы 56,2 пайыздан 2014 жылы 54,1 пайызға төмендеген. Мұнда жетекшілік қала тұрғындарының қолында. Қалалықтардың арасында артық салмақты адамдардың үлесі 2014 жылы 51,3 пайыз болды. Көрсеткіштердің жақсы жаққа қарай өзгеруін артық салмаққа себепкер болатын азық-түлік тағамдарын тұтынудың төмендеуімен және дене шынықтыру белсенділігінің артуымен байланыстырады. Кең шеңберде ерекшеленетін кез келген мемлекет халқының тамақтану құрылымы тек географиялық, ауа райы, ауыл шаруашылық факторларымен ғана анықталмай, сонымен қатар әлеуметтік жағдайларымен анықталады, оған табыс деңгейі, білім деңгейі, қалалану факторы, жарнама әсері мен отбасы және қоғам құрылымының өзгеруі жатады[112].

1.2. Семіздіктің психоәлеуметтік аспектілері

Дүние жүзілік денсаулық сақтау ұжымының соңғы мәліметтері бойынша адамның денсаулық жағдайының тек 5-10% ғана медициналық қызметтердің ұйымдастырылуынан және 18-20% генетикалық ерекшеліктерден, 18-20% спорттық орта факторлары әсері, ал 50% өмір сүру салты мен тамақтану сапасына байланысты[8].

Қазақстан халқының салауатты тамақтануы жайлы мемлекеттік саясаттың концепциясы келесі бағыттарда жұмыс атқаратын мүдделерге қолжеткізу стратегиясын анықтады: заңдық және құқықтық негіздерді қалыптастыру; халық денсаулығы мен тамақтану жағдайын, тағамдық заттардың сапасы мен қауіпсіздігін үздіксіз бақылау; толыққұнды белок жеткіліксіздігін болдырмау; балалар мен жасөспірімдердің, жүкті және емізетін әйелдердің тамақтануын жақсарту; отандық, шетелдік тағамдық заттардың сапасы мен қауіпсіздігін қамтамасыз ету; халықтың салауатты тамақтану жайындағы сауаттылығын арттыру[15].

Салауатты тамақтану ұлт саулығын анықтайды, балалардың қалыпты өсуі мен дамуын, ақыл-ой және дене қабілетінің жоғары деңгейін, өмірді ұзартуды, аурулардың алдын алуды, әлеуметтік-экономикалық дамуды, елдің әл-ауқаты мен қауіпсіздігін қамтамасыз етеді. Салауатты тамақтанудың келесі түрлерін бөліп айтуға болады: 1. жеткіліксіз тамақтану (асқа жарымау) – барлық қоректік заттарды аз тұтыну және калориялардың тағаммен жеткіліксіз түсуі; 2. үйлесімсіз тамақтану – тағамның сәйкес калориялы болуында организмге

қажетті қоректік заттектерді тұтынудың дұрыс қатынасының сақталмауы; 3. шамадан тыс тамақтану (асыра жеу) – организмге қоректік заттектердің артық түсуі[15].

Әдетте салауатты тамақтану дәстүрін ұстанбау үйлесімсіз және қоректік заттектердің артық түсуімен сипатталады. Салауатты тамақтану дәстүрін ұстанбау негізгі жұқпалы емес аурулардың себебін құрайды: кариес пен остеопороздың, асқазан-ішек жолдарының көптеген ауруларының дамуы да тиімсіз тамақтанумен байланысты. Көбінесе артық дене салмағы мен семіздікке әкеліп соғады. Семіздік – ол организмде майдың шамадан тыс жиналуының себебінен болатын созылмалы аурулардың бір түрі. ДДҰ, Америкалық медициналық ассоциациясы семіздікті ауру деп бекітті. Орта есеппен алғанда семіздік адам өмірін 7 жасқа қысқартады. Дүние жүзінде семіздік пен артық дене салмағының әсерінен өлім-жітім бесінші орында тұр. 2,8 миллион ересек адам қаза табады[18].

ДДҰ деректері бойынша әлемде дене салмағының индексі (ДСИ) 1,7 миллиард адамда 25 тен асып кеткен. Жыл сайын артық дене салмағы I, II, III дәрежелі семіздікке ауысып отырады. 2008жылы әлемде артық дене салмағымен 20 жастан асқан 1,4 миллиард адам, 40 миллион балалар тіркелген оның 200 миллионы ер, 300 миллионы әйел адамдар. Қазақстанда 1995 және 1996 жылдары 42% (4,36 миллион) ересек адамдар артық салмақпен анықталған, оның 27% артық салмақ ал 15% семіздікпен тіркелген. 2005 жылы 5 жасқа дейінгі артық салмағы бар балалар 9%, ал 2006жылы 11,4% құрады. 1-14 жас аралығында әр бесінші балада артық салмақ анықталды. (21,5% құрайды), жартысы семіздікпен ауырады. 2008 жылғы мәліметтерге сүйене отырып 25-59 арасындағы ересек адамдарда артық салмақ (29% әйелдер және 34,4% ерлер), семіздікпен (25,7% әйелдер 11% ерлер) анықталғанын көреміз[16].

Қазақ тағамтану академиясының 2012 жылы жүргізілген зерттеулері бойынша артық салмақ 30,6% әйелдерде, 36,8 ерлерде, семіздік-27,6% әйелдерде 15,9%.ерлерде. Әлем бойынша семіздік пен артық дене салмағы жыл сайын қауырт және қымбат мәселе болып бара жатыр. Өз салмағын қадағаламаудың салдарынан адамдар салмақ түсіру үшін сәнді емдәм ұстанады, салмақ түсіретін дәрі дәрмектер ішеді, фитнесқа жазылады, психоэмоциональды жағдайының бұзылу салдарынан психотерапевт, психолог мамандарының көмегіне жүгінеді, ал басқа адамдар асқазанына хирургиялық ота жасатуға дейін барады. Семіздік қосымша аурулар мен мүгедектікке әкеледі. Мысалы: Жүрек қан тамыр аурулары (гипертония, дислипидемия, атеросклероз, жүректің ишемиялық ауруы, стенокардия, миокард инфарктісіне және инсульт), ісіктерге (жатыр мойыны, простата, сүт бездерінің, тоқ ішек,тік ішек, бүйрек, өт қабы), II тип диабетке, инсулинға тәуелділікке, остеопароз, артрит, подагра, тыныс алу органдарының созылмалы ауруларына, терең веналардың тромбозына, өтте тас жиналу, жүктілікке және босануға әсері тиеді, репродуктивті жүйенің бұзылысына, бедеулікке т.б ауруларға әкеліп соғады. Жалпы диабеттің 44%, жүректің ишемиялық ауруы 23%, 7-41% әр түрлі ісіктер

семіздіктің әсерінен пайда болады. Осындай ауруларды болдырмас үшін әр адам өзінің күнделікті жеген тамағына өте қатты назар аудару керек. Ол үшін тағам тиімді, үйлесімді және де ұтымды болуы тиіс. [19,20,21]

Үйлесімді тамақтану – организмнің метаболикалық үрдістерін қалыпты жүруін қамтамасыз етуге қажет тағамдар құрамындағы нутриенттердің белгілі мөлшерлік қарым-қатынасы. Ұтымды тамақтану (ең жақсы, жағымды) – берілген уақыт кезеңінде адамның нақты қажеттіліктерін дұрыс ескеріп тамақтану. Тиімді тамақтану – өмір сүрудің және еңбектің түрлі жағдайларында ағзалар мен жүйелерінің қалыпты қызметін қамтамасыз ететін, денсаулықты сақтауға ықпал жасайтын физиологиялық толық құнды тамақтану. Денсаулығында ақау жоқ, сау адамдар үшін салауатты тамақтану термині қолданылады. Ол денсаулықты нығайтуға, аурулардың алдын алуға ықпал ететін, түрлі тағамдық заттарды қолдануға негізделетін, халықтың түрлі топтарының салт-дәстүрін ескере отырып, олардың қажеттілігін ғылыми негізде қамтамасыз ететін тамақтану. Тиімді тамақтануды ұйымдастыру негізінде келесі көрсеткіштерге мынадай талаптар қойылады: тағамдық рацион, тағам энергетикалық құндылығы, тағам мөлшері, тағамдық заттар тепе-теңдігі, сіңірілуі, органолептикалық қасиеті, тағамдық заттар үйлесімділігі, тамақтану тәртібі, тағам қабылдау уақыты мен ұзақтығы және тағам қабылдау арасындағы уақыт дұрыс болуы тиіс. [51] Тағамдық рацион - (тағам мөлшері мен түрлері) – белгілі бір уақытта адамға белгіленген тағамдық заттар құрамы мен мөлшері. Адам оны бірден немесе біртіндеп, еркін немесе кезекті режиммен қабылдауы мүмкін. Тағамдық рацион мына талаптарға сай болуы тиіс: рационға енетін тағамның энергетикалық құндылығы организмнің қажеттілігін толық қамтамасыз етуі тиіс; рационға енетін тағамның құрамы ағзаның жеке басты ерекшеліктерін ескере отырып (жыныс, жас, еңбек шарты және т.б), толық қарым-қатынас (баланс) болуы тиіс; рационға енетін тағамның органолептикалық қасиеті жақсы (сырт көрінісі, иісі, консистенциясы), сонымен қатар олар түрлі әрі сіңімді болуы керек; рациондағы тағам сапасы мен қауіпсіздігі санитарлық-эпидемиологиялық талаптарға сай болуы тиіс[22,23].

Семіздік проблемаларын зерттеудегі жаңа кезеңде, зерттеушілердің көпшілігі, аурудың негізгі этиологиялық факторлары гипералиментация мен гипокинезия екендігін мойындайды[39]. Семіздіктің осы аталған негізгі себептері ескеріле отырып, ауру патогенезінің әртүрлі модельдері ұсынылып отыр. Бірақ аурудың нейрогуморалды эндокриндік және энергетикалық механизмдерін қарастырудағы бастапқы нүктесі болатын, гипералиментация және гипокинезия констатациясы, аурудың этнопатогенезі мен сипаты туралы адекватты ұсыныстар алуға мүмкіндік бермейді. Өйткені, анализ нәтижелеріне адамның аурушаңдығы сияқты факторлар әсер етеді. Оларға, адамның әлеуметтік мәнімен детерминацияланатын патологиялық процестердің механизмі жатады.

Семіздіктің психоәлеуметтік факторларының негізін анық түсіну үшін, тағамдық тәртіп талдауын жасау қажет[116]. Көптеген зерттеушілердің

ойынша, азықтық қажеттілік, ең төменгі, табиғи, биологиялық пен біріншілік физиологиялық қажеттілікке жатады[39,43,]. Сәйкесінше азықтық қажеттілік, организмнің ең негізгі қажеттіліктерінің бірі болып табылады. Аталған қажеттілік, адамның өмір сүру факторларына аса қажетті пластикалық және энергетикалық заттардың жеткіліксіздігін ескертеді. Бірақ азықтық қажеттілік, табиғаты бойынша, әдетті биологиялық бола тұра, жануарлардың шабытын зерттеудегі психофизиологиялық объект ретінде қарастырылады. Адамдарды зерттеу жағдайына келетін болсақ, жануарлармен салыстырмалы түрде, адамдар анағұрлым қоғамдастырылғандықтан, бұл қажеттілік тек қана пластикалық және энергетикалық заттардың орнын толықтыру үшін ғана емес, сонымен қатар әлеуметтік қажеттілікке ауысады. Бұл жағдай туралы Карл Маркс өз еңбегінде: «Аштықтың аты аштық, бірақ, ол аштықты пісірілген етті арнайы құралдар (шанышқы, пышақ) көмегімен жей отыра өтеу мен құр етті қолмен жей отыра өтеу екі түрлі түсінік». Семіздікпен ауыратын адамдардың тағамдық тәртібінің талдау нәтижелері осы түсінікке дәлел бола алады. Адамның тағамдық тәртібі психологиялық тұрғыдан қарастырғанда полифункционалды. Әсіресе, індет полифункционалдығы көптеген семіздікке ұшыраған адамдарда гипералиментациядан бастау алады. Бірақ әртүрлі мінез-құлықтың сипатын ескере отырып, жеке қажеттіліктің бар екендігін мойындау керек[119].

Тағамдық тәртіп келесі түрде жүреді:

1. Тек қана организмнің құнды заттарға деген қарапайым сұранысы;
2. Релаксация жолымен жүйке жүйесін разрядтау үшін. Л.В. Вальдман, мысықтар депрессивті жағдайда тағамға құштар келетіндігін және бұл қасиет адамдарға да тән екендігін айтқан;
3. Адамдардың жүйке жүйесінің қозып тұрған шағында, шамадан тым көп тамақ жеуге құштарлығы;
4. Делектация әдісі. Яғни, тамақтан ләззат алу мақсатында;
5. Коммуникация әдісі. Кездеу барысында, адамдардың қарым-қатынасына азықтық септігі;
6. Адамның өзін бағалауы өте жоғары болған жағдайда. Бұл жағдай экзотикалық, қымбат тағамдарды таңдап жеу арқылы өзіне деген сенімділігін арттыру мақсатында;
7. Арнайы дәстүрлер мен салтты ұстануда. Әдетте, отбасындағы отырыстар мен жиындар, қалыптасқан дәстүрлерді орындау барысында;
8. Басқа қажеттіліктер өтелмеген жағдайда.
9. Жеке басына, жетістіктері үшін сый-сияпат ретінде;
10. Эстетикалық қажеттілікті өтеу барысында;
11. Жеке басын қорғау мақсатында.

Осылайша, тағамдық қажеттілік әрбір адамдар түрліше кездеседі. Көптеген жағдайда, қажеттіліктер жүйесінің құрылуы да кездеседі. Әрбір қажеттілік жасырын формада болу мүмкіндігі дәлелденді. Ішкі факторлардың әсері, олардың өзара араласу жағдайын ескертеді[118,120,].

Гипералиментация тудырушы психоәлеуметтік факторлар семіздікке шалдыққан адамдарды, клинико-психологиялық талдаудан өткізу, гипералиментация тудыруға септігін тигізетін психоәлеуметтік факторлардың бірнеше типін анықтауға мүмкіндік берді. Анықталған факторлардың адамға жекеше әсер емес, топтаса әсер ететіндігін айта кеткен жөн.

1. Психикалық жарақат. Адамдар арасындағы интер немесе интраперсоналды қарым-қатынастардың бұзылуы, психологиялық қақтығыстар мен түсінбеушіліктер тамақты шамадан тыс мөлшерде жеуге алып келеді. Бұл фактордың әсері науқастардың 50% бөлігінде анықталған. Көптеп кездесетін жағдай, күнделікті тұрмыстық өмірдегі психологиялық қақтығыстар. Осы аталған жағдай гипералиментацияны туғызады. Сонымен қатар, факторлардың жиі орын алуы, ішімдікке салыну, жүрек аурулары, невроз бен гипертониялық ауруларға алып келеді[31,90,].

2. Әлеуметтік-мәдени нормалар мен дәстүрлер. Аталған фактор адамның тағамға деген көзқарасын тікелей өзгертеді:

- Тәбетті жақсарту мен салмақ қосу мақсатында;
- Престиж бен тұлғаны қалыптастыру үшін;
- Ұлттық және мәдени тағамдық дәстүрлер.
- Бұрыс тәрбие.

Отбасындағы тамаққа деген көзқарастың дұрыс қалыптаспауы:

- Баланың денсаулығын жақсарту мақсатында, мөлшерден тым артық тамақтандыру;
- Отбасындағы қарым-қатынастың бұзылуы әсерінен дұрыс тамақтанбау.

Жоғарыда аталғандай, адамның тағамдық тәртібіне әсер ететін маңызды психоәлеуметтік факторлардың саны жетерлік. Олардың барлығы тағамдық мәдениеттің бұзылып, тағаммен байланысты ауру дамуына алып келетін бастапқы механизмдер болып табылады. Осының негізінде әлеуметтік және психологиялық факторларды ескере отырып, дұрыс емдәмдерді тағайындау және тұлғалардың тамақтану сауаттылығын жоғарылату жұмыстың өзекті мәселесі[25,38,41].

1.3. Емдәмнің түрлері туралы жалпы түсінік

Тамақтану тірі организмде оны қоршаған ортамен үздіксіз зат алмасуын қамтамасыз ету арқылы өмірлік үрдісін қалыптастырады. Осы негізде тамақтанудың әлеуметтік, медициналық, биологиялық, физиологиялық аспектілерін ескеру қажет.

Тамақтанудың әлеуметтік, медициналық, биологиялық аспектілеріне ауылшаруашылық және өнеркәсіптік тағамдық заттардың өндірісі, өңделуі, сақталуы, тасымалдануы, таратылуы және бағасын қалыптастыру мәселелері жатады. Олар халықтың салауатты өмір салтын, әл-ауқатын қамтамасыз етеді[15].

Физиологиялық аспект бойынша тамақтану – адам өмір сүруіне қажетті тағамдық заттардың түсуі, қорытылуы, сіңірілуі нәтижесінде адамның өмір сүру салты қалыптасатын күрделі үрдіс[10,].

Емдәм(өмір салты) – денсаулық сақтау мен нығайту үшін қолданылатын, белгілі бір уақытты, белгілі реттілікпен тұтынылатын құрамы мен мөлшері анықталған тағамдық заттар.

Емдәм:

- тағамдық заттар жиынтығы мен олардың аспаздық өңделуі,
- химиялық құрамы,
- тағамның физикалық қасиеттері,
- тағам қабылдау аралығымен сипатталады.

Адамның қолданатын тағам мөлшерін нақты білу үшін «нақты тамақтану» термині қолданылады. Тағаммен түсетін нутриенттердің асқорыту үрдісі кезінде белгілі бір мөлшері ғана сіңірілетіні анықталған[15].

Емдік тамақтандыру (диетотерапия) – комплексті емдеудің ең маңызды элементі. Белгілі бір патологияның клиника, патогенетикалық ерекшеліктері ескерілген және оған сай тағамдық заттардың, тамақтану тәртібінің түрлері мен жағдайлары бейімделген, түрлі аурулармен ауыратын науқастарға арналған тамақтану. Мақсаты – тағаммен байланысты аурулардың алдын алу. Дене салмағының шамадан тыс молдығы адам өмірінің орташа ұзақтығын едәуір қысқартады. Семіздіктен зардап шегетін адам салмағы қалыпты адаммен салыстырғанда шамамен 7 жыл аз жасайды. Жарты литр сүт немесе 100 грамм сыр ересек адамның кальцийге деген тәуліктік қажетін қанағаттандырады[24].

Кез-келген адам тамақтанбай өмір сүре алмайтындығы бәрімізге белгілі. Адамдар ғасырлар бойы тамақ табу үшін қызмет істеп келеді. Ұрпақтарымыздың дені сау, мықты, жаны, тәні күшті де қайратты болып өсуін бәріміз қалаймыз. Дұрыс тамақтануды үйде де, оқу орындарында да, еңбек ұжымдарында да, емханаларда да адамдарды үйретпейді. Мақсұтбек Сүлеймен зерттеулерінде тамақтанудағы келесі 10 қателікті айтады: [80]

Бірінші қателік. Адамдар тамақты көп жейді. Егерде бес жыл бойы күніне 90 килокалория артық тамақтанса онда салмағымыз 18 келіге артады екен. Ал, енді күніне одан да артық қабылдасақ салмақ қосу дәрежесі де артады. **Екінші қателік.** Барлығымыз майлы тамақты жақсы көреміз. Бір кісіге күніне 80 грамм май қажет етеді. Біз одан да артық қабылдаймыз. **Үшінші қателік.** Қай тағамды немен сәйкестендіруге ал қайсысын сәйкестендіруге болмайтынын білмейміз. Дастарханда тұрған тағамның бәрін жейміз. **Төртінші қателік.** Әр түрлі газдалған шырын, кара шай, бояғыштары бар шырындарды көп ішеміз. **Бесінші қателік.** Уақытыңда тамақтанбаймыз. Тамақтану аралықтарын қадағаламаймыз. **Алтыншы қателік.** Тәттіні көп жейміз. Қант, конфет, торт, т.б. мөлшерінен артық ішіп-жейміз. **Жетінші қателік.** Тамақты жақсы әзірлеп, дұрыс сақтай білмейміз. Көбінесе қуырған, тұзы көп тамақтарды сүйіп жейміз. **Сегізінші қателік.** Теледидар көріп отырып тамақтану. **Тоғызыншы қателік.** Тағамдардың құрамына көңіл бөлмейміз. Тамақтың құрамында қанша ақуыз, май, көмірсулар, дәрумендер мөлшері бар екенін білген жөн. **Оныншы қателік.** Тамақты жасқа қарай ішіп-жеу тиістілікті білмейміз[80].

Қазіргі күні ғалымдар әртүрлі диеталардың адам организміне әсерін анықтау барысында көптеген зерттеулер мен тәжірибелерді жүргізуде. 1926

жылғы Journal of the American Medical Association басылымында жарияланған мақаладан үзінді: Доктор Вильямур Стефанссон, антрополог және зерттеуші, бір уақыттары эскимостармен бірге тұрғанда бір диетаны ұстаған, ол толығымен балықтан, еттен және майдан тұрды. Соның нәтижесінде Стефанссонның денсаулығын зерттеушілердің тобы тексерді, олар эскимостардың ерекше диетасы антропологтың денсаулығына нашар әсер етті деп ойлаған. Алайда қандай да бір ауытқуларды олар таба алмады, сонымен бірге эскимостардың денсаулығы жақсы екендігіне көзі жетті[35,79].

1956 жылы: Lancet Паван мен Кеквик 1956 жылы күніне 1000 ккал болатын калориялы диетаның үшеуінің бірін ұстаған науқастардың денсаулығын тексергенін жариялады: бірінші диета 90% ақуыздан тұрды, екіншісі – 90% майдан тұрды, ал үшіншісі – 90% көмірсулардан тұрды. Диеталардың нәтижелері майларға толы диетаны ұстаған адамдар басқаларына қарағанда қатты арықтағанын, ақуыздармен қоректенген адамдар оларға қарағанда аз арықтағанын, ал негізінен көмірсутегілерді қолданғандар салмақ қосқандығын көрсетті. Мұнымен бірге зерттеу ережелерінде кейбір бұзушылықтар анықталды, өйткені науқастар қажетті параметрлерге толығымен сәйкес келмеді. Сондықтан қорытындылардың өзектілігі мен диеталардың тиімділігі күмән туғызатын[114].

1965 жылы: Annals of Internal Medicine журналындағы мақаладан үзінде: 1965 жылы Калифорнияда жүргізілген зерттеу арықтауға толық аштықтың және төмен көмірсу диетасының әсерін зерттеді. Адамдардың бір тобы он күннің ішінде аш болды, ал басқасы 1000 калориялы тағаммен көмірсу шектелген мөлшерде - максимум 10 грамм күніне тамақтанды. Нәтижесінде төмен көмірсу диетасының нәтижелері екінші топтағы толық аштыққан адамдарға қарағанда дене майынан көп айрылғандығын көрсетті. Кейіннен төменгі көмірсу диетасы метаболиялық артықшылығы бар деген атау тіркелді, ол қазіргі күнге дейін қолданылады[118,119].

1997 жылы: American Journal of Clinical Nutrition көмірсу несімен қауіпті деген мақаладан үзінді: 1997 жылы Холтпен басқарылған ғалымдар әр түрлі өнімдерді науқастардың қолдану кезіндегі инсулин мен глюкозаның деңгейін зерттеді. Диеталар туралы ғылыми мәліметтерді бағалайтын қорытындылар таң қалдырды. Зерттеудің нәтижелері ағзадағы инсулиндік шақыру тамақты қолданғаннан кейін үнемі пропорционалды емес екендігін, инсулинемияның деңгейіне тек көмірсу ғана емес, басқа да заттар әсер ететіндігін анықтады. Бұл инсулинемия мен тамақтың қолданысы арасындағы байланысқа күмән келтіреді. Өнімдердің әр тобында жоғарғы инсулиндік реакциялардың кең диапазоны бар екен. Әрине ақуыздар мен майлардың көмірсулармен бірге қабылдануы инсулин секрециясының жоғарылауымен әсер етеді. Алайда майлар мен ақуыздармен бай кейбір өнімдер көмірсулармен бай өнімдер сияқты қандағы инсулиннің секрециясына әсер етті. Мысалға алғанда, етті қолдану қоңыр күрішті қолданғанмен бірдей, ал балық инсулиннің жоғарылау дәрежесі бойынша дәнді нанмен бірдей. Осылайша, берілген зерттеу жұмысы

инсулиннің өндірісіне тек көмірсутегілердің ғана емес әсер ететіндігін көрсетті [111].

2000 жыл: Journal of the American College of Nutrition журналынан үзінді: 2000 жылы төменгі көмірсу қоректену жоспарлары бар әр түрлі диеталарды пайдасы мен зиянын болжаған компьютерлік модельдермен ғылыми элитаны Андерсон мен басқа ғалымдардың нәтижелерімен таныстырды. Құжатта жоғарғы майлы диеталардың құрамында холестеринмен қаныққан майлардан тұратындығын көрсетілді, ол заманауи диетологиямен ұсынылған. Ал олардың ұзақ уақыт қолданылуы қандағы холестериннің сарысуын жоғарылатады және жүректің қан тамырының ауруларын жоғарылатады. Мұнымен қоса қанттың қолданылуын шектейтін диеталар холестериндік дәрежені де төмендетеді және кейіннен жүрек қан тамырларының ауруларын да болдырмайды. Ақыр соңында, жасұнық пен көмірсумен және бір уақытта майлармен байытылған диеталар қандағы холестериннің сарысуының концентрациясын азайту эффектісіне ие және жүректің қан тамырларының ауруларын азайтады [114].

2003 жылы: New England Journal of Medicine журналынан үзінді: Бұл жерде 2003 жылы NEJM журналында жарияланған екі зерттеудің нәтижелерін келтіретін боламыз. Бірінші зерттеу жұмысы ғалым Самахидің басшылығымен жүргізілген. Оның мәні 132 толумен ауыратын адамдарды зерттеуге негізделеді, ол аз майлы және аз көмірсутегілі диеталардың тиімділігін салыстыруға арналған. Толумен ауыратын, жоғарғы метаболиялық синдромы немесе диабеті бар көп адамдар көп салмағын көмірсутегінің шектелген мөлшерлі диетасын сақтаған жарты жылдың ішінде салмағын тастады. Мұнымен қоса олар диетада отырғандарға қарағанда көп салмақ тастады, бұл олардың майлар мен калориялардың қолданылуын шектейтін. Мұнымен бірге ағзаның инсулинге сезімталдығының салыстырмалы көрсеткіштерінің жақсаруын көрсетті. Диеталардың берілген нәтижелерін мұқият бағалау керек, өйткені қатты толумен ауыратын науқастардың салмақтарын тастаудағы ортақ және топ аралық ерекшеліктері бар. Зерттеушілердің өзі көрсеткендей, көмірсуды шектейтін диетаны адамдарға ұсынбастан бұрын науқастардың жүрек қан тамыр жүйелеріне әсерін бағалайтын қосымша зерттеулер жүргізу керек. Осы сынды екінші зерттеуді 2003 жылы Фостер мен басқалары жүргізді. Диеталардың бір жылдың ішіндегі толумен ауыратын 63 ер адамға әсері зерттелінді. Оның қорытындысы: арықтауға арналған төменгі көмірсу диеталар артық салмақтың көп тасталуына әсер етеді. Алайда жылдың соңында айырмашылықтар айтарлықтай үлкен болмады. [114,115].

2003 жылы, Journal of the American Medical Association төменгі көмірсудың пайдасы жөнінде жариялады: Осы 2003 жылы тағы екі маңызды зерттеулер жасалынды. Квитерович пен оның серіктері 141 баланы қандағы холестериннің құрамына жоғарғы майлы кетогенді диеталардың әсерін зерттеді. Ғалымдар мынадай қорытындыға келді: жоғарғы майлы кетогенді диета атерогенді аполипопротеин В жоғарылатады және антиатерогенді ЛВП-холестеринді азайтады. Пьер Дюкан Диетасы - «Мен арықтай алмаймын» атты

француз диетологының кітабы жарыққа шыққан соң әлемде Пьер Дюкан диетасы әйгілі болып, адамдардың көбі артық салмақтан арылу үшін осы диетаны қолданды. Диетаның негізгі қағидасы – көмірсулардың көлемін азайту. Бұл кремль, америкалық астронавттар және Аткинс диеталарына ұқсайды[100,106].

1975 жылы Пьер Дюкан ортақ тәжірибенің дәрігері болып Парижде жұмыс істеді, тап сонда ол тұңғыш рет семіздік уақиғасымен соқтығыстырылды. Сол кезде семіздікпен күресу үшін калориясы төмен азық-түлікпен тамақтану дұрыс деп саналды. Пьер Дюкан артық салмақтан арылу үшін басқа тәсіл ойлап тапты. Бұл тамақтану жүйесінен кейін пациенттер жоғалған салмақты қайтарған жоқ. Кейін 20-дан астам ғылыми зерттеулерден кейін өзінің зерттеу нәтижелерін «Я не умею» атты кітабында сипаттады.

Пьер Дюканның айтуы бойынша, әрбір адамда дүниеге келгеннен бастап белгілі май жасушаларының саны болады. Олардың саны көп болуына байланысты адамдардың семіру мүмкіндігі өседі. Ал жақсартылған тамақ кезінде бұл жасушалар жылдам бөлінеді. Диетаны ұстанған кезде адам денесінің май көлемі азаяды, алайда май жасушаларының саны сол қалпында қалады. Сондықтан, диетадан кейін адамдардың көбі қайтадан салмақ қосады. Оны болдырмау үшін белгілі тамақтану жүйесін ұстану қажет. Пьер Дюкан диетасы келесі сатылардан тұрады. Бірінші саты: Тойтарыс беру. Бұл саты кезінде май қыртыстары жоғалады және 3-5 күнге дейін созылады. Бұл сатының созылу уақыты адамның салмағына байланысты; салмағы көп болса, созылу уақыты да көп болады. Бірінші саты кезінде – киллограмға дейін салмақ жоюға болады. Тамақтану жүйесі тек ақуыздардан ғана тұрады. Ақуызға бай тағамдар: ет (әсіресе жылқы еті), балық, жұмыртқа (тек ақ бөлігі ғана, сарыуыз холестеринге ба болып табылады) және майы алынған сүт тағамдары. Тағамдар суда піскені маңызды, және тәулік бойы кез-келген уақытта қағша жегің келсе жей аласын [48].

2011 жылы сарапшалыр кеңесі 20 диетаны таңдап алып, оларды 1-ден 5-ке дейінгі шкалада бағалаған. Бұл сарапшылар кеңесіне медицина саласының 22 маманы кірген. Олар - үздік емдәмшілер, кардиологтар мен эндокринологтар. Жыл сайын мамандар диеталар тізімін жасап, оларды жеті белгісіне қарай бағалайды: қысқа мерзімді салмақ тастау, ұзақ мерзімді салмақ тастау, емдәм оңайлығы, азық-түлік құрамы, диета қауіпсіздігі, диабет және жүрек-тамыр ауруларынан сақтау мүмкіндігі. Бұл рейтинг бір ғана мақсатпен: «арықтаушыларға денсаулығын емес, салмағын жоғалтуға» көмектесу үшін жасалады. Алғашқы орындар мемлекеттік институттар құрастырған жүрек-тамыр жүйесінің ауруларын емдеуге арналған диеталарға берілді. Ал ең нашарлар қатарына азық-түлік пирамидасының қатты ауытқуына негізделген «ақылға қонымсыз» оғаш диеталар енгізілді. Олар жөнінде қарастыру жұмыстың жүргізілуі барысында тиімді шешім қабылдауға мүмкіндік береді[115,117]:

-Гипертонияны емдеудегі диеталық тәсіл (DASH) АҚШ денсаулық сақтау мен әлеуметтік қызметтер министрлігі «DASH» диетасын гипертониямен ауыратын

науқастардың қан қысымын төмендету мақсатында құрастырған. Бұл - құрамында көп мөлшерде жеміс, көкөніс, тұтас дәнді дақылдар мен майсыз сүт өнімдері бар кешенді диета. «DASH» диетасын ұстанушылар мәзіріндегі қаныққан майларды, тәттілерді, қызыл етті шектеп, тамаққа тұзды қолдануды айтарлықтай азайту қажет (күніне 2400 мг асырмай немесе 1 ас қасық). Тамақ ішу саны мен порция мөлшері сіздің энергетикалық қажеттілігіңізге байланысты[109].

-Өмір салтының терапевтік өзгеруі (TLC) Диетаны АҚШ денсаулық сақтау ұлттық институты құрастырған. Ол қандағы холестерин мөлшерін азайтып, жүрек-тамыр ауруларының даму қаупін төмендетеді. Барлығына ортақ негізгі талап – 200 мг-нан аспайтын холестерин және 2400 мг-нан аз тұз тұтыну. Калорий 7%-ын қаныққан майлардан, 25-35%-ын басқа майлардан алу қажет. Холестерин көрсеткішін тез төмендету үшін, диетолог қосымша жасұның қабылдауға кеңес беруі мүмкін[121].

-Жерорта теңіздік диетасы: Әлемдегі ең танымал диеталардың бірі. Бұл артық санауларды қажет етпейтін, әркімге қолжетімді емдәм. Оған тұтас дән, жемістер мен көкөністер, балық, зәйтүн майы мен жаңғақтар кіреді. Бұл азық-түліктердің барлығы жүрек-тамыр жүйесіне пайдалы[122].

-Майо клиникасының диетасы: Бұл диета тағам құнарлығын шектемейді, ал энергия тапшылығы клиника мамандары құрастырған дене жаттығуларының көмегімен жасалады. Майо ерекше диетасы клиниканың ресми сайтында 2010 жылы жарияланған.

-«Көлемді диета» (Volumetrics Diet) Диета құрастырушысы Барбара Роллстың айтуынша, адамдарды тамақтан шектеуге болмайды. Себебі, әркім тамақ жегенді жақсы көреді. Диетолог құрамында суы көп, құнарлығы аз, көлемді азықтарды (жеміс, көкөніс сорпасы, майсыз сүт тағамдары) қолдануды ұсынады. Дегенмен, мамандардың бұл тәсілге күмәні көп. Өйткені, сұйық тамақ ағзаны нашар қоректендіреді[123].

-«Салмақты бақылаушылар» (Weight Watchers) Бруклин қаласында тұратын үй шаруасындағы әйел 1963 жылы бұл компанияның негізін қалаған. Қазір бұл - арықтауға арналған тауарларды тарататын 30 елде бөлімшелері бар ірі мекеме. Әрбір азық немесе тағам балдық жүйе бойынша бағаланады. Бірақ жуырда компания бұл жүйенің ыңғайсыздығы үшін, одан бас тартқан. Жалпы, көп мөлшерде тұтас дән, майсыз сүт өнімдері мен ақуыздан құралған қарапайым емдәм[124].

-Дженни Крейг диетасы: Дженни Крейг диетасының артықшылығы – оның әсері клиникалық деңгейде дәлелденген. Бір кемшілігі – бұл таза коммерциялық емдәм. Себебі, дайын тағамдарға тапсырыс беру қажет. Ал диетаның негізгі шарты: кальций мен жасұныңқа бай азықты пайдалану[40].

-Орниш диетасы: Дин Орниш кардиологтар кәсіби ортасында жүрек ишемиялық ауруын отасыз және дәрі-дәрмексіз емдеуге арналған емдәм авторы ретінде танымал. Орниш диетасы – бұл жүрек пен тамырларды емдеп қана қоймай, салмақ тастауға көмектесетін жұмсақ вегетариандық диета. Орниш дәнді дақылдарды, көкөністерді, жемістер мен бұршақтыларды шектеусіз жеп,

ет, май, қант, алкоголь, жаңғақ, зәйтүн, авокадоны мейлінше аз пайдалануға кеңес береді. Соның өзінде, калорийдің 10% -ын майдан алуыңыз қажет [14,65].

-Вегетариандық диета: Сарапшылар вегетариандық диетаның өзін емес, АҚШ ауыл шаруашылығы министрлігі құрастырған бейімделген жоспарын денсаулыққа пайдалы деп мойындады. Вегетариандықтың экстремалды түрлері – вегандық пен жемістік – диетологтардың негізді үрейін тудырады[126,127].

-Нутрижүйе диетасы: Арықтататын тауарларды сататын тағы бір компания. Бұрын «теле-дүкендер» арқылы жарнамаланған. Қазір клиенттеріне дайын тағамдар мен биологиялық белсенді қоспаларды тікелей таратады. Компания емдәмі қауіпсіз және құнарлы болып есептеледі. Дегенмен, калий, В12 мен D дәрумендерінің жетіспеушілігінен зардап шегеді. Қазақстандықтар үшін бұл емдәм тек ғаламтор желісі арқылы қолжетімді[25].

-Қан топтары бойынша тамақтану. Қанның топтарға бөлінетіні өте ертеден белгілі емес. ХІХ ғасырдың басында Карл Ландштейнер мен Ян Янский қанның әр түрлі топтарының айырмашылығын тапқан болатын. Сол уақыттан бастап қанмен зерттеу жұмыстары жүргізіліп келеді ғалымдар жаңа гипотездар ұсынуда. Гипотездың бірі- адамның эволюциялық даму барысында, табиғи сұрыптау нәтижесінде пайда болу. Қанның I тобы ең баяғы және ежелден келе жатқан неандертальдықтар мен кроманьондықтардың қаны. II және III қан топтарына кейінгі дәуірде өмір сүрген отырықшы тайпалар мен Европа мен Азияға келген алғашқы эмигранттардың қаны жатады. Ал IV қан топтары қан топтарының ішіндегі ең жасы. Барлық қан топтарының араласуы нәтижесінде пайда болды. Қанның 1-ші тобы. Бұл қан тобының негізгі азық-түлігі ет және балық болып табылады екен. Оларды күнделікті жеуге болады, бірақ өнімнің майлылығы мен порциясын шектей отырады. Өсімдік тектес барлық азықтар да пайдалы. Капустаның барлық түріне тиым салынады, себебі, ол қалқанша безінің жұмысына әсер етеді. Жүгеріні де пайдалануға тиым салынады, ол инсулиннің түзілуіне әсер етеді. Қышқылдығы жоғары жемістерге де шектеу қойған абзал. Оларға апельсин мен мандаринді жатқызамыз. Қатал түрде сүт өнімдері мен жұмыртқаны шектеу керек. Дәнді дақылдар мен олардан жасалған өнімдерді де рационнан алып тастаған дұрыс. Өйткені осы қан тобындағы адамдардың зат алмасу үдерісін баяулатады, ал бұл болса салмақтың қосылуына әкеп соғады. 2-ші қан топты адамдар үшін ең пайдалы өнім-өсімдік тектес азық-түліктер деп санайды. Мұндай азықтарды шикі күйінде пайдаланған. Етті және ет тағамдарын толығымен рационнан алып тастау керек. Сүт өнімдері және үрмебұршақ зат алмасу үдерісін төмендетеді, сондықтан мөлшерін шектеген міндетті түрде дұрыс. 3-ші қан тобы жүгеріден, гречкадан және бидай өнімдерінен бас тарту керек. Олар кез-келген мөлшерде осы қан тобындағы адамдардың зат алмасу процесін төмендетеді. Ет, сүт өнімдері, жұмыртқа тағамдық рационда болғаны өте жақсы. Ет өнімдерінің ішінен тауық етін ерекше көптеп қолдану керек. Бұл ет осы қан тобындағы адамдар үшін пайдалырақ қой етімен салыстыратын болсақ. Теңіз өнімдеріне қарағанда, балық асқорыту жүйесіне жақсы әсер береді. Өсімдік майларының ішінен зәйтүн майын пайдаланған дұрыс. Орехтар мен күнбағыс майларынан

жасалған майлар, орех пен күнбағыс сияқты зиян. Көкөністердің ішінен зияндысы тек қана қызанақ болып табылады, оны ационнан мүлдем алып тастаған дұрыс. 4-ші қан тобында ең пайдалы өнім ет деп санайды. Тауық етіндей қызыл ет жарамсыз, теңіз өнімдері мен балық, ұлу, шаяндар өте пайдалы деп есептейді. Ескерту: камбаланы жемеген дұрыс. Үрмебұршақ, жүгері, гречка, бидай өнімдерін аз пайдалану керек, себебі зат алмасу үдерісін төмендетеді. Сүт өнімдерінің зияны жоқ, керісінше инсулиннің түзілуін жоғарылатады. Майлардан зәйтүн майы жақсы. Күрішті макарон өнімдерінің орнына пайдалану керек, ал көкөністердің барлығы пайдалы. Банан мен апельсин жағымсыз болып келеді. Қан тобы бойынша тамақтануды мамандар диетологтары түнге қарай асқазанға жүктеме түсірмеу, яғни көп тамақтанбау, нормадағы калорий мөлшерін қабылдау, майлы тағамдарды шектеу, физикалық жаттығулармен айналысу керек деп кеңес береді[2,32].

-Монтиньяку бойынша тамақтану. Бұл әдіс екі фазадан тұрады: 1-фаза – салмақты жоғалту және 2-фаза – салмақтың тұрақты болуы. Бірінші фаза белгілі азық-түліктерден толығымен бас тарту және міндетті түрде бірнеше рет тамақтануды ұстану керек. Әр тамақ ішкен сайын ағзаға пайдалы өнімдерді пайдалана отырып, тамақтану қажет. Таңғы ас міндетті түрде тойымды болу керек. Ақуыздар мен көмірсулардан және тағам талшықтарынан құралуы қажет[34].

-Хэй бойынша тамақтану. Уильям Хэй ақуыздар мен көмірсуларды бірге қолдануға болмайды дейді, себебі олардың қорытылуы үшін әр түрлі шарттар болу керек: қышқыл орта ақуыз үшін болса, негіздік орта көмірсулар үшін. Осылайша адамның асқорыту жүйесінің кереметтілігін толықтай бағаламаған. У.Г.Хэй кеңесі бойынша: қандағы қышқылдық деңгейін жоғарылататын (көкөністер, салаттар, жемістер, сүт) азық-түліктік өнімдер саны тамақтану рационьында 4 есе жоғары болу қажет асқазан сөлінің қышқылдығын (жануартекті ақуыздар, жаңғақтардың көп бөлігінің, барлық көмірсулар және цитрустар) жоғарылату мақсатында. Мұндай қатынас ағзадан шығарылатын сұйықтықтағы негіздік және қышқылдық компоненттердің қатынасына сәйкес келеді. Хэй ағзаның өзінің реттеушілік жүйесінің бар екендігін ескермеген көрінеді. Хэй бойынша тамақтану ережесі: Көмірсуларды ақуыздармен және қышқылды жемістермен қолдануға болмайды. Көкөністер, салаттар және жемістер – дұрыс тамақтанудың негізі. Ақуыз, көмірсулар және майларды аз мөлшерде қабылдау керек, колбаса, сосиска сияқты рафинирленген тағамдардан мүлдем бас тарту керек. Кез-келген тамақты қабылдаған кезінде интервал 4-5 сағат Ақуызға бай тағамдар – ет, балық, субөнімдер, жұмыртқа, майсыз тағамдар, бұршақтар, жаңғақтар және т.б. көмірсуларға бай тағамдарнан, ұн, дәндер, макаронды өнімдер, картоп, қант және т.б.[43].

-«Кремль» емдәмі. Бұл емдәм өзінің әртүрлі көмірсуымен ерекшелінеді. Оның негізінде түрлі тамақ өнімдерін үйлестіре білетін жүйелік ұпайды (шартты бірлік) қолдану жатыр. Кейбір тағамдардың «ұпайлық» құндылығына мысал келтірейік. Қара бидай наны- 34, бидай наны -50, астық наны-4, лаваш-56, макарондар-69, ет және балық өнімдері -0-1,5, жаңғақтар-10-25, қарақұмық

жармасы -62, ұнтақ ботқа -67, сұлы -49, күріш -71, банан -21, грейпфрут -6,5, мейіз -66, ақ май -1,3, өсімдік майы -0, майлы ірімшік -2,8, тәтті йогурт -85, бал -75, кремделген тәтті тоқаш -62, жұмыртқа -0,5.. 40 «ұпайлық» құндылықты рационды қолданған кезде 8 күн ішінде 5 – 5,5 кг дейін салмақ тастау мүмкін болып есептелінеді. Егер 60 ұпайлық тағам жесе – салмақ сақталады, 60 ұпайдан жоғары тағам жесе – салмақ ұлғаяды. Жоғарыда көрсетілген көрсеткіштер ішінен артық салмақты тастау үшін рационнан толықтай немесе сол толыққа жуық түрде көмірсуды алып тастау қажет болып табылады. Бұл Кремль емдәмінің ең негізгі қағидаты болып есептелінеді. Тағам өнімдерінен тек қана тәтті өнімдерді емес, сонымен қоса нан, ақтүйнек, күріш, көптеген жемістер мен көкөністерді шектеуді жөн көреді. Ал талап етілген ұпайларды ет өнімдерінің үлесінен жинайды. Кремль емдәмін жақтаушылары адам ағзасынан көмірсуды шектесе ғана ағза аштығып өз майларымен қоректене бастайды деп сендіреді. Алайда баршамызға жақсы белгілі биохимиялық – майдың толыққанды жойылуы үшін ағза белгілі бір мөлшерде көмірсуды қажет ететіндігі жайлы ереже ұмытылып кетеді. Тіпті бұған кейбір кітаптарда «Майлар көмірсу отында жанады деген» қанатты сөздер келтірілген. Кремль емдәмінде медициналық кері пікірлері аз емес. Көп жағдайда бұл емдәм созылмалы аурумен ауыратындарға, қант диабет, бүйрек ауруларында, Жүктіліктің кейбір сатыларында және тағыда басқа ауруларға кері әсерін тигізеді[46].

-Бирхер-Беннер бойынша тамақтану. Бирхер-Беннер швейцариялық дәрігер-диетолог. Оның ұсынған теориясы бойынша дәруменге толы тағам күннің сәулесінің электромагниттік толқын түрін құрайды. Бұл көкөністердің және жасыл желектердің электромагниттік энергиясы адамға тек шикі түрінде қабылдаған кезде ғана беріледі. Термиялық өңдеу кезінде бұндай азық-түліктердің органикалық заттарын жояды. Осыдан ғылыми дәлелденбеген гипотеза-«пісірілген тамақ, өлі тамақ» деген пайда болған. Осы жүйе бойынша тамақтанудың бастапқы этаптарының адамның жұмысқа қабілетінің жоғары болуының және өзін жақсы сезінуінің осы энергияның бар болуымен және жақсы сінуінен болады деп Бирхер-Беннер түсіндірген. Бірақ шикі тағам көп көлемде болса да төмен калориялы және ақуыз май, көмірсудың аз мөлшерімен ерекшеленетінің естен шығармаған жөн. Тез тойғанмен организмнің толық қанды жұмыс істеуін қамтамасыз етпейді. Басында өзін адам жақсы сезінеді, ауыртпашылықтан дем алады, пайдалы заттар сінеді немесе зат алмасу заттары шығарылады. Бұндай организмге тиімді өзгерулер диеталар мен тамақ ішпейтін күндерде болады. Бірақ кейін бұның бәрі жоғалып, денсаулық жағдайы нашарлап салмақ жоғалады, ерте қартаю симптомдары байқалады. Бұндай жағдайлар өте көп байқалады. Бірақ бұның бәрінен қашу жолы бар, егерде Бирхер-Беннер ұсынған ақуыз мөлшерінің жоғарылығы, соған қоса механикалық өңдеуден өткен және тағамның сәйкестігін пайдаланып тағам рационның құру. Бұл рационға міндетті түрде көкөніс, жеміс-жидек, жасыл желек, жаңғақ өнімдері кіру керек. Шикі азық-түліктен тұратын тағамның рационның құру үшін тағам бойынша квалификациясы бар

мамандармен ақылдасу керек. Бирхер-Беннердің диетасы жүкті әйелдермен жасөспірімдерге ұсынылмаған[73]. Бұл диета қарт адамдарда қартаюды тездетеді және сүйектерде қауіпті өзгерулерге алып келеді. Бұндай тамақтану жүйесін дәрігердің қарауынсыз ұзақ уақыт пайдалануға болмауын ұмытпау керек.

-Брегг бойынша тамақтану. Брегг-австриялық диетолог. Бұл автор вегетариандық тамақтануды ұсынады. Бірақ Брегг емдік тамақтанудың пропагандисті болып табылады. Ол аптасына бір рет аштық жасау керек деп айтады. Ол дегеніміз жылына 52 күн. Бірақ аштық жеке адамға арналғанын ұмытпау керек. Аштық енгізудің жүйесінде кішкентай ақаулардың өзі қауіпті ауруларға, тіптен өлімге әкеліп соқтырады[47].

-Ай диетасы. Шығыстың, Батыстың кейбір ілімі бойынша айдың, күннің басқа да қуат көздерінің әсеріне байланысты диеталар бар. Қытайлық, тибеттік данагөйлер де негізін салған емдәмдер аз емес. Біз бүгін ай диетасы жөнінде қысқаша әңгіме қозғамақшымыз. Айдың жаңа туған және толысқан күндері атмосфера-ралық қысым мен судың қозғалысы өзгеріске ұшырап, ол адам ағзасына да әсер етеді. Жаңа ай туғаннан толысқан күнге дейінгі кезең – айдың жетілу мерзімі болғандықтан, бұл күндері адамдар күш-қуатын нығайтатын дәрумендік және дәрі-дәрмектік түрлі ем-домды қабылдаса, шипасы мол. Ай толысқаннан жаңа ай туғанға дейінгі уақытта адам ағзасы тазару процесіне тез бейімделеді. Бұл кезде жасару, сауықтыру шараларын жүзеге асырған дұрыс. Ай жаңа туғанда ашығудың пайдасы зор. «Ай диетасы екі жүйе бойынша жүргізіледі: ай толған күндері 24 сағат, ай жаңа туған күндері 36 сағат және әр кезеңде алты күн қатарынан диета ұстау қажет. Ай толысқан күндердегі диетаның қысқа мерзімдік курсы (24 сағат). Диета мерзімі ай толысардың алдында бір күн бұрын кешкі астан кейін басталып 24 сағатқа созылады. Осы тәулік ішіндегі ас мәзіріңіз тек сұйық тағамдардан құралуы керек. Атап айтқанда, жай және минералды су, жаңа сығып алынған несеп айдайтын шырындармен ғана қоректену қажет. Егер ішетін шырыныңыз көкөніс және жеміс-жидектерден әзірленсе тіпті жақсы. Диетаны талапқа сай сақтай алсаңыз осы мерзім ішінде бір келі артық салмақтан арыласыз. Ағзаңыздың өнебойы тазарып, түрлі ісіктер жойылады. Ай толысқан күндердегі диетаның толық курсы (6 күн). Диетаның бұл түрі ай толысарда үш күн бұрын басталып, толысқаннан кейін екі күнге созылады (барлығы 6 күннен аспауы керек). Бірінші күні тек пісірілген және шикі көкөністермен тамақтанасыз. Келесі екі күнде және ай толысқаннан кейінгі екі күн бойы ананас пен пісірілген саңырауқұлақ қана жеп, күніге төрт рет тамақтану қажет. Пісірілген саңырауқұлаққа түрлі дәмдеуіштер немесе рафинадталған зәйтүн майын қосуға болады. Ал ай толысқан күні тек сұйықтармен тамақтану керек. Ананас пен саңырауқұлақтарды үйреншікті жұмыртқа және апельсинмен ауыстыруға болады. Айтылған ақыл-кеңесті бұлжытпай орындасаңыз, бірден 3 кг артық салмақтан арыласыз. Жаңа ай туғандағы диетаның қысқа мерзімдік курсы (36 сағат). Ай толысардан бір күн бұрын сағат 18-де басталып, келесі күні таңғы 6-7-ге дейін жалғасады. Көкөністер сәбіз, картоп, тәтті бұрыш, үрме бұршақтан

әзірленген сорпаны күніне 4-5 рет ішу керек. Көкөніс сорпасы түрлі минералдарға бай және ағзадағы сұйықтықтарды тез бөліп шығарады. Сорпаның пайдасы сол, аштықты сездірмейді. Егер сіз дәл осы кезеңде тек көкөніс сорпасымен тамақтанатын болсаңыз, ағзаңыз шайылып, 1 кг артық салмақтан арыласыз» [73,83].

-Шикі өнімді пайдалану қатал вегетариандықтың соңғы нұсқасы: мұнда да нан өнімдері, ұннан және жармадан жасалған өнімдер, картопты қолдануға болмайды. Үнемі шикі өнімдерді қолдану зиян, себебі, организмнің белокпен мөлшерлік және сапалық қатынаста қамтамасыздандырылуы бұзылады. Белоктың тағамдық каналдағы шикі өнімерден бөліп шығарылуы піскен тағамдарға қарағанда әлдеқайда қиын. Заманауи ғылым бойынша, ежелгі адамзаттың пісірілмеген өнімнен пісірілген өнімге көшуі оның рационын кеңейтіп, азық түлік өнімдерінің меңгерілуін жақсартты, ал ол өз кезегінде адамның физикалық және ақыл есінің дамуына әсерін тигізеді. Көкөністер иен жемістерде барлық витаминдер кездеседі деген пікір қате б.т. Абсолютті және тұрақты шикі өнімді қолдануды рационалдық емес қоректенуге жатқызуға болады[123,126,127].

-Редуцирленген (жеңілдетілген) тамақтану. Редуцирленген тамақтану денсаулықты сақтау үшін энергия тұтынуы кенет шектеуге сәйкес келетін ұсыныстармен негізделеді. Денсаулықты нығайту үшін ерікті түрде ашығу да ұсынылады, су қабылдауды жалғастыру, ал тағамдарды мүлдем шектеу. Жеңілдетілген тамақтануды жақтаушылар адам денесінің қалыпты массасында ересек адам үшін тәулігіне шамамен 1000ккал және 25-30 грамм белокты тұтыну жеткілікті деп санайды. Мұндай рационның энергетикалық құндылығы адамдардың көпшілігінде негізгі алмасудың деңгейінен төмен болады. Тамақты тоя ішпеуге мәжбүр адамдарда негізгі заталмасу, жылудың өндірісі төмендейді, ол дене температурасының төмендеуімен және созылмалы шаршағыштықпен көрінеді. Мұндай мәжбүрлі зат алмасу белоктық-энергетикалық жеткіліксіздік ауруына тән, олар сау және ауру адамдардың көбісіне тән емес. Редуцирленген (жеңілдетілген) тамақтану рационалды тамақтанумен сәйкес емес. Редуцирленген тамақтанудың жартылай аш рационын барлық адамдарға ұсынуға болмайды, өйткені ол денсаулыққа зиян. Әйтсе де, энергия бойынша шектелген, бірақ организмнің алмаспайтын тағамдық заттарға деген қажеттілігін қанағаттандыратын тамақтану гипертониялық аурумен, жүрек ишемиялық ауруымен, қант диабетімен науқастанатын семіз адамдардың денесінің артық салмағын төмендету үшін қолданылады[104,109,121].

-Ашығу. Ашығумен әсер етудің әртүрлі формалары белгілі: тамақтануды ұзақ уақытқа (2-4 апта) шектеу; ашығу қысқа уақытты кезеңдермен қайталау (7-10 күн); тамақтан мүлдем бас тартатын жүйелік ашығу күндері. Емдік ашығу жеңіл емдәм деген атау алды. Емдік ашығуды белгілі ауруханаларда, науқасты толық тексеруден өткізгеннен кейін ғана тағайындайды. Ұзақ уақытты ашығуда ағзада жағымсыз өзгерістер болады: тіндердің қызметтік белсенді белоктарының ыдырауы мен жоғалуы, витаминдер мен минералды заттар азаюы, қанда зәр қышқылының және белок пен майлардың толық тотықпаған

заттарының жиналуы, организмнің қышқылдық-сілтілік жағдайының метаболикалық ацидозға дейін жылжуы. Бұл жағдай мынадай клиникалық түрде жүруі мүмкін: кенеттен болған артериялық гипотониямен, гипогликемиялық жағдайлармен, психомоционалық қызметтің психикалық бұзылыстарға өтуімен, полиневритті сипаттағы гиповитаминозбен, шаш терісінің, шаштың зақымдалуы, теміржетіспеушілік анемия. Ашығудан кейін жүрек бұлшықеттерінің белоктары ыдырауымен байланысты дамитын жүрек жеткіліксіздігінен, миокард инфарктінен, асқазаннан қан кетуден болған, ашығудан кейін көп тамақ жеп қойғаннан болатын асқазанның жіті кебуінен болған өлімдер туралы көп жазылады. Ашығудан кейін қайта тамақтана бастағанда бауырда қарқынды түрде май жиналады. Адам ұзақ уақыт бойы ашыққан сайын, оның дене салмағы жылдам қарқынмен жоғарылайды. Себебі ұзақ уақыт ашыққанда организмдегі биохимиялық жүйелер энергия шығынын үнемдейді. Сол себепті семіздік кезінде ұзақ уақыттық ашығу тағайындалмайды. Бірақ кейбір емдік сызбанұсқаларды семіздік және кейбір басқа да аурулар кезінде қолданады: жедел панкреатитте, жедел холециститте, асқазан мен он екі елі ішектің жара ауруларында [2,117,122].

-Бөлшектенген тамақтану. Бұл – химиялық құрамы әртүрлі тағамдарды бөлек, араластырмай қолдану. Бөлшектенген тамақтану үйлесімді және үйлесімсіз тағамдар негізінде, олардың денсаулыққа қауіптілігі негізінде құралған. Бөлшектенген тамақтану келесі тағамдардың үйлесімділігін шектейді:

- Белок пен крахмал;
- Белок пен май;
- Белок пен қант;
- Крахмал және қант;
- Қышқыл және тәтті жеміс-жидек;
- Белок пен қышқыл тағамдар;
- Крахмал мен қышқыл тағамдар.

Сүт, қарбыз бен қауындарды басқа тағамдардан бөлек қолданады. Тамақтану арасында шырындарды қолдануға болмайды. Белок, крахмал, майлар деген сөздер астарында осы макроэлементтерге сәйкес азықтар жатыр: белок үшін – ет, балық, ірімшік, жұмыртқа, жаңғақтар, т.б.; крахмал үшін – дәнді дақылдар, асбұршақтар, картоп, асқабақ және т.б.; майлар үшін – өсімдік майы, шошқа майы, қаймақ, майлы ет, т.б. Бірақ бұл жүктеме толық емес: жұмыртқа мен ірімшіктердің құрамындағы белок пен майларың мөлшері бірдей; жаңғақтарда майларға қарағанда белоктар аздау; асбұршақ құрамында крахмалмен қатар белоктар мөлшері де жоғары. Осыған сай, көптеген азықтарда тағамдық заттар табиғи үйлесімде болады. Оларды тұтынғанда ажырату мүмкін емес. Барлық мемлекеттер халқының көпғасырлық тамақтану тәжірибесі жеке азық түліктерді бөлшектеп қолдануда емес, керісінше, оларды саналы түрде қолдануға негізделеді. Тағамдар үйлесімділігі көптеген тексерістерден өткен. Бөлшектенген тамақтануда ұсынылатын сүтті басқа өнімдерден бөлек қолдану эстондық, финдік, латыша сханаларында жат нәрсе, олар сүтті картоппен, балықпен үйлестіре қолдана береді [105,106,107].

-Макробиотиктердің тамақтануы. Макробиотиктердің тамақтануы 20 ғасырдың басында Жапонияда пайда болған. Макробиотиктердің ойынша, денсаулықты жақсарту үшін және көптеген аурулардың алдын алу үшін жануар және құс еттерінен, жануар майларынан, сүтті тамақтардан, қант, бал, табиғи кофе, шайдан бас тарту керек. Тазартылған дәнді дақылдарды, өндірістік азықтары, сонымен қатар, консервіленген және мұздатылған өнімдерді, ас тұзын қолдануға болмайды. Жеміс, жидектер де шектеледі. Макробиотиктердің негізгі тағамдары: тазартылмаған күріш, бидай, басқа да жармалардың бүтін дәндері, нан, бұршақтар, жаңғақтар, көкөністер мен теңіз балдырлары. Тағамды әзірлеу үшін тек өсімдік майларын және теңіз тұзын қолданады. Сұйықты шектейді. Жемістерді аптасына 2-3 рет, ал балықты 1-2 рет қолдануға рұқсат етіледі. Макробиотиктердің тамақтану жүйесі рафинирленбеген тағамдық заттар көп қолданылады, натрий мен калий қатынасы рационалды, жануар майы, холестерин, қант, ас тұзына шектеу қойылған. Ал тағамдық рационы тек жармалардан тұратын макробиотиктердің денсаулығына қауіп төнуде. Бұл рациондарға алмаспайтын белоктар, витаминдер, кальций, темір, мырыш жеткіліксіз. Жарма рационындағы ересек адамдардың арасында белок жетіспеушілігі, цинг алуы, А-гиповитаминозы, темір жетіспеушілігі анемиясы жиі кездеседі. Бойдың өспеуі, рахит ауруының болуы балалар арасында жиі кездеседі. Жоғарыда айтылған тамақтану жүйесі анықтамасы тамақтанудың кешенді жүйесін сипаттау үшін қолданылады. Тамақтану тәртібі анықтамасы да өте қажет: тәулік ішінде тамақты қабылдаудың жалпы саны; тәуліктік рационды энергия байлығына, химиялық құрамына, салмағына байланысты бөлу; тәулік ішіндегі тамақтану уақыты; тамақтану арасындағы интервал; тамақтануға бөлінген уақыт[107,110,113].

12 сағаттық 1 айлық ашығу кезінде ағза өз қуатын ішкі секреция бездерінің жұмысын жандандыруға, бұрыннан жиылып қалған қажетті заттарды толықтай пайдалануға, қалдықтарды жоюға жұмсайды. Ішкі ағза мүшелері белсенді түрде жұмыс істейтін болады. Қан айналымы, зат алмасуы, ас қорытылуы жақсарады. Әсіресе асқазан мен бауыр жұмысына жеңілдік тиіп, денсаулық нығаяды. Ораза дұрыс тұтылса, ағза жасарып, қуаты артады, ол артық холестериннен арылады. Ораза кезінде кейбір тері аурулары да ешбір дәрі-дәрмексіз жойылатынына көз жеткізгендер бар[125].

-Жасушалар жаңарып ескілері жойылады. Адам организміндегі қажетінен артық және ескі жасушаларды жоюшы қызметін атқарады. Оразаның тәртібі бойынша адам жылына бір ай толығымен ауыз бекітеді. Күніне кем дегенде 18 сағат жеп-ішуден тыйылып, одан кейін бірнеше сағатқа ауызын ашып әл жинап алу қажет. Бұл – адам ағзасындағы жасушаларды жандандырып, керек еместерін жою процессіне қажет уақытқа дәлме-дәл келеді. Адам қарны ашқан кезде әлсіз жасушалар өздігінен жойылып, аштыққа қарсы тұру үшін адамның ішкі организмдері белсенділікпен жұмыс істейді. Осы сәтте адам ағзаларының белсенділігі артып, өміршеңдігі күшейе түседі. Сондай-ақ ораза адам организмінен тас, артық ет, май мөлшері сияқты зиянды заттардан арылтады[92].

-«Қант» ауруына тосқауыл болады. Ораза тұту – қандағы қант үлесін барынша төмен мөлшерге түсіруге үлкен септігін тигізеді. Себебі, ораза ұстаған кезде адамның ұйқы безі дем алады. Ұйқы безі қантты крахмалды заттар мен майларға айналдыратын инсулин бөледі. Егер адам ұйқы безінің шығаратын инсулинен артық мөлшерде тамақ жейтін болса онда бұл ұйқы безіне ауыр тиіп жұмыс істеу белсенділігін төмендетеді. Осылай жалғаса берсе ұйқы безі өз функциясын атқарудан қалады. Осы уақытта адам бойындағы қант қанға тарай бастайды да оның қандағы құрамы бірте-бірте көбейіп адам қант ауруына шалдығады. Қазіргі әлемнің біраз жерінде қант дертіне шалдыққан адамдарды ораза тұту арқылы емдеу етек алуда. Ауыз бекіту арқылы қант аруын емдеу процесі былай жүреді: пациент үш апта бойы күніне (қанындағы қанттың мөлшеріне байланысты) күніне 10 сағатпен 20 сағат арасында ауыз бекітеді. Одан кейін ауыз ашқан кезде жеңіл тамақтармен қоректенеді. Бұл химиялық дәрі-дәрмектерді қолданбай қант ауруын емдеудегі өте ұтымды жол екенін медицина дәлелдеп отыр. Француз биологы, ішкі ағзалар бойынша білікті дәрігер болған, Нобель сыйлығының лауреаты Алексис Каррель өзінің «Белгісіз адам» деген еңбегінде былай дейді: «Адамдар барлық ғасырларда ораза тұтқан. Сондай-ақ барлық діндер тамақ-судан тыйылып ауыз бекітуге шақырудан ешқашан тыйылған емес. Адам ауыз бекіткенде ең бірінші аштық, одан соң денеде әлсіздік сезінеді. Кейде осының әсерінен адам қобалжуы да мүмкін. Бұл сыртқы болып жатқан жағдайлар, бірақ ішкі организмде құбылыстар бұған қарағанда маңыздырақ. Осы сәтте бүйректегі қант қимылдайды, онымен бірге терінің астында сақталған майлар да қимылдап ериді. Ішкі ағзалар мен жүрек бір қалыпты жұмыс істеуі үшін барлық организм өзіндегі сақталған қордан қажетті энергия жұмсай бастайды. Бұл – болашақта адам организмінің жақсы жұмыс істеуімен қамтамасыз етеді». Каррель айтып отырған тамақтан белгілі бір мерзімге тыйылып, ауыз бекіту – мұсылмандардың оразаса тұту үлгісіне толықтай келетін айта кеткен жөн[94].

-Артық салмақтан арылуға әсерін тигізеді. Егер ораза ұстаушы ауыз ашқаннан кейін жейтін тамақ мөлшеріне шектеу қойып, дұрыс режиммен жүрсе бойдағы артық салмақтан арылуға ораза таптырмайтын әдіс. Яғни, адам ұзаққа уақытқа қарны аш жүріп бірден ауыз ашқан кезде тамақ пен сусындарға тойып алмағаны жөн. Себебі бұл керісінше салмақтың көбеюіне әкеп соғады. Алла елшісі (с.а.с) ауыз ашар кезде тек бірнеше құрмалардан дәм тартып, аз ғана су ішіп ақшам намазына тұратын. Пайғамбарымыздың (с.а.с) осы бір әдеті бәрімізге үлгі бола алады. Себебі құрманың құрамында қант бар, ал қант қан құрамына тез тарайды сол себепті адам аузын құрмамен ашатын болса бірден тоқшылықты сезінеді. Сонымен қатар құрма адам ағзалары қалыпты жұмыс істеу үшін қажетті энергиямен қамтамасыз етеді[96].

Көп адамдар күні бойы тамақтан тыйылып ауыз ашқаннан кейін бірден ауыр, майлы тамақтарды, көкөністерді жеп бастайды. Бұл тағамдарды асқазан қорытуы ұзақ уақыт алады. Ағза асқазанға түскен тамақтан өзіне керек энергиясын алып ол қантқа айналуы себебінен адам тоқшылықты сезінеді. Бірақ кісі бәрібір өзін аш сезініп тамақтың үстіне тамақты жей береді, сөйтіп

организміне қажетті энергияны мөлшерінен асырып жібереді. Осылайша ораза ұстау өзінің қасиеттерінің бірін жоғалтып, адам артық салмақ қосып семіздікке ұшырайды.

-Тері ауруларына пайдасы. Ауыз бекітудің тері ауруларымен күресуде пайдалы әсері бар. Себебі адам ораза тұтқан кезде қандағы су мөлшері азаяды, яғни терідегі су құрамы да кемиді деген сөз. Бұл – терінің қуаттылығын арттырып, зиянды микробтар мен бактерияларға қарсы тұруға көмектеседі. Сондай-ақ қышыма аурының адам денесіне әрі қарай таралуын тоқтатып, терінің майлануы мен аллергиядан жазылуға да оң әсерін тигізеді[99].

-Тұз байлану ауруына пайдасы. Бұл дерт көп тамақтанудан әсіресе еттен жасалған өнімдермен көп қоректенуден пайда болады. Сондай-ақ адам шамасынан тыс тамақ жегенде бұлшық еттердегі протейн құрамы тым көбейіп, бұзыла бастайды. Бұл адам буындарына әсіресе аяқтағы үлкен бармаққа несеп қышқылының жиналуына әкеп соғады. Адам тұз байлану ауруына шалдыққан кезде әлгі буындар ісіп, қызарады да ауырта бастайды. Сондай-ақ қандағы несеп тұзының мөлшері көбейіп ол бүйрекке жиналып, тұнады. Бұл процесс ақырында бүйректе тас пайда болуына әкеп соғады. Сондықтан тамақ пен судан тыйылып біраз уақытта ауыз бекіту бұл дертті емдеудегі ұтымды жол[101].

-Қан қоюланудың алдын алады. Көптеген мұсылман және мұсылман емес ғалымдары ауыз бекітудің денедегі майдың құрамын азайтумен қатар холестерин мөлшерін де бәсеңдететінін жарыса айтады. Холестерин дегеніміз ол – қан тамырларына тұнатын зат. Денедегі майдың құрамы көбеген сайын холестерин мөлшері де ұлғаяды[102]. Бұның арты артериосклероз (қан тамырларының майлануы) дертіне және жүрек пен мидағы қанның қоюлануына әкеп соғады.

-Адам ағзаларын улы заттардан тазартады. Қазіргі кезде тағам өнімдерін ұзақ мерзімге сақтау үшін құрамына химиялық қоспалар қосылатынын баршамыз білеміз. Бұл өнімдер адам асқазанына түскен кезде улы заттарға айналып денедегі майдың ішіне сақталып қалады. Адам ұзақ уақыт тамақтан тыйылуы әлгі майдағы улы заттардың еруіне әкеледі. Оған қоса адам организмінен улы заттардан қорғауға жауапты бүйрек, бауыр сияқты ағзаларға өз функцияларын атқаруға көмектеседі. Сондай-ақ ауыз бекіту кезінде дұрыс тамақтанып, артық тағамнан бас тартатын болса бұл организмнің иммунитетін күшейтеді. Макфон деген америкалық дәрігер былай дейді: «Барлық адам тіпті ауру болмаса да ораза ұстауға мұқтаж. Себебі қазіргі тағам өнімдерінің улары адам бойына сіңіп қалады. Бұл адамдың организмінің белсенділігін тежеп, бойына ауырлық салып өзін ауру сияқты сезінуге апарады. Ал адам ауыз бекіткен кезде әлгі улы қалдықтар адам бойынан жойылып, ағзалар тазаланады. Бойындағы аштық кезінде жойылған жасушалар ораза ұстап болғаннан кейін 20 күнге жетпей қайта жаңарады. Денедегі улы қалдықтар кетіп, жасулар жаңарған соң адам өзін жеңіл сезініп, қуатқа ие болады»[71,73].

-Ас қорыту жүйесі дем алады. Ауыз бекіту – ас қорыту жүйесінің дем алуына мүмкіндік береді. Дегенмен адам организмі өзінің табиғи функцияларын атқарады және тамақ қорытуға арналған сөл әдеттегіден аз

мөлшерден бөлінгенімен сөл бөлу процессі қалыпты жағдайда өз қызметін атқара береді. Бұл адамның сөл бөлу жүйесін жақсартып, бір қалыпқа түсіреді. Бірақ бір ескерте кететін жәйт ораза ұстаған кезде асқазан қышқылдық бөлуді тоқтатпайды. Яғни, асқазанында жарасы бар адам ауыз бекіту кезінде абай болуы қажет[69]. Жағымсыз тәуелділіктер десе алдымен көз алдымызға түтіні бұрқыраған темекі келетіні хақ. Сондай кісілер үшін рамазан айы – арам әдеттен арылуға таптырмайтын кезең. Әрине қазіргі заманда тәуелділіктің түр-түрі көбейіп кетті. Бұлардан арылу алдымен адамның өзіне байланысты. Оразаның күнінде тоқтатып, түнінде қайта бастауы да мүмкін.

-Қан қысымын түсіру мен бас ауруына пайдасы. Ауыз бекіту – қан қысымын түсіруге және қанның қоюлануы қаупін азайтуға бағытталған табиғи жол. Өйткені адам ұзақ уақытқа тамақтан тыйылған кезде бойға қажетті энергияны жеткізу үшін организм денедегі маймен қоса глюкозаны жаға бастайды. Сондай-ақ адам бойындағы тамақ құрамы және адреналин сияқты гормондар азаяды. Бұның бәрі бойдағы қан қысымының түсуіне әкеледі[60,102].

Соңғы деректер бойынша ең нашар емдәмға мыналар жатады:

1.Палеотикалық диета. Палеотикалық диета мағынасы - үңгірде тұрған адамдардың тамақ мәзіріне барынша жақын тамақтану жоспарын құру. Біздің ата-бабаларымыз азығын аң аулап тапқан. Ал ауыл шаруашылығы – егін мен мал шаруашылығы бертін келе пайда болды. Сондықтан, палео-диета ас үлесінде негізгі сүт және дәнді азық-түліктер толығымен жойылады. Ежелгі адам орманнан ғана таба алатын азық-түлікті жеуге болады.

2.Шикі тамақты пайдаланушылар диетасы. Вегандық диетаның бір түрі. Шикі тамақ жеуді қолдаушылар термикалық өңдеуден өтпеген ғана азықпен қоректенеді. Ал шикілей жеуге қауіпті еттен бас тартады. Бұл емдәмде құнарлылық, кальций, В12 және D дәрумені тапшы. Осы кемшіліктері үшін мамандар оны ең нашар диеталар қатарына жатқызған. Сонымен қатар, шикі тамақ жеудің термикалық өңдеуден өтпеген тағамнан улану қаупі үлкен[123,126,127].

3.Аткинс диетасы. Кардиолог Роберт Аткинстың диетасы рейтингте ең соңғы орынды иеленді. Бұл емдәмнің өзгертілген түрі ТМД елдерінде «кремль диетасы» деген атпен белгілі. Бұл тәсілде «май тым көп, ал көмірсу тым аз», - дейді сарапшылар. 2010 жылы ғалымдар көп мөлшерде ақуыз бен малдың майы бар, аз көмірсулы диеталар адамның өмір жасын қысқартатынын дәлелдеген. Сондықтан, Аткинс диетасы өмір мен денсаулық үшін аса қауіпті[103,124]. Кешкі 6-дан кейін тамақтанбаған дұрыс . Бұл ақиқат ешкімге де жаңалық емес, алайда біз оны қайталаудан шаршамаймыз. Диетолог мамандар бұл заңды арықтаудың алтын ережесі деп атайды. Ал жан мен тән гармониясына жетуді аңсайтын және салауатты өмір салтын ұстанатын йогтар тамақты тек күндіз жеу керек дейді. Кешкі тамақтан бас тарту, не оны ертерек ішу шынымен арықтауға көмектеседі, жалпы ағза саулығына пайдалы. Бірақ қазіргі қарбалас заманда бұл ережені ұстану өте қиын. Көбіміздің басты тағамымыз кешкі ас болып табылады. Бұл ережені ұстанамын десеңіз, сіз

толыққанды таңғы ас пен түскі ас ішуіңіз керек. Кешкі тамақ ішпей мүлдем аш қалу да дұрыс емес. Бұл ережені өзіңіздің ыңғайыңызға лайықтап, 6-ға дейін емес, жалпы ұйқыға 3-4 сағатқа дейін тамақтанып үлгеріңіз[103,114]. Әрине күнделікті рационның жартысынан көп бөлігін күннің бірінші жартысында жеу керек, ал кешке жеңіл, майсыз тағамдарды таңдаңыз.

4.Шелтон бойынша тамақтану. Шелтон-американдық диетолг.Оның мақсаты түрлі тамақтардың сәйкестігін ескере отырып тамақтану рационын құру.

Шелтон бойынша тамақтану ережелері:Ешқашан көмірсу мен қышқылды тағамдарды бірге қабылдамау.Нан,картоп,банан,құрма және басқада көмірсулы тағамды лимон,апелсин,ананас,қызанақ және басқада қышқылды тағаммен қабылдауға болмайды. Ешқашан концентрациялы ақуызбен концентрациялы көмірсуды бірге қабылдауға болмайды. Бұл дегеніміз жаңғақ, ет, жұмыртқа, ірімшік және басқада ақуызды тағамды нанмен,кандитерлік тағаммен,тәтті көкеністермен бірге қабылдауға болмайды.Жұмыртқа, балық, сүт, ірімшік тағамдарын нан,ботқа, кеспе тағамдарымен бірге қолдану керек. Ешқашан екі концентрациялы ақуызды бірге қолдануға болмайды. Май мен ақуызды бірге қабылдамау, сұйық май, қаймақ, сары майды етпен жұмыртқа, ірімшік, жаңғақ пен қабылдауға болмайды. Май, ет, жұмыртқа, жаңғақ жеген кездегі бөлінетін асқазан сұйықтығына кедергі келтіреді. Қышқыл көкеніспен ақуызды бірге қабылдау. Апельсин, лимон, қызанақ, ананас, шие, қышқыл алманы етпен, жұмыртқа, жаңғақпен жеуге болмайды. Тағамның күрделілігі төмен болғанда асқорыту жүйесі жақсы жасайды. Крахмал мен қантты бірге жеуге болмайды.Желе, джем, көкеністі сары май, нанға жағылған сироп немесе ботқамен, картоппен, қантты дәнді дақылмен бірге қолдану бұның бәрі организмнің улануына алып келеді[85,89].

Соттық-химиялық бөлімнің дәрігері, сот-медициналық сарапшысы Мишкина Л.Н сәнді емдәмдер туралы пікірі: Г.Шелтонның нұсқаулықтарын қатаң ұстанса, ет пен картоптың, қарақұмақ пен сүттің, тоқаштардың шағылысынан бас тартуға тура келеді. Бұндай қатты қатаң нұсқаулықтар қатаң ғылыми сынға ұшырайды. Оның дәлелдемелеріне келесі ой қорытындыларын келтіруге болады. Тамақты игеру үрдісі асқазан мен ауыз қуысы ферменттері мен қышқылдығына ғана байланысты емес, ол ас қорытудың басқа бөлімдерінде де, жасушалар арасында да жалғасады. Өзінің химиялық құрылымы жағынан көптеген тағамдар монокомпонентті емес. Осы немесе басқа да сәйкестіліктерде ақуыздар, малар және көміртекттер болады. Мұндай поликомпоненттілік нанға, еттің көптеген түрлеріне, дәнді және басқа да өнімдерге сипатты. Заманауи зерттеулер көрсеткендей, ақуыздар, малар және көміртекттерді бөлек пайдаланғанда ас қорыту төмендей бастайды, ал аралас тағамды пайдаланған кезде керісінше, ондағы ас қорыту заттары тез алмасады.

Р. Аткинсонның диетасы (төмен көміртекті). Өз диетасын ұсына отырып, Р.Аткинсон метаболизм үрдісінде көміртекттер майларға айналып, салмақ қосуға алып келеді, жүрек-қан тамыр ауруларының көптеген факторларының, атеросклероз ауруының пайда болуына алып келеді деп санайды. Көміртегін пайдаланудан бас тарту арқылы, адам майлық қабаттардың тез таратылуына

жол ашады, қандағы холестерин азая бастайды. Көміртегінің жеткіліксіздігі (төмен көміртекті диета кезінде пайда болады) зиянды. Төмен тығыздықты липопротеин пайда болуына жол ашады. Төмен көміртекті диетаны қатаң ұстану бүйрек ауруларының пайда болуына ықпал етеді. Тастардың пайда болуына, ацетондық заттардың жоғарылауына және басқа да жағымсыз нәтижелерге алып келуі мүмкін[92].

Қазіргі күні емдік бағытта қолданылатын Певзнердің белгілі 15 үстелі және Түсіпқалиев Б.Т бойынша балалар ауруында 16 үстел қолданылады, олардың емдік бағыттағы маңыздылығы дәлелденген [81,82,83].

Әдеби шолуды тиянақтай келе тұрғындар өзінің қалай тамақтанатындығына көңіл бөлу керек. Тамақтану адамның өмірлік қажеттілігі болып табылады. Тағам энергия, күш-қуат береді, дамуына ықпал етеді, ал оны дұрыс пайдалана білсе – денсаулықты нығайтады. Жалпы тамақтануға көбірек уақыт бөлуіміз керек. Миға тойғанымыз жайлы белгі жеткенше, біз тойып та, артық жеп те үлгереміз. Сондықтан барынша ақырын, асықпай шайнап, асықпай тамақтанған абзал. Сондай-ақ тамақ жегенде теледидар қарау әдетінен арылыңыз. Ми фильмді түсінуден босамай, не, қандай мөлшерде жегеніңізді байқамайды. Артық жеп қоймау үшін асыңызды кішкентай тәрелкеге салып жеуге болады.

Бөліп тамақтану, бұндай тамақтану принципі шынымен арықтауға көмектесіп, жеңілдік сезімін береді. Бұл диета бойынша кейбір тағамдарды бірге жеуге мүлдем болмайды. Балық, құс етін жасыл көкөністермен, ірімшік және басқа да қышқыл сүтті өнімдермен және жемістер мен жаңғақтармен жеуге болады. Ал сүт, қант, кондитерлі және нан өнімдерін өзінен басқа ештеңемен жеуге болмайды. Қысқасы ақуыздар мен көмірсуларды бір уақытта қабылдауға болмайды. Бұның себебі мынада: олардың шығаратын ферменттері бір-бірімен кері реакцияға түсіп, пайдалы қасиеттерінен арылтып, бір уақытта қорытылуы қиын болады екен[84].

Қазіргі кезде сәнді әртүрлі сәнді емдәм ұстанып жүрген адамдар өте көп, олар интернет желісінен, теледидардан әртүрлі бағдарламалардан, кітаптардан, газет-журналдардан оқып алады. Бірақ емдәм таңдамас бұрын өзінің физиологиялық жағдайын, жас ерекшеліктерін, бейімделу мүмкіншіліктерін, жеке бас денсаулық жағдайын ескермейді. Сол себептен біздің жұмысымыздың негізгі мақсаты бірнеше сәнді емдәмдердің адам ағзасына қалай әсер ететінін зерттеу болды.

II. ЗЕРТТЕУ ӘДІСІ МЕН МАТЕРИАЛДАРЫ

2.1 Зерттеу материалдарының сипаттамасы

Зерттеуге 331 адам қатысты, олар негізгі 6 топқа бөлініп, әрбір топ шамамен 55 адамнан құралды. Зерттеу барысында әрбір топқа арнайы емдәмдер тағайындалды (1 кесте):

1 Кесте – Тағайындалған емдәм топтары

Емдәм атауы	Адамдардың саны
Төмен каллориялы емдәм	40
36 сағаттық ашығу	56
24 сағаттық ашығу	54
Күніне 5 реттік тамақтану	54
Күніне 3 реттік тамақтану	63
1 айлық 12 сағаттық ашығу	64
Жалпы саны:	331

Зерттеу барысында келесі зерттеу әдістері қолданылды (2 кесте):

2 кесте - Зерттеу әдістері:

Зерттеудің материалы мен объектісі	Зерттеудің көлемі	Зерттеудің әдістері
тамақтану статусы	331	Нутрициологиялық, әлеуметтік (сұрақнама арқылы)
Денсаулық жағдайы, физиологиялық көрсеткіштері	331	Антропометрия
ДСИ	331	ДДҰ ұсынған формула бойынша
Барлығы:	993	

Зерттеу жүргізілген адамдар жұмыстың мақсатымен және ерекшеліктерімен таныстырылып, келісімдері алынды. Этика жөніндегі комиссияның 25.06.2015 жылғы № 1 хаттамасымен келісілді.

2.2 Нақты тамақтану жағдайын зерттеу

Нақты тамақтануы «Қазақ тағамтану академиясы» ұсынған арнайы сауалнама арқылы жүргізілді.

2.2.1 24-сағаттық әдіс

Нақты тамақтануды анықтау үшін сауалнама-сұрауы бойынша 24-сағаттық әдіс қолданылды. Тағамдардың нақты өлшемдері түсірілген арнайы түрлі-түсті альбом көмегімен тамақтың қанша мөлшерін және қандай тағамды қабылдағаны анықталды.

2.2.2 Тамақтану рационының химиялық құрамы мен энергетикалық құндылығын анықтау

Зерттелінетін нақты тамақтану рационының химиялық құрамы мен энергетикалық құндылығы санақ әдісімен бекітілді. Ол тәуліктік тамақтану мен тамақтану реттілігінің негізінде жүзеге асты. Тағамның химиялық құрамы «Тағамдық заттардың химиялық құрамы» атты арнайы компьютерлік

бағдарлама бойынша анықталды (№2239 куәлік). Тағамдық заттардың органикалық, минералдық және витаминдік құрамдары бөлек санақ кестесімен саналды. Алынған нәтижелер нақты түрде жұмыс кестесіне енгізілді. Тағамның органикалық құрамы (нәруыздардың, майлар мен көмірсулардың саны) тамақтанудың әрбір реттілігінде, ал, минералдық және витаминдік құрамы толық рационда саналды[67,68]. Органикалық құрам бойынша соңғы нәтижесі 0,1 граммға дейін, ал, толық рацион бойынша - 1,0 граммға дейін дөңгеленіп жазылды. Кальций, фосфор, никотин қышқылы (PP витамині) мен аскорбин қышқылының соңғы нәтижелері – 1 мг-ға дейін, ал, темір мен басқа витаминдер 0,1 мг-ға дейін дөңгеленді. Тағамдық заттардың энергетикалық құндылықтары сәйкестендірілген қорытынды мәліметтермен анықталды, яғни, граммен есептелінген нәруыздар, майлар мен көмірсуларды оларға сәйкес энергетикалық коэффициенттерге көбейту арқылы: нәруыздар мен сіңірілетін көмірсулар үшін 4,0 ккал/г (16,7 кДж), майлар үшін 9,0 ккал/г (37,7кДж). Алынған шамалар жұмыс кестесіне енгізілді [23].

2.3 Зерттеудің физиологиялық әдістері.

Зерттеудің физиологиялық әдісінің негізін антропометриялық мәліметтер, яғни, соматометриялық көрсеткіштері – бойдың ұзындығы мен дене салмағы құрды. Бойдың ұзындығын және дене салмағын анықтау үшін арнайы құрылғылар қолданылды: нақты көрсеткішті электрондық таразымен – дене салмағы анықталды, ал, бойдың ұзындығы нақты көрсеткішті бой өлшегішпен анықталды. Кеуде қуысының өлшемі сантиметрлік өлшегіш құралы арқылы анықталды. Сонымен қатар, ЖЖЖ мен АҚҚ өлшеу үшін физиометриялық әдіс қолданылды. ЖЖЖ мен АҚҚ медициналық стетоскоп, медициналық тонометр және секундтық көрсеткіші бар сағат арқылы өлшенді[26]. (1-қосымшада).

2.3.1 Дене Салмақ Индексін анықтау

Кетле бойынша Бой-салмақтық бағалау

$$КИ = \text{дене салмағы (кг)} / [\text{бойы (м)}]^2$$

3 - кесте - Салмақтың бойға қатынасының нәтижелері

Дене салмағының индексі	Салмағының бойына қатынасының нәтижелері
16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі
18,5—24,99	Қалыпты
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)
30—35	1 дәрежелі семіздік
35—40	2 дәрежелі семіздік
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)

2.3.2 Денсаулық жағдайын бағалау:

Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) [52]. ЖСЖ (қалып) = [] соғысы/мин

Қалыпты жағдайда ересек адамда 60-80 соққы/мин
80-90 соққы/мин – тахикардияны көрсетеді,
60- төмен – брадикардияны көрсетеді

Жүктемелік жағдайды Мартине сынамасы арқылы өткізеді[53]. Ол үшін 30 секунд ішінде 20 рет отырып тұру қажет. Сынама аяқталғаннан кейін дереу жүрек соғысын есептеп, көрсеткішін жазып алу қажет.:

ЖСЖ (жүктеме) = [] соғысы/мин

Сынама нәтижесі физикалық жұмыскерлікті бағалауға мүмкіндік береді және жүктемеге деген жүрек-тамыр жүйесінің жауапты реакция типін анықтайды. Физикалық жұмыскерлік жүктемеден кейінгі жүрек соғысының өсуімен анықталады және бастапқы көрсеткіштен пайыздық арақатынаста көрсетіледі.
ЖСЖ 25% өссе - өте жақсы физикалық жұмыскерлік;
ЖСЖ 25-50% артса – жақсы физикалық жұмыскерлік;
ЖСЖ 50-75% артса – қанағаттанарлық физикалық жұмыскерлік;
ЖСЖ 75% артық болса – нашар физикалық жұмыскерлік[62].

Руффье Индексін бағалау (РИ) Бұл көрсеткіште физикалық жұмыскерлікті бағалауға және де қалпына келуді бағалауға арналған[55].

ЖСЖ (P1) отырып есептелінеді, ЖСЖ (P2) Ол үшін 30 секунд ішінде 20 рет отырып тұру қажет. Сынама аяқталғаннан кейін дереу жүрек соғысын тұрған қалпында есептеу қажет. 1 минут дем алғаннан кейін ЖСЖ (P3) өлшенеді.

РИ = ((P1 + P2 + P3) – 200) / 10

4 кесте физикалық жұмыскерлікті Руффье Индексі бойынша бағалау

РИ	0	1-5	6-10	11-15	Более 15
	Өте жақсы	жақсы	Қанағаттанарлық	төмен	Өте төмен

Дене тұрқының мықтылық көрсеткіші (Пинье бойынша) тұрған жағдайдағы бойдың айырымымен және дене салмағы мен көкірек клеткасының шеңберінің қосындысына тең болады[57]

$X = B - (D + Ш)$

мұндағы X – индекс, B – бойы (см); D – дене салмағы (кг); Ш – дем шығарудағы көкірек клеткасының шеңбері (см).

Айырымы неғұрлым кіші болса, соғұрлым көрсеткіш жақсы.

10 нан- аз Мықты, 10-20 қалыпты, 21-25 орташа, 26-35 төмен, 36дан жоғары өте төмен

2.3.3 Бейімделу потенциалын анықтау

Организмнің адаптациялық мүмкіндіктерін көрсететін физикалық жағдайды бағалау үшін Е.А.Пирогованың әдістемесі қолданылды. Берілген әдістеме арқылы ешбір физикалық жүктемені қолданбай-ақ, алты көрсеткіш бойынша, физикалық жағдай деңгейін жылдам әдіс арқылы анықтауға болады [54,55,56].

Бейімделу потенциалын анықтау үшін келесі формула қолданылды :

$$\text{БП} = 0,011 \times \text{ЖСЖ} + 0,014 \times \text{сАҚ} + 0,008 \times \text{дАҚ} + 0,014 \times \text{Ж} + 0,09 \times \text{ДС} - (0,009 \times \text{БҰ} + 0,27)$$

ЖСЖ – 1 минут тыныштықтағы жүрек соғысының жиілігі;

сАҚ – тыныштықтағы систолалық қысым;

дАҚ – тыныштықтағы диастолалық қысым;

Ж – жас (жылдар);

ДС – дене салмағы;

БҰ – бойдың ұзындығы.

БП мына көрсеткіштермен бағаланды:

- 2,1 және одан төмен – Қанағаттанарлық бейімделу;
- 2,11 – 3,20 – Бейімделу механизмдерінің күйзелісі;
- 3,21 – 4,30 – Қанағаттанарлықсыз бейімделу;
- 4,31 және одан жоғары – Бейімделу механизмдерінің шектен тыс күйзелісі.

2.3.4. Биологиялық жасты анықтау және оның мәнін бағалау.

Биологиялық жас (БЖ) зат алмасу, құрылымдық, функционалдық, басқару ерекшеліктері мен бейімдеушілік қабілеті сияқты жиынтықпен анықталатын адамның биологиялық күйі деп түсінуге болады. Неғұрлым биологиялық жас күнтізбелік жаспен сай келіп отырса, соғұрлым индивидуум жасы жағынан ересек, және керсінше[56,61,64].

Биологиялық жас – ағзаның қартаюу барысындағы жүйелі дезинтеграциялау шамасы. Ер және әйел адамдардың БЖ анықтауда жеке формулалар қолданылады:

Ер адамдарға: $\text{БЖ} = 26,985 + (0,215 \times \text{АҚС}) - (0,149 \times \text{ТТС}) - (0,151 \cdot \text{СБ}) + (0,723 \cdot \text{ДСБ})$

Әйел адамдарға: $\text{БЖ} = -1,463 + (0,415 \times \text{АҚП}) - (0,140 \cdot \text{СБ}) + (0,248 \times \text{ДС}) + (0,694 \times \text{ДСБ})$

мұндағы АҚС – артериялық қысым систолалық;

АҚП – артериялық қысым пульсті.

СБ – статистикалық баланстау – зерттелуші аяқ киімсіз сол аяқта тұрып, оң аяғы бүгілген жағдайында анықталады. Көзі жабық, қолдары төмен түскен (алдын ала дайындықсыз). СБ ұзақтылығы үш рет өлшенеді, әр өлшеу арасы 5 минутты құрауы қажет. Ең үздік нәтиже алынады.

ТТС – терең тыныс алғаннан кейін тынысты ұстау ұзақтылығы секундпен өлшенеді – аралығы 5 минут сайын үш рет өлшейді. Ең жоғары нәтиже алынады.

ДС – дене салмағы (нақты шама), кг.

ДСБ – денсаулықтың субъективті бағасы – 29 сұрақтан тұратын сауалнама көмегімен анықталады, Сауалнамадан кейін теріс жауаптардың жалпы санын санау керек, бұл ДСБ шамасы болып табылады[68,69,].

2.4 Психоэмоциональді жағдайын анықтау.

2.4.1 Айзенко бойынша психоэмоциональді жағдайы зерттелінеді[56,65].

2.4.2 Зунге бойынша депрессиялық жағдайды алдын ала дифференциялық диагностикалау[56,64,66].

Тағайындалатын емдәмдердің сипаттамасы (5-кесте)

Емдәм атауы
1. Төмен каллориялы емдәм
2. 36 сағаттық ашығу
3. 24 сағаттық ашығу
4. Күніне 5 реттік тамақтану
5. Күніне 3 реттік тамақтану
6. 1 айлық 12 сағаттық ашығу

1.Төмен каллориялы емдәм: Диетаға отырғысы келген адамдардың күнделікті жеген тағамдарының каллориясын 20-30% азайту арқылы жүзеге асырылады. Каллориясы көп тағамдарды аз каллориялы тамақтарға алмастырып, кейбіреулерін мүлдем рационнан алынады. Нақтырақ айтқанда: қуырылған тағамдарды бұқтырылған немесе сорпамен алмастырып, шоколадтарды жеміс жидектермен, құрмамен алмастыруға болады. Майлар мен көмірсуларды да рационнан азайтамыз[14]. Тұз, картоп, макарон шектейміз, ал рационнан мүлдем алып тастайтын тағамдарға сүт, қант, майонез, кетчуп, консервіленген тағамдар, жартылай фабрикаттар, шұжық, ветчина, банан, жүзім, апельсин, фаст фуд. Күнделікті 5 реттік тамақтану тәртібі сақталады. Міндетті түрде жеміс жидектер және ыстық тағамға көбінесе майлылығы аз етпен піскен көже, щи, борщ ұсынылады. Әр адам өзінің салмағына сәйкес 1кг*30мл су ішуі тиіс, күніне кем дегенде 2л. Каллорияны азайту 3 деңгейге бөлінеді: 1 деңгейлі топ 700-900ккал, 2 деңгейлі топ 1000-1300ккал, 3 деңгейлі топ 1400-1700ккал. Ескерту: диета аяқталғаннан соң 3 ай жеген тамағын қадағалап отыруы тиіс. 2-Заптадан соң ғана біртіндеп 100-150 калл коса бастау керек. 3 айға арнайы ас мәзірі тағайындалды.

2.36- сағаттық ашығу. Бұл емдәм түрін ұстағандар бір ай бойы аптасына 36-сағат ашығады. Адам организміндегі қоректік қорын зат алмасу процесіне қатыстыру үшін қолданылатын толық ашықтыру курсы[11]. Бұл диетаны ұстаған адамдар күніне үш литр су басқа еш нәрсе қабылдамауы қажет. Ашығу кешкі ас ішіп болған соң басталады, түнде, күндіз, түнде ашығады. Келесі күннің таңғы асынан бастап ашығудан шығады. Ашығу кезінде ар адамға 3л судан басқа тағам, жеміс жидектер, шырындар жеп, ішпеу керек. Ашығудан шыққан кезде орамжапырақ пен сәбізден жасалған салат және бұқтырылған көкөністер жеген абзал. Ашығудан соң ет, қуырылған тағамдар, балық, сүт өнімдері, жаңғақтардан бастауға мүлдем болмайды. Қалған күндері өз еркімен тамақтана береді.

3.24-сағаттық ашығу. Бұл емдәм түрін ұстағандар бір ай бойы аптасына 24 сағат ашығады. Ашығу дүйсенбі күнге бекітілді. Яғни дүйсенбі күні таңғы ас ішкен соң келесі сейсенбі күннің таңғы асына дейін ашығады. Ашығу кезінде ар адамға 2л судан басқа тағам, жеміс жидектер, шырындар жеп, ішпеу керек. Ашығуға кірерде және шығарда дайындық болу керек. 1 күн бұрын (жексенбі) және келесі күнінің (сейсенбі) рационнда жеңілдетілген тағамдар(көже,

бұқтырылған көкөністер, жеміс жидектер) болу керек. Ашығудан шыққан кезде орамжапырақ пен сәбізден жасалған салат және бұқтырылған көкөністер жеген абзал. Ашығудан соң ет, қуырылған тағамдар, балық, сүт өнімдері, жаңғақтардан бастауға мүлдем болмайды. Қалған күндері өз еркімен тамақтана береді[5].

4.5 реттік тамақтану. Арықтағысы келген адамдар 5 рет бөлшектеп тамақтанудың арқасында емдәм сақтайды. Күніне 5 рет тамақтанатын болса сәйкесінше әр жеген асынын мөлшері де азаяды. Өйткені 2-3 сағаттын ішінде қарны ашып та үлгермейді. Барлық диеталар секілді күніне кем дегенде 2 литр су ішеді, және соңғы астың уақыты ұйықтарға 3-4 сағат қалған кезде қабылдайды. Ешқандай тағамға шектеу қоймаймыз, бірақ қуырылған тамақтар, жартылайфабрикаттар, көп молшерде тұз, тез дайындалатын тағамдардан бас тартуға кеңес берілді[7,10].

5.3-реттік тамақтану. Күніне 3 рет тамақтанудың арқасында арықтағысы келген адамдарға зерттеу жүргізіледі. Барлық диеталар сияқты әр адам күніне кем дегенде 2 литр су ішеді, және соңғы ас қабылдау уақыты ұйықтарға 3-4 сағат қалған кезде қабылдайды. Ешқандай тағам түрлеріне шектеу қойылған жоқ. Тек қана қуырылған тағамдар мен тәбет ашатын тағамдардың орнына көбірек жеміс жидектер мен көкөністермен алмастыруға кеңес берілді[15].

6. 1 айлық 12 сағаттық ашығу. Бұл зерттелінетін топтағы адамдар жыл сайын рамазан айында 1 айлық 12 сағаттық ашыққандар, яғни ашығатын кісілер. Әдейі осы айда бірнеше адамның денсаулық жағдайымен салмақ түсуі зерттелді. Әр күннің ауыз бекіту мен ауыз ашу уақыты болады. Анығырақ ауыз бекіту уақытына дейін адамдар тамақтарын ішіп-жеп болуы тиіс, ал ауыз ашу ашығып болған соң тамақ ішу уақыты. Яғни күнделікті ораза ұстап жүрген адамдар күнібойы мүлдем ешқандай тамақ та су да ішпейді[125]. Ашығуға кірерде тамақтанып алып 1 стақан сумен жабады, ашығудан шыққан кезде де 1 стақан су мен 3-5 құрма жейді.

2.5 Статистикалық әдіс

Статистикалық өңдеуде HP PC «Pentium IV» компьютерінде арнайы «STATIS» бағдарламасын пайдаландық. Алынған көрсеткіштер вариациялық статистиканың Стьюдент t- критерийі арқылы талданылды. Топтар арасындағы айырмашылықтың $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$ болған жағдайда статистикалық нақтылық деп есептелінді. Графиктер Microsoft Power Point және Microsoft Excel компьютерлік бағдарламалары арқылы жасалынды.

ІІІ. ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

3.1. Денсаулық жағдайын бағалау

Зерттеу жұмысы барысында 331 адамның денсаулық деңгейі анықталып, баға берілді. 331 адамның 29%-ы (96 адам) ер адамдар болса, 71%-ы (235 адам) әйел адамдар. 331 адамның ішінде 20 жасқа дейін – 78 адам (24%), 20-29 жас аралығында 92 адам (28%), 30-39 жас аралығында – 81 адам (24%) және 40-49 жас аралығында – 80 адам (24%). Зерттеуге алынған тұрғындардың орташа жасы – 25 жасты құрады.

Сауалнама жүргізу нәтижесінде тұрғындарды жиі мазалайтын аурулары анықталды. 331 адамның 11-да мынадай қосымша аурулары бар: 6-ы артериялық гипертония(I10), 2 адам анемиямен(D50.8), 1 адам созылмалы бронхит(J42) , 1 адамда бүйрек ауруы пиелонефрит (N11.1) және 1 глаукома (H40) бар екендігін сауалнама арқылы белгілі болды яғни зерттелушінің өз аузынан.

6-кесте – зерттеу барысында анықталған аурулар

№	Анықталған аурулар	МКБ-10	Адам саны
1	Артериялық гипертония	I10	6
2	Анемия	D50.8	2
3	Созылмалы бронхит	J42	1
4	Пиелонефрит	N11.1	1
5	Глаукома	H40	1
	Жалпы саны		11

Дене салмақ индексі - 2%- дене салмағының жеткіліксіздігі, 26%-қалыпты дене салмағы, 50%-артық дене салмағы бар (семіздік алды), 13% - I дәрежелі семіздік, 7%-да II дәрежелі семіздік және 2% - III дәрежелі семіздік анықталды.

7-кесте – Сынама жүргізетін адамдардың дене салмағы индексі

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі	-	-
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі	7адам	2%
18,5—24,99	Қалыпты	86 адам	26%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	165адам	50%
30—35	1 дәрежелі семіздік	43адам	13%
35—40	2 дәрежелі семіздік	24адам	7%
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)	6адам	2%
	Жалпы саны	331	100%

Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігін (ЖСЖ) бағалау нәтижесі: 5% қалыпты, 22% тахикардия, 3%-да брадикардия. Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 59 % өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 41% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша[56,63]: Қанағаттанарсыз көрсеткіш 39 %, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы –52 %, және 9 % бейімделу механизмінің шектен шығуы нәтижелерін көрсетті. Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 63 % қалыпты көрсеткіш және 37 % адамдарды өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткіш көрсетті.

Адамдардың психологиялық күйін зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 18%- мазасыздану, 60% - да фрустрация, 22%-да агрессивтілік

анықталды. Зунге әдісі бойынша 39% депрессия анықталмаған, 37% жеңіл депрессия, 24% субдепрессия анықталды.

Сонымен, зерттеу барысында зерттеуге алынған адамдарда артық салмақпен қатар I және II дәрежелі семіздік, денсаулық дәрежесінің төмендігі және бейімделу патенциалы көрсеткіштерінің қанағаттанарсыз күйде екендігі анықталды. Анықталған мәліметтер, зерттелушілердің қаншалықты дұрыс тамақтану мәселесімен таныс екендігін, ауру себептерінің тағаммен байланыстылығы жөнінде қаншалықты ақпараттандырылғандығын анықтауға негіз болды.

3.1.1. Тұрғындардың дұрыс тамақтану бойынша ақпараттандырылуы

Тұрғындардың тәулікте ыстық тағам қабылдау деңгейі мынадай: күніне 1 рет ыстық тағам жейтіндер – 11%, 2 рет қабылдайтындар – 71% адам және тәулік ішінде 3 рет ыстық тағамды 18% адам қабылдайды.

Сауалнама жүргізген адамдардың 65% салауатты тамақтану ережелерін біледі және ұстанады. Ал 35% аз деңгейде ақпаратқа ие болғанымен, фастфуд өнімдерін жиі тұтынатындарын айтқан.

8-Кесте – Зерттелушілердің дұрыс тамақтану бойынша сауалнама нәтижесі

Сауалнама	Жауаптардың пайыздық үйлесімі %	
	Ер адамдар	Әйелдер
Дұрыс тамақтану бойынша ақпараттанғандар	77%	90%
Дұрыс тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады деп есептейтіндер	89%	93%
Салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытатындар	58%	77%
Салауатты тамақтану ережелерін ұстанатындар	41%	53%
Дұрыс тамақтану бойынша ақпаратты арнайы әдебиеттерден алатындар	20%	17,5%
Дұрыс тамақтану бойынша ақпаратты теледидар мен ғаламтордан алатындар	13%	40%
Дұрыс тамақтану бойынша ақпаратты үнпарақ пен буклеттерден алатындар	20%	12,5%
Дұрыс тамақтану бойынша ақпаратты тек медицина мамандарынан алатындар	47%	30%

Сауалнама нәтижелерінен байқағанымыздай, барлық респонденттер салауатты тамақтану принциптерін ұстанбайды. Сондықтан бүгінгі күнде халық арасында түрлі аурулардың кең етек алуына бірден – бір себеп осы болса керек.

3.2. Емдәм қабылдаған тұрғындардың денсаулық жағдайын бағалау

Емдәмді ұстануға 331 адам іріктеп алынды. Әр тұрғынның жас және жыныс ерекшеліктері, денсаулық жағдайы ескерілді. Емдәм түрлеріне байланысты 6 топқа бөлінді: төмен каллориялы емдәм, 36 сағаттық ашығу, 24 сағаттық ашығу, тәулігіне 3 реттік 5 реттік тамақтану және 1 айлық 12 сағаттық ашығу.

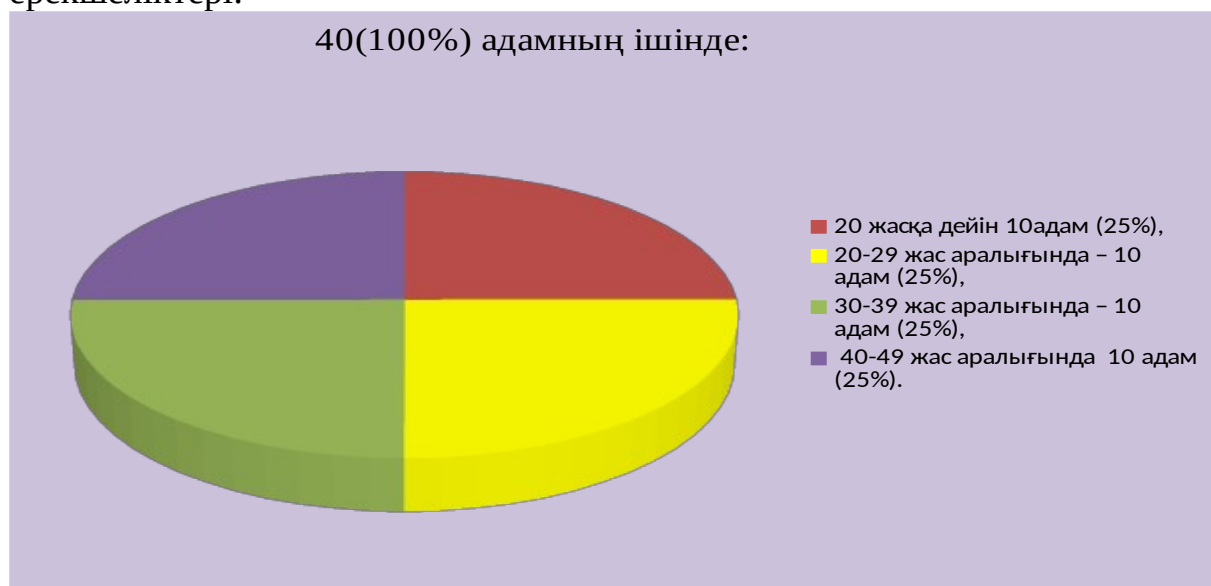
9-кесте – емдәм топтары

Емдәм атауы	Адамдардың саны
Төмен каллориялы емдәм	40
36 сағаттық ашығу	56
24 сағаттық ашығу	54
Күніне 5 реттік тамақтану	54
Күніне 3 реттік тамақтану	63
1 айлық 12 сағаттық ашығу	64
Жалпы саны:	331

3.2.1. Төмен каллориялы емдәмнің денсаулық жағдайына әсері

Зерттеу барысында, 40 (100%) адамның ішінде 20 жасқа дейін - 10 адам (25%), 20-29жас аралығында 10 адам (25%), 30-39жас аралығында – 10 адам (25%), 40-49жас аралығында 10 адам (25%) зерттеуге алынды. Бұл топтың 8 (20%) ер адамдар, 32 (80%) әйел адамдарды құрады.(1- сурет)

1-сурет Төмен калориялы диета ұстаған тұрғындардың жас ерекшеліктері:



Зерттеу жұмысының барысында, диетаға отырғызылған адамдардың диета тағайындағанға дейін *физикалық белсенділігіне баға берілді*, яғни (8 кесте): 15% отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз), 40% тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа), 30% жартылай активті

(физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес), 15% активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп).

10-кесте Төмен калориялы диета ұстаған тұрғындардың физикалық белсенділік деңгейі

№	Физикалық белсенділігі:	%
1	отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз),	15%
2	тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа),	40%
3	жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес),	30%
4	Активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп)	15%

Салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау мақсатында жүргізілген сауалнама нәтижесінде, 40% -ы салауатты өмір салтын ұстанатындығы анықталды, 60% салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды. «Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады» деген тұжырымға 90% ал 10% «білмеймін» деген жауап қайтарған. 75% салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады яғни интернет желісі арқылы, газет журналдар, медициналық қызметкерлер арқылы білгісі келеді, 25% мүлдем қызықпайды. Спортпен мүлдем шұғылданбайтын адамдар саны 85%, аптасына 3 рет- 5%, аптасына 1 рет 10% құрайды. (11-кесте)

11-кесте Төмен калориялы диета ұстаған тұрғындардың салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау.

№	жүргізілген сауалнама нәтижесі	%
1	салауатты өмір салтын ұстанады	40%
2	салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды	60%
3	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады	90%
4	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болатындығын білмеймін	10%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады	75%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызықпайды	25%

Ыстық тағамды күніне 2 рет қабылдайтын адамдар – 75% -ды, 3 рет - 10% -ды және 1 реттік ыстық тағам қабылдайтын адамдар - 15% -ды құрады. Организмге өте пайдалы ет және ет өнімдерін 75%-ы күнделікті рационында тұтынады, 25%-ы аптасына 3-4 рет тұтынады, бұл топта мүлдем ет жемейтін адамдар жоқ. Сүт және сүт өнімдері 85%-ы күнделікті рационында тұтынады, 10%-ы аптасына 2-3 рет тұтынады, 5% -ы аптасына 1 рет тұтынады. Балық және балық өнімдерін 5% -ы аптасына 3-4 рет, 35% -ы аптасына 1 рет, 5% -ы мүлдем тұтынбайды, 60% -ы айына 1 рет қана тұтынады. «Fast food» өнімдерін 20% -ы

аптасына 1 рет, 25% -ы айына 1 рет, 55% -ы қолданбайды. Жеміс жидектер мен көкөністерді 10%-ы күнделікті, 60% -ы аптасына 3-4 рет және 30% -ы аптасына 1 рет тұтынады. Мүлдем жеміс-жидек, көкөністер тұтынбайтын адамдар анықталған жоқ. Осы топтың ішінде ұйықтар алдында 5 сағат бұрын тамақтанатын адамдар 5% -ын құрады, 4 сағат бұрын - 15%, 3 сағат бұрын 40% және ұйқыдан 2 сағат бұрын тамақтанатын адамдар саны 40%-ға жетеді. Тамақтану режиміне келетін болсақ: Күніне 2 рет тамақтанатындар – 10%, күніне 3 рет тамақтанатындар – 30%, күніне 4 рет тамақтанатындар – 35%, және күніне 5 рет тамақтанатындардың саны – 25% -ды құрады. Ас қабылдау интервалы бойынша: 2-3 сағат сайын тамақтанатын адамдар 5%- ды құрайды, 3-4 сағат сайын тамақтанатындар 30%, ал 5 сағат өткеннен соң яғни тамақтану режимін сақтамайтын адамдар 65%-ды құрайды. (12- кесте)

12-кесте Төмен калориялы диета ұстаған тұрғындардың өнімдерді қабылдау жиілігі бойынша сауалнама нәтижесі

Анкета сұрақтары	күнде	Аптасына 2-3 рет	Аптасына 1 рет	Айына 1рет	тұтынбайды
Сүт және сүт өнімдері	85%	10%	5%	-	-
ет және ет өнімдерін	75%	25%			
Балық және балық өнімдері		5%	35%	60%	
Фаст фуд (тез дайындалатын тағамдар)			20%	25%	55%
Жеміс жидектер мен көкөністер	10%	60%	30%		

Нақты тамақтану жағдайын бағалау барысында, тәуліктік тағамнан түсетін энергия (Е) 15% -да – 1500 калл -ға, 40%-да 1500-2000 калл -ға, 30% -да 2000-3000 калл -ға және 15% -да 3000 калл екендігі анықталды.

Зерттеу барысында, кәсібіне, қимыл қозғалысына сәйкес қажетті энергия: 25%-да 1500калл дейін, 60%-да 1500-2000 калл дейін, және 15%-ында 2000-3000 калл-ға дейін болу керек болатын. Ол принцип бойынша, 18 адамда, яғни 45% -да қажетті калориядан 30%- ға артық тамақтанатындығы, 16 адамда 40%, 31%-да 60%-ға қажетті энергиядан артық қабылдайтындығы анықталды.

Дене салмағы индексі бойынша бағалау барысында, 45% -да қалыпты дене салмағы, 15% -да артық дене салмағы бар (семіздік алды), 30% -да I дәрежелі семіздік және 10% - да III дәрежелі семіздік анықталды. (13-кесте)

13-кесте – Бастапқы дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	18адам	45%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	бадам	15%
30—35	1 дәрежелі семіздік	12адам	30%
35—40	2 дәрежелі семіздік	-	-

40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)	4адам	10%
---------------	--------------------------------	-------	-----

Денсаулық жағдайын бағалау индексі негізінде, тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 85% қалыпты, 15%-тахикардия анықталды.

Мартине сынамасы бойынша, 20%–да жақсы физикалық жұмыскерлік; 35%– да физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық; нашар физикалық жұмыскерлік 25%-да, 20% -қанағаттанарсыз нәтижені көрсетті.

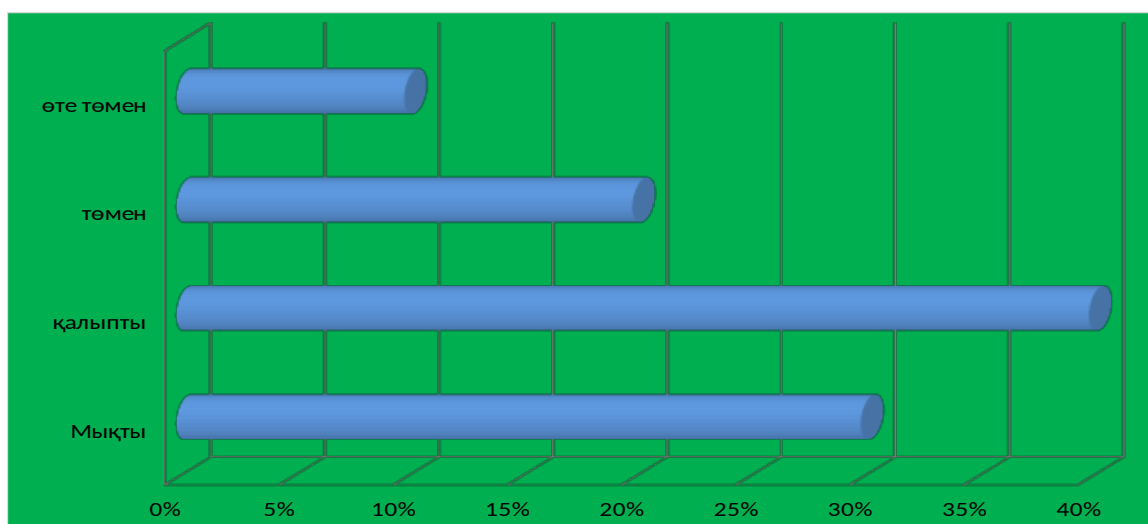
Руффье Индексі бойынша, физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 30% -қанағаттанарлық, 10%-жақсы, 25% -нашар, 35% -қанағаттанарсыз нәтижені көрсетті. (14-кесте)

14-кесте. Денсаулық жағдайын бағалау

Сынама түрі	Өте жақсы	жақсы	қанағаттанарлық	нашар	қанағаттанарсыз
Руффье Индексі		10%	30%	25%	35%
Мартине сынамасы		20%	35%	25%	20%

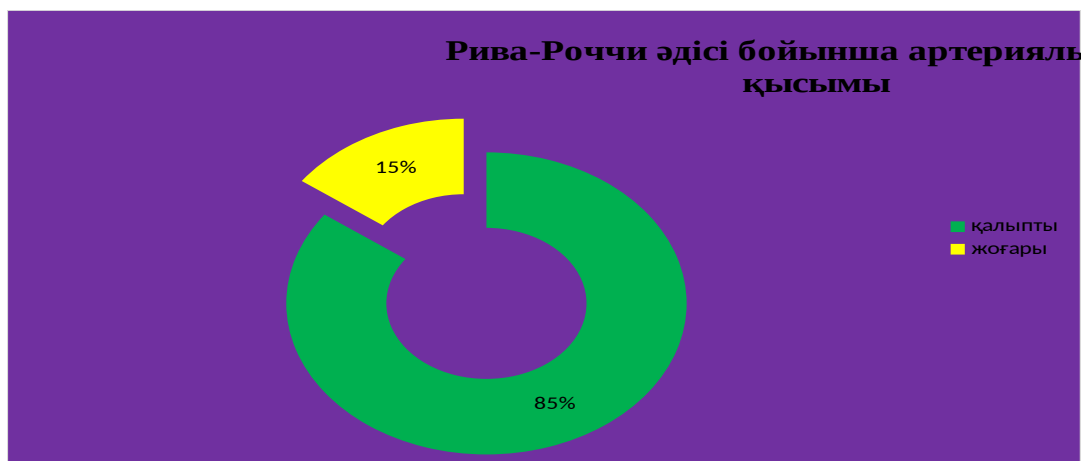
Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 30% -да мықты, 40%-да қалыпты, 20%-да төмен, 10% -да өте төмен көрсеткіштер анықталды. (2-сурет)

2-сурет Пинье бойынша дене тұрқының мықтылық көрсеткіші



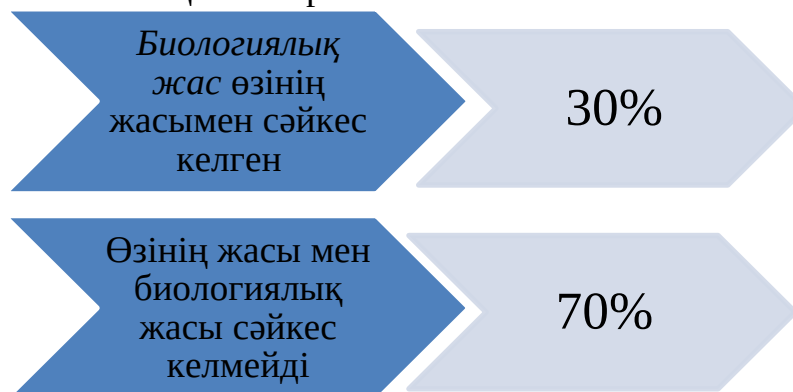
Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 15 % адамда артериялық гипертензия анықталса, қалған 85%-да қалыпты қан қысымын көрсетті. (3-сурет)

3-сурет Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымы көрсеткіші



Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 30 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 70% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтижені көрсетті. (4-сурет)

4-сурет Биологиялық жас көрсеткіші



Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш 35%, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 30%, қанағаттанарсыз көрсеткіш- 15% және 20 % бейімделу механизмінің шектен шығуы нәтижелерін көрсетті. (15-кесте)

15-кесте. Бейімделу потенциал индекс көрсеткіші

БП	Қанағаттанарлық көрсеткіш	бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы	Қанағаттанарсыз көрсеткіш	бейімделу механизмінің шектен шығуы
Нәтижесі	35%	30%	15%	20%

Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 25 %-да қалыпты көрсеткіш және 75 % - да өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткішке ие болды.

Сонымен, зерттеу барысында денсаулық көрсеткіштері бойынша, зерттеуге қатысқан адамдардың денсаулық жағдайының қанағаттанарлықсыз күйде екендігі анықталды.

Зерттеудің келесі мақсаты, адамдардың *психологиялық күйін анықтау* болды. Зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 25% -да мазасыздану, 55% -да фрустрация жағдайы, 30% -да агрессивтілік анықталды. Зунге әдісі бойынша 25%-да депрессия, 45% -да жеңіл депрессия, 30% -да субдепрессия күйі анықталды.

Сонымен, жоғарыда қарастырылған зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, төмен калориялы емдәм ұстанатындар негізгі 3 деңгейлі топқа бөлінді. 1 деңгейлі топ 700-900ккал, 2 деңгейлі топ 1000-1400ккал, 3 деңгейлі топ 1500-1800ккал. Арнайы 30 күнге ас мәзірі құрастырылып, әр үш күн сайын барлық кісілердің жағдайы бақыланды және 15 күннен кейін және 30 күннен кейін денсаулық көрсеткіштері бағаланды. (16,17,18-кесте)

16-кесте. 1 деңгейдегі топ адамдарына тағамдық статусты коррекциялауға арналған ас мәзірі(700-900ккал):

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
	Таңғы ас	Сумен бұқтырылған ботқа кептірілген жемістермен	100г
8-00		Шай сүтсіз	250 мл
		Құрма	3 дана
	2 таңғы ас		
11-00		Алмұрт	1 дана
13-00	Түскі ас	Коже (немесе бұқтырылған балық, ет)	200мл
		Салат	70г
		Көк шай	250мл
16-00	Сәске ас	Кептірілген жемістер	70г
		Кампот	250мл
19-00	кешкі ас	Орамжапырақ салаты	100г

17-кесте. 2 деңгейдегі топ адамдарына арналған ас мәзірі(1000-1400):

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
	Таңғы ас	ботқа	150г
8-00		кептірілген жемістермен	50г
		Қара нан	1 дана
	2 таңғы ас	5кептірілген өрік	50г
11-00		кисель	250мл
	Түскі ас	шай	200мл
13-00		жаркое	200г
		салат	100г
		селдерей	
16-00	Сәске ас	алма	70г
19-00	кешкі ас	Көкеніс салаты	150г

		кампот	250 мл
--	--	--------	--------

18- кесте.3 деңгейдегі топ адамдарына арналған ас мәзірі (1500-1800калл):

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
8-00	Таңғы ас	Сумен бұқтырылған ботқа	150г
		кептірілген жемістермен	70г
		Шай сүтсіз	200
11-00	2 таңғы ас	Орамжапырақ салаты тұзсыз	170г
		Зәйтүн майымен	
13-00	Түскі ас	Щи сорпасы	200г
		салат	100г
		Ет	90г
		Нан	50г
		кампот	200г
16-00	Кешкі ас	алма	1 дана
19-00	2 кешкі ас	Бұқтырылған балық	100г
		Көкеніс салаты	125г

-Бастапқы 15 күн (күніне 3 рет *5.г тағамдық талшықтар= 15г)

-Келесі 15 күн (күніне 3 рет *10.г тағамдық талшықтар= 30г)

-1кг салмаққа дейін *30мл = 1 күндік су мөлшері (70кг дейін)

-1кг салмаққа *20мл = 1 күндік су мөлшері (70кг жоғары)

***рационнан мүлдем алып тастайтын тағамдар яғни сәнді емдәм ұстанған кезде тұтынуға болмайтын тағамдар тізімі: сүт, майонез, мөлшерінен көп тұз, кетчуп, қуырылған тағамдар, консервіленген тағамдар, жартылайфабрикаттар, шұжық, ветчина т.б, банан, жүзім, апельсин және де тез дайындалатын тағамдар фаст фуд. Соңғы тамақ қабылдау ұйықтар алдында 4 сағат бұрын.

19-Кесте Бастапқы салмағы мен диетадан кейінгі салмағының айырмашылығы

Топтар	Зерттеуге дейінгі салмақ	Зерттеуден кейінгі салмақ	айырмашылығы , кг	Статистикалық шынайылық
1 деңгей	70,54+ <u>1,54</u>	64,31+ <u>1,56</u>	-5	p<0.05
2 деңгей	69,14+ <u>1,66</u>	63,07+ <u>1,56</u>	-6	p<0.01
3 деңгей	69,65+ <u>1,52</u>	63,12+ <u>1,48</u>	-6	p<0.01

15 күннен кейінгі аралық тексеру нәтижесі бойынша: Сәнді емдәм ұстағандардың 100% салмақ тастады. Оның ішінде жалпы салмағынын 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 10 адам яғни жалпы топтың 25%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 10 адам яғни жалпы топтың 25%-ын құрайды. 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 20 адам яғни жалпы топтың 50%-ын құрайды.

Дене салмағының индексін есептегенде 50%-ы яғни (20 адамда) қалыпты, 30%-ы (12 адам) артық дене салмағы, I-дәрежелі семіздік 10%

(4адам), II-дәрежелі семіздік 5% (2адам), және III- дәрежелі семіздік (2 адам) жалпы адамдардың 5%-ын құрайды. (20- кесте)

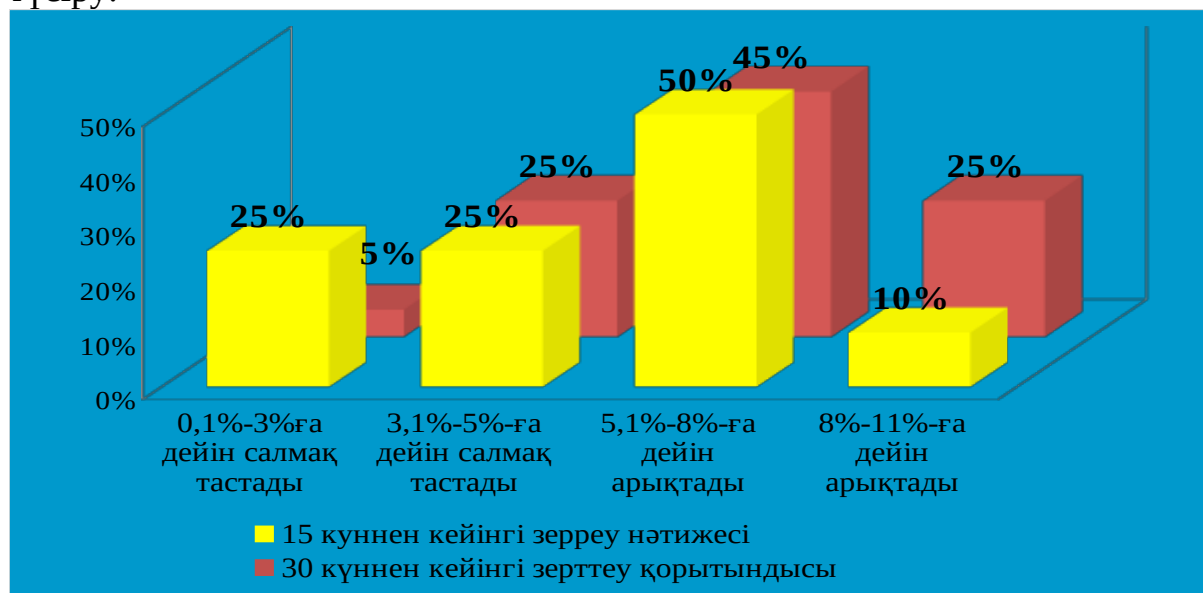
20- кесте 5күннен кейінгі дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	20адам	50%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	12адам	30%
30—35	1 дәрежелі семіздік	4адам	10%
35—40	2 дәрежелі семіздік	2адам	5%
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)	2адам	5%

Бастапқыдағы дене салмағының индексімен салыстырғанда 1 адам III-дәрежелі семіздіктен II-дәрежелі семіздікке өтті. I-дәрежелі семіздіктен артық дене салмағы бар адамдар қатарына 3 адам қосылды. Және қалыпты дене салмақтылар қатарына артық дене салмағы бар адамдардан 1 адам ауысты.

Келесі 15 күн өткеннен кейін тексеру нәтижесі бойынша: Сәнді емдәм ұстағандардың 100% салмақ тастады. Оның ішінде жалпы салмағының 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 32 адам яғни жалпы топтың 85%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 4 адам яғни жалпы топтың 10%-ын құрайды. 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 2 адам яғни жалпы топтың 5%-ын құрайды (5 сурет).

5-сурет 15 және 30 күннен кейінгі бақылау нәтижесі. Нақты салмақ түсіру.



Денсаулық жағдайының индексіен бағалау негізінде: Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) – 95% қалыпты, 5%-тахикардия. Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 5 % адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 95% қалыпты қан қысымын көрсетті. Мартине сынаамасы бойынша 70% - да өте жақсы физикалық жұмыскерлік; 25%–да жақсы физикалық жұмыскерлік; 5%– да физикалық

жұмыскерлік қанағаттанарлық. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 55% - да өте жақсы 45%-жақсы.

Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 50%-мықты, 40%-қалыпты, 10% төмен көрсеткіштер.(21-кесте)

21 кесте Денсаулық жағдайын бағалау бойынша айырмашылығы

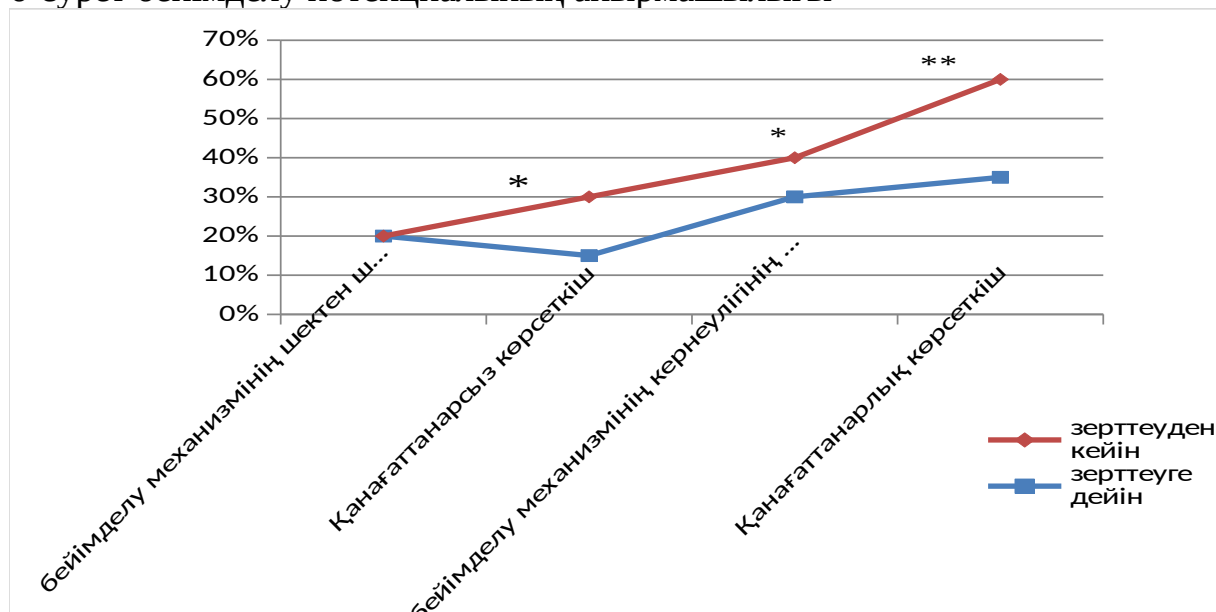
n=40	Денсаулық жағдайын бағалау бойынша айырмашылығы			
	ЖСЖ	Мартине сынамасы	Руффье Индексі	Пинье бойынша
Зерттеуге дейін	77,28±1,32	116,5±2,37	10,63±0,79	17,53±1,08
Зерттеуден кейін	75,65±1,11	108,28±2,33*	7,53±0,61**	14,3±0,89**

*p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 65 % өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 35% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді. Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 45 % қалыпты көрсеткіш және 55 % адамдарды өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткіш көрсетті.

Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіші 50%, қанағаттанарсыз көрсеткіш 30 %, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 20 %.

6-сурет бейімделу потенциалының айырмашылығы



*p<0,05 **p<0,01

Айзенко бойынша психоэмоциональді жағдайы: 30% мазасыздану, 50% - фрустрация, 20%-агрессивтілік анықталды. Зунге бойынша психоэмоциональді

жағдайы: 50% депрессия анықталмаған, 35% жеңіл депрессия, 15% субдепрессия анықталды.

Жалпы төмен калориялы емдәм 30 күнді құрады. 3 деңгейде де барлық 40 адам белсенді салмақ тастады. Нақты салмақ түсіру нәтижелері келесідей: 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 2 адам яғни жалпы топтың 5%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 10 адам яғни жалпы топтың 25%-ын құрайды. 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 18 адам яғни жалпы топтың 45%-ын құрайды. 8%-дан 10%-ға дейін 4 адам 10%, және ең жақсы көрсеткіштер 11%-дан жоғары салмақ тастаған адамдардың саны 6 ол 15% құрады (7 сурте).

7-сурет Нақты салмақ тастау деңгейі



Зерттеулердің барысында, кеуде, бел және бөксе аумақтарындағы өлшемдердің нәтижесі бойынша айтарлықтай оң нәтижеге қол жеткізілді. (22-кестеде)

22-кесте Дене өлшемдерінің айырмашылығы

см	-10см жоғары	-5,1-10 см	-3,1-5см	-1-3см	Жалпы %
Кеуде		15%**	70%*	15%	100%
Бел	25%***	55%**	10%*	10%	100%
Бөксе		15%**	60%*	25%	100%

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Сонымен, зерттелушілердің денсаулық жағдайының көрсеткіштерінің жақсарғандығы анықталды. Зерттеу барысында жоғары артериялық қысым көрсеткен адамдар, арнайы емдәмнің барысында денсаулық көрсеткіштерінің жақсарғандығын, артериялық қысымның қалыпты деңгейге түскендігі байқалды. Нәтижелерге сүйене отыра мынандай ұйғарымға келдік:

Төмен калориялы емдәм кезінде көбінесе адамдар 15 күнде жақсы салмақ тастап, келесі 15 күнінде салмақ тастауы баяу болатындығы

анықталды. Өйткені, физиологиялық тұрғыда ең бірінші организмнен су иондары тез ыдырап, содан соң майдың белсенді ыдырауы басталады.

3.2.2. 36 сағаттық емдәмнің денсаулық жағдайына әсері

Зерттеуге 56 (100%) адамның ішінде 20 жасқа дейін - 12 адам (21%), 20-29 жас аралығында 17 адам (31%), 30-39 жас аралығында – 15 адам (27%), 40-49 жас аралығында- 12 адам (21%) қатысты. Бұл топтың 34% 19 ер адам 66% әйел 37 адам құрайды.(8-сурет)

8-сурет 36 сағат ашыққан тұрғындардың жас ерекшеліктері



Зерттеу жұмысының барысында, диетаға отырғызылған адамдардың диета тағайындағанға дейін *физикалық белсенділігіне баға берілді*, яғни (кесте): Физикалық активтілік бойынша тобымда 30% отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз), 35% тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа), 25% жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес), 10% активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп).

23-кесте 36 сағат ашығу диетасын ұстаған тұрғындардың физикалық белсенділік деңгейі

№	Физикалық белсенділігі:	%
1	отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз)	30%
2	тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа)	35%
3	жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес),	25%
4	Активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп)	10%

Қосымша аурулары бар 2 адам, яғни 1 анемиямен, 1 адам бүйрегі ауыратындығын атап өткен. *Салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау мақсатында жүргізілген сауалнама нәтижесінде 30%-ы салауатты өмір салтын ұстанатындығы анықталды, 70% салауатты тамақтану*

ережелерін сақтамайды. «Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады» деген тұжырымға 80% ал 20% «білмеймін» деген жауап қайтарған. 50% салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады, яғни интернет желісі арқылы, газет журналдар, медициналық қызметкерлер арқылы білгісі келеді, 50% мүлдем қызықпайды. Спортпен шұғылданатын адамдар саны 60%, олардың ішінде аптасына 3 рет- 50%.

24-кесте 36 сағат ашығу диетасын ұстаған тұрғындардың салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау.

№	жүргізілген сауалнама нәтижесі	%
1	салауатты өмір салтын ұстанады	30%
2	салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды	70%
3	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады	80%
4	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болатындығын білмеймін	20%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады	50%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызықпайды	50%

Ыстық тағамды күніне 2 рет қабылдайтын – 70%, 3 рет - 20% және де 1 реттік ыстық тағам - 10% ында. Организмге өте пайдалы ет және ет өнімдерін 69%-ы күнделікті рационында тұтынады, 22%-ы аптасына 3-4 рет тұтынады, 9% аптасына 1-2 рет, бұл топта мүлдем ет жемейтін адамдар жоқ. Сүт және сүт өнімдері 82%-ы күнделікті рационында тұтынады, 9%-ы аптасына 3-4 рет тұтынады, 9% аптасына 1-2 рет, бұл топта мүлдем сүт өнімдерін қолданбайтын адамдар жоқ. Балық және балық өнімдерін күнделікті тұтынатын адамдар жоқ, бірақ 16% аптасына 3-4 рет, 36% аптасына 1 рет, 5% тұтынбайды, 43% айына 1 рет қана тұтынады. Fast food өнімдерін 30% аптасына 1 рет, 54% айына 1 рет, 16% мүлдем тез дайындалатын зиянды тағам жемейді. Жеміс жидектер мен көкөністерді 50% күнделікті, 20% аптасына 3-4 рет және де 30% аптасына 1 рет тұтынады. Мүлдем жеміс жидек, көкөністер тұтынбайтын адамдар тобымда жоқ. Осы топтың ішінде ұйқтар алдында 5 сағат бұрын тамақтанатын адамдар 16% құрайды, 3-4 сағат бұрын - 50%және де ұйықтарға 1-2 ақ сағат қалғанда тамақтанатын адамдар саны 34%-ға жетеді. Тамақтану режиміне келетін болсақ: Күніне 3 рет тамақтанатындар – 40%, күніне 4 рет тамақтанатындар – 50 %және күніне 5 рет тамақтанатындардың саны – 10%. Ас қабылдау интервалы бойынша: 2-3 сағат сайын тамақтанатын адамдар 60%- ды құрайды, 3-4 сағат сайын тамақтанатындар 40%-ды құрайды. Емдәм ұстанатын адамдарға сауалнама жүргізгенде 24 сағат ішінде ішіп жеген тағамдары мен 24 сағат ішінде жасалған іс әрекеттері анықталды. (25-кесте)

25-кесте Өнімдерді қабылдау жиілігі бойынша сауалнама нәтижесі

Анкета сұрақтары	күнде	Аптасына 2-3 рет	Аптасына 1 рет	Айына 1рет	тұтынбайды
Сүт және сүт өнімдері	85%	10%	5%	-	-

Анкета сұрақтары	күнде	Аптасына 2-3 рет	Аптасына 1 рет	Айына 1рет	тұтынб айды
ет және ет өнімдерін	69%	22%	9%		
Балық және балық өнімдері		16%	36%	43%	5%
Фаст фуд (тез дайындалатын тағамдар)			30%	54%	16%
Жеміс жидектер мен көкөністер	50%	30%	20%		

Нақты тамақтану жағдайын бағалау барысында, тәуліктік тағамнан түсетін энергия (Е) 25% -да – 1500калл ға дейін, 40%-да 1500-2000калл-ға дейін, 30%-да 2000-3000калл –ға дейін, және 5%-да 3000калл-дан жоғары екендігі анықталды.

Зерттеу барысында, кәсібіне, қимыл қозғалысына сәйкес қажетті энергия: 45%-да 1500калл дейін, 25%-да 1500- 2000калл дейін, және 30%-да 2000-3000калл-ға дейін. болу керек болатын. Ол принцип бойынша, 5%-да қажетті калориядан 10%- ға артық тамақтанатындығы, 20%-ы, 20%-дан 30%-ға қажетті энергиядан артық қабылдайтындығы анықталды.

Дене салмағы индексі бойынша бағалау барысында, 64%-артық дене салмағы бар (семіздік алды), 16% - I дәрежелі семіздік анықталды.

26-кесте Дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	11адам	20%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	36адам	64%
30—35	1 дәрежелі семіздік	9адам	16%
35—40	2 дәрежелі семіздік	-	-
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)	-	-

Денсаулық жағдайын бағалау индексі негізінде, тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 50% қалыпты, 36%-тахикардия, 14%- брадикардия.

Мартине сынамасы бойынша 36% - да жақсы физикалық жұмыскерлік; 39%–да физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық; 14%–да нашар физикалық жұмыскерлік, 11%-да қанағаттанарсыз физикалық жұмыскерлік анықталды.

Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 61% -қанағаттанарлық, 25%-жақсы және 14%-төмен. (27-кесте)

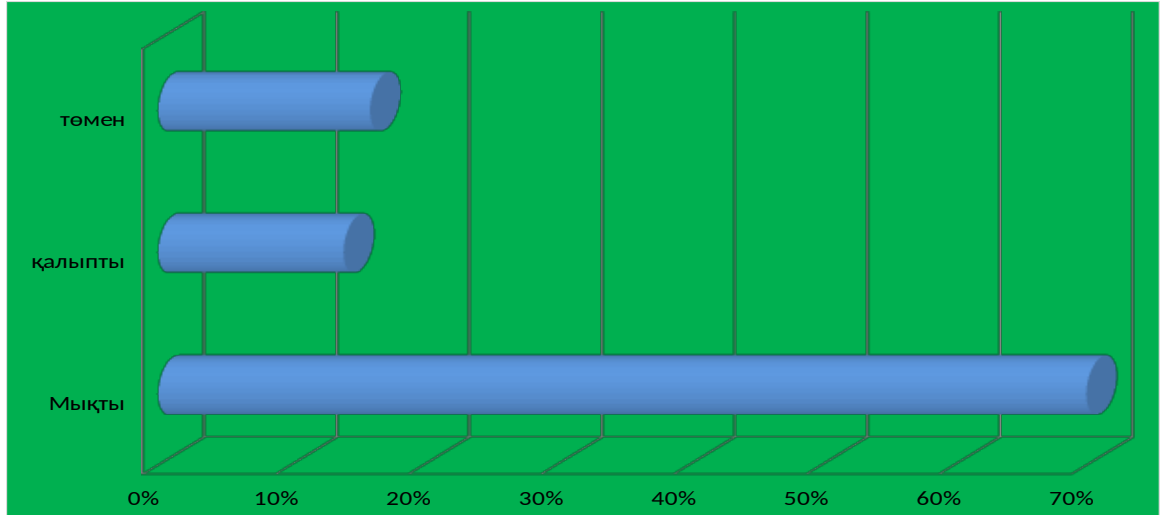
27-кесте Денсаулық жағдайын бағалау

Сынама түрі	Өте жақсы	жақсы	қанағаттанарлық	нашар	қанағаттанарсыз
Руффье Индексі		25%	61%	14%	
Мартине		36%	39%	14%	11%

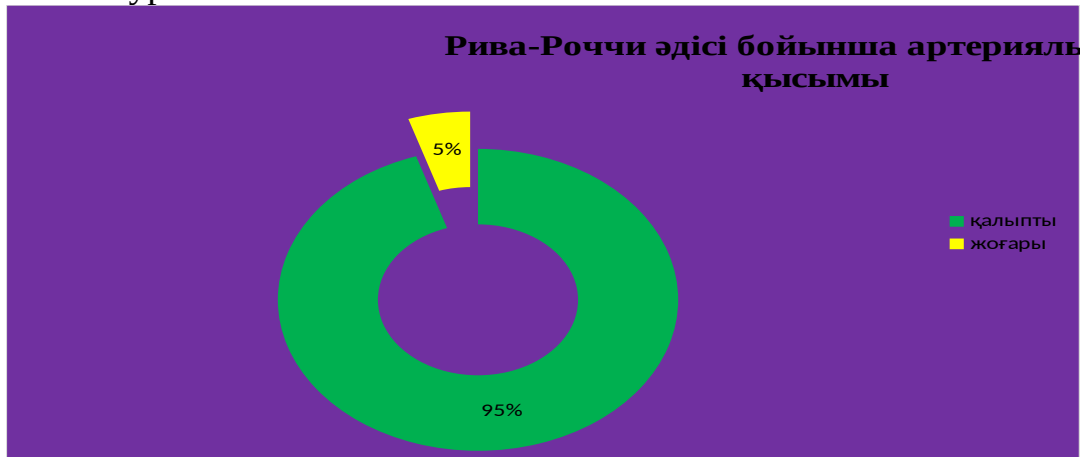
сынамасы					
----------	--	--	--	--	--

Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 70%-мықты, 14%-қалыпты, 16%-төмен көрсеткіштер көрсетті.

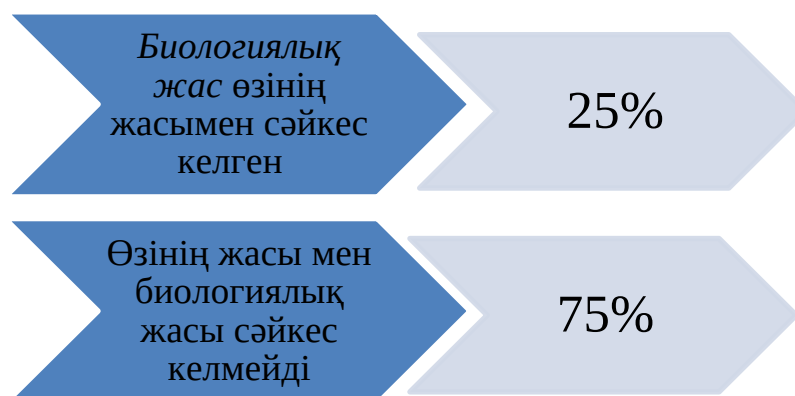
9-сурет Пинье бойынша дене тұрқының мықтылық көрсеткіші



Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 5% адамда артериялық гипотония анықталса, қалған 95% қалыпты қан қысымын көрсетті. 10-сурет



Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 25 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 75% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтижені көрсетті. (11-сурет)



Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш 25%, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 50%, қанағаттанарсыз көрсеткіш 20%, бейімделу механизмінің шектен шығуы 5% нәтижелерін көрсетті. (28-кесте)

28-кесте Бейімделу потенциал индекс көрсеткіші

БП	Қанағаттанарлық көрсеткіш	бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы	Қанағаттанарсыз көрсеткіш	бейімделу механизмінің шектен шығуы
Нәтижесі	25%	50%	20%	5%

Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 36% қалыпты көрсеткіш және 64% адамдарды өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткішке ие болды.

Сонымен, зерттеу барысында денсаулық көрсеткіштері бойынша, зерттеуге қатысқан адамдардың денсаулық жағдайының қанағаттанарлықсыз күйде екендігі анықталды.

Зерттеудің келесі мақсаты, адамдардың психологиялық күйін анықтау болды. Зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 70% - да фрустрация, 30%-да агрессивтілік анықталды. Зунге әдісі бойынша 28% депрессия анықталмаған, 36% жеңіл депрессия, 36% субдепрессия анықталды.

Сонымен, жоғарыда қарастырылған зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, 30 күнге ас мәзірі құрастырылды. Аптасна 1 рет 36 сағат ашығады. Ашығу кешкі ас ішіп болған соң басталады, түнде, күндіз, түнде ашығады. Келесі күннің таңғы асынан бастап ашығудан шығады. Әр аптада ашыққан сайын барлық кісілердің жағдайы бақыланып отырды, 15 және 30 күннен кейін денсаулық жағдайы бағаланды. Ас мәзірінде диетаға кірерде бір күн бұрын дайындалды, сол күнінің рационында жеңіл сіңірілетін, сұйық тағамнан құралды (яғни сорпа, көже), жеміс жидектер, көкөністер болу керек. Ал диетадан шыққан күні де жеңіл тағам жеп және көп мөлшерде жемеуі тиіс. (29 кесте)

29 кесте Ашығуға дейінгі тағамдық статусты коррекциялауға арналған 1 күндік ас мәзірі:

		1 күндік ас мәзірі	
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
	Таңғы ас	Нан	1-2 дана

8-00		Сүтке піскен ботқа	150г
		кептірілген жемістер	10-15г
		Шай	250мл
	2 таңғы ас	3 грек жаңғағы	50г
11-00		компот	
	Түскі ас	Коже	250мл
13-00		салат	70г
		Көк шай	250мл
	Кешкі ас	Сүзбе қаймақпен	100г
16-00		Шай	200мл
		печенье	15г
19-00	2 кешкі ас	Көкеністерден салат	100г
		компот	250мл
		Нан	1 тілім

*2күн ашығу

30- кесте Ашығудан кейінгі тағамдық статусты коррекциялауға арналған ас мәзірі (3күн)

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
	Таңғы ас	Орамжапырақ пен сәбізден салат	150г
8-00		Сәбіз шырыны	250мл
11-00	2 таңғы ас	сүзбе	150г
		Нан	50г
		Шай	250мл
13-00	Түскі ас	коже	150мл
		салат	100г
		Суға піскен ет	70г
		кисель	
16-00	Кешкі ас	алмұрт	70г
	2 кешкі ас	күріш	150г
19-00		Балық	70г
		Көкеністерден салат	150г
		Нан	1 тілім

Күнделікті 1кг салмаққа *30мл су

***тұтынбауға кеңес берілетін тағамдар тізімі: майонез, мөлшерінен көп тұз, кетчуп, қуырылған тағамдар, кансервіленген тағамдар, жартылайфабрикаттар, шұжық, ветчина тез дайындалатын тағамдар(фаст фуд) т.б. Соңғы тамақ қабылдау ұйықтар алдында 4 сағат бұрын.

31-Кесте Бастапқы салмағы мен диетадан кейінгі салмағының айырмашылығы
Критерий студента

топтар	Зерттеуге дейінгі салмақ	Зерттеуден кейінгі салмақ	айырмашылығы, кг	Статистикалық шынайылық
--------	--------------------------	---------------------------	------------------	-------------------------

1 деңгей	62,3±1,56	57,21±1,55	-5	p<0.05
----------	-----------	------------	----	--------

15 күннен кейінгі аралық тексеру нәтижесі бойынша: Сәнді емдәм ұстаған 29 адам яғни 52% салмақ тастады. Оның ішінде жалпы салмағынын 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 19 адам яғни жалпы топтың 34%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 10 адам яғни жалпы топтың 18%-ын құрады.

Дене салмағының индексін есептегенде (ДСИ) - 27% (15 адамда) қалыпты дене салмағы, 59%(33 адамда) -артық дене салмағы бар (семіздік алды), 14%(8 адамда) - I дәрежелі семіздік анықталды.

32-кесте 15-күннен кейінгі дене салмағы индексі бойынша бағалау

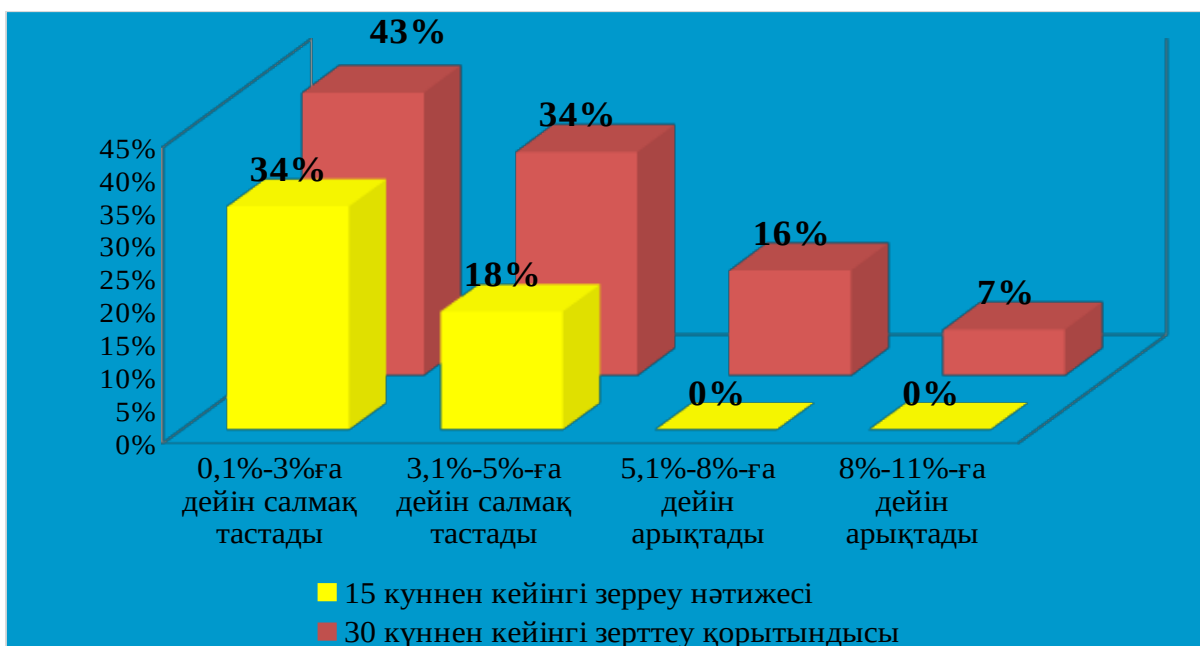
16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	15адам	27%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	33адам	59%
30—35	1 дәрежелі семіздік	8адам	14%
35—40	2 дәрежелі семіздік	-	-
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)		- -

Бастапқыдағы дене салмағының индексімен салыстырғанда 1 адам I-дәрежелі семіздіктен артық дене салмағы бар адамдар қатарына қосылды. Және қалыпты дене салмақтылар қатарына артық дене салмағы бар адамдардан 4 адам ауысты.

Зерттеулердің нәтижесі бойынша: Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) – 54% қалыпты, 32%- тахикардия, 14%- брадикардия. Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 5% адамда артериялық гипотония анықталса, қалған 95% қалыпты қан қысымын көрсетті. Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 30 % өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 70% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш 32%, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 30%, қанағаттанарсыз көрсеткіш– 24%, бейімделу механизмінің шектен шығуы - 14% .

30 күн өткеннен кейін қорытынды тексеру нәтижесі бойынша: Сәнді емдәм ұстағандардың 100% салмақ тастады. Оның ішінде жалпы салмағынын 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 24 адам яғни жалпы топтың 43%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 19 адам яғни жалпы топтың 34%-ын құрайды. 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 9 адам яғни жалпы топтың 16%-ын құрайды. 8%-дан 10%-ға дейін 7% 4адам салмақ түсірді.(12 сурет).

12-сурет. 15 және 30 күннен кейінгі нақты салмақ түсіру көрсеткіші



Дене салмағының индексі бойынша 36% (20 адам) қалыпты дене салмағы, 50% (28 адам) - артық дене салмағы бар (семіздік алды), 14% (8 адам) - I дәрежелі семіздік анықталды.

Денсаулық жағдайының индексінен бағалау негізінде: Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 82% қалыпты, 14% - тахикардия, 4% - брадикардия. Мартине сынамасы бойынша 85% - да өте жақсы физикалық жұмыскерлік; 15% - да жақсы физикалық жұмыскерлік анықталды. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 60% - қанағаттанарлық, 29% - жақсы және 11% - төмен.

Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 71% - мықты, 18% - қалыпты, 11% - орташа көрсеткіштер көрсетті. Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 5% адамда артериялық гипотония анықталса, қалған 95% қалыпты қан қысымын көрсетті. (33 кесте) 33 кесте - Денсаулық жағдайы айырмашылығы Стьюден Критерийі бойынша

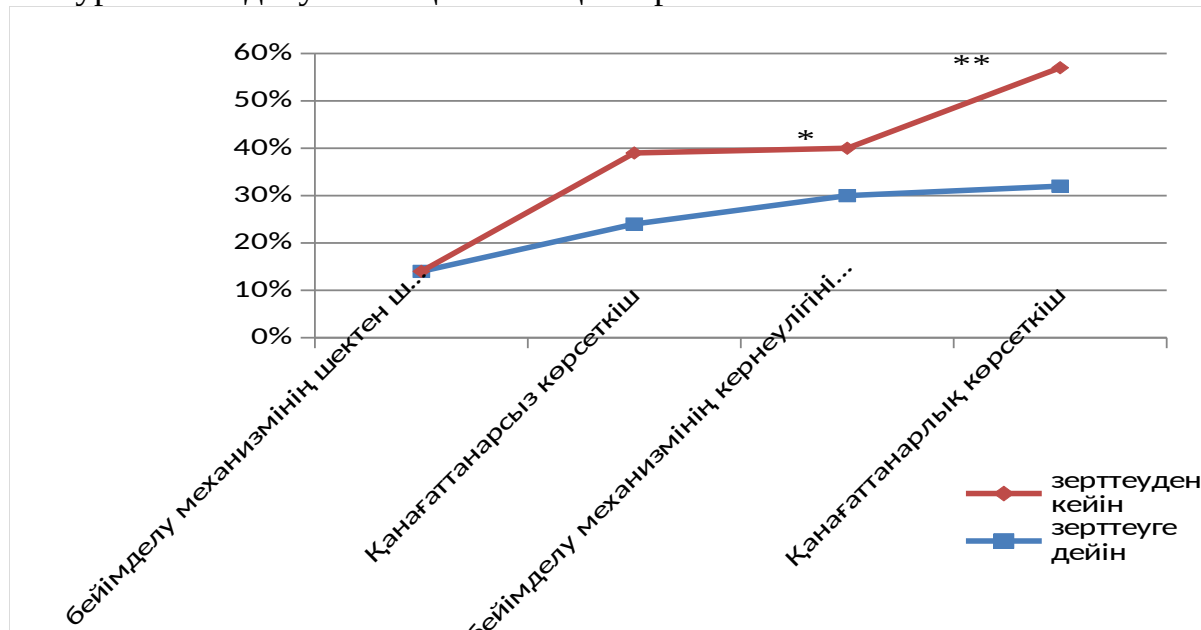
n=56	Денсаулық жағдайын бағалау бойынша айырмашылығы			
	ЖСЖ	Мартине сынамасы	Руффье Индексі	Пинье бойынша
Зерттеуге дейін	75,55±1,17	114,73±1,93	11,2±0,62	15,54±0,07
Зерттеуден кейін	74,77±0,98	107,08±1,89*	7,93±0,49***	12,86±0,86**

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 43% өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 57% өзінің

жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш 52%, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 48%.

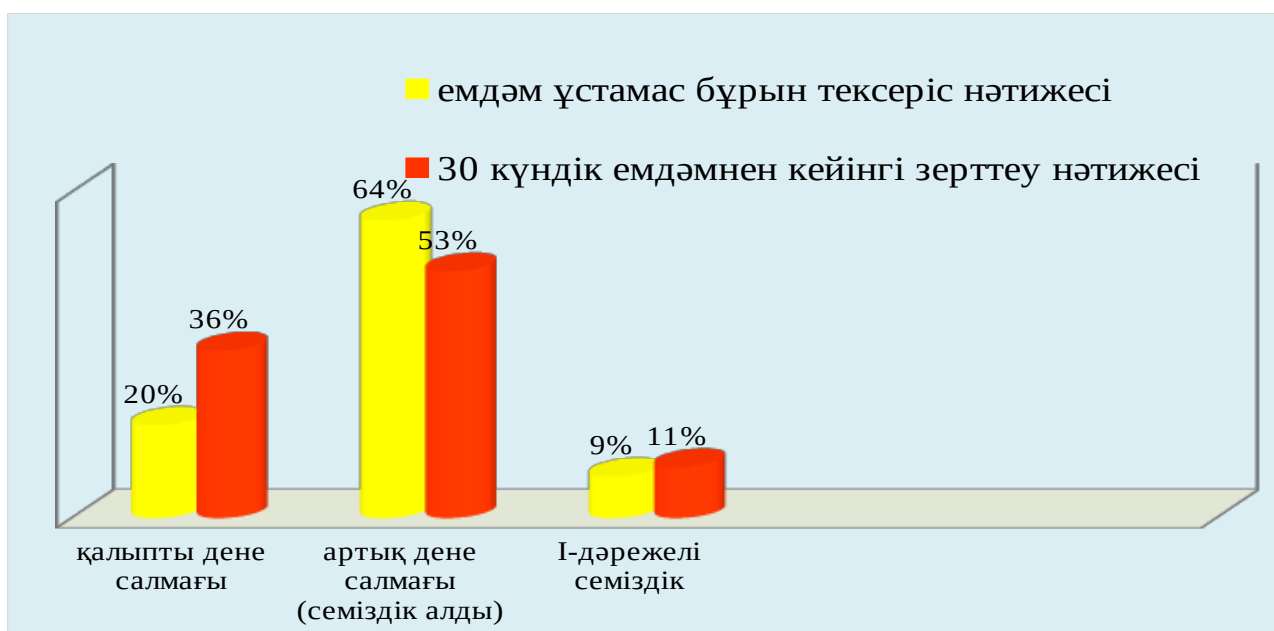
13-сурет бейімделу потенциалының айырмашылығы



Зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 36%- мазасыздану, 48% - да фрустрация, 16%-да агрессивтілік анықталды. Зунге әдісі бойынша 43% депрессия анықталмаған, 41% жеңіл депрессия, 16% субдепрессия анықталды.

Жалпы 36 сағаттық сәнді емдәмда 30 күнді құрады. 100% адамның барлығы салмақ тастады. Соның ішінде ең максималды 5-8 кг арасында салмақ түсіргендер 4(7%), 3-5кг аралығында салмақ тастағандар саны 9 (16%),500г-3кг аралығында салмақ тастағандар саны 43 (77%). Қалған денсаулық жағдайына жүргізген зерттеулер де жақсы нәтиже көрсетті. (14 сурет)

14-сурет Нақты салмақ тастау деңгейі



Зерттеулердің барысында, кеуде, бел және бөксе аумақтарындағы өлшемдердің нәтижесі бойынша айтарлықтай оң нәтижеге қол жеткізілді: 34 кесте

см	-10 см жоғары	-5,1-10 см	-3,1-5см	-1-3см	Жалпы %
Кеуде		8%**	16%*	37%	61%
Бел		16%**	36%*	52%	48%
Бөксе			23%*	29%	52%

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

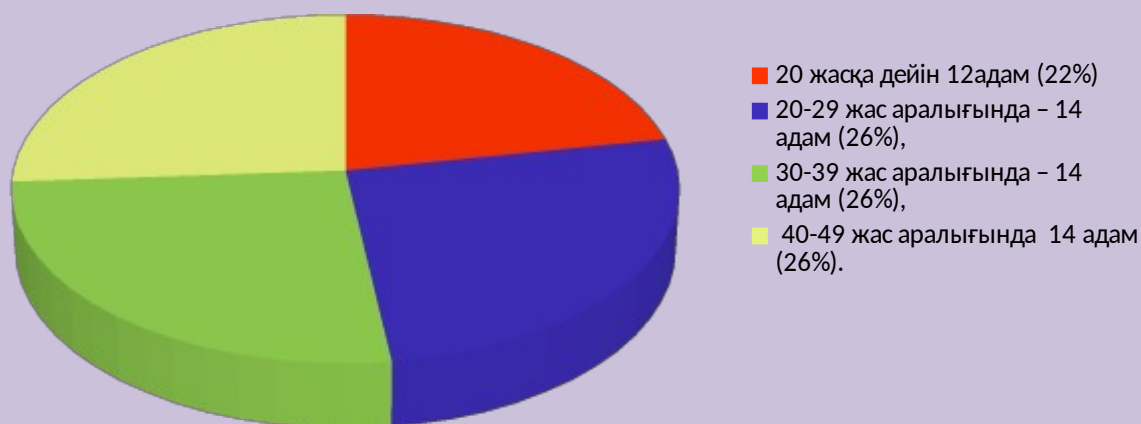
Сонымен, зерттелушілердің денсаулық жағдайының көрсеткіштерінің жақсарғандығы анықталды. 36 сағаттық ашығу артық салмақ пен семіздікті қалыптандыруда және асқазан ішек жолын тазалауда тиімді болып табылады.

3.2.3. 24 сағаттық ашыққан адамдардың денсаулық жағдайын бағалау

54 (100%) адамның ішінде 20жасқа дейін – 12 адам (22%), 20-29жас аралығында 14адам (26%), 30-39жас аралығында – 14 адам (26%), 40-49жас аралығында – 14 адам (26%). Бұл топтың (26%) 14 ер адамдар және 40 (74%) әйел адам құрады. (15 сурет)

15-сурет 24 сағаттық ашыққан адамдардың жас ерекшеліктері

54(100%) адамның ішінде:



Зерттеу жұмысының барысында, диетаға отырғызылған адамдардың диета тағайындағанға дейін *физикалық белсенділігіне баға берілді*, яғни (10-кесте): 52% отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз), 26% тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа), 11% жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес), 11% активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп). (35 кесте)

35-кесте 24 сағат ашыққан тұрғындардың физикалық белсенділік деңгейі

№	Физикалық белсенділігі:	%
1	отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз)	52%
2	тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа),	26%
3	жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес),	11%
4	Активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп)	11%

Салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау мақсатында жүргізілген сауалнама нәтижесінде, 76%-ы салауатты өмір салтын ұстанатындығы анықталды, 24% салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды. «Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады» деген тұжырымға 80% ал 20% «білмеймін» деген жауап қайтарған. 80% салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады яғни интернет желісі арқылы, газет журналдар, медициналық қызметкерлер арқылы білгісі келеді, 20% мүлдем қызықпайды. Спортпен мүлдем шұғылданбайтын адамдар саны 80%, ал аптасына 3 рет спортпен айналысам дегендер- 20%.

36-кесте 24 сағат ашығу диетсын ұстаған тұрғындардың салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау.

№	Күргізілген сауалнама нәтижесі	%
1	салауатты өмір салтын ұстанады	76%
2	салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды	24%
3	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады	80%
4	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болатындығын білмеймін	20%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады	80%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызықпайды	20%

Ыстық тағамды күніне 2 рет қабылдайтын адамдар – 85%, 3 рет - 15%. Организмге өте пайдалы ет және ет өнімдерін 61%-ы күнделікті рационында тұтынады, 26%-ы аптасына 3-4 рет тұтынады және 13%-ы аптасына 1 рет ет. Бұл топта мүлдем ет жемейтін адамдар жоқ. Сүт және сүт өнімдері 85%-ы күнделікті рационында тұтынады, 13%-ы аптасына 2-3 рет тұтынады, 2% -ы аптасына 1 рет тұтынады. Балық және балық өнімдерін күнделікті тұтынатын адамдар жоқ, бірақ 20% аптасына 3-4 рет, 50% аптасына 1 рет, 9% мүлдем тұтынбайды, 21% айына 1-2 рет қана тұтынады. Fast food өнімдерін 9% -ы аптасына 3-4 реттен жесе, 56% аптасына 1 рет, 20% айына 1 рет, 15% мүлдем тез дайындалатын зиянды тағам жемейді. Жеміс жидектер мен көкөністерді 50% күнделікті, 41% -ы аптасына 3-4 реттен жесе, 9% аптасына 1 рет тұтынатындықтарын атап көрсетті. Осы топтың ішінде ұйқтар алдында 1-2 сағат бұрын тамақтанатын адамдар 35% құрайды, 2-3 сағат бұрын - 45%, 3-4 сағат бұрын тамақтанатындар 20%. Тамақтану режиміне келетін болсақ: Күніне 2 рет тамақтанатындар –13%, күніне 3 рет тамақтанатындар – 43%, күніне 4 рет тамақтанатындар –35% және күніне 5 рет тамақтанатындардың саны – 9%. Ас қабылдау интервалы бойынша: 2-3 сағат сайын тамақтанатын адамдар 20%- ды құрайды, 3-4 сағат сайын тамақтанатындар 67%, ал 5 сағат өткеннен соң яғни тамақтану режимін сақтамайтын адамдар 13%-ды құрайды. (37-кесте)

37-кесте Өнімдерді қабылдау жиілігі бойынша сауалнама нәтижесі

Анкета сұрақтары	күнде	Аптасына 2-3 рет	Аптасына 1 рет	Айына 1рет	тұтынбайды
Сүт және сүт өнімдері	85%	13%	2%	-	-
ет және ет өнімдерін	61%	26%	13%		
Балық және балық өнімдері		20%	50%	21%	9%
Фаст фуд (тез дайындалатын тағамдар)		9%	56%	20%	15%
Жеміс жидектер мен көкөністер	50%	41%	9%		

Нақты тамақтану жағдайын бағалау барысында, тәуліктік тағамнан түсетін энергия (Е) 15% адамда – 1500калл ға дейін, 41%-да 1500-2000калл дейін, 33%-да 2000-3000калл дейін, және 11%-да 3000калл-дан жоғары.

Зерттеу барысында, кәсібіне, қимыл қозғалысына сәйкес қажетті энергия: 24%-да 1500калл дейін, 59%-да 1500- 2000калл дейін, және 17%-ында 2000-3000калл-ға дейін болу керек. Яғни адамдардың 55% қажет калориясынан шамамен 30%- ға артық тамақтанады.

Дене салмағы индексі бойынша бағалау барысында, 11% қалыпты дене салмағы, 80%-артық дене салмағы бар (семіздік алды), 9% - 1 дәрежелі семіздік анықталды.(38-кесте)

38кесте - Дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	бадам	11%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	43адам	80%
30—35	1 дәрежелі семіздік	5адам	9%
35—40	2 дәрежелі семіздік	-	-
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)	-	-

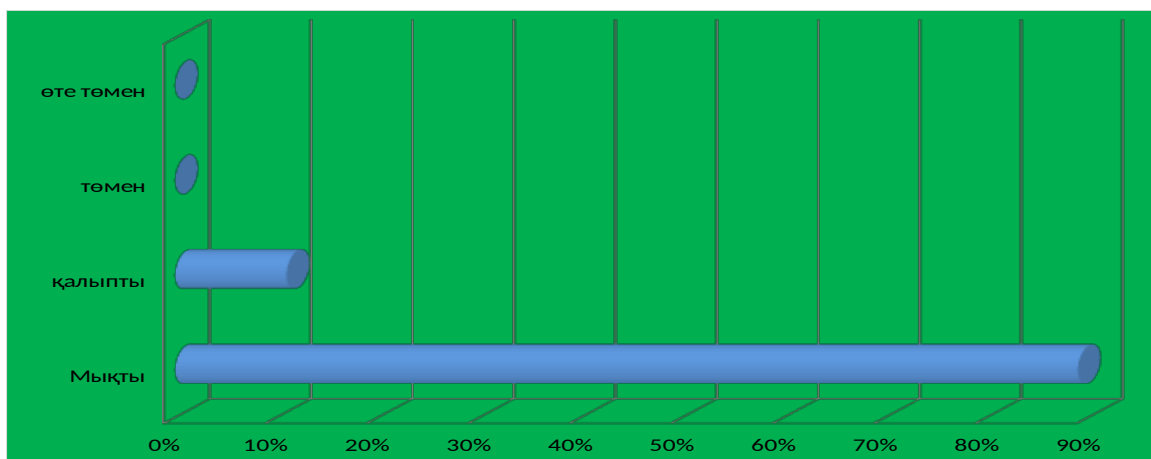
Денсаулық жағдайын бағалау индексі негізінде, тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 70% қалыпты, 30%-тахикардия. Мартине сынамасы бойынша 50% - да жақсы физикалық жұмыскерлік; 26%–да физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық; 13% нашар физикалық жұмыскерлік анықталды. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 6% - қанағаттанарсыз, 15% нашар, қанағаттанарлық- 70%, жақсы - 9%. (39 кесте)

39-кесте денсаулық жағдайын бағалау көрсеткіші

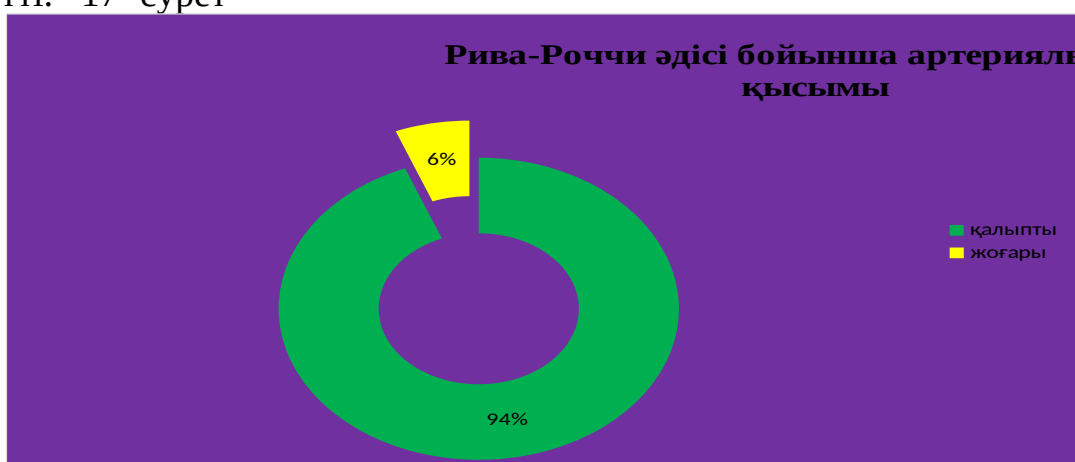
Сынама түрі	Өте жақсы	жақсы	қанағаттанарлық	нашар	қанағаттанарсыз
Руффье Индексі		9%	70%	15%	6%
Мартине сынамасы		50%	26%	13%	11%

Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 89%-мықты, 11%-қалыпты көрсеткіштер зерттелді.

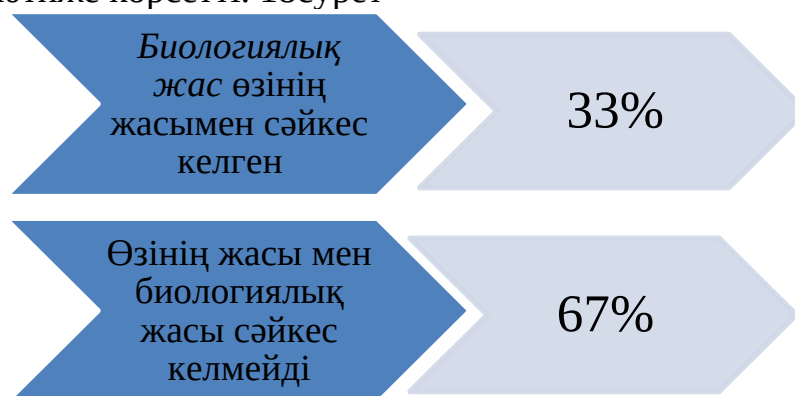
16сурет- Пинье бойынша дене тұрқының мықтылық көрсеткіші



Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 6% адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 94% қалыпты қан қысымын көрсетті. 17-сурет



Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 33 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 67% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. 18сурет



Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш 50 %, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы –30 %, және 20 % бейімделу механизмінің шектен шығуы нәтижелерін көрсетті. (40 кесте)

40 кесте- бейімделу потенциал индексі

БП	Қанағаттанарлық көрсеткіш	бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы	Қанағаттанарсыз көрсеткіш	бейімделу механизмінің шектен шығуы
Нәтижесі	50%	30%		20%

Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 44% қалыпты көрсеткіш және 56% адамдарды өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткіш көрсетті.

Сонымен, зерттеу барысында денсаулық көрсеткіштері бойынша, зерттеуге қатысқан адамдардың денсаулық жағдайының қанағаттанарлықсыз күйде екендігі анықталды. Зерттеудің келесі мақсаты, адамдардың психологиялық күйін анықтау болды. Зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 7% мазасыздану, 46% - фрустрация, 47%-агрессивтілік анықталды. Зунге әдісі бойынша 31% депрессия анықталмаған, 41% жеңіл депрессия, 28% субдепрессия анықталды.

Сонымен, жоғарыда қарастырылған зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, 24 сағат ашығатын кісілерге 30 күнге ас мәзірі құрастырылды. Әр апта сайын барлық кісілердің жағдайы бақыланды, ал 15 күннен кейін және 30 күннен кейін денсаулық көрсеткіштері бағаланды.

Диета ұстамас бұрын бір күн бұрын рациондарына жеңіл сіңіретін, сұйық тағамнан құралды (сорпа, көже), жеміс жидектер, көкөністер тағайындалды. Және диетадан шыққан күні де жеңіл тағам жеп және көп мөлшерде жемеуі тиіс. Ашығуды таңғы ас ішкен соң бастайды, және келесі күннің таңғы асында аяқтайды. Қалған күндердің ас мәзіріне шектеу қойылған жоқ.

41кесте- 24 сағаттық ашығуға дейінгі тағамдық статусты коррекциялауға арналған ас мәзірі:

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
8-00	Таңғы ас	Қара нан	25-30г
		ботқа	200г
		кисель	250мл

ашығу күні тек 2-3л су ішеді

42кесте- 24 сағаттық ашығудан кейінгі тағамдық статусты коррекциялауға арналған ас мәзірі:

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
8-00	Таңғы ас	Орамжапырақ пен сәбіз салаты	150г
		Алма мен қызылша шырыны	250мл
11-00	2 таңғы ас	кисель	150мл
		өрік	5 дана
		грек жаңғағы	3 дана
13-00	Түскі ас	сорпа	150мл
		салат	100г
		Балық немесе ет	70г

16-00	Кешкі ас	алма	50г
19-00	2 кешкі ас	айран	250мл
		пряник	30г

*Қалған күндерге шектеу қойылмайды. 1кг салмаққа *30мл су
43 кесте- Бастапқы салмағы мен диетадан кейінгі салмағының айырмашылығы

топтар	Зерттеуге дейінгі салмақ	Зерттеуден кейінгі салмақ	айырмашылығы, кг	Статистикалық шынайылық
1 деңгей	72,07±2,03	68,04±2,05	-4,03	p>0.05

15 күннен кейінгі аралық тексеру нәтижесі бойынша: Сәнді емдәм (24 сағат ашыққан) ұстаған 54 (100%) ішінен 11 адам яғни 20% салмақ тастады. Оның ішінде жалпы салмағынын 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 7 адам яғни жалпы топтың 13%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 4 адам яғни жалпы топтың 7%-ын құрады.

Дене салмағының индексін есептегенде - 17% (9 адамда) қалыпты дене салмағы, 76%(41 адамда) -артық дене салмағы бар (семіздік алды), 7%(4 адамда) - I дәрежелі семіздік анықталды.(44-кесте)

44кесте- 15күннен кейінгі дене салмағы индексі бойынша бағалау

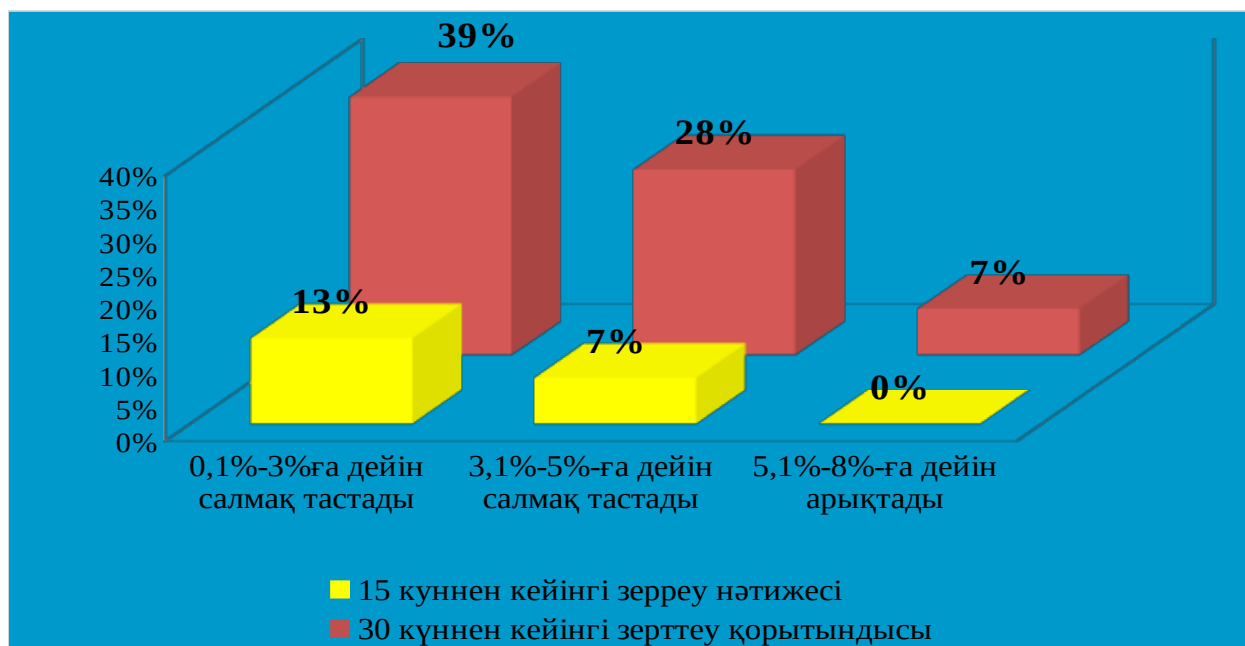
16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	9адам	17%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	41адам	76%
30—35	1 дәрежелі семіздік	4адам	7%
35—40	2 дәрежелі семіздік	-	-
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)	-	-

Бастапқыдағы дене салмағының индексімен салыстырғанда 1 адам I-дәрежелі семіздіктен артық дене салмағы бар адамдар қатарына қосылды. Және қалыпты дене салмақтылар қатарына артық дене салмағы бар адамдардан 3 адам ауысты.

Зерттеулердің нәтижесі бойынша:Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 70% қалыпты, 30%- тахикардия. Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 6% адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 94% қалыпты қан қысымын көрсетті. Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 33 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 67% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарсыз көрсеткіш 50 %, бейімделу механизмінің

кернеулігінің жоғарылауы – 30 %, және 20 % бейімделу механизмінің шектен шығуы нәтижелерін көрсетті.

Келесі 15 күн өткеннен кейін тексеру барысында 54% салмақ тастады. Оның ішінде жалпы салмағынан 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 21 адам яғни жалпы топтың 39%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 8 адам яғни жалпы топтың 15%-ын құрады 19-сурет 15 және 30 күннен кейінгі бақылау нәтижесі. Нақты салмақ түсіру.



Денсаулық жағдайының индексін бағалау негізінде: Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 76% қалыпты, 24%- тахикардия. Мартине сынамасы бойынша 50% - да өте жақсы физикалық жұмыскерлік; 26%–да жақсы физикалық жұмыскерлік, 13%–да физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық; нашар физикалық жұмыскерлік 8%-ында анықталды. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 6% - төмен, 15% -қанағаттанарлық, 70%-жақсы,9% - өте жақсы. Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 89%-мықты, 11%-қалыпты көрсеткіштер зерттелді. Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 6% адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 94% қалыпты қан қысымын көрсетті.

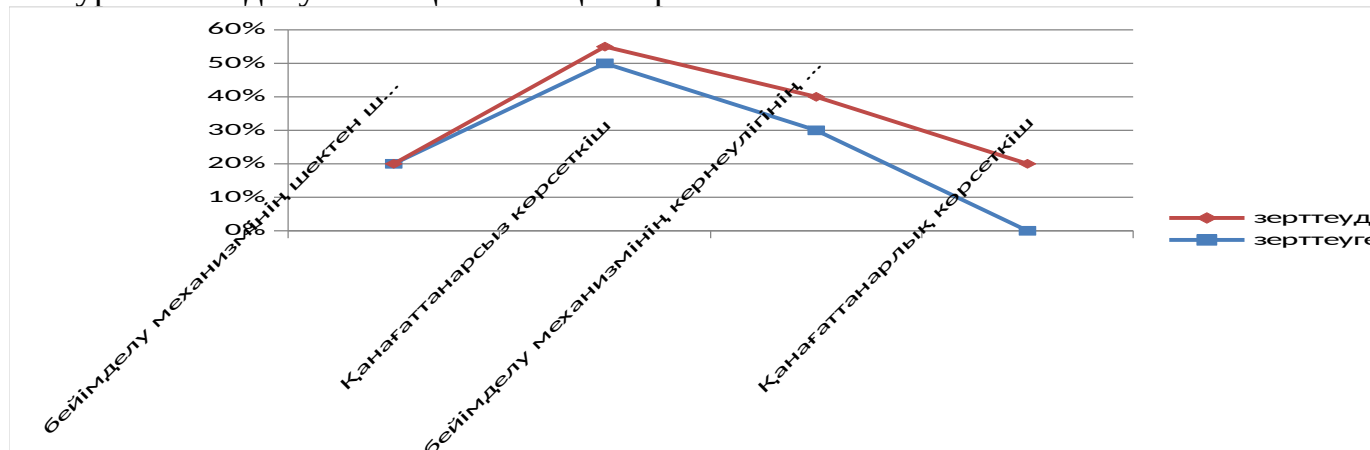
45кесте - денсаулық жағдайы айырмашылығы Стьюден Критерийі бойынша

n=54	Денсаулық жағдайын бағалау бойынша айырмашылығы			
	ЖСЖ	Мартине сынамасы	Руффье Индексі	Пинье бойынша
Зерттеуге дейін	78,28±1,42	113,89±2	11,24±0,64	15,28±0,7
Зерттеуден кейін	76,52±1,01	107,13±1,92*	9,11±0,65*	14,04±0,6**

*p < 0,05; **p < 0,01; ***p < 0,001

Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 56 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 44% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. Бейімделу потенциал индекcін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш 70 %, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 26 %, және 4 % бейімделу механизмінің шектен шығуы нәтижелерін көрсетті.

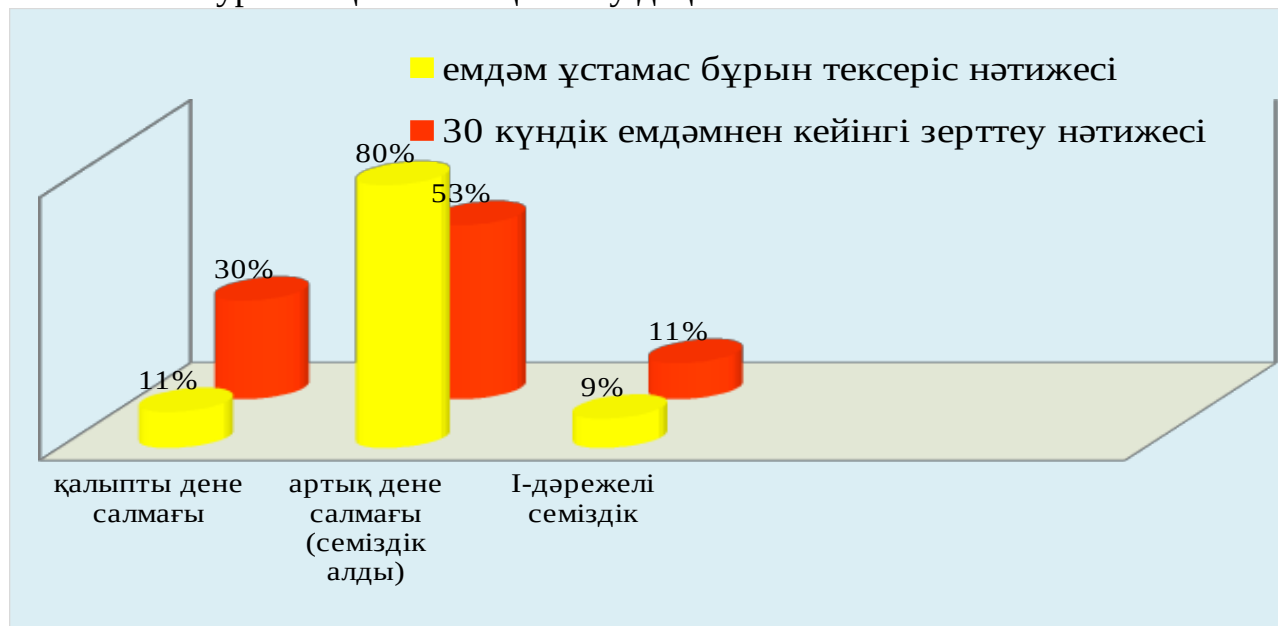
20-сурет бейімделу потенциалының айырмашылығы



Айзенко тәсілі негізінде 20% мазасыздану, 41% - фрустрация, 39% - агрессивтілік анықталды. Зунге әдісі бойынша 41% депрессия анықталмаған, 39% жеңіл депрессия, 20% субдепрессия анықталды.

Жалпы 24сағаттық емдәм 30 күнді құрады. Нақты салмақ түсіру нәтижелері келесідей: 40 (74%) салмақ тастады. 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 21 адам яғни жалпы топтың 39%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 15 адам яғни жалпы топтың 28%-ын құрайды. 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 4 адам яғни жалпы топтың 7%-ын құрайды.

21-сурет Нақты салмақ тастау деңгейі



Зерттеулердің барысында, кеуде, бел және бөксе аумақтарындағы өлшемдердің нәтижесі бойынша айтарлықтай оң нәтижеге қол жеткізілді:

46-кесте

см	-10 см жоғары	- 5,1-10 см	-3,1-5см	-1-3см	Жалпы %
Кеуде				20%	20%
Бел				29%	29%
Бөксе				22%	22%

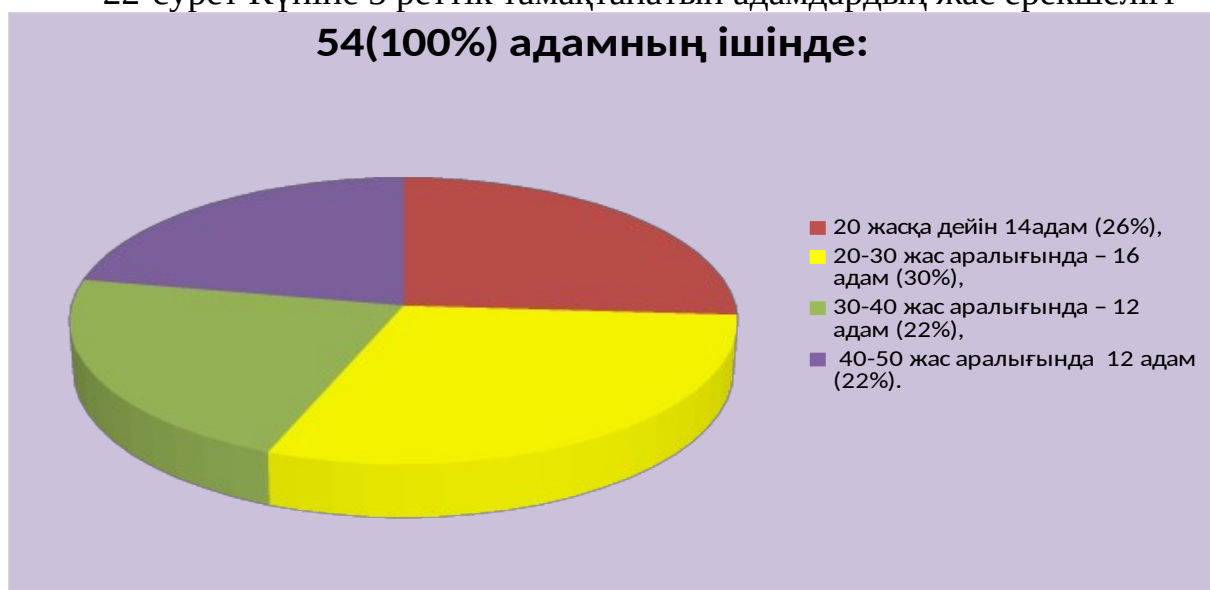
Сонымен, денсаулық жағдайына жүргізген зерттеулер орташа нәтиже көрсетті. Қорыта келе 24 сағаттық ашығу сәнді емдәм түрі арықтауға онша тиімді болмағанмен, асқазан ішек жолын тазалауға және денсаулық жағдайын жақсаруға тиімді болып табылды.

3.2.4. Күніне 5 рет тамақтана отырып адамдардың денсаулық жағдайына бағалау

Зерттеу барысында 54 (100%) адамның ішінде барлығы, яғни 100% -ы арықтауға қызығушылық білдірді. Оның ішінде 20жасқа дейін - 14 адам (26%), 20-29жас аралығында 16адам (30%), 30-39жас аралығында 12адам (22%), 40-49жас аралығында 12адам (22%). Бұл топтың 19(35%) ер адам, ал 35 (65%) әйел адам құрайды. (22 сурет)

22-сурет Күніне 5 реттік тамақтанатын адамдардың жас ерекшелігі

54(100%) адамның ішінде:



Зерттеу жұмысының барысында, диетаға отырғызылған адамдардың диета тағайындағанға дейін *физикалық белсенділігіне баға берілді*, яғни (кесте): 20% отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз), 24% тұрып

отырып (физикалық жүктеме орташа), 26% жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес), 30% активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп).

47 - кесте Күніне 5 реттік тамақтанатын адамдардың физикалық белсенділік деңгейі

№	Физикалық белсенділігі:	%
1	отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз)	20%
2	40% тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа),	24%
3	30% жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес),	26%
4	Активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс жоғары)	30%

Қосымша аурулары бар 4 адам, яғни 1адам- 2%анемиямен, 1 адам (2%) созылмалы бронхитпен, 2 адам -4% артериялық гипертониямен ауыратындықтарын атап өткен.

Салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау мақсатында жүргізілген сауалнама нәтижесінде, 85% -ы салауатты өмір салтын ұстанатындығы анықталды, 15% салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды. 100% «Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады» деп есептейді және де салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады яғни интернет желісі арқылы, газет журналдар, медициналық қызметкерлер арқылы білгісі келеді Спортпен шұғылданатын адамдар 50%, олардың ішінде аптасына 3 рет- 20%, 2 рет-30%ы. Тобымдағы адамдардың отбасында ыстық тағамды күніне 2 рет қабылдайтын – 13%, 3 рет - 48%, 4 рет -30% -нда және де 1 реттік ыстық тағам - 9% ында.

48-кесте Төмен калориялы диета ұстаған тұрғындардың салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау.

№	жүргізілген сауалнама нәтижесі	%
1	салауатты өмір салтын ұстанады	85%
2	салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды	15%
3	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады	100%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады	100%

Организмге өте пайдалы ет және ет өнімдерін 76%-ы күнделікті рационында тұтынады, 18%-ы аптасына 3-4, 6% -ы аптасына 1 рет қана тұтынады, бұл топта мүлдем ет жемейтін адамдар жоқ. Сүт және сүт өнімдерін 82%-ы күнделікті рационында тұтынады, 18%-ы аптасына 3-4. Балық және балық өнімдерін күнделікті тұтынатын адамдар жоқ, бірақ 20% аптасына 3-4

рет, 50% аптасына 1 рет, 4% тұтынбайды, 26% айына 1 рет қана тұтынады. Fast food өнімдерін 26% аптасына 1 рет, 50% айына 1 рет, 34% мүлдем тез дайындалатын зиянды тағам жемейді. Жеміс жидектер мен көкөністерді 70% күнделікті, 22% аптасына 3-4 рет және де 8% аптасына 1 рет тұтынады. Мүлдем жеміс жидек, көкөністер тұтынбайтын адамдар тобымда жоқ. Осы топтың ішінде ұйқтар алдында 1 сағат бұрын тамақтанатын адамдар 8% құрайды, 4 сағат бұрын - 20%, 3 сағат бұрын 37% және де ұйықтарға 2 сағат қалғанда тамақтанатын адамдар саны 35%-ға жетеді. Тамақтану режиміне келетін болсақ: Тамақтану режиміне келетін болсақ: Күніне 2 рет тамақтанатындар – 9% 3 рет тамақтанатындар – 63%, күніне 4 рет тамақтанатындар – 19% және күніне 5 рет тамақтанатындардың саны – 9%. Ас қабылдау интервалы бойынша: 2-3 сағат сайын тамақтанатын адамдар 28%-ды құрайды, 3-4 сағат сайын тамақтанатындар 63%-ды құрайды, 4-5 сағаттан асатындар 9%.

49-кесте Өнімдерді қабылдау жиілігі бойынша сауалнама нәтижесі

Анкета сұрақтары	күнде	Аптасына 2-3 рет	Аптасына 1 рет	Айына 1рет	тұтынбайды
Сүт және сүт өнімдері	82%	18%		-	-
ет және ет өнімдерін	76%	18%	6%		
Балық және балық өнімдері		20%	50%	26%	4%
Фаст фуд (тез дайындалатын тағамдар)			26%	50%	34%
Жеміс жидектер мен көкөністер	70%	22%	8%		

Нақты тамақтану жағдайын бағалау барысында, тәуліктік тағамнан түсетін энергия (Е) 15% адамда – 1500калл ға дейін, 41%-да 1500-2000калл дейін, 30%-да 2000-3000калл дейін, және 14%-да 3000калл-дан жоғары.

Зерттеу барысында, кәсібіне, қимыл қозғалысына сәйкес қажетті энергия: 24%-да 1500калл дейін, 59%-да 1500- 2000калл дейін, және 17%-да 2000-3000калл-ға дейін болу керек. Яғни барлық адамдар өзінің қажет калориясынан шамамен 20-40% артық тамақтанады.

Дене салмағы индексі бойынша бағалау барысында 33% қалыпты дене салмағы, 13%-салмақ жеткіліксіздігі, артық дене салмағы бар (семіздік алды)- 32%, 1 дәрежелі семіздік 15%, 2 дәрежелі семіздік - 7% анықталды.

50кесте - Дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі	7 адам	13%
18,5—24,99	Қалыпты	18адам	33%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	17адам	32%
30—35	1 дәрежелі семіздік	8 адам	15%
35—40	2 дәрежелі семіздік	4 адам	7%
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)		

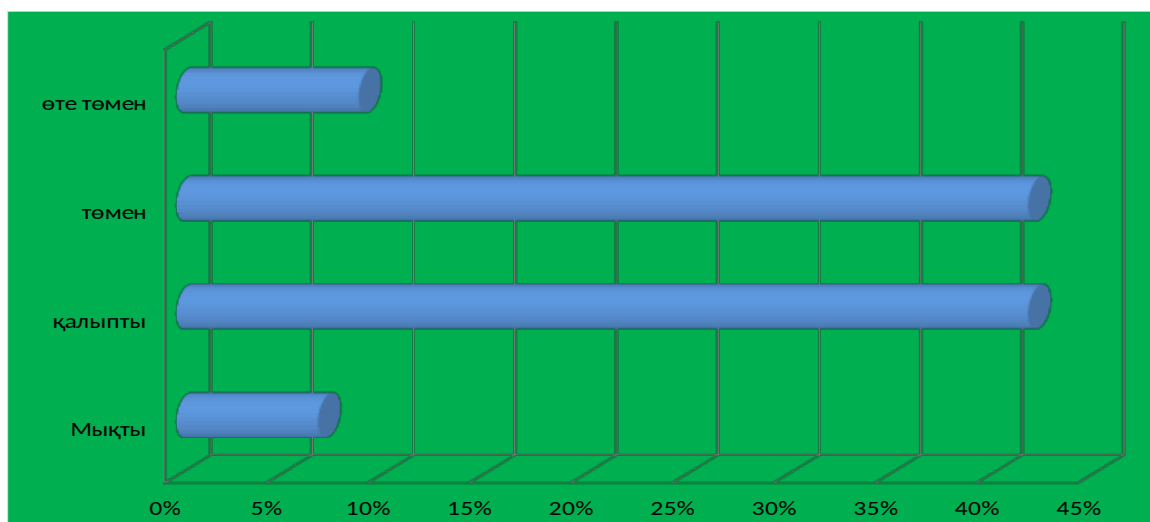
Денсаулық жағдайын бағалау индексі негізінде, тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 76% қалыпты, брадикардия - 15% және 9%- тахикардия. Мартине сынамасы бойынша 50% -да жақсы, 39%— да қанағаттанарлық, 11% нашар физикалық жұмыскерлік анықталды. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 15% - нашар,46% -қанағаттанарлық, 39%-жақсы.

51кесте - денсаулық жағдайын бағалау көрсеткіші

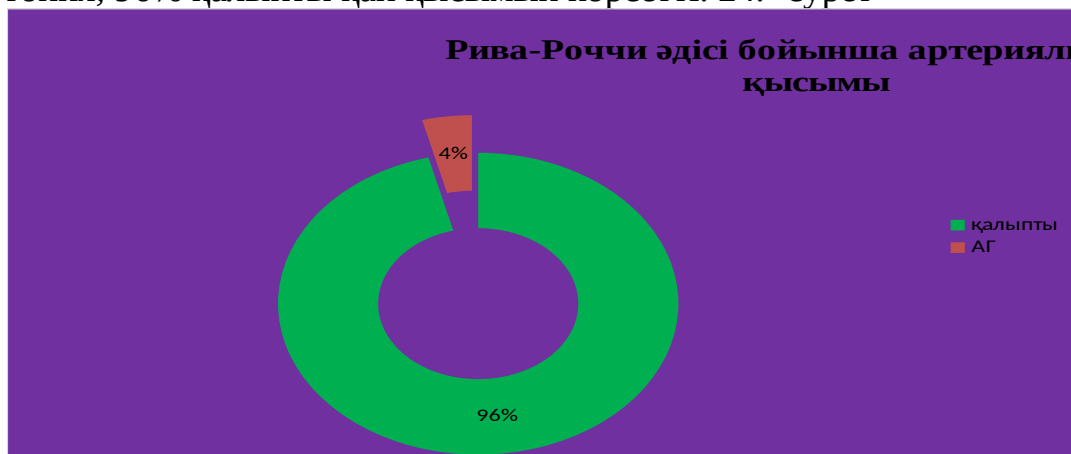
Сынама түрі	Өте жақсы	жақсы	қанағаттанарлық	нашар	қанағаттанарсыз
Руффье Индексі		39%	46%	15%	
Мартине сынамасы		50%	39%	11%	

Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 7%-мықты, 42%-қалыпты,42%- төмен,9% - өте төмен көрсеткіштер зерттелді.

23-сурет Пинье бойынша дене тұрқының мықтылық көрсеткіші

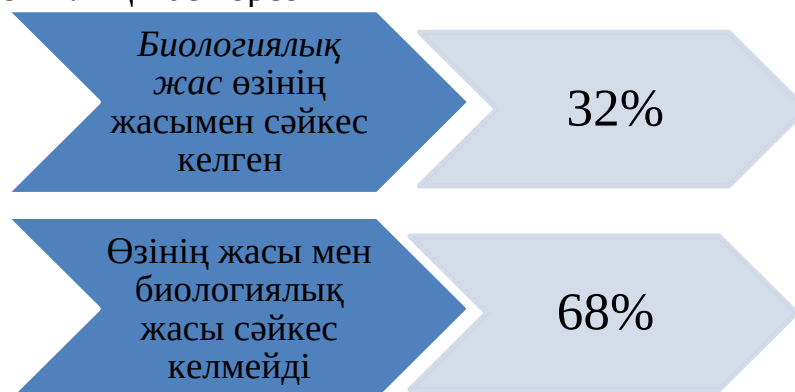


Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымы: 4% артериялық гипертония, 96% қалыпты қан қысымын көрсетті. 24. -сурет



Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 32 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 68% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. (25 сурет)

25 сурет - биологиялық жас көрсеткіші



Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш - 30 %, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 32%, қанағаттанарсыз көрсеткіш- 24%, бейімделу механизмінің шектен шығуы-14%.

52 кесте- бейімделу потенциал индексі

БП	Қанағаттанарлық көрсеткіш	бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы	Қанағаттанарсыз көрсеткіш	бейімделу механизмінің шектен шығуы
Нәтижесі	30%	32%	24%	14%

Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 63% қалыпты көрсеткіш және 37% адамдарды өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткіш көрсетті.

Сонымен, зерттеу барысында денсаулық көрсеткіштері бойынша, зерттеуге қатысқан адамдардың денсаулық жағдайының қанағаттанарлықсыз күйде екендігі анықталды. Зерттеудің келесі мақсаты, адамдардың психологиялық күйін анықтау болды. Зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 25% -да мазасыздану, 14% мазасыздану, 75% - фрустрация, 11%-агрессивтілік анықталды. Зунге әдісі бойынша 35% депрессия анықталмаған, 50% жеңіл депрессия, 15% субдепрессия анықталды.

Сонымен, жоғарыда қарастырылған зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, 30 күнге ас мәзірі құрастырылды. Ешқандай тағамға шектеу қойылмайды.

53 кесте- 5 реттік тамқтанудың тағамдық статусты коррекциялауға арналған 1 күндік ас мәзірі:

		1 күндік ас мәзірі	
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
8-00	Таңғы ас	Қара нан	25-30г
		жұмыртқа	1 дана
		Көкенис және салат жапырағы	1-2 дана
		шай	250мл

11-00	2 таңғы ас	алма	1 дана
13-00	Түскі ас	сорпа	150мл
		жаркое	250г
		салат	70г
		компот	250мл
16-00	Кешкі ас	айран	250мл
	2 кешкі ас	палау	150г
19-00		салат	100г
		Көк шай	250 мл

-1кг салмаққа дейін *30мл = 1 күндік су мөлшері (70кг дейін)

-1кг салмаққа *20мл = 1 күндік су мөлшері (70кг жоғары)

54кесте- Бастапқы салмағы мен диетадан кейінгі салмағының айырмашылығы

топтар	Зерттеуге дейінгі салмақ	Зерттеуден кейінгі салмақ	айырмашылығы, кг	Статистикалық шынайылық
5 рет тамақтану	70,65±1,69	65,81±1,66	-5	p<0.05

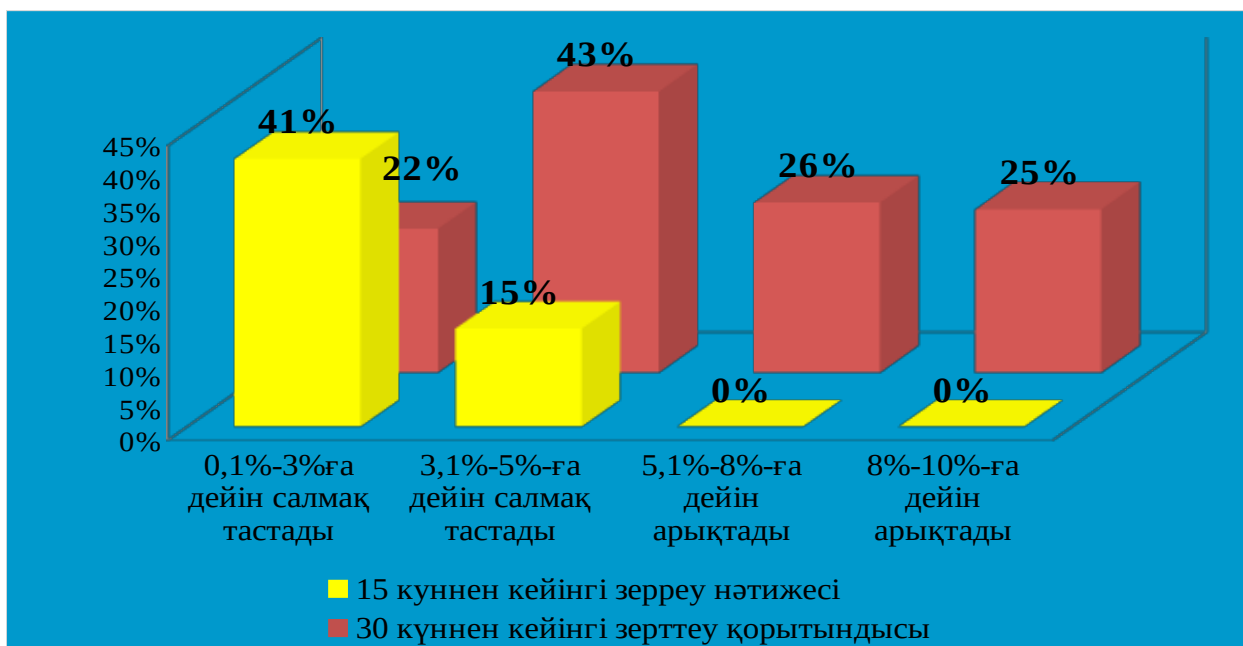
15 күннен кейінгі аралық тексеру нәтижесі бойынша: 56% салмақ тастады. Оның ішінде жалпы салмағының 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 22(41%) адам яғни жалпы топтың 41%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 8 адам яғни жалпы топтың 15%-ын құрайды. Дене салмағының индексін есептегенде 39% қалыпты дене салмағы, 13%-салмақ жеткіліксіздігі, артық дене салмағы бар (семіздік алды)-30%, 1 дәрежелі семіздік 11%, 2 дәрежелі семіздік - 7% анықталды.

55кесте- 15күннен кейінгі дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі	7 адам	13%
18,5—24,99	Қалыпты	21адам	39%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	16адам	30%
30—35	1 дәрежелі семіздік	6 адам	11%
35—40	2 дәрежелі семіздік	4 адам	7%
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)		

Бастапқыдағы дене салмағының индексімен салыстырғанда I-дәрежелі семіздіктен артық дене салмағы бар адамдар қатарына 2 (4%) адам қосылды. Және қалыпты дене салмақтылар қатарына артық дене салмағы бар адамдардан 3 адам ауысты.

26-сурет 15 және 30 күннен кейінгі нақты салмақ түсіру.



Дене салмағының индексін есептегенде 52% қалыпты дене салмағы, 13%-салмақ жеткіліксіздігі, артық дене салмағы бар (семіздік алды)- 20%, 1 дәрежелі семіздік 9%, 2 дәрежелі семіздік - 6% анықталды.

Денсаулық жағдайының индексін бағалау негізінде: Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) – 85% қалыпты, брадикардия - 9% және 6%- тахикардия. Мартине сынама бойынша 87% -да жақсы физикалық жұмыскерлік; 13%-да физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 22% - өте жақсы, 30% -қанағаттанарлық, 48%-жақсы. Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 15%-мықты, 43%-қалыпты, орташа - 18%, 20%- төмен, 4% - өте төмен көрсеткіштер зерттелді. (56кесте)

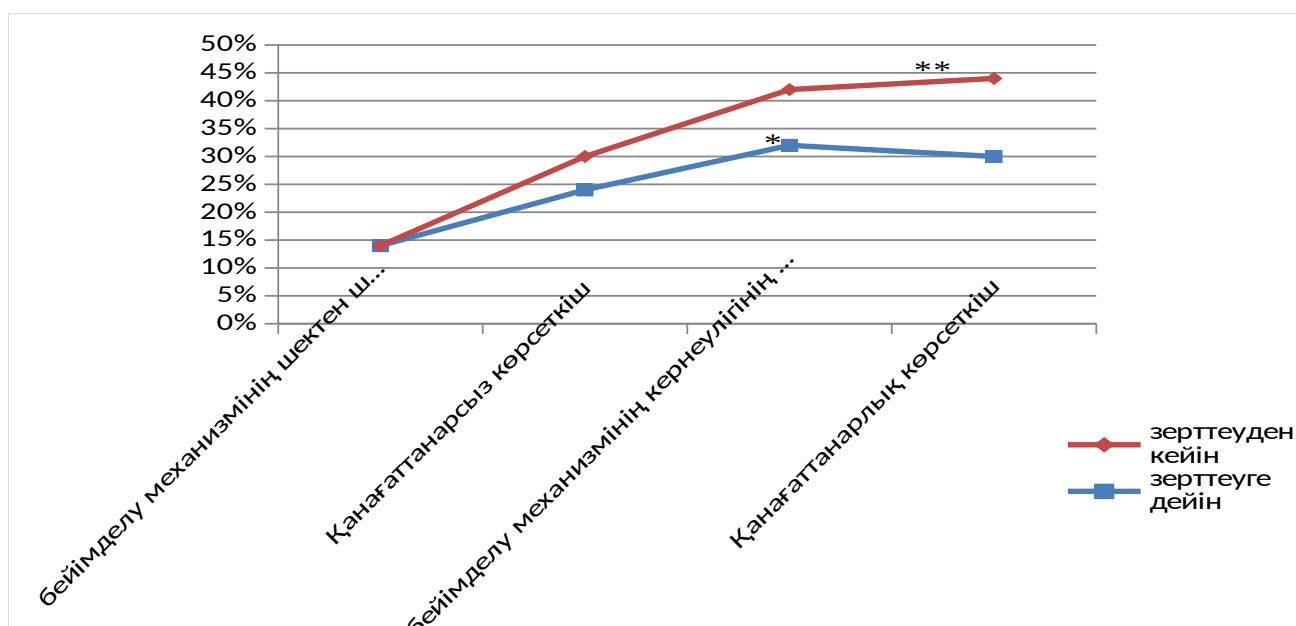
56кесте -денсаулық жағдайы айырмашылығы

n=54	Денсаулық жағдайын бағалау бойынша айырмашылығы			
	ЖСЖ	Мартине сынама	Руффье Индексі	Пинье бойынша
Зерттеуге дейін	76,65±1,23	115,5±1,95	10,89±0,6	17,53±1,08
Зерттеуден кейін	75,48±0,91	107,94±1,88**	9,09±0,64*	14,3±0,89**

*p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымы 100% қалыпты қан қысымын көрсетті. Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 57 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 43% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті.

Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш - 44 %, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 30%, қанағаттанарсыз көрсеткіш - 26% нәтижелерін көрсетті. (27суретте)
27-сурет бейімделу потенциалының айырмашылығы

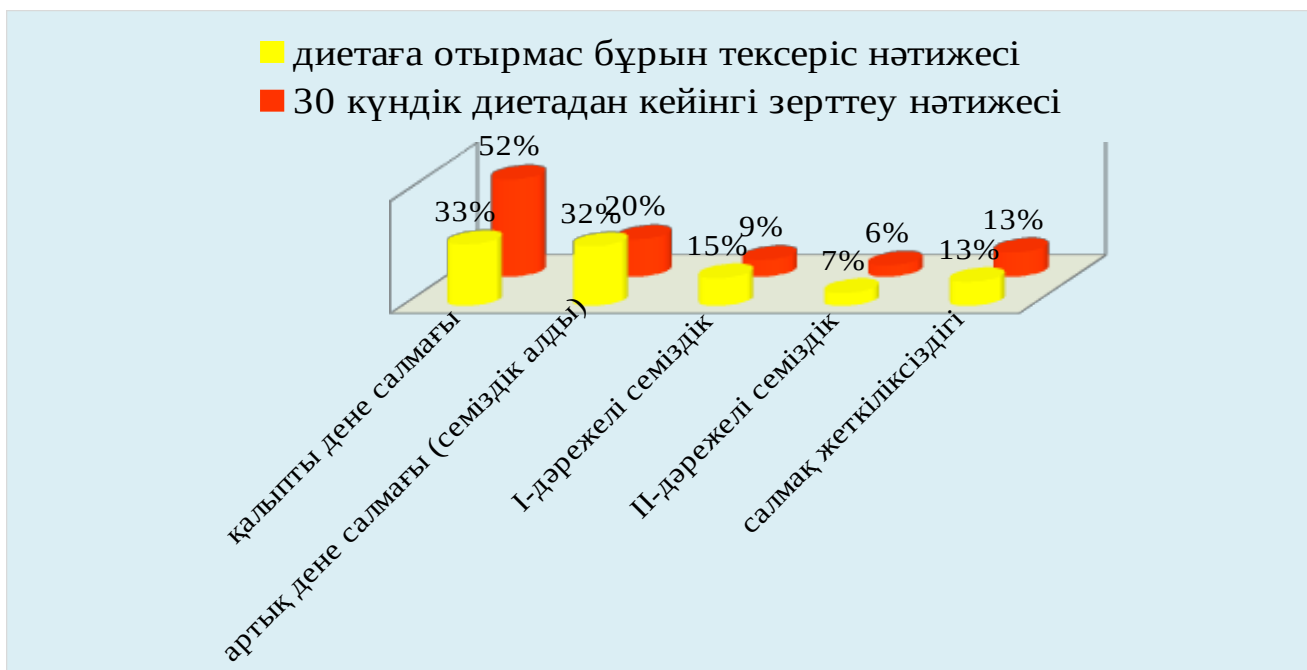


* $p < 0,05$ ** $p < 0,01$

Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 80% қалыпты көрсеткіш және 20% адамдарды өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткіш көрсетті. Айзенко бойынша психоэмоциональді жағдайы: 34% мазасыздану, 59% - фрустрация, 7%-агрессивтілік анықталды. Зунге бойынша психоэмоциональді жағдайы: 71% депрессия анықталмаған, 22% жеңіл депрессия, 7% субдепрессия анықталды.

Жалпы 5 реттік тамақтану режимі 30 күнді құрады. Барлық 54(100%) адам белсенді салмақ тастады. Нақты салмақ түсіру нәтижелері келесі: 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 12 адам яғни жалпы топтың 22%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 23 адам яғни жалпы топтың 43%-ын құрайды. 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 14 адам яғни жалпы топтың 26%-ын құрайды. 8%-дан 10%-ға дейін салмақ тастаған адам саны 5 яғни 9% (28 сурте)..

28-сурет Нақты салмақ тастау деңгейі



Зерттеулердің барысында, кеуде, бел және бөксе аумақтарындағы өлшемдердің нәтижесі бойынша айтарлықтай оң нәтижеге қол жеткізілді: 57 кесте

см	-10 см жоғары	-5,1-10 см	-3,1-5см	-1-3см	Жалпы %
Кеуде			34%	59%	93%**
Бел		41%	12%*	34%	87%**
Бөксе		8%	17%	41%	66%**

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Сонымен, зерттелушілердің денсаулық жағдайының көрсеткіштерінің жақсарғандығы анықталды. Бөлшектеп 5 рет тамақтану режимін сақтаған адамдар салмақ түсіруден де денсаулық жағдайының жақсаруынан да өте жақсы көрсеткіштер көрсетті. Күніне 1-2 рет қана тамақтанғанда көбірек тамақ жейді екен, сондықтан бөлшектеп тамақтану ережесін ұстанып, күніне бірнеше рет, араға 3 сағат салып тамақтанған адамдар салмақ тастады және де денсаулық жағдайларын жақсартып алды. Бұндай тамақтану режимі ағзаны сергітіп, күш жоғалтуға жол бермейді. Сондай-ақ жиі тамақтанған сайын, азырақ тағамға тоя бастайсыз. Әрине бұндай диетаға да үйрену керек. Біздің диетада отырған адамдар бір ай бойы ұстанды, әрі қарай осындай тамақтану режимін ұстанамыз деп шешті. Таңғы ас пен кешкі асты үйде ішуге мүмкіндік бар, ал түскі асты жұмысқа алып кетіп, екінші таңғы ас пен түстен кейінге тіскебасар ретінде жеміс, айранды өзімен бірге алып жүргендер тамақтану режимін еш бұзбайды.

3.2.5. Күніне 3 рет тамақтанған адамдардың денсаулық деңгейін бағалау

Зерттеу барысында, 63(100%) адамның ішінде 20 жасқа дейін - 15 адам (24%), 20-29 жас аралығында 18 адам (28%), 30-39 жас аралығында – 15 адам (24%), 40-49 жас аралығында – 15 адам (24%). Бұл топтың 19 (30%) ер адамдар 44 (70%) әйел адамдар құрайды.

29-сурет 3 рет тамақтанған адамдардың жас ерекшеліктері



Зерттеу жұмысының барысында, диетаға отырғызылған адамдардың диета тағайындағанға дейін *физикалық белсенділігіне баға берілді*, яғни (8 кесте): 30% отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз), 11% тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа), 11% жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес), 48% активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп).

58 кесте. Күніне 3 реттік тамақтанатын адамдардың физикалық белсенділігі

№	Физикалық белсенділігі:	%
1	отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз),	30%
2	тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа),	11%
3	жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес),	11%
4	Активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс жоғары)	48%

Салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау мақсатында жүргізілген сауалнама нәтижесінде 30%-ы салауатты өмір салтын ұстанатындығы анықталды, 70% салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды. «Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады» деген тұжырымға

70% ал 30% «білмеймін» деген жауап қайтарған.. 68% салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады, яғни интернет желісі арқылы, газет журналдар, медициналық қызметкерлер арқылы білгісі келеді, 32% қызығушылық танытпайды. Спортпен шұғылданатын адамдар 21%, олардың ішінде - 5% бассейнге барады, тағы 5%-ы жүгірумен айналысады және 11% басқа спорт түріне қатысады. (59 кесте)

59-кесте Төмен калориялы диета ұстаған тұрғындардың салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау.

№	жүргізілген сауалнама нәтижесі	%
1	салауатты өмір салтын ұстанады	30%
2	салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды	70%
3	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады	70%
4	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болатындығын білмеймін	30%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады	68%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызықпайды	32%

Ыстық тағамды күніне 2 рет қабылдайтын – 75%, 3 рет - 6% және де 1 реттік ыстық тағам - 19% да. Организмге өте пайдалы ет және ет өнімдерін 49%-ы күнделікті рационныңда тұтынады, 51%-ы аптасына 3-4 рет тұтынады, бұл топта мүлдем ет жемейтін адамдар жоқ. Сүт және сүт өнімдерін 60%-ы күнделікті рационныңда тұтынады, 21%-ы аптасына 3-4 рет тұтынады, 19%-ы сүт өнімдерін қолданбайды. Балық және балық өнімдерін күнделікті тұтынатын адамдар жоқ, бірақ 11% аптасына 3-4 рет, 46% аптасына 1 рет, 21 % тұтынбайды, 22% айына 1 рет қана тұтынады. Fast food өнімдерін 30% аптасына 1 рет, 30% айына 1 рет, 40% мүлдем тез дайындалатын зиянды тағам жемейді. Жеміс жидектер мен көкөністерді 25% күнделікті, 46% аптасына 3-4 рет және де 29% аптасына 1 рет тұтынады. Мүлдем жеміс жидек, көкөністер тұтынбайтын адамдар тобымда жоқ.

60-кесте. Өнімдерді қабылдау жиілігі бойынша сауалнама нәтижесі

Анкета сұрақтары	күнде	Аптасына 2-3 рет	Аптасына 1 рет	Айына 1рет	тұтынбайды
Сүт және сүт өнімдері	49%	51%			
ет және ет өнімдерін	75%	25%			
Балық және балық өнімдері	11%	46%	22%		21%
Фаст фуд (тез дайындалатын тағамдар)			30%	30%	40%
Жеміс жидектер мен көкөністер	25%	46%	29%		

Нақты тамақтану жағдайын бағалау барысында, тәуліктік тағамнан түсетін энергия (Е) 14% адамда – 1500калл ға дейін, 40%-да 1500-2000калл дейін, 30%-да 2000-3000калл дейін, және 16%-да 3000калл-дан жоғары.

Зерттеу барысында, кәсібіне, қимыл қозғалысына сәйкес қажетті энергия: 24%-да 1500калл дейін, 60%-да 1500- 2000калл дейін, және 16%-ында 2000-3000калл-ға дейін болу керек.

Дене салмағы индексі бойынша бағалау барысында, - 49% қалыпты дене салмағы, 32%-артық дене салмағы бар (семіздік алды), 8% - I дәрежелі семіздік және 11% - III дәрежелі семіздік анықталды.

61 кесте. Дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	31адам	49%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	20адам	32%
30—35	1 дәрежелі семіздік	5 адам	8%
35—40	2 дәрежелі семіздік	7 адам	11%
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)		

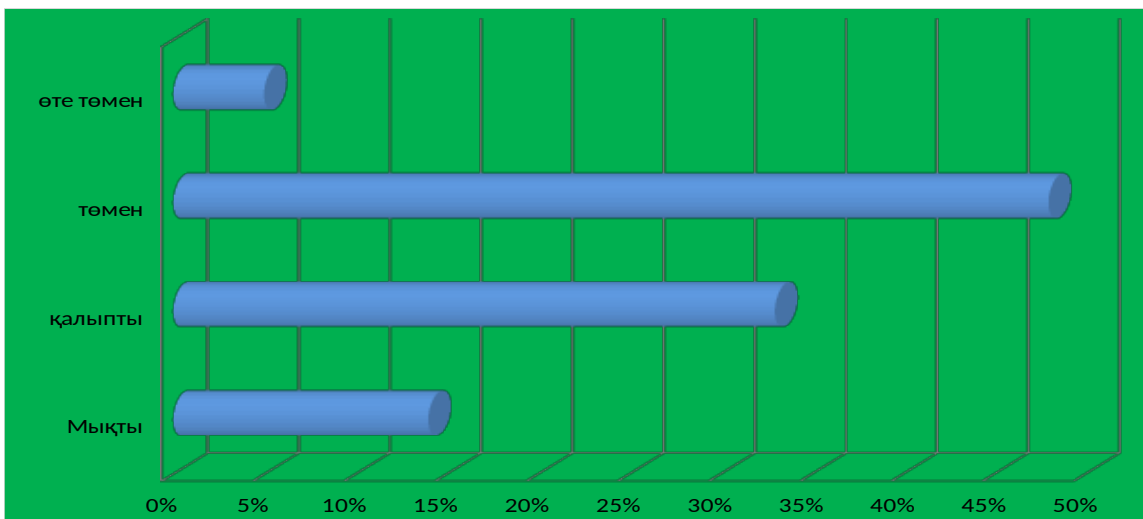
Денсаулық жағдайын бағалау индексі негізінде, тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 70% қалыпты, 30%-тахикардия. Мартине сынамасы бойынша 60% - жақсы физикалық жұмыскерлік; 40%–да қанағаттанарлық физикалық жұмыскерлік. Руффье Индексінбойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 38% - қанағаттанарлық, 62%-жақсы.

62-кесте денсаулық жағдайын бағалау көрсеткіші

Сынама түрі	Өте жақсы	жақсы	қанағаттанарлық	нашар	қанағаттанарсыз
Руффье Индексі		62%	38%		
Мартине сынамасы		60%	40%		

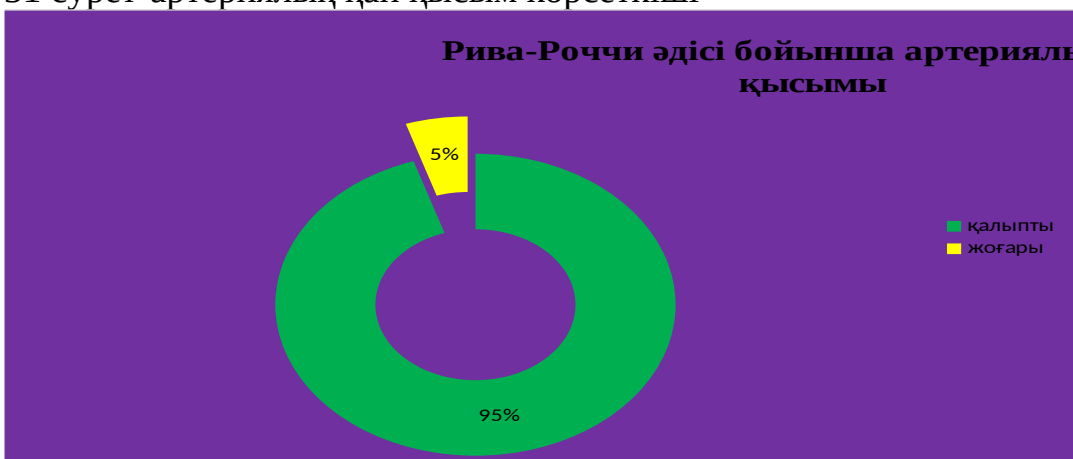
Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 14%-мықты, 33%-қалыпты, 48% төмен,5% - өте төменкөрсеткіштер зерттелді. - сурет Пинье бойынша дене тұрқының мықтылық көрсеткіші. (30 сурет)

30 сурет-дене тұрқының мықтылық көрсеткіші



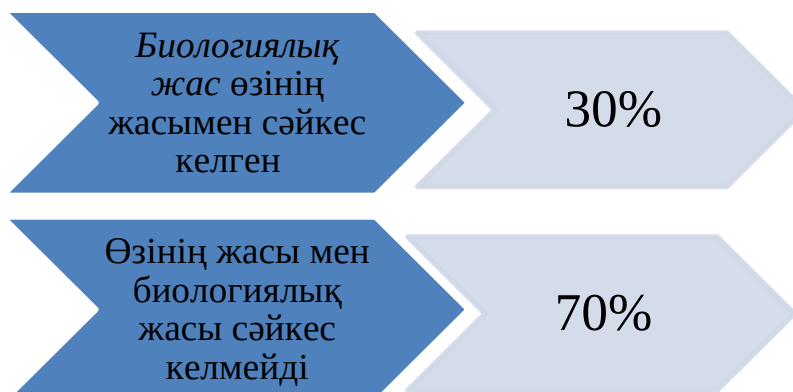
Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 5% адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 95% қалыпты қан қысымын көрсетті. (31 –сурет)

31 сурет-артериялық қан қысым көрсеткіші



Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 30 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 70% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. (32 сурет)

32 сурет тұрғындардың биологиялық жас көрсеткіші



Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: қанағаттанарлық көрсеткіш 37%, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 28%, қанағаттанарсыз көрсеткіш – 35% нәтижелерін көрсетті. (63 кесте)

БП	Қанағаттанарлық көрсеткіш	бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы	Қанағаттанарсыз көрсеткіш	бейімделу механизмінің шектен шығуы
Нәтижесі	37%	28%	35%	

Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 63% қалыпты көрсеткіш және 37% адамдарды өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткішке ие болды.

Сонымен, зерттеу барысында денсаулық көрсеткіштері бойынша, зерттеуге қатысқан адамдардың денсаулық жағдайының қанағаттанарлықсыз күйде екендігі анықталды. Зерттеудің келесі мақсаты, адамдардың психологиялық күйін анықтау болды. Зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 11% мазасыздану, 81% - фрустрация, 8%-агрессивтілік анықталды. Зунге әдісі бойынша 28% депрессия анықталмаған, 48% жеңіл депрессия, 24% субдепрессия анықталды.

Сонымен, жоғарыда қарастырылған зерттеу нәтижелеріне сүйене отырып, арнайы 30 күнге ас мәзірі құрастырылды. Әр үш күн сайын барлық кісілердің жағдайы бақыланды 15 күннен кейін және 30 күннен кейін денсаулық көрсеткіштері бағаланды.

64 кесте 3 реттік тамақтануда тағамдық статусты коррекциялауға арналған 1 күндік ас мәзірі

		1 күндік ас мәзірі	
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
8-00	Таңғы ас	Кез келген ботқа	
		Нан	
		кампот	
13-00	Түскі ас	Коже	
		Ет немесе балық	
		Салат	
		Көк шай	
		Нан	
19-00	кешкі ас	Палау	
		Салат	
		Нан	
		Кисель	

***Қосымша жеміс жидектер, көкөністер, кептірілген жемістерді таңғы, түскі немесе кешкі ас кезінде жеуге кеңес берілді. Ал майонез, кетчуп, консервіленген тағамдар, жартылайфабрикаттар, шұжық, ветчина, тез дайындалатын тағамдарды (фаст-фуд) т.б. рационнан алып тастауға кеңес берілді.

*** Әр адамның салмағына байланысты 1кг салмаққа *30мл = 1 күндік су мөлшері (70кг дейін), 1кг салмаққа *20мл = 1 күндік су мөлшері (70кг жоғары) 65-Кесте Бастапқы салмағы мен диетадан кейінгі салмағының айырмашылығы Критерий стыюдента

топтар	Зерттеуге дейінгі салмақ	Зерттеуден кейінгі салмақ	айырмашылығы, кг	Статистикалық шынайылық
1 деңгей	71,44	67,17	-4	p>0.05

15 күннен кейінгі аралық тексеру нәтижесі бойынша: Сәнді емдәм ұстағандардың 11% яғни .7 адам жалпы салмағынын 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастады.

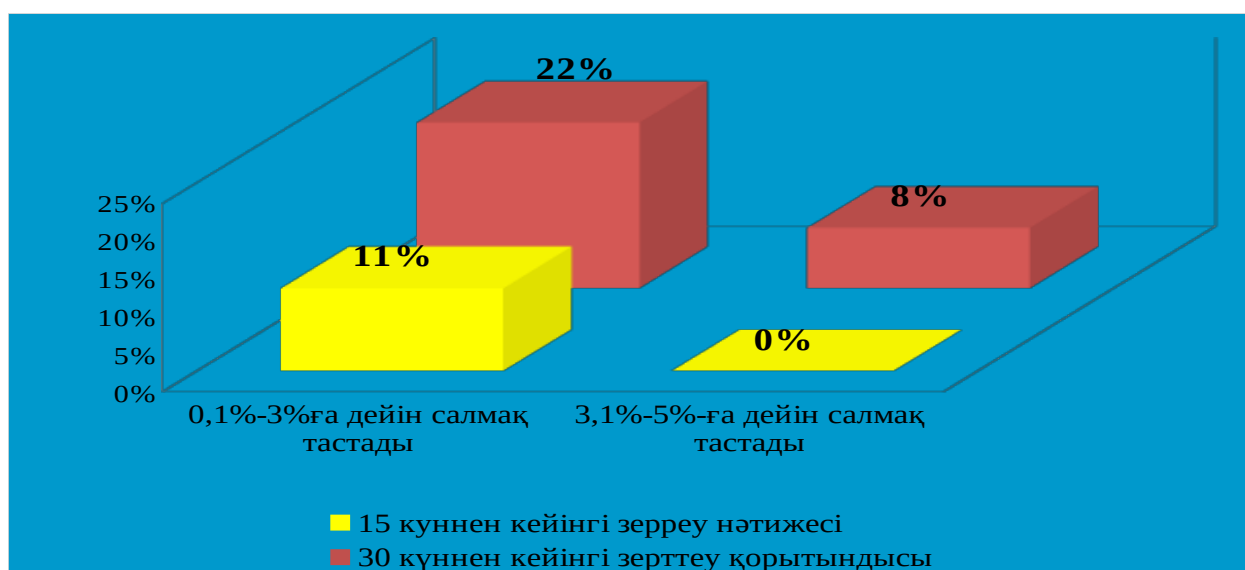
Дене салмағының индексін есептегенде 49% қалыпты дене салмағы, 32%-артық дене салмағы бар (семіздік алды), 8% - I дәрежелі семіздік және 11% - III дәрежелі семіздік анықталды.

66-кесте.15-күннен кейінгі дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	31адам	49%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	20адам	32%
30—35	1 дәрежелі семіздік	5 адам	8%
35—40	2 дәрежелі семіздік	7 адам	11%
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)		

Келесі 15 күн өткеннен кейін аралық тексеру: Сәнді емдәм ұстаған адамдардың 19% (12 адам) - 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастады.

33-сурет 15 және 30 күннен кейінгі бақылау нәтижесі. Нақты салмақ түсіру.



Дене салмағының индексін есептегенде 54% қалыпты дене салмағы, 27%-артық дене салмағы бар (семіздік алды), 13% - I дәрежелі семіздік және 6% - II дәрежелі семіздік анықталды. Бастапқыдағы дене салмағының индексімен салыстырғанда 3 (5%) адам II- дәрежелі семіздіктен I-дәрежелі семіздікке өтті. Және қалыпты дене салмақтылар қатарына артық дене салмағы бар адамдардан 3 (5%) адам ауысты.

Денсаулық жағдайының индексін бағалау негізінде: Тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) – 78% қалыпты, 22%- тахикардия. Мартине сынама бойынша 60% - да өте жақсы физикалық жұмыскерлік; 40%–да жақсы физикалық жұмыскерлік. Руффье индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 30% -қанағаттанарлық, 70%-жақсы. Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 19%-мықты, 29%-қалыпты, 11%-орташа, 41% төмен көрсеткіштер зерттелді. Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 5% адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 95% қалыпты қан қысымын көрсетті.

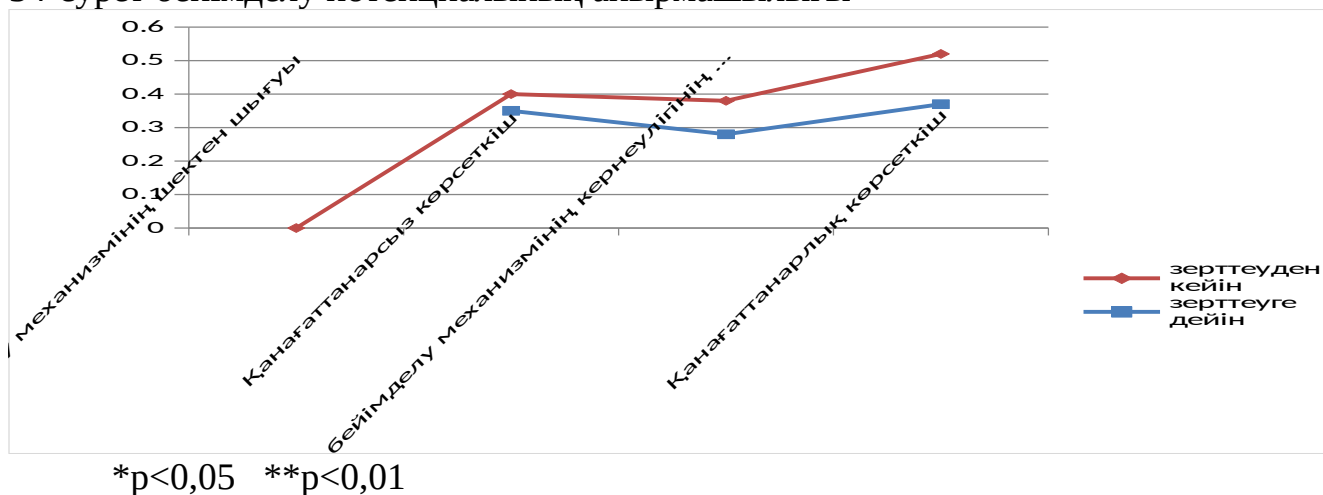
67 кесте денсаулық жағдайы айырмашылығы Стьюден Критерийі бойынша

n=63	Денсаулық жағдайын бағалау бойынша айырмашылығы			
	ЖСЖ	Мартине сынамасы	Руффье Индексі	Пинье бойынша
Зерттеуге дейін	77,9±1,44	108,56±1,69	10,65±0,54	17,94±1,05
Зерттеуден кейін	76,73±1,14	107,75±1,66	8,9±0,56*	15,43±1

*p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 40 % ғана өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 60% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: қанағаттанарлық көрсеткіш 40%, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 60% нәтижелерін көрсетті.

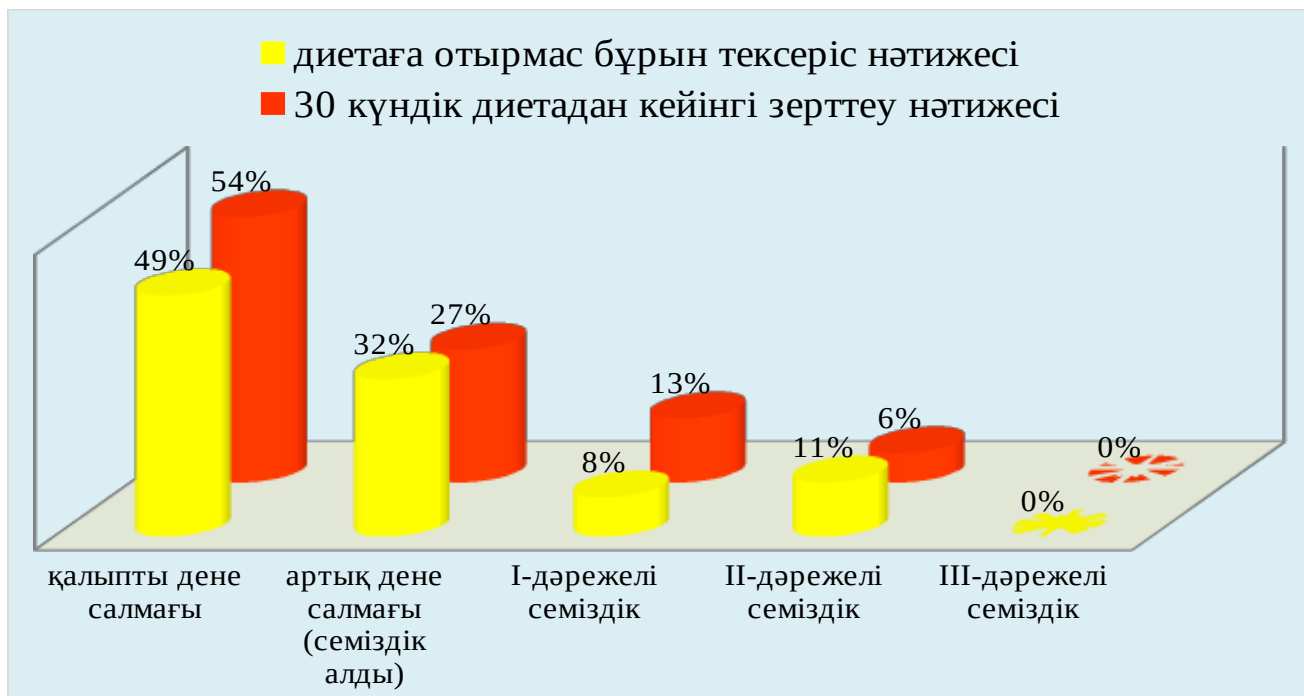
34-сурет бейімделу потенциалының айырмашылығы



Айзенко бойынша психоэмоциональді жағдайы: 18% мазасыздану, 76% - фрустрация, 6%-агрессивтілік анықталды. Зунге бойынша психоэмоциональді жағдайы: 35% депрессия анықталмаған, 44% жеңіл депрессия, 21% субдепрессия анықталды.

Жалпы 3 рет тамақтану емдәмі 30 күнді құрады. Нақты салмақ түсіру нәтижелері келесі: 100% (63) адамның ішінде 30% (19адам) салмақ тастады оның ішінде 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 14 адам яғни жалпы топтың 22%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 5 адам яғни жалпы топтың 8%-ын құрайды.(35-сурет)

35-сурет Нақты салмақ тастау деңгейі



Зерттеулердің барысында, кеуде, бел және бөксе аумақтарындағы өлшемдердің нәтижесі: 68-кестеде

см	-10 см жоғары	-5,1-10 см	-3,1-5см	-1-3см	Жалпы %
Кеуде			6%	18%	24%
Бел			6%	24%	30%
Бөксе				24%	24%

Қорыта келе 3 реттік тамақтануды емдәм үшін, арықтау үшін қолайсыз тәсілдің бірі деген тұжырымға келдік. Ойткені салмақ тастау дәрежесі де, денсаулық жағдайының өзгерісінен де аса көп айырмашылық болған жоқ. Тамақты қабылдау аралығын ұзартып, адамның тағамды шамадан артық қабылдауына әсер етеді екен.

3.2.6. 1 айлық 12 сағаттық ашыққан тұрғындардың денсаулығын бағалау

Зерттеу барысында, 64(100%) адамның ішінде 20жасқа дейін – 15 адам (23%), 20-29жас аралығында 17адам (27%), 30-39жас аралығында – 15 адам (23%), 40-49жас аралығында 17 адам (27%). 1 айлық 12 сағаттық ашыққандар арасында (37%) ер адамдар 19 (63%) әйел адамдар құрайды.

36-сурет 1 айлық 12 сағаттық ашыққан тұрғындардың жас ерекшеліктері:



Зерттеу жұмысының барысында, диетаға отырғызылған адамдардың диета тағайындағанға дейін *физикалық белсенділігіне баға берілді*, яғни (8 кесте): мүлдем активті емес адам болған жоқ, 9 адам (14%) отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз), 23 адам (36%) тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа), 19 адам (30%) жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес), 13 адам (20%) активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп). (69 кесте)

69-кесте 1 айлық 12 сағаттық ашыққан тұрғындардың физикалық белсенділік деңгейі

№	Физикалық белсенділігі:	%
1	мүлдем активті емес (ешқандай физикалық жүктеме жоқ, қимыл қозғалыс мүлдем аз)	-
2	отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл қозғалыс та аз),	14%
3	тұрып отырып (физикалық жүктеме орташа),	36%
4	жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс бар, бірақ активті емес),	30%
5	Активті (физикалық жүктеме және қимыл қозғалыс көп)	20%

Қосымша аурулары бар 6 адам яғни (9%) оның: 3 адам артериялық гипертониямен ауырады, 1 адам геморроймен, 1 адам катаракта және 1 адамда анемия. 91 %-ың денсаулығы жақсы.

Салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау мақсатында жүргізілген сауалнама нәтижесінде 36 адам (57%) -ы салауатты өмір салтын ұстанатындығы анықталды, 28 адам (43 %) салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды. «Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады» деген тұжырымға 86% ал 14% білмеймін» деген жауап қайтарған. Салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады яғни интернет желісі арқылы, газет журналдар, медициналық қызметкерлер арқылы білгісі келетін 41% - 26 адам, ал 59% - 38 адам мүлдем қызықпайды. Спортпен мүлдем шұғылданбайтын адамдар саны 72% (46 адам), аптасына 3 рет- 8%(5 адам), аптасына 1-2 рет 20%(13 адам) құрайды. (70кесте)

70-кесте 1 айлық 12 сағаттық ашыққан адамдардың салауатты тамақтану ережелері бойынша сауаттылығын анықтау.

№	жүргізілген сауалнама нәтижесі	%
1	салауатты өмір салтын ұстанады	57%
2	салауатты тамақтану ережелерін сақтамайды	43%
3	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болады	86%
4	Салауатты тамақтану арқылы аурудың алдын алуға болатындығын білмеймін	14%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытады	41%
	салауатты тамақтану сұрақтарына қызықпайды	59%

Ыстық тағамды күніне 2 рет қабылдайтын – 89%-57 адам, 3 рет - 4 адам 6% және де 1 реттік ыстық тағам – 3 адам 5% да. Организмге өте пайдалы ет және ет өнімдерін 80%-ы 51 адам күнделікті рационында тұтынады, 20%-ы 13 адам аптасына 3-4 рет тұтынады, бұл топта мүлдем ет жемейтін адамдар жоқ. Балық және балық өнімдерін күнделікті тұтынатын адамдар жоқ, бірақ 20% аптасына 1 рет, 5% тұтынбайды, 75% айына 1 рет қана тұтынады. Fast food өнімдерін 23% аптасына 1 рет, 33% айына 1 рет, 44% мүлдем тез дайындалатын зиянды тағам жемейді. Жеміс жидектер мен көкөністерді 56% күнделікті, 27% аптасына 3-4 рет және де 17% аптасына 1 рет тұтынады. Мүлдем жеміс жидек, көкөністер тұтынбайтын адамдар тобымда жоқ. Сүт және сүт өнімдерін 75% адам күнделікті, 20% аптасына 3-4 рет, 5% аптасына 1 рет ал мүлдем сүт өнімдерін тұтынбайтын адам жоқ. Осы топтың ішінде ұйқтар алдында 4-5 сағат бұрын тамақтанатын адамдар 36% құрайды, 2-3 сағат бұрын –44% және де ұйықтарға 1 ақ сағат қалғанда тамақтанатын адамдар саны 20%-ға жетеді. Тамақтану режиміне келетін болсақ: Күніне 2 рет тамақтанатындар – 9%, күніне 3 рет тамақтанатындар –30%, күніне 4 рет тамақтанатындар – 41%, және күніне 5 рет тамақтанатындардың саны – 20%. Ас қабылдау интервалы бойынша: 2-3 сағат сайын тамақтанатын адамдар 20%- ды құрайды, 3-4 сағат

сайын тамақтанатындар 71%), ал 5 сағат өткеннен соң яғни тамақтану режимін сақтамайтын адамдар 9%-ды құрайды. (71 кесте)

71кесте Өнімдерді қабылдау жиілігі бойынша сауалнама нәтижесі

Анкета сұрақтары	күнде	Аптасына 2-3 рет	Аптасына 1 рет	Айына 1рет	тұтынб айды
Сүт және сүт өнімдері	75%	20%	5%	-	-
ет және ет өнімдерін	80%	25%			
Балық және балық өнімдері			20%	75%	5%
Фаст фуд (тез дайындалатын тағамдар)			20%	25%	55%
Жеміс жидектер мен көкөністер	10%	60%	30%		

Нақты тамақтану жағдайын бағалау барысында, тәуліктік тағамнан түсетін энергия (Е) (17%) 11 адамда – 1500калл-ға дейін, 36 адамда (56%)-да 1500-2000калл -дейін, 13адам (20%-да) 2000-3000калл дейін, және 4 адамда 7%-да 3000калл-дан жоғары.

Зерттеу барысында, кәсібіне, қимыл қозғалысына сәйкес қажетті энергия: 20%-да 13 адамда 1500калл дейін, 60%-да 38 адамда 1500- 2000калл дейін, және 20%-да 13 адамда 2000-3000калл-ға дейін болу керек. Яғни 4 адам 7% қажет калориясынан 30%-ға артық тамақтанады. 4 адам 7% қажет калориясынан 31%-дан 60%-ға дейін артық тамақтанады.

Дене салмағы индексі бойынша бағалау барысында, 3% (2 адам)- дене салмағының жеткіліксіздігі, 67% (43 адам)- қалыпты дене салмағы, 7%(4 адам)-артық дене салмағы бар (семіздік алды), 20%(13 адам) - I дәрежелі семіздік және 3%(2 адам)-II дәрежелі семіздік анықталды.(72 кесте)

72 кесте –1 айлық 12 сағаттық ашыққандардың дене салмағы индексі

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі		
18,5—24,99	Қалыпты	2адам	3%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	43адам	67%
30—35	1 дәрежелі семіздік	4адам	7%
35—40	2 дәрежелі семіздік	13адам	20%
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)	2адам	3%

Денсаулық жағдайын бағалау индексі негізінде, тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 87%- қалыпты, 13% тахикардия. Мартине сынамасы бойынша, 7%- өте жақсы физикалық жұмыскерлік; 61%– жақсы физикалық жұмыскерлік; 23% физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық, нашар физикалық жұмыскерлік 9% анықталды.

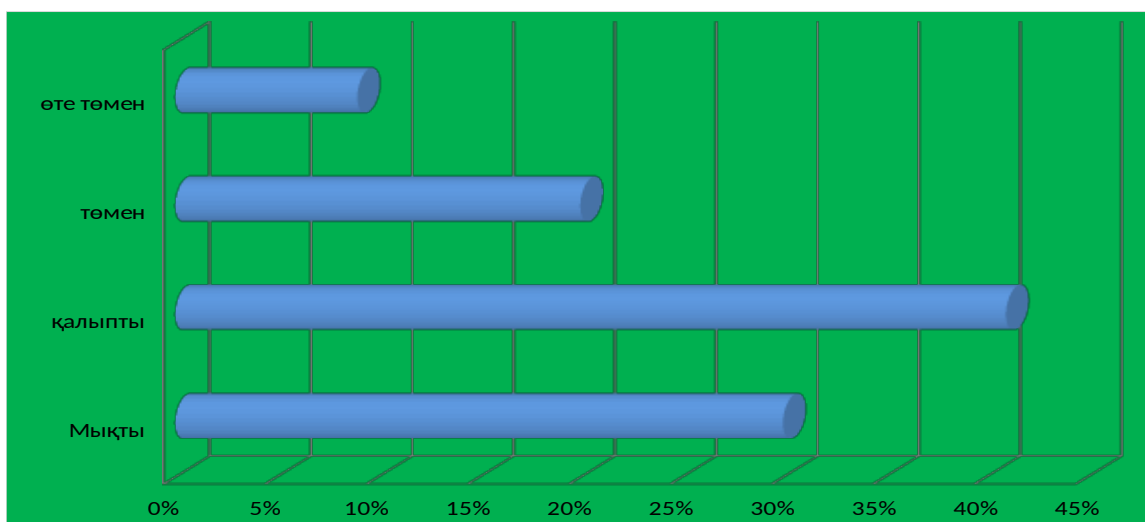
Руффье Индексі бойынша, физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 39% -қанағаттанарлық, 61%-жақсы нәтижені көрсетті.(73 кесте)

73 кесте 1 айлық 12 сағаттық ашыққан тұрғындардың денсаулық жағдайын бағалау көрсеткіші

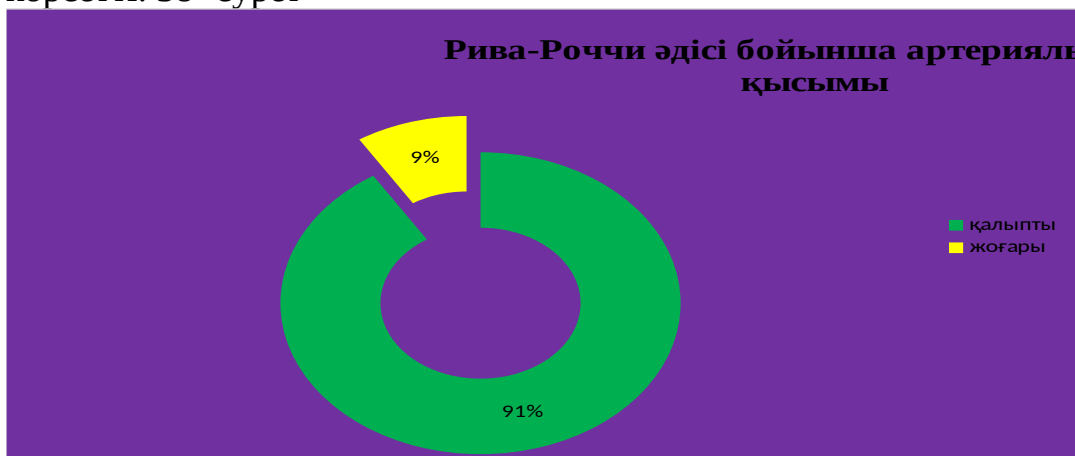
Сынама түрі	Өте жақсы	жақсы	қанағаттанарлық	нашар	қанағатанарсыз
Руффье Индексі		61%	39%		
Мартине сынамаcы	7%	61%	23%	9%	

Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 30%-мықты, 41%-қалыпты, 20% төмен, 9% - өте төмен көрсеткіштер зерттелді.

37-сурет Пинье бойынша дене тұрқының мықтылық көрсеткіші



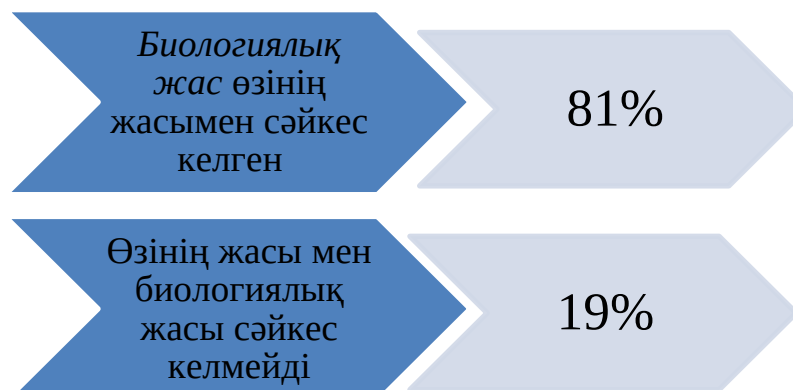
Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 9 % адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 91% қалыпты қан қысымын көрсетті. 38 -сурет



Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 81 % өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 19% өзінің

жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті.

39 сурет 1 айлық 12 сағаттық ашыққан адамдардың биологиялық жас көрсеткіші



Бейімделу потенциал индексін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш 50 %, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 30 % және 20 % қанағаттанарсыз нәтижелерін көрсетті. 74 кесте

БП	Қанағаттанарлық көрсеткіш	бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы	Қанағаттанарсыз көрсеткіш	бейімделу механизмінің шектен шығуы
Нәтижесі	50%	30%	20%	

Өкпенің өмірлік сыйымдылығы - 50 % қалыпты көрсеткіш және 50% өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткіш көрсетті.

Зерттеудің келесі мақсаты, адамдардың психологиялық күйін анықтау болды. Зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 52% мазасыздану, 39% - фрустрация, 9%-агрессивтілік анықталды. Зунге әдісі бойынша 70% депрессия анықталмаған, 20% жеңіл депрессия, 10% субдепрессия анықталды.

Бұл топтағы адамдар яғни ораза ұстайтындар белгіленген айда, белгіленген күннен бастап ашығады. 2015 жылы рамазан айы 18 маусымда басталды. Яғни ашығатын адамдар осы күннен бастайды. Әр күннің ауыз бекіту мен ауыз ашу уақыты (75 кестеде) болады. Анығырақ ауыз бекіту уақытына дейін адамдар тамақтарын ішіп-жеп болуы тиіс, ал ауыз ашу ашығып болған соң тамақ ішу уақыты. Яғни күнделікті ораза ұстап жүрген адамдар күнібойы мүлдем ешқандай тамақ та су да ішпейді. Әр адам күніне 18-19 сағат аш жүреді.

75 кесте Ораза ұстаған адамдардың ауыз ашу мен ауыз бекіту кестесі

Рамазан айының реті	күні	Ауыз бекіту уақыты(тамақтануды тоқтау)	Ауыз ашу уақыты (тамақтану уақыты)
1	18.06.2015	3:18	21:38
2	19.06.2015	3:18	21:39
3	20.06.2015	3:18	21:39

4	21.06.2015	3:18	21:39
5	22.06.2015	3:18	21:39
6	23.06.2015	3:19	21:39
7	24.06.2015	3:19	21:39
8	25.06.2015	3:19	21:40
9	26.06.2015	3:20	21:39
10	27.06.2015	3:20	21:39
11	28.06.2015	3:21	21:39
12	29.06.2015	3:21	21:39
13	30.06.2015	3:22	21:39
14	1.07.2015	3:23	21:39
15	2.07.2015	3:23	21:38
16	3.07.2015	3:24	21:38
17	4.07.2015	3:25	21:38
18	5.07.2015	3:26	21:38
19	6.07.2015	3:27	21:37
20	7.07.2015	3:28	21:36
21	8.07.2015	3:29	21:35
22	9.07.2015	3:30	21:35
23	10.07.2015	3:31	21:34
24	11.07.2015	3:32	21:33
25	12.07.2015	3:33	21:32
26	13.07.2015	3:34	21:31
27	14.07.2015	3:35	21:31
28	15.07.2015	3:36	21:30
29	16.07.2015	3:37	21:29

***Ауыз ашқан кезде әр адам 5 кішкентай немесе 3 орташа құрма жеп 1 стакан су іш ішеді, ешқандай тағамға шектеу қойылған жоқ.

76-кесте. Бастапқы салмағы мен диетадан кейінгі салмағының айырмашылығы

Критерий студента

топтар	Зерттеуге дейінгі салмақ	Зерттеуден кейінгі салмақ	айырмашылығы, кг	Статистикалық шынайылық
1 деңгей	69,5	63,73	-6	p<0.05

15 күннен кейінгі аралық тексеру нәтижесі бойынша: 51 адам (80%) белсенді салмақ тастады. Нақты салмақ түсіру нәтижелері келесі: 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 30 адам яғни жалпы топтың 47%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 14 адам яғни жалпы топтың 22%-ын құрайды. 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 7 адам яғни жалпы топтың 11%-ын құрайды.

Дене салмағының индексін есептегенде - 3% (2 адам), қалыпты дене салмағы - 45% (70 адамда), артық дене салмағы бар (семіздік алды) - 8% (5

адамда), I дәрежелі семіздік - 16%(10адамда), II дәрежелі семіздік - 3%(2адамда) анықталды.

77 кесте. 15-күннен кейінгі дене салмағы индексі бойынша бағалау

16 дан төмен	Айқын дене салмағының жеткіліксіздігі		
16—18,5	Дене салмағының жеткіліксіздігі	2 адам	3%
18,5—24,99	Қалыпты	45 адам	70%
25—30	Артық дене салмағы бар (семіздік алды)	5 адам	8%
30—35	1 дәрежелі семіздік	10адам	16%
35—40	2 дәрежелі семіздік	2адам	3%
40-тан жоғары	3 дәрежелі семіздік (морбидті)		

40-сурет 1 айлық 12 сағаттық ашыққан адамдардың 15 және 30 күннен кейінгі нақты салмақ түсіру.



Денсаулық жағдайының индексін бағалау негізінде: тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 95%-қалыпты, 5% тахикардия. Мартине сынамаcы бойынша 72%- өте жақсы физикалық жұмыскерлік; 21%– жақсы физикалық жұмыскерлік; 7% физикалық жұмыскерлік қанағаттанарлық; нашар физикалық жұмыскерлік жоқ. Руффье Индексін бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 22% - қанағаттанарлық, 88%-жақсы. Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 58%-мықты, 31%-қалыпты, 11% төмен, өте төмен көрсеткіштер болған жоқ. Рива-Роччи әдісі бойынша артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 5 % адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 95% қалыпты қан қысымын көрсетті. (78сурет)

78 сурет Ораза ұстаған адамдардың денсаулық жағдайы айырмашылығы Стьюден Критерийі бойынша

n=64	Денсаулық жағдайын бағалау бойынша айырмашылығы			
	ЖСЖ	Мартине сынамасы	Руффье Индексі	Пинье бойынша
Зерттеуге дейін	76,63±1,13	114,81±1,72	10,63±0,79	17,02±0,92
Зерттеуден кейін	76,06±0,94	107,97±1,65**	7,53±0,61**	15,32±0,97

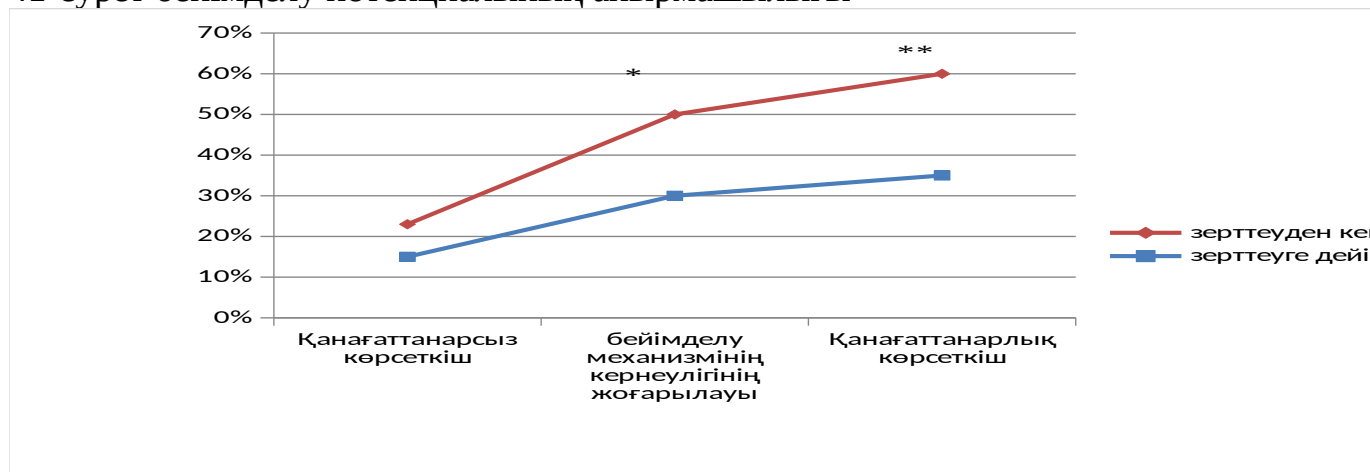
*p< 0,05; **p< 0,01; ***p< 0,001

Биологиялық жасты есептеу нәтижелерінің қорытындылары бойынша зерттелген адамдардың 88 % өзінің жасымен сәйкес келген, қалған 12% өзінің жасы мен биологиялық жасы сәйкес келмейді, яғни биологиялық жасы өз жасынан артық нәтиже көрсетті. Бейімделу потенциал индекcін анықтау бойынша: Қанағаттанарлық көрсеткіш 68 %, бейімделу механизмінің кернеулігінің жоғарылауы – 24 % және 8 % қанағаттанарсыз нәтижелерін көрсетті. Өкпенің өмірлік сыйымдылығы -75 % қалыпты көрсеткіш және 25% өкпенің өмірлік сыйымдылығы төмен көрсеткіш көрсетті. (41сурет)

Зерттеу нәтижесі бойынша, Айзенко тәсілі негізінде 75% мазасыздану, 25% - фрустрация анықталды. Зунге әдісі бойынша 90% депрессия анықталмаған, 10% жеңіл депрессия анықталды.

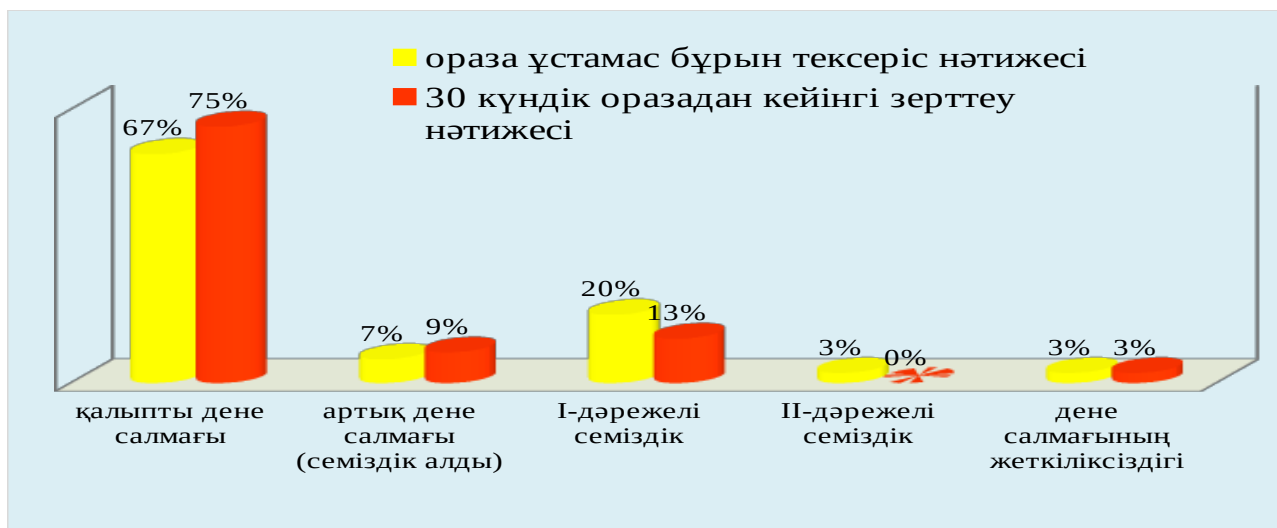
Жалпы ораза 29 күнді құрады. Барлық 64(100%) адамның ішінен 59 адам (92%) белсенді салмақ тастады. Нақты салмақ түсіру нәтижелері (42кестеде) келесі: 0,1%-дан 3%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 13 адам яғни жалпы топтың 20%-ын құрайды. 3,1%-дан 5%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 23 адам яғни жалпы топтың 36%-ын құрайды. 5,1%-дан 8%-ға дейін салмақ тастағандардың саны 16 адам яғни жалпы топтың 25%-ын құрайды. 8%-дан 10%-ға дейін салмақ түсірген адам саны 7 (11%)

41-сурет бейімделу потенциалының айырмашылығы



*p<0,05 **p<0,01

42-сурет Ораза ұстаған адамдардың нақты салмақ тастау деңгейі



Зерттеулердің барысында, кеуде, бел және бөксе аумақтарындағы өлшемдердің нәтижесі бойынша айтарлықтай оң нәтижеге қол жеткізілді:

79-кесте.1 айлық 12 сағаттық ашыққан адамдардың өлшемдерінің айырмашылығы

см	-10см жоғары	-5,1-10 см	-3,1-5см	-1-3см	Жалпы %
Кеуде		7%*	58%**	15%*	80%
Бел	9%*	7%*	55%**	13%*	84%
Бөксе	10%*	20%**	25%**	15%*	70%

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Сонымен, қорыта келе ораза ұстанған адамдардың 92% салмақ түсірді. Денсаулық жағдайына келетін болсақ жақсы көрсеткіштер көрсетті. Нәтижелерге сүйене отыра мынандай ұйғарымға келдік: Ораза ұстаудың организмге тиер пайдасы зор. Өйткені бір айдың ішінде асқазанымыз сәл кішірейіп, организмнен токсинді заттар шығып, қимыл қозғалыс жақсарды.

ҚОРЫТЫНДЫ:

Сонымен, зерттеу 2014-2016 жыл аралығында 331 репродуктивті (15-49) жас аралығындағы адамдарға әртүрлі емдәмдердің әсерін зерттеу олардың өздеріне сәйкес ерекшеліктері бар екендігін көрсетті.

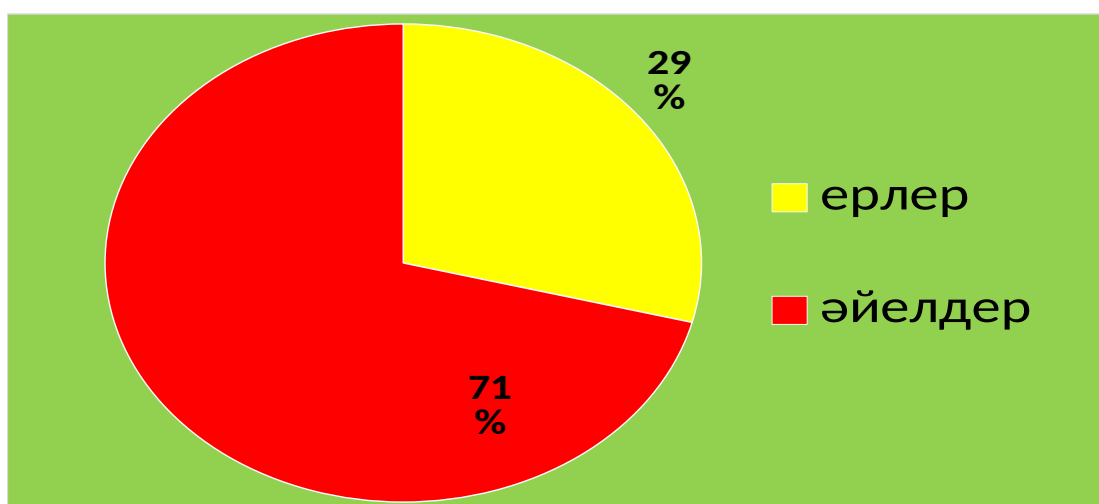
Жалпы дұрыс таңдалған емдәм салмақтың төмендеуіне, организм жағдайының жақсаруына әсер етіп, токсиндер мен қалдық заттардан тазартады. Бірақ адамдардың көбі емдәм таңдаған кезде оның денсаулыққа әсерін, ағзаның сол емдәмді қалай қабылдайтындығын және сол кездегі организм, нутрициональді жағдайын, метаболикалық және психоэмоциональді жағдайына ескермейді[14]. Осыған орай денсаулық жағдайы жасына, жынысына сәйкес дұрыс емдәм таңдау мәселесінің өзектілігі зор және ол туралы жоқтың қасы.

Осы негізде зерттеу мақсатын іске асыру үшін алдымызға мынандай мақсат қойылды: Әртүрлі емдәмдердің адам денсаулығына әсерін зерттеу. Біз зерттеулерімізде келесі топтарға көңіл бөлдік: төмен каллориялы емдәм, 36 сағаттық ашығу, 24 сағаттық ашығу, күніне 5 реттік тамақтану, күніне 3 реттік тамақтану, 1 айлық 12 сағаттық ашығу.

Жалпы емдәм тағамдық заттар жиынтығы мен олардың аспаздық өңделуі, химиялық құрамы, тағамның физикалық қасиеттері, тағам қабылдау аралығымен сипатталғандықтан, мұның бәрі ескерілді. Зерттеу нәтижесі жоғары деңгей көрсетіп, таңдалған емдәмнің 6 түрі де оң нәтиже берді. Барлығы 30 күндік емдәм ұстап, тағамдық статус коррекцияланды.

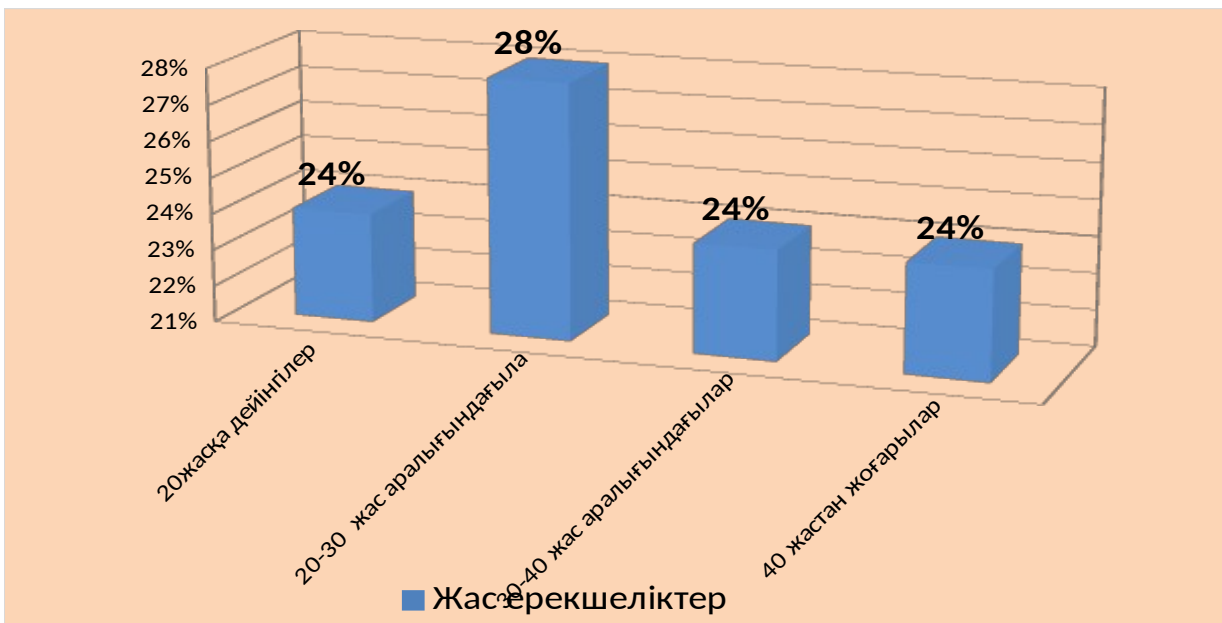
Зерттелген 331 адамның 29%(96адам)-ы ер адамдар болса, 71%(235)-ы әйел адамдар.(43 сурет)

43 сурет Зерттелген тұрғындардың жыныстық айырмашылығы



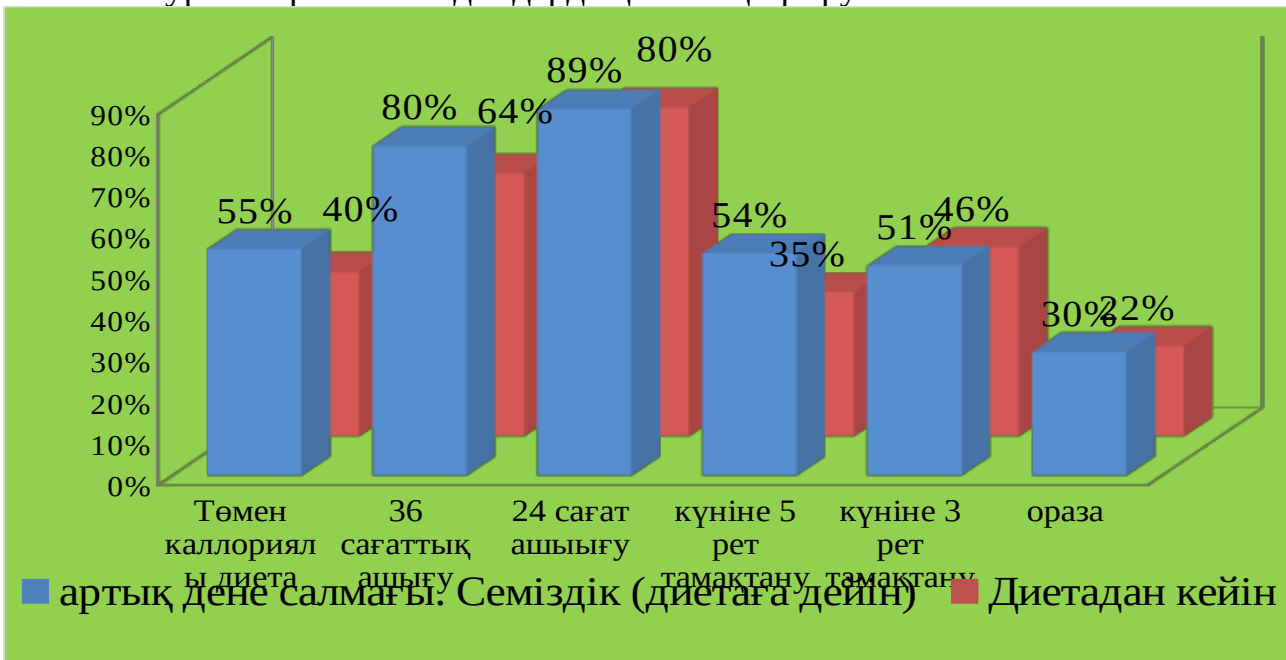
331 адамның ішінде 20 жасқа дейін – 78 адам (24%), 20-29жас аралығында 92 адам (28%), 30-39жас аралығында – 81 адам (24%) және 40-49жас аралығында – 80 адам (24%). Зерттеуге алынған тұрғындардың орташа жасы – 25 жасты құрады.

44-сурет Зерттелген адамдардың (331) жас ерекшеліктері



Бұл 331 адамдың әрқайсының денсаулық жағдайы бағалап 6 топқа бөлінді. Сол зерттеу бойынша әр топқа ас мәзірі құрастырылды.

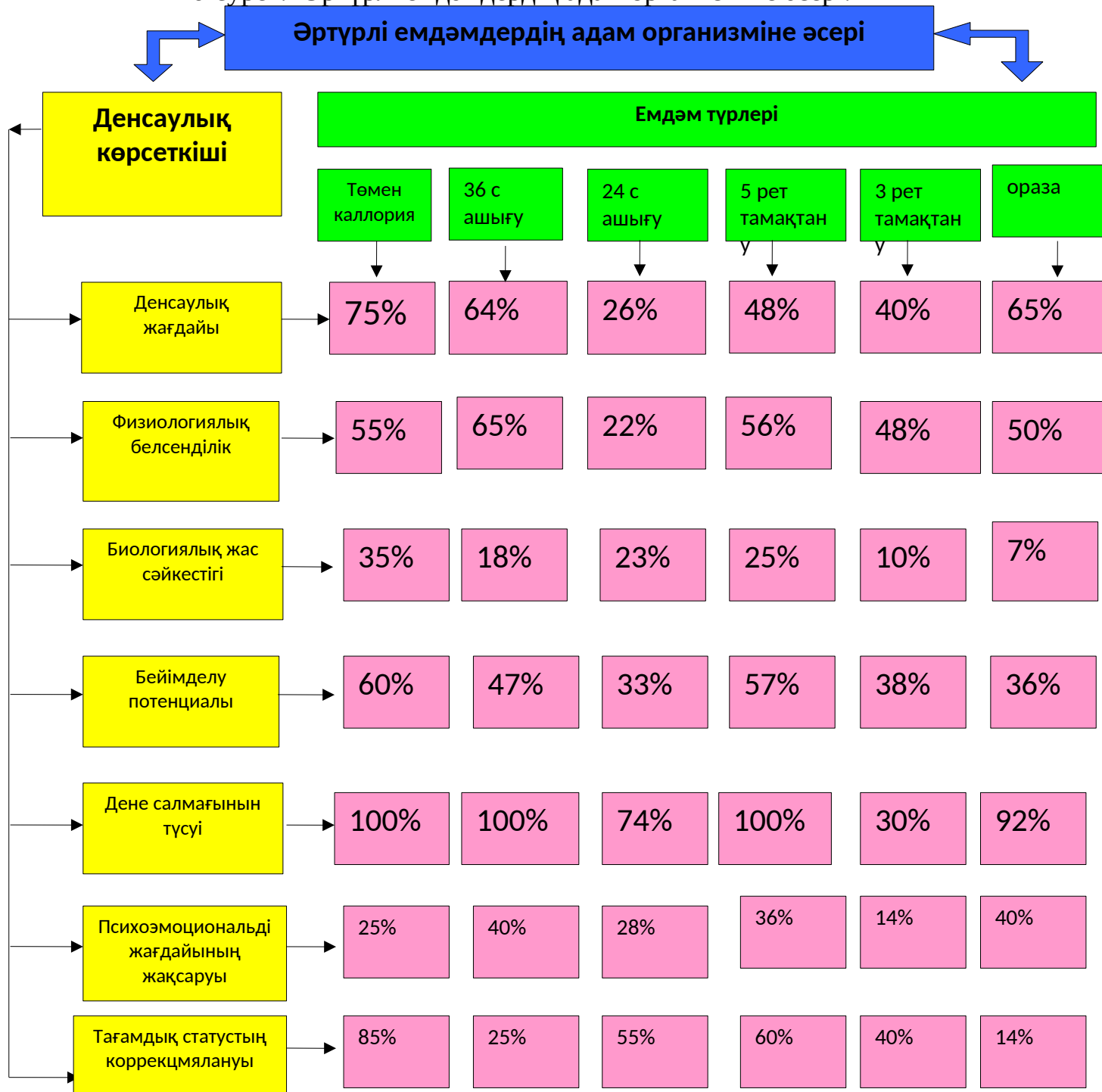
45-сурет. Зерттелген адамдардың салмақ түсіру нәтижесі



Зерттеу нәтижесінде сәнді емдәм ұстағандардан: төмен калориялы сәнді диета, 36 сағаттық ашығу, күніне 5 рет тамақтану диетасын ұстаған адамдар барлығы да салмақ түсіру оң нәтиже берді; яғни 100% арықтады. 1 айлық 12 сағаттық ашыққан адамдардың 92% белсенді салмақ тастады. 24 сағат ашыққандардың 72%-ы және 3 рет тамақтанғандардың 30%-ы салмақ тастады. Ең максималды (кг) арықтаған зерттелушілерге тоқталатын болсақ: төмен калориялы диетада 15%- 11кг дейін, 5 реттік тамақтану емдәмін ұстанғандар 9%- 9кг дейін, 36 сағат ашығуда 7%-8кг дейін, күніне 3 рет тамақтанған адамдардың 8%- 3 кг, 24 сағат ашыққандардың 15%-3кг арықтады. Ораза

ұстаған тұрғындардың 11%-ы 7кг дейін салмақ тастады және денсаулық жағдайының жақсаруынан жақсы көрсеткішке ие болды. Сонымен, төмен каллориялы сәнді диетаны ұстағандардың ең көбі 11кг дейін салмақ тастады. Ал тәулігіне 5 реттік тамақтану емдәмін ұстанғандар 9 кг-ға дейін, 36 сағат ашыққандар 8кг-ға дейін, ораза ұстағандар 7кг-ға дейін, күніне 3 рет тамақтанған адамдар 3кг дейін, , 24 сағат ашыққандар 3кг-ға дейін салмақ тастады.

46-сурет. Әртүрлі емдәмдердің адам организміне әсері.



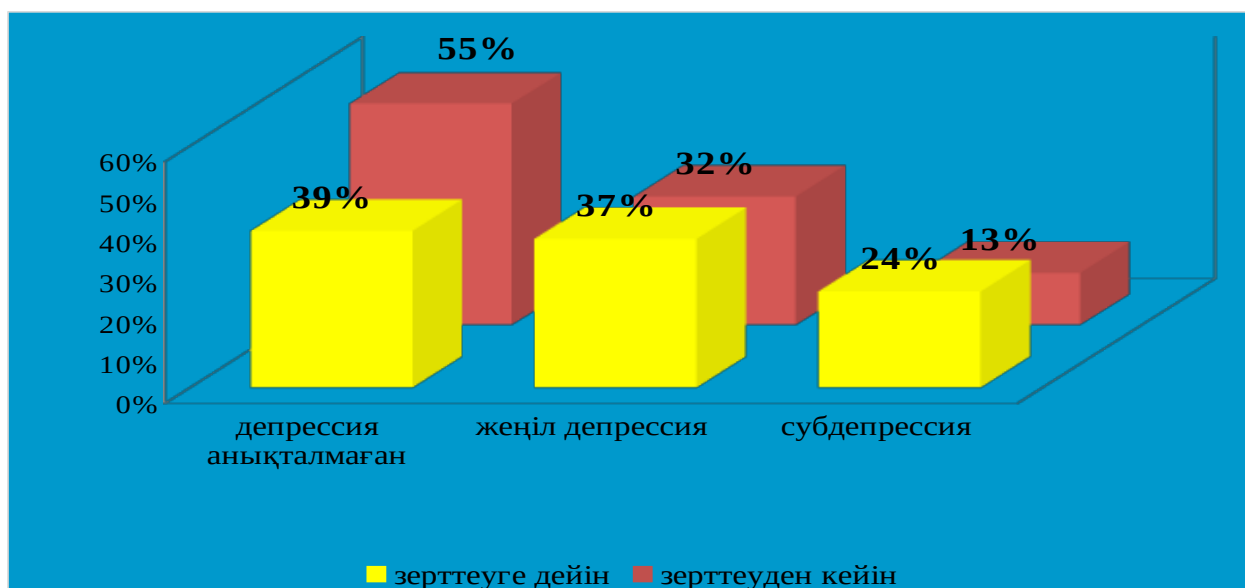
Диетадан кейін тұрғындардың денсаулығын зерттеу барысында, олардың тыныштық жағдайында 1 минут ішіндегі жүрек соғысының жиілігі (ЖСЖ) - 90% қалыпты деген нәтиже көрсетті. Соның ішінде төмен калориялы емдәм - 95% қалыпты, 5%- тахикардия, 36сағаттық ашығу- 86% қалыпты, 14%- тахикардия, 24 сағаттық ашығу- 76% қалыпты, 24%- тахикардия, 5 реттік тамақтану - 94% қалыпты және 6%- тахикардия, 3 реттік тамақтану - 78% қалыпты, 22%- тахикардия, ораза - 95%- қалыпты, 5% тахикардия.

Мартине сынамасы бойынша 90% - да өте жақсы физикалық жұмыскерлік; 10%—да жақсы физикалық жұмыскерлік. Руффье Индексі бойынша физикалық жұмыскерлігі мен қалпына келуі 15% -қанағаттанарлық, 85%-жақсы. Дене тұрқының мықтылық көрсеткішін Пинье бойынша зерттегенде 55%-мықты, 35%-қалыпты, 10%-орташа болды. Ал төмен, өте төмен деген көрсеткіштер болған жоқ. Рива-Роччи әдісі бойынша 331 адамның артериялық қан қысымын өлшеу кезінде 3% адамда артериялық гипертония анықталса, қалған 97% қалыпты қан қысымын көрсетті.

80-кесте. Психоэмоционалды көрсеткіштердің Айзенко әдісі бойынша диетаға отырғанға дейінгі және диетадан кейінгі нәтижелері.

Айзенко әдісі бойынша	Психоэмоционалды көрсеткіштердің диетаға отырғанға дейінгі және диетадан кейінгі нәтижелері			
	мазасыздану	фрустрация	агрессия	регидті
Зерттеуге дейін	18%	60%	22%	
Зерттеуден кейін	36%	49%	15%	

47-сурет. Психоэмоционалды көрсеткіштердің Зунге әдісі бойынша диетаға отырғанға дейінгі және диетадан кейінгі нәтижелері.



Қорыта келе, әртүрлі емдәмдердің адам организміне әсерінің өзіне тән ерекшеліктері бар. Тағайындалған емдәм топтарының ішінде адам организміне ең қолайлысы төмен калориялық топпен 5 реттік тамақтану тобы. Төмен калориялы емдәмнің ерекшелігі: бұл топта денсаулық жағдайы, физикалық белсенділігі күшейеді, биологиялық жас сәйкестігі арттырады, бейімделу потенциалы жақсарады, салмақ түсіп, қалыптанады, тағамдық статусты коррекциялау % жоғарылады. Ал, 5реттік тамақтануда физикалық белсенділігі және бейімделу потенциалы өте жоғары нәтижеге ие болды, дене салмағының түсуі жоғары көрсеткішке ие болса, психоэмоциональді жағдайы мен тағамдық статустың коррекциялануы бірінші топпен салыстырғанда төмендеу болды.

Осы екі емдәм топтарынан кейінгі ерекше көзге түскені 36 сағаттық ашығу мен 1 айлық 12 сағаттық ашыққан адамдардың жағдайы. 36 сағаттық ашығу салмақ түсіру жағынан төмен калориялы топпен салыстырғанда төмен болды. Бұл топтың ерекшелігі биологиялық жас сәйкестігі мен тағамдық статус коррекциялануы төмендеу болды. Ораза ұстаған адамдарда жалпы жағдайы жақсарып дене салмағы қалпына келгенімен биологиялық жас сәйкестігі, бейімделу потенциалы, тағамдық статус коррекциялану көрсеткіштері төмен болды.

Неғұрлым төмен калориялы тамақтанған сайын зат алмасу процесі белсеніп ықшамдалады. Май, күрделі көмірсулар ыдырай бастайды да қанда май қышқылдары мен глюкозаның физиологиялық негізде салыстырмалы концентрациясы көбееді. Бұл адамдарда тойыну сезімі ерте пайда болады[8].

Ал 5 реттік тамақтану соңғы кездегі ғалымдардың айтуынша ол өте қолайлы тамақтану түрі болып табылады, аз аздан 5 рет тамақтану организмді толыққұнды барлық қажетті заттармен қамтамасыз етіледі. Тойыну процесі ашығу процессінен үстем болады да адам организмі шамадан тыс артық тамақтануға қажеттілігі болмайды[5].

Жалпы ашығу процесстерінің әсері (24,36, 1 айлық 12 сағаттық) адам организміне әсері біріншіден: ішек қарын қызметіне жүктеме түспейді, және қабырғалық ас қорыту күшейіп, тіндердегі, клеткалардағы және клетка ішілік зат алмасу процесі ықшамдалады. Қалдықты қорыту процесі күшееді және зат алмасудың керексіз заттардың организмнен шығарылуы күшееді. Сөйтіп организм тазарады. Мөлшерлі ашығуда яки 36, 24 сағаттық ашығуда тамақтану режимі дұрыс сақталса адам организмінің реактивтілігі онша өзгермейді. Арнайы дайындалған ас мәзірі нәтижесінде 24сағаттық, 3реттік тамақтану тобының адамдары денсаулық жағдайының жақсаруы жоғарыда көрсетілген факторлармен байланысты болуы мүмкін.

36сағаттық ашығуда нақты бейімделу реакциялары жоғарылайды, ал 24 сағаттық ашығуда бейімделу реакциялары өз мөлшеріне жете алмай сондықтан оның денсаулық көрсеткіштері өзгермейді.

Ораза кезінде дәрігер-терапевт Айдос Сыйқымбаевтың зерттеуінде ауыз бекіту және ауыз ашар кезінде дұрыс тағам режимі сақталса, оның да организмге жақсы әсер ететіндігі, жасушалар жаңарып ескілері жойылатындығы, «қант» ауруына тосқауыл болатындығы, артық салмақтан

арылуға әсерін тигізетіндігі, тері ауруларымен күресуде пайдалы әсері бар екендігі, қан қоюланудың алдын алатындығы, адам организмі улы заттардан тазартатындығы, қан қысымын түсіруге және қанның қоюлану қаупін азайтуға әсері зор екендігі анықталды.

Сонымен, осы зерттеулер нәтижелері келесі **тұжырымдамалар** жасауға негіз болды:

1. Әртүрлі емдәмдердің яғни төмен калориялы, 36 сағаттық ашығу, 24сағаттық ашығу, 5реттік тамақтану, 3реттік тамақтану, 1 айлық 12 сағаттық ашығудың адам организміне ерекшеліктері мен әсері анықталды. Бұл ерекшелік тамақтану режиміне, тағам калориясына, ашығу ұзақтығына байланысты.

2. Емдәмдердің адамның денсаулық жағдайына әсері олардың түрлеріне байланысты екені анықталды.Төмен калориялы емдәм қабылдаған және 1 айлық 12 сағаттық ашыққан топтарда бұл көрсеткіш нақты 75% және 65% сәйкес болды. Ал қалған топтарда яки 36сағаттық ашығуда 64%, 5 реттікк тамақтануда - 48%, 3реттік тамақтануда 40%, 24 сағаттық ашығу - 26% болғандығы анықталды.

3. Төмен калориялы сәнді диетаны ұстағандардың 15 % -ы 11кг дейін салмақ тастады. Ал 9% - ы тәулігіне 5 реттік тамақтану емдәмін ұстанғандар 9 кг-ға дейін, күніне 3 рет тамақтанған адамдардың 8 % 3кг дейін, 36 сағат ашыққандар 7%-ы 8кг-ға дейін, 24 сағат ашыққандардың 15% 3кг-ға дейін, 1 айлық 12 сағаттық ашыққандардың 11%-ы 7кг дейін салмақ тастағандығы анықталды.

4. Психоэмоционалды көрсеткіштердің диетаға отырғанға дейінгі және диетадан кейінгі нәтижелерін салыстыру барысында келесі зерттеу топтарында оңтайлы нәтижелер анықталды: төмен калориялы диета ұстанған тұрғындардың 20% субдепрессия белгілерінің азайғандығы көрінсе 36 сағаттық емдәмде 36% жеңіл депрессия белгілері басылғандығы анықталды, ал 5рет тамақтану мен 1 айлық 12 сағаттық ашыққандар жуық шамамен 15%-ға дейін мазасыздану белгілері азайғандығы анықталды. Күніне 3 рет тамақтанған адамдарда фрустрация белгілері 11% басылғандығы, ал 24 сағаттық ашығудан кейін агрессия белгілерінің 8% азайғандығы байқалды.

5. Емдәмдер арқылы тағамдық статусты коррекциялауда төмен калориялы емдәм мен 5 реттік тамақтану тиімді болғандығы анықталды. Төмен калориялы диета артық салмақ пен семіздікті қалыптандыруда тиімді болып табылады, ал 24 және 36 сағаттық ашығу негізінен асқазан ішек жолын тазалауда, денсаулығы салыстырмалы сау адамдарға қолданған тиімдірек. 3 реттік тамақтану тамақты қабылдау аралығын ұзартып, адамның тағамды шамадан артық қабылдауына жағдай жасаса, тәулігіне 5 реттік тамақтану дене салмағын қалыпты ұстап тұруға және деннің сау болуына әсер етуде тиімді екендігі анықталды. Ал, бір айлық 12 сағаттық ашығу организмнен керексіз улы заттар шығарып,тазарып, қимыл қозғалыс қызметтері жақсарып жақсаратындығы анықталды.

Тәжірибелік ұсыныстар:

Ең жақсы нәтиже алған төмен калориялы диетаның ас мәзірі.

(81-кесте) 1 деңгейдегі топ адамдарына арналған ас мәзірі(700-900ккал):

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
	Таңғы ас	Сумен бұқтырылған ботқа кептірілген жемістермен	100г
8-00		Шай сүтсіз	250 мл
		Құрма	3 дана
	2 таңғы ас		
11-00		Алмұрт	1 дана
	Түскі ас		
13-00		Коже (немесе бұқтырылған балық, ет)	200мл
		Салат	70г
		Көк шай	250мл
16-00	Сәске ас	Кептірілген жемістер	70г
		Кампот	250мл
	2 кешкі ас		
19-00		Орамжапырақ салаты	100г

(82-кесте)2 деңгейдегі топ адамдарына арналған ас мәзірі(1000-1400):

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
8-00	Таңғы ас	ботқа	150г
		кептірілген жемістермен	50г
		Қара нан	1 дана
11-00	2 таңғы ас	5 кептірілген өрік	50г
		Кисель	250мл
	Түскі ас	Шай	200мл
13-00		Жаркое	200г
		Салат	100г
		селдерей	
16-00	Сәске ас	алма	70г
	2 кешкі ас		
19-00		Көкеніс салаты	150г
		кампот	250 мл

(83-кесте) 3 деңгейдегі топ адамдарына арналған ас мәзірі (1500-1800 калл):

1 күндік ас мәзірі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
8-00	Таңғы ас	Сумен бұқтырылған ботқа	150г
		кептірілген жемістермен	70г
		Шай сүтсіз	200
11-00	2 таңғы ас	Орамжапырақ салаты тұзсыз	170г
		Зәйтүн майымен	
13-00	Түскі ас	Щи сорпасы	200г
		салат	100г
		Ет	90г
		Нан	50г
		кампот	200г
16-00	Сәске ас	алма	1 дана
19-00	кешкі ас	Бұқтырылған балық	100г
		Көкеніс салаты	125г

***Күніне 2-3 литр су ішу керек. рационнан мүлдем алып тастайтын тағамдар яғни сәнді емдәм ұстанған кезде тұтынуға болмайтын тағамдар тізімі: сүт, майонез, мөлшерінен көп тұз, кетчуп, қуырылған тағамдар, консервіленген тағамдар, жартылайфабрикаттар, шұжық, ветчина т.б, банан, жүзім, апельсин және де тез дайындалатын тағамдар фаст фуд. Соңғы тамақ қабылдау ұйықтар алдында 4 сағат бұрын.

БИБЛИОГРАФИЯЛЫҚ ТІЗІМ:

1. Шарманов Т.Ш. Питание- важнейший фактор здоровья человека. Алматы - 2010, с. 194.
2. Л.З. Тель, Е.Д. Даленов, А.А. Абдулдаева, И.Э. Коман, Алматы – 2013, 76
3. Назарбаев Н.Ә. «Қазақстан - 2030. Барлық қазақстандықтардың өркендеуі, қауіпсіздігі, әл-ауқатының артуы». Елбасының Қазақстан халқына жолдауы, 1997 жыл.
4. Шарманов Т.Ш. Казахстан в контексте глобальных проблем питания. Алматы. - 2000. – 223 с.
5. (Шарманов Т.Ш., Тажибаев Ш.С., Цой И.Г.).
6. (Айджанов М.М., Колычева Н.И., Шибанова А.И., 2007).
7. Шарманов Т. Тамақтану гигиенасы Алматы 2006 – 154 бет
8. С.П. Терехин., С.В. Ахметова, Г.Н. Талиева. Емдік тамақтану (оқу-әдістемелік құрал). Қарағанды.-2006.-276 бет.
9. ВОЗ, 1991; 2004; Thinner A., 2004; UNICEF, 2006, 2007.
10. У.И. Кенесариев, Р.М. Балмахаева, М.Е. Жоламанов, Н.Е. Алимова. Тамақтану гигиенасы. I бөлім. "Эверо" баспасы. Алматы-2009.
11. (Шарманов Т.Ш 2010жыл)
12. (Үкімет Бұйрығы 2009жыл)
13. («Сезон» 2014жыл (Қазақстандық әйелдер порталы))
14. (Даленов Е.Д; Абдулдаева А.А 2010жыл)
15. Азық-түлік мәселелері бойынша Дүние жүзілік жоғары деңгейдегі кездесу барысында қабылданған Дүние жүзілік азық-түлік қауіпсіздігі бойынша Рим декларациясы, Рим, 13.11.1996 ж.
16. Біріккен Ұлттар Ұйымының мыңжылдық Декларациясының даму мақсаттарына қол жеткізудегі ДДҰ үлесі. WHA резолюциясы. Дүние жүзілік денсаулық сақтау ассамблеясының 56-шы сессиясы, Женева, 19-24 мамыр, 2003ж
17. Халықаралық АМСЖ конференциясы қабылдаған Алматы Декларациясы, Алматы, 12 қыркүйек, 1978 жыл.
18. Мартинчик А.М., Маев И.В., Петухов А.Б. Питание человека. (Основы нутрициологии). Москва, 2002. -572 с.
19. Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011 – 2015 годы
20. Vitamin & mineral deficiency. A global progress report. UNICEF, The Micronutrient Initiative, 2005, 43 p.
21. Шарманов Т.Ш. Питание и здоровье. Алма-Ата:Изд-во:«Казахстан»1974
22. Даленов Е.Д., Қалқамбай З.С., Абдулдаева А.А Емдік тағамдар түрлері Астана 2009. – 204 бет.
23. Королев А.А. Гигиена питания. Учебник для студентов высш.учебн. заведений. 2-ое издание. М.: Издательский центр «Академия», 2007. 528 с.
24. Румянцев Г.И., Воронцов М.П., Гончарук Е.И. Общая гигиена. М.: Медицина, 1990 – 228 с.

25. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство / Под ред. Ю. П. Лисицына.- М., 1998.
26. Абдулдаева А.А. 2008 ж. 215с
27. Vitamins and minerals in Pregnancy and Lactation/ Heribert Berger, editor. – New York: Raven Press, 1988. p/ 450
28. Stewart CP, Guthrie D, eds Linds treatise on scurvy. Edinburgh, University Press, 1953.
29. Ариф Абдулфаттах Таббара. Отбасы және тағамдағы күнәлар. Қазан – 2006.
30. Лисицын Ю.П. Распространенность сердечно-сосудистых заболеваний // Превентивная кардиология. – М.: «Медицина», 2007. – с.227.
31. Гигиена труда и профессиональные заболевания. 11. 2011г. М. Медицина.
32. А.Н. Окорочков. Диагностика болезней внутренних органов. Том 10, Москва, Медицинская литература 2005г.
33. Самсонов М.А. Концепция сбалансированного питания и ее значение в изучении механизмов лечебного действия пищи. // Питание. 2012
34. Юрий Григорьевич Григоров: вопросы питания //I Диетология 2011. № 2,
35. Е.В. Тяглов. Исследовательская и проектная деятельность учащихся по биологии: мето. Пособие/.М.:Планета,2010.
36. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире: «Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни». ВОЗ 2002.
37. Тель Л.З., Агаджанян Н.А. Физиология Человека. Алма – Ата.1992. 241б
38. Тель Л.З. Валеология человека – философия жизни . Астана. - 1999. 379б
39. Ш.С.Тәжібаев .Балғынбеков Ш.А., Қайнарбаева М.С., Салауатты тамақтану-артық дене салмағымен семіздікті алдын алудың негізі Алматы, 2012 – 40 б
40. Александер Ф. Психосоматическая медицина. М.: ЮНИТИ, 2007. – 435 с.
41. Ананьев ВА. Введение в психологию здоровья. СПб.: Питер, 2006. 560 с.
42. Гиндикин В.Я., Семке В.Я. Соматика и психика. Просвещение, 2004. 385б
43. Тутельян В.А., Спиричев В.Б., Суханов Б.П., Кудашева В.А. Сау және науқас адамның тамақтануындағы микронутриенттер. Дәрумендер мен минералдық заттектер бойынша анықтамалық нұсқаулық / 2002.424 б
44. Кабанов М.М., Личко А.Е., Смирнов В.М. Методы психологической диагностики и коррекции в клинике. — М.: ВЛАДОС, 2005. – 385 с.
45. Карвасарский Б.Д. Медицинская психология.- М.: Медицина,2006. –565 с.
46. В. С. Михайлов «Культура питания и здоровье семьи» Москва, 1987г
47. Л.И. Алифанова. Учебно-методическое пособие по дисциплине «Валеология» Тольятти, 2003
48. Б.Л. Смолянский, Л. В. Белова «Самые лучшие системы оздоровления» Москва, 2005
49. Ерманова С.А Емдік тағам Қарағанды 2012жыл 6 бет
50. Горшков А.М., Липатов О.В., Гигиена питания М.Медицина, 1987г
51. Дедов И.И., Мельниченко Г.А. Ожирение. М., 2006; 456

52. Дымова Т.А Лечебное питание 2005г 192
53. Ванханен В.Д., Лебедева Е.А. Руководство к практическим занятиям по гигиене питания. М. Медицина, 1987г.
54. К.С.Петровский. В.Д.Ванханен. ГИГИЕНА ПИТАНИЯ Издательство «Медицина» Москва. 1975
55. Davis A. Нутрицевтика. Өмір, денсаулық және ұзақ жасау үшін тамақтану. - М.: Саттва, 2004. –544 б.
56. Шарманов Т.Ш. Здоровое питание. Материалы республиканской научно – практической конференции, Алматы, 2000 г, С. 1-3.
57. Баевский Р.М. Оценка и классификация уровней здоровья с точки зрения теории адаптации // Вестник АМН СССР. - 1989. - С. 73-78.
58. Баевский Р.М. Проблема здоровья и нормы: точка зрения физиолога // Клиническая медицина. - 2000. - С.59-64.
59. Баевский Р.М., Берсенева А.П. Оценка адаптационных возможностей организма и риск развития заболеваний. Москва. - 1997. - 216 с.
60. Апанасенко Г.Л. Оценка возможностей организма // <http://www.ecg.ru/books/book02/intro.html> – 1-48 с.
61. Апанасенко Г.Л. Медицинская валеология. Киев. - 2000. - С. 49-72.
62. Меерсон Ф.З. Адаптационная медицина: Концепция долговременной адаптации. М: Дело. - 1993. -138 с.
63. Исаева А.П., Личагина С.А., Потапова Т.В. Стратегии адаптации человека. Тюмень. – 2003. - 248 с.
64. Майоров О.Ю. Диагностика здоровья // Сборник научных трудов. Воронеж. - 1990. - С.137-143.
65. Плотников В.В., Корневский Н.А. Диагностика здоровья // Сборник научных трудов. Воронеж. - 1990. - С.75-83.
66. Умрюхин Е.А. Диагностика здоровья // Сборник научных трудов. Воронеж. - 1990. - С.145-146.
67. Курмангалиева Д.С. Характер адаптации к напряженной мышечной деятельности на фоне алиментарной коррекции (Экспериментальное исследование): автореф. ...к.б.н. Алматы. - 2005. – 29 с.
68. Lucini D., Mela G.S., Malliani A., Pagani M. Impairment in cardiac autonomic regulation preceding arterial hypertension in humans: insights from spectral analysis of beat – by – beat cardiovascular variability // Circulation. - 2002. - Vol. 106. - №21. - P.2673-2679.
69. Lucini D., Porta A., Pagani M. Assessing autonomic disturbances of hypertension in the general practitioners office: a telemedicine approach to a spectral analysis of heart rate variability // J. Hypertens. - 2003. vol. 21. №4. - P 755-
70. Баевский Р.М. Математический анализ сердечного ритма при стрессе. Москва. - 1984. - 258 с.
71. Берсенева И.А. Возрастные особенности вегетативной регуляции сердечного ритма при ортостатической пробе // Сб. науч. трудов «Компьютерная электрокардиография на рубеже столетий XXXXI». Москва. - 1999. - С. 145-147.

72. Апанасенко Г.Л. О безопасном уровне здоровья человека // Асклепийон. – 1996. - №1- 4. – С. 14 – 16.
73. Батечко, С.А. Основы здорового питания с Тяньши/ С.А. Батечко. - М.: АСТ Астрель Хранитель, 2007. - 796 с.
74. Кудашева, В.А. Чудесная диета, или как стать стройными: кн. для учащихся/ В.А. Кудашева. - М.: Просвещение, 1991. - 64 с., ил.
75. Седлецкий, Ю.И. Современные методы лечения ожирения: руководство для врачей/ Ю.И. Седлецкий. Санкт-Петербург:"ЭЛБИ-СПб",2007.-416 с.,
76. Сидоренко Г.И., Захарченко М.П., Беляев Е.Н. и др. Проблемы гигиенической донозологической диагностики в современной профилактической медицине // Методологические и методические проблемы оценки состояния здоровья населения: Тез. конф. (СПб., 2-4 июня 1992 г.). – СПб. – 1996. – С. 4-6.
77. Столбун Б. М. Выявление предпатологических состояний у работников летного состава авиапредприятия // Проблемы ранней и доклинической диагностики болезней, Москва, 1994, С. 40 – 43.
78. Тарасова Л. А., Дкмкин В. Н., Лагутина Г. Н. и др. Донозологическая диагностика профессиональных заболеваний // Проблемы донозологической диагностики, Л., 1999, С 57 – 58.
79. Карсыбекова Н.М. Репродуктивное здоровье и его связь с питанием. Материалы республиканской научно – практической конференции, Алматы. – 2000. - С.38-39
80. Покровский А.А., Самсонова М.А. Справочник по диетологии. Москва, Медицина. - 1981. - С. 45-46.
81. Шайхова Г.И., Азимова Д.А. // Вопросы питания. – 1991. - №4.- С.21-24.
82. Смоляр В.И. Рациональное питание. Киев. Наукова думка.1991. – С.55-58.
83. Petrie L, Duthie S.J, Rees WD, McConnell J.M. Nutr.2002.Nov:88 (5): 471-7.
84. Nishimura K,Shima M, Tsugawa I. J Bone Miner Metab 2003.-№21 (2): 103-8.
85. Moore LL, Bradlee ML, Singer MR, Rothman KJ, Milunsky A. Epidemiology 2003. - Mar; 14 (2): 200-5.
86. Брыкалова А.А., Анисимова Ю.А. Диетические продукты с использованием пищевых волокон: Материалы VII конгресса по здоровому питанию населения России, Москва. – 2003. - 84 с
87. Мақсұтбек СҮЛЕЙМЕН Дұрыс тамақтану дәстүрі Аурудан қорғап, өмірінді ұзартады <http://www.info-tses.kz/red/article.php?article=56878>
88. Түсіпқалиев Б.Т.Балалар ауруларының пропедевтикасы Ақтөбе 2002,187б
89. Маймулов В.Г., Якубова И.Ш., Чернякина Т.С. Тамақтану және балалардың денсаулығы. И.И.Сеченов атындағы СПбГМА, 2003. -354 б.
90. Тутельян В.А., Спиричев В.Б., Суханов Б.П., Кудашева В.А. Сау және науқас адамның тамақтануындағы микронутриенттер. Дәрумендер мен минералдық заттектер бойынша анықтамалық нұсқаулық – М.Колос, 2002. – 424б .

91. Лечебное питание (учебно-методическое пособие под ред. Шарманова Т.), А., 2009
92. Шарманов Т., Ахмет-Төре М., Емдәмтану терминдерінің орысша-қазақша сөздігі, А., 2008;
93. Полат, Е. Метод проектов в школе/Е. Полат//.-2002.- №2. С. 256.
94. Ордабеков С. Медициналық валеология. Тараз, 2005
95. Брехман И. И. Валеология — наука о здоровье — М.: ФиС, 2010.
96. Тутельян, В.А. Справочник по диетологии / В.А. Тутельян, М.А.Самсонов — 3-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2002. — 544 с.
97. Спиричев, В.Б. Научное обоснование применения витаминов в профилактических и лечебных целях. Сообщение 1. Недостаток витаминов в рационе современного человека: причины, последствия и пути коррекции / В.Б. Спиричев /Вопр. питания. 2010. Т.79,№ 5.— С. 4-14.
98. Доклад ВОЗ о состоянии здравоохранения в мире: «Уменьшение риска, содействие здоровому образу жизни». ВОЗ 2002.
99. JR Di'az, A de las Cagigas and R Rodri'guez, Micronutrient deficiencies in developing and affluent countries, European Journal of Clinical Nutrition (2003) 57, Suppl 1, S70–S72& 2003.
100. Дюсенов С.С., Тель Л.З.,Даленов Е.Д. К вопросу адсорбции этанолсорбентами. Материалы 1 международной конференции по проблемам формирования здорового образа жизни, Астана.-1998.-С.192
101. Есенжанова Г.М. Клинико-иммунологические особенности пищевой аллергии,пищевой непереносимости и сопутствующие хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта:автореф.д.м.н. Алматы.- 1997
102. Погожаева А.В. Пищевые волокна в лечебно – профилактическом питании.// Вопросы питания. - 1998. - №1. - С.39-42.
103. Погожаева А.В. Пищевые волокна в лечебно – профилактическом питании.// Вопросы питания. - 1998. - №1. - С.39-42.
104. Алмаз Шарман. Анемия. Алматы «Атамұра». - 2002. - С. 21 – 94.
105. Беюл Е.А. Значение пищевых волокон в питании /Клин. мед,1987.№2.
106. Козинец Г.Иг Физиологические системы человека,основные показатели. Москва: «Триада-Х», 2000, 336с.
107. Пушкарев Ю.П. О принципах физиологической адаптации к факторам среды / Ю.П. Пушкарев, А.П. Герасимов, Е.В. Синельникова // Механизмы функционирования висцеральных систем: материалы Междунар.конф. СПб., 1999. - С. 302.
108. Бедненко В.С. Методы оценки и коррекции функционального состояния человека. / В.С. Бедненко. - М.: Медицина, 2001. - 110 с.
109. World Health Organization: Guiding principles forfeeding non-breastfed children 6–24 months of age. Geneva,WHO, 2005.2.
110. Витрук С.К. Пособие по функциональным методам исследования сердечно-сосудистой системы. / С.К. Витрук. - К.:Здоров'я, 1990. - 257 с.
111. Жулкевич И.В. Применение пищевых волокон в лечении сахарного диабета, Автореф. дис. канд., Тернополь. – 1988. - С.151-172.

112. М. Монтиньяк «Я ем, значит, я худею» Москва, 2003, 43с
113. И. Г. Панин «Раздельное питание для взрослых и детей» Москва, 2006
114. BBC News. 17 May 2004. Retrieved 13 February 2012. Ученые одобрить диета Аткинса". BBC News. 17 мая 2004 года. Проверено 13 Февраля 2012
115. Медицинская библиотека / Раздел "Книги и руководства"
<http://www.medlinks.ru/sections.php?op=viewarticle&artid=151>
116. Вайнштейн С.Г. Пищевые волокна в профилактической и лечебной медицине. // ВНИИМИ, Москва. – 1985. - 81с
117. Радомская В.М., Виноградова Л.Н. Экология и здоровье человека: Тезисы докладов Международной научно-практ. конф., Самара. - 1995. - С.78-79.
118. Витавская А.В., Кулажанов К.С. Ферменты, витамин С, пищевые волокна – путь к здоровью и долголетию: материалы VII конгресса по здоровому питанию населения России, Москва. - 2003. - 99 с.
119. Маликов В.Н., Маликова Р.А. Эколого – гигиенические аспекты охраны окружающей среды и здоровья человека. Алматы. - 1994. - С.263 – 266.
120. Шарманов Т.Ш. Здоровое питание. Материалы республиканской научно – практической конференции, Алматы, 2000 г, С. 1-3.
121. Лисицын Ю.П., Копыта Н.Я. Руководство к практическим занятиям по социальной гигиене и организации здравоохранения. 1984. С. 72-153.
122. Gong C., Rhoda W., Grant C. J. Material Fecal Med.-1994.Vol.2.- №3.P.132
123. Серова О.Ф. Consilium Medicum (экстравыпуск). - 2000. – С. 11-12.
124. Woods JR Jr, Cavanaugh JL, Norkus Ep et al. Am J Obstet Gynecol. - 2002. – Nov., - №187 (5): 1179-83.
125. В.М. Куковякин.« Азбука здорового питания ».Рипол Классик. 2007.
126. М.М. Безруких, Т.А. Филиппова, А.Г. Макеева. « Формула правильного питания » (методическое пособие). ОЛМА Медиа Групп, 2009.
127. «Гигиена » под редакцией Ю. П. Пивоварова; в двух томах. Москва, издательский центр «Академия», 2013.
128. Y Claire Wang et al. Health and economic burden of the projected obesity trends in the USA and the UK . The Lancet, 2011 V 378- 9793, p 815-825
129. Definition for diet *Oxford Dictionaries*. Retrieved 13 February 2012
130. Weintraub, Eileen. Life as a Vegetarian Tibetan Buddhist Practitioner: A personal view. Society of Ethical and Religious Vegetarians. Retrieved 2012.
131. "Definition for diet". *Oxford Dictionaries*. Retrieved 13 February 2012.
132. "What do Halal, Dhabiha Halal and Haram Mean?". [halalcertified](http://halalcertified.com). March 2012.
133. "What is a vegetarian?". Vegetarian Society. Retrieved 13 February 2012.
134. Hunter, Fiona BBC Health. Retrieved 12 March 2012.

Қосымшалар

1-қосымша

Сауалнама:№

1. Сауалнама жүргізілген уақыты(күні,айы,жылы) _____
2. Облыс: _____
3. Тегі,Аты,Әкесінің аты: _____
4. Жынысы: _____
5. Туған жылы,айы,күні: _____
6. Толық жасы (бүгінгі күнге дейін) _____
7. Ұлты: _____
8. Мекен жайы: _____
9. Телефон номері: _____
10. Жұмыс орныңыз немесе оқу орныңыз, мамандығыңыз: _____
11. Қызметіңіз физикалық активтілік бойынша қай топқа жатады:
 - Мүлдем активті емес (ешқандай физикалық жүктеме жоқ,қимыл қозғалыс мүлдем аз)
 - Отырып (физикалық жүктеме аз және қимыл-қозғалыс аз)
 - Тұрып, отырып (физикалық жүктеме орташа)
 - Жартылай активті (физикалық жүктеме және қимыл-қозғалыс бар, бірақ активті емес)
 - Активті (жұмыс уақытында отырмаймын, қимыл-қозғалыс көп)
12. Отбасы жағдайы:
 - Үйленбеген/тұрмыс құрмаған
 - Үйленген/тұрмыс құрған
 - Ажырасқан
 - жесір
13. Бойы (см) _____
14. Салмағы (кг) _____
15. Қалайтын салмағыңыз: _____
16. Пульс жиілігі(1мин. соққы, тыныштық кезінде) _____
17. Қан қысымы(мм.сын.б) СҚҚ(жоғарғы)___ ДҚҚ(төменгі)___
18. Өкпенің өмірлік сиымдылығы-спирометр көмегімен (см3) _____
19. Бұлшықет күші-динамометр көмегімен (кг) _____
20. Дем ұстап тұру уақыты(1мин): _____
21. Статистикалық баланс (1мин) _____
22. Бас өлшемі (см) _____
23. Иық өлшемі (см) _____
24. Кеуде өлшемі (см) _____
25. Бел өлшемі (см) _____
26. Бөксе өлшемі (см) _____
27. Организмде % майдың мөлшері: _____
28. Спортпен шұғылданасызба,қандай спорт түрі, аптасына неше рет, неше сағаттан: _____
29. Темекі шегесізбе,күніне неше темекі? _____

30. Алкогольді ішімдік ішесізбе(жиілігін жазу: айына, аптасына неше рет немесе күнделікті)? _____
31. Отбасыңызда семіздікпен ауыратын адамдар бар ма: Ия Жок
32. Бас айналу немесе талып қалу жиі бола ма(егер де болса қаншалықты болып тұрады)? _____
33. Тыныштық кезінде демікпе бола ма? _____
34. Тұқым қуалайтын аурумен ауырасызба? _____
35. «Д» тізімде тұрсызба? _____
36. Қосымша ауруларыңыз болса көрсетіңіз. (асқазан ішек ауруы, ЖҚТ, өкпе, буын, қант диабеті т.б аурулар бар ма? _____
37. Соңғы 6 айдың ішінде дәрі-дәрмек қабылдадыңыз ба (жауабыңыз ия болса қандай)? : _____
38. Соңғы 6 айдың ішінде дәрумендер, БАД қабылдадыңыз ба (жауабыңыз ия болса қандай)? : _____
39. Дәрігердің нұсқауы бойынша, емдік мақсатпен емдәм ұстандыңызба? _____
40. Арықтау мақсатымен «сәнді емдәм» ұстандыңызба? _____
41. Егер жауабыңыз ия болса қандай және қанша уақыт (бірнешеу болса тізіп жазыңыз)? _____
42. Арықтайтын дәрі-дәрмек қолдандыңызба? Ия Жок
43. Сіз денсаулық сұрақтары бойынша қандай ақпарат көздеріне сенесіз:
- Медқызметкерлерге
 - Үнпарақтар мен буклеттерге
 - Арнайы әдебиетке
 - Теледидарлық арналар
 - Ғаламтор
 - Басқасы (көрсету қажет) _____
44. Сіз қалай ойлайсыз, дұрыс тамақтану арқылы аурудың алдын алуға бола ма? Ия Жок Білмеймін
45. Салауатты тамақтану сұрақтарына қызығушылық танытасыз ба? Ия Жок
46. Салауатты тамақтану ұғымын қалай түсінесіз?
- Ұнатқан тағамды жеу
 - Тағам үлесінде мүмкіндігінше «жедел тағамды» шектеу
 - Ағзаны барлық қажетті заттектермен (ақуыз, май, көмірсу), дәрумендер және микроэлементтермен қамтамасыз ететін түрлендірілген тамақтану
 - Басқа (көрсету қажет) _____
47. Салауатты тамақтану ережелерін ұсынасыз ба? Ия Жок
48. Салауатты тамақтанудың қандай ережелерін білесіз?
- Дұрыс тамақтану тәртібін сақтау (күніне тең арқылы 3-4 реттік тамақтану)
 - Түрлендірілген тағам үлесі
 - Ас мәзірінде майлы тағамды, жедел тағамды, қытырлақ нандарды(чипсы, кириешкилер, тәтті газдалған сусындарды қолданбау)
 - Басқа (көрсету қажет) _____
49. Сіздің үй шаруашылығыңызда азық-түлікті көбіне кім сатып алады? _____
50. Сіз азық түліктерді сатып алған кезде затбелгісіне назар аударасызба? _____

51. Отбасыңызда асты кім әзірлейді? _____
52. Сіздің отбасыңызда тамақтану қалай ұйымдастырылған (ыстық тағам күніне неше рет қабылданады)? _____
53. Сіздің отбасыңыз ет және ет өнімдерін қаншалықты жиі тұтынады? (таңдаған жауабыңыздың қасына мөлшерін көрсетіңіз)
- Күнделікті
 - Аптасына 3-4 рет
 - Аптасына 1 рет
 - Тұтынбаймыз
 - Басқа (көрсету қажет) _____
54. Сіздің отбасыңыз балық және балық өнімдерін қаншалықты жиі тұтынады? (таңдаған жауабыңыздың қасына мөлшерін көрсетіңіз)
- Күнделікті
 - Аптасына 3-4 рет
 - Аптасына 1 рет
 - Тұтынбаймыз
 - Басқа (көрсету қажет) _____
55. Сіздің отбасыңыз Fast food (гамбургер, чизбургер, КФС, картоп қытырлағын, хардис, донер т.б) өнімдерін қаншалықты жиі тұтынады? (таңдаған жауабыңыздың қасына мөлшерін көрсетіңіз)
- Күнделікті
 - Аптасына 3-4 рет
 - Аптасына 1 рет
 - Тұтынбаймыз
 - Басқа (көрсету қажет) _____
56. Сіздің отбасыңыз жеміс жидектер мен көкөністерді қаншалықты жиі тұтынады? (таңдаған жауабыңыздың қасына мөлшерін көрсетіңіз)
- Күнделікті
 - Аптасына 3-4 рет
 - Аптасына 1 рет
 - Тұтынбаймыз
 - Басқа (көрсету қажет) _____
57. Күніне қанша су ішесіз: _____
58. Соңғы тамақ қабылдау ұйқтар алдында неше сағат бұрын: _____

24 сағат ішінде қабылданған тағам тізімі			
Уақыты		Қандай тағам	Мөлшері (мл, г)
	Таңғы ас		
	2 таңғы ас		
	Түскі ас		
	Кешкі ас		
	2 кешкі ас		
Уақыты	24 сағат ішінде жасалатын іс-әрекет		

Өз денсаулығын бағалау индексінің сұрақтары:

- Бас ауруы мазалай ма? Ия Жоқ
- Әр түрлі дыбыстарға оянып кетесізбе? Ия Жоқ
- Жүрек тұсы ауруы мазалай ма? Ия Жоқ
- Көзіңіздің көруі нашарлады деп есептейсізбе? Ия Жоқ
- Есту қабілетіңіз төмендеді деп санайсызба? Ия Жоқ
- Тек қана қайнаған су ішуге тырысасызба? Ия Жоқ
- Қоғамдық көлікте сізге орын берема? Ия Жоқ
- Бұлшықет ауруы мазалай ма? Ия Жоқ
- Ауа райы өзгергенде денсаулық өзгерісін сезінесізбе? Ия Жоқ
- Уайымдау әсерінен ұйқысыздық мазалау болып тұра ма? Ия Жоқ
- Іш қату (запор) мазалай ма? Ия Жоқ
- Бауырыңыз ауырама(оң жақ қабырға доғасының асты)? Ия Жоқ
- Бас айналу мазалай ма? Ия Жоқ
- Өткен жылға қарағанда жағдайыңыз нашарлады деп есептейсізбе? Ия Жоқ
- Ұмытшақтық мазалай ма? Ия Жоқ
- Дененің әр түрлі жерлерінде шаншу, қышу т.б сезінесізбе? Ия Жоқ
- Құлағыңызда шу мазалай ма? Ия Жоқ
- Аптечкада жүрек дәрілерін сақтайсызба? Ия Жоқ
- Аяқ ісуі болып тұрама? Ия Жоқ
- Белгілі бір себеппен қандай да бір тағамға шектеу қойдыңызба? Ия Жоқ
- Тез жүргенде демікпеге шалдығасызба? Ия Жоқ
- Бел аймағы ауыра ма? Ия Жоқ
- Емдік мақсатпен қандай да бір минералды су қолданасыз ба? Ия Жоқ
- Сіз өзіңізді көп жылайтын болдым деп айта аласызба? Ия Жоқ
- Пляжға барып тұрасызба? Ия Жоқ
- Жұмыс істеу қабілетіңіз бұрынғыдай ма? Ия Жоқ
- Бақытты сезінетін кездер болып тұрама? Ия Жоқ
- Денсаулығыңызды қалай бағалайсыз?

*жақсы

*қанағаттанарлық

*жаман

*өте жаман