

ФГБУ «Российская академия образования»

Научный центр Российской академии образования
в Южном федеральном округе

Ю.Б. Тхакумачева

А.В. Шаханова

А.Р. Тугуз

Р.А. Ахтаов

ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ В ПОСТРОДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН

Майкоп
ЭЛИТ
2022

Монография

УДК 796.01:615.825.1
ББК 75.116.05+53.541.1
Ф50

**Публикуется по решению Совета Научного центра РАО
в Республики Адыгея**

Рецензенты:

доктор педагогических наук, доктор биологических наук,
профессор, заведующий кафедрой общей педагогики
Адыгейского государственного университета, г. Майкоп.

Чермит Казбек Довлетмизович

доктор педагогических наук, профессор,
заведующая кафедрой технологий

Кубанского государственного университета физической
культуры, спорта и туризма, г. Краснодар.

Дворкина Наталья Ивановна

Ф50 Физкультурно-оздоровительные системы в послеродовой реабилитации женщин [Электронный ресурс] : монография // Тхакумачева Ю.Б., Шаханова А.В., Тугуз А.Р., Ахтаов Р.А.- электрон. дан. (1 файл pdf – 1,2 Мб) – Майкоп : ЭЛИТ, 2022. – Режим доступа: <https://201824.selcdn.ru/ELIT-167/pdf/9785604861530.pdf>.

ISBN 978-5-6048615-3-0

В настоящее время демографическая ситуация в России стала одной из самых острых социально-экономических проблем общества, что предопределило необходимость принятия на уровне властных государственных структур целого ряда законодательных документов. Вместе с тем в большинстве нормативных документов, регламентирующих различные аспекты решения демографической проблемы, недостаточное внимание уделяется важнейшему вопросу – послеродовой реабилитации женщин, во многом обуславливающей здоровье матери, ребенка и, как следствие, нации в целом.

В монографии обосновывается универсальность разработанной методики психофизической послеродовой реабилитации женщин с использованием средств оздоровительной физической культуры, ориентированной на триединство развития физического, психического, социального состояний родильниц, а также выявлена специфика использования физических упражнений на каждом этапе реабилитации, определены режимы построения физической нагрузки для групп женщин с различными послеродовыми функциональными показателями.

**УДК 796.01:615.825.1
ББК 75.116.05+53.541.1**

ISBN 978-5-6048615-3-0



9 785604 861530

© Тхакумачева Ю.Б., Шаханова А.В.,
Тугуз А.Р., Ахтаов Р.А., 2022
© Оформление электронного издания
ООО «ЭЛИТ», 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Глава I. Теоретико-методические основы использования средств оздоровительной физической культуры для восстановления женщин в послеродовом периоде.....	9
I.1. Теоретическое обоснование значимости физкультурно-оздоровительных систем в послеродовой реабилитации женщин.....	9
I.2. Содержательные основы проведения оздоровительно-реабилитационных упражнений с женщинами в послеродовом периоде.....	16
I.2.1. Средства оздоровительной физической культуры, используемые для восстановления женщин после родов.....	16
I.2.2. Организация и структура занятий с использованием средств оздоровительной физической культуры с женщинами в послеродовом периоде.....	20
I.2.3. Направленность физической нагрузки на занятиях с использованием средств оздоровительной физической культуры в послеродовом периоде.....	24
I.3. Ритмическая гимнастика как средство физкультурно-оздоровительных систем, способствующее восстановлению женского организма после родов.....	30
Глава II. Методы и организация исследования.....	40
II.1. Методы исследования.....	40
II.2. Организация исследования.....	52
Глава III. Организация занятий оздоровительной физической культурой с женщинами в послеродовом периоде.....	54
III.1. Мониторинг состояния здоровья женщин Республики Адыгея в родах и в послеродовом периоде.....	54
III.2. Характеристика понятия «здоровье» женщин в послеродовом периоде.....	59
III.2.1. Физическое здоровье как главный ориентир методики психофизической послеродовой реабилитации женщин с использованием физкультурно-оздоровительных систем.....	67
III.2.2. Социальное и психическое здоровье как ориентиры методики психофизической послеродовой реабилитации женщин с использованием физкультурно-оздоровительных систем.....	75
III.3. Обсуждение результатов экспериментальной работы по использованию средств физкультурно-оздоровительных систем.....	83
в послеродовой реабилитации женщин.....	83
Заключение.....	106
Список литературы.....	111
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	131
Практические рекомендации.....	132

ВВЕДЕНИЕ

Повышение конкурентоспособности России на мировом уровне во многом зависит от благополучия и здоровья детей, их успешного развития, своевременного включения в социально значимую деятельность, что определяет будущее любой страны. Наличие причинно-следственной зависимости в системе «здоровье матери - здоровье ребенка - здоровье нации» имеет особую актуальность.

Сложившаяся демографическая ситуация в стране предполагает основные направления решения этой важнейшей проблемы: снижение смертности, повышение рождаемости, поддержка молодых семей, материальное стимулирование и др. Проблему низкой рождаемости невозможно решить без изменения отношения всего общества к семье и её ценностям. Среди этих ценностей лидирующие позиции занимает здоровье беременных женщин и родильниц.

Ряд авторов констатируют, что до настоящего времени сохраняются негативные тенденции в состоянии здоровья женщин в родовом и послеродовом периодах. Так, по данным Министерства здравоохранения Российской Федерации лишь у 30-35% женщин роды физиологически протекают без осложнений [4, 6, 105].

Заболеваемость родильниц связана, прежде всего, с недостаточным охватом населения медико-генетической помощью, неэффективной дородовой диагностикой патологии плода, недостаточной эффективностью послеродовой реабилитации. Внедрение в широкую педагогическую практику современных технологий по эффективному восстановлению женщин после родов невозможно из-за отсутствия соответствующих специалистов, учреждений и их необходимого оснащения.

Совершенно очевидно, что в настоящее время для коренного улучшения демографической ситуации необходим комплексный подход

к решению наиболее актуальных проблем материнского здравоохранения. Ключевое значение в этом имеют разработка стратегии сохранения здоровья женщин, формирование и законодательное закрепление государственной политики охраны здоровья беременных женщин и развитие фундаментальных исследований в области послеродового восстановления.

В настоящее время вопросы реабилитации женщин в послеродовом периоде являются актуальными в связи с тем, что социально-экономические преобразования, направленные на улучшение демографической ситуации, проводимые в России в рамках национальных проектов, ведут к тому, что данная категория женщин постоянно увеличивается. В то же время в нашей стране практически не существует государственной системы, регламентирующей работу организаций, обеспечивающих физкультурно-оздоровительную работу с женщинами в послеродовом периоде. Основными учреждениями, которые должны заниматься послеродовой реабилитацией, являются женские консультации. Однако, как показывает анализ их деятельности, данная работа проводится в недостаточном объеме. Такое положение требует дополнительных исследований, побуждает к поиску и обоснованию новых научно-методических подходов к организации занятий оздоровительной физической культурой для послеродовой адаптации.

Результаты проведенного анализа научной литературы и практики реализации физкультурно-оздоровительных систем доказывают, что в настоящее время недостаточно разработаны методические, организационные и педагогические основы постродовой реабилитации женщин. Это приводит к тому, что основная нагрузка по восстановлению функциональных возможностей женского организма после беременности и родов средствами оздоровительной физической культуры (ОФК)

ложится на оздоровительно-спортивные центры и фитнес-клубы, в которых деятельность большинства инструкторов не имеет достаточно четкой научно-методической основы.

Таким образом, в современном обществе назрели ряд взаимосвязанных противоречий: между объективной потребностью личности и общества в быстром и результативном психофизическом восстановлении женщин после родов и недостаточной теоретико-практической разработанностью данного вопроса, а также между широкими возможностями физкультурно-оздоровительных систем в процессе послеродовой реабилитации женщин и их неэффективным применением на практике.

Поэтому назрела острая необходимость в разработке и экспериментальном обосновании методики психофизической послеродовой реабилитации женщин с использованием средств оздоровительной физической культуры.

На наш взгляд, наиболее востребованными и эффективными средствами психофизического восстановления являются физкультурно-оздоровительные системы, полифункциональность которых позволяет решать широкий круг оздоровительных (улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышение обменных процессов в тканях и органах, укрепление мышц брюшного пресса, активизацию деятельности центральной нервной системы, нормализацию деятельности кишечника и органов малого таза, профилактику застойных явлений и возникновения послеродовых осложнений), психологических (повышение самооценки, снижение уровня тревожности, стрессоустойчивость, развитие выдержки и самообладания) и социальных задач (адекватность восприятия своего нового социального статуса).

Методологическими основами исследования выступили такие фундаментальные положения как: системный подход как направление методологии научного познания социальных процессов, в основе которого лежит рассмотрение объекта как системы, как целостного явления и предполагающий установление связей между физическим, психологическим и социальным развитием (Т.А. Ильина, К.Д. Чермит, Э.Г. Юдин и др.); личностно-деятельностный подход (Л.С. Выготский, А.Н. Леонтьев, С.Л. Рубинштейн и др.); единство деятельности и личности (К.А. Абульханова-Славская, В.П. Зинченко, А.В. Петровский, В.Д. Шадриков и др.); личность как активный субъект деятельности и отношений с миром (К.А. Абульханова-Славская, Л.И. Божович, А.В. Брушлинский, В.И. Слободчиков, Д.И. Фельдштейн и др.).

Теоретической основой исследования послужили положения концепций:

- современной теории и методики оздоровительной физической культуры - В.К. Бальсевича (1990, 2005), Л.П. Матвеева (2004), А.А. Федякина (2001, 2006), Ж.К. Холодова (2002), Ю.В. Менхина (2002) и др.;

- влияния средств физической культуры на здоровье беременных и родивших - В.И. Дубровского (1998, 2001), С.И. Знаменской (2007), И.А. Котешевой, 2002; Н.А. Кулешовой, 2007;

- использования физических упражнений во время беременности и после родов - С.А. Ягунова (1959), А.Ю. Казанцевой (2003), Н.А. Кулешовой (2007), Н. Понедельченко (2004), Л.Н. Старцевой (2003), Н.Е. Кавторовой (2004) и др.;

- психических состояний, разработанные В.В. Абрамченко (1976, 1981, 1997, 2005), В.А. Ганзеным (1984, 1991), Т.Г. Герасимовой (1999, 2002, 2003), Е.П. Ильиным (1978, 1980, 2005), Н.Д. Левитовым

(1964), Е.А. Сергиенко (2003), Г.Г. Филипповой (2002, 2003), Г.Б. Малыгиной (2001);

- физиологии послеродового периода - Ю.Ю. Елисеева (2006), В.И. Бодяжиной (1998), И.И. Поспеловым (2007) и др.;

- психофизиопрофилактической подготовки беременных, разработанные С.А. Ягуновым (1959) и развитие В.В. Абрамченко (1976-2005), В.И. Алиповым (1984), В.И. Брутманом (1996, 1997, 2000) и др.

Исследование, положенное в основу работы авторов, позволит решить важную и актуальную проблему – уменьшить период психофизического восстановления женщин после беременности и родов, а предложенная методика может применяться в качестве учебно-методического и программного материала для работы инструкторов и методистов по оздоровительной физической культуре с данной группой женщин.

Глава I.

Теоретико-методические основы использования средств оздоровительной физической культуры для восстановления женщин в послеродовом периоде

I.1. Теоретическое обоснование значимости физкультурно-оздоровительных систем в послеродовой реабилитации женщин

Анализ истории исследуемого вопроса показал, что первые упоминания о физических упражнениях как об эффективном средстве подготовки к беременности и родам относятся приблизительно к VI в. до н.э., во времена существования древнегреческих государств-полисов Афин и Спарты. Воспитание спартанских девушек мало чем отличалось от юношеского воспитания. Древнегреческий писатель и историк Плутарх так пишет об этом: «Девушки также упражнялись в беге, борьбе, бросании диска и копья, чтобы их тела были сильны и крепки, и чтобы такими же были рождаемые ими дети. Закаленные такими упражнениями, они могли легче вынести муки деторождения и выйти из них здоровыми». Ксенофонт, объясняя практически полное равноправие мужчин и женщин в физических нагрузках, в своих философских трудах также отмечал, что «от здоровых и сильных супругов и дети будут сильными и здоровыми» (Б.Р. Голощапов, 2010; Н.В. Кандаурова, 2009).

В ранний период средневековья влияние на физическое воспитание оказывали различные религиозные направления, которые в целом (за исключением буддизма) негативно относились к нему. В эпоху Возрождения (XIV-XVI вв.) появляются теоретические трактаты писателей, гуманистов, педагогов, врачей об организации физического воспитания, но и они по-прежнему пренебрегают физическим воспитанием женщин. Это можно объяснить тем, что у части религиозных деятелей было негативное отношение к физическим

упражнениям, существовали суеверия и предрассудки против развития некоторых видов спорта, а официальные круги многих стран были противниками занятий спортом женщин (Н.В. Кандаурова, 2009).

Использование физических упражнений в акушерстве и гинекологии в отечественной медицине начинается с XVII века, когда происходит бурное развитие прогрессивных слоев буржуазии.

Уже в работах А.Ф. Бестужева, И.И. Бецкого, А.Н. Радищева ставятся вопросы о необходимости физического воспитания девочек (Б.Р. Голощапов, 2010). Однако на практике физического воспитания их деятельность отразилась весьма незначительно.

Прогресс отечественной науки и культуры во второй половине XIX в. оказал влияние и на развитие науки о физическом воспитании, и на повышение интереса к методам лечения с помощью его средств, особенно - к лечебной гимнастике.

Русские ученые М.Я. Мудров, Н.И. Пирогов, С.П. Боткин, Г.А. Захарьин и многие другие пропагандировали и отстаивали широкое использование лечебной физкультуры в акушерской практике (Б.Р. Голощапов, 2010; В.И. Дубровский, 2001).

В советский период выдающийся вклад в развитие акушерско-гинекологической науки внесли ученые Д.О. Отт и С.А. Ягунов, которые единодушно положительно относились к физическим упражнениям как к одному из незаменимых средств, способствующих нормальному течению беременности, родов и послеродового периода.

Большое влияние на решение проблемы восстановления женщин после родов оказало создание отделения лечебной физической культуры (ЛФК) в Петербургском научно-исследовательском институте акушерства и гинекологии (В.И. Дубровский, 2001). Это послужило началом развития теоретико-практических исследований вопроса использования средств физической культуры в акушерско-гинекологической практике.

Результаты исследований ученых убедительно доказывают необходимость регулярных занятий оздоровительной физической культурой во время беременности. Это повышает физические возможности организма, создает чувство бодрости, улучшает общее состояние, аппетит, сон, а также создает условия для нормального течения беременности и тем самым содействует полноценному развитию плода (В.М. Астахов, 1986; В.Е. Васильева, 1978; К.Н. Жмакина, 1998; С.И. Знаменская, 2007; К.К. Скробанский, 1939; Н.А. Кулешова, 2007 и др.). Специальные упражнения при нормально протекающей беременности особенно полезны тем женщинам, которые ведут преимущественно малоподвижный образ жизни.

Основным направлением всех современных методик ОФК является приведение в физиологический оптимум организма женщин после психофизических изменений, случившихся во время беременности.

Исследования В.М. Астахова (1986), О.С. Жуковой (2003), С.И. Знаменской (2007), Л.Т. Кудашовой (2006), Н.А. Кулешовой (2007), И.Р. Хорольской (1998) определили, что у женщин, занимающихся оздоровительной физической культурой во время беременности, роды протекают быстрее и легче. Во время родов и в послеродовом периоде у них реже наблюдаются осложнения.

Анализ литературы по теме исследования выявил основные характерные психофизиологические изменения, происходящие в организме женщины, которые после рождения ребенка подразумевают инволюцию и которые являются предметом коррекции физическими упражнениями.

В частности, во время беременности в организме женщины происходят преобразования, которые являются выражением приспособления материнского организма к новым условиям существования, связанным с развитием плода. Все органы

функционируют нормально, но - с повышенной нагрузкой. С первых месяцев беременности увеличивается потребность организма женщины и плода в кислороде, претерпевают изменения все виды обмена веществ: углеводный, жировой, белковый, водный, солевой и витаминный. Беременность предъявляет повышенные требования к функциям почти всех органов и систем (Ю.Ю. Елисеев, 2006; Н.Е. Кавторова, 2004; Л.С. Персианинова, 1980; Л.М. Смирнова, 1999).

Помимо физиологических изменений, происходящих в организме женщины во время беременности, многие авторы отмечают, что сама беременность - это стрессовая ситуация, меняющая привычные условия жизни женщины и оказывающая влияние на ее психику (М.А. Кочнева, 1990; Г.Б. Малыгина, 2001; О.Б. Подобина, 2003; Е.А. Сергиенко, 2003). Э.К. Айламазян (1996), Коваленко Н.П. (1998; 2002) считают, что на пре-, пост- и интернатальное развитие плода влияет эмоциональное состояние беременной женщины. Это подтверждается и другими исследователями, которые считают, что основа эмоционального благополучия человека закладывается внутриутробно (О.В. Баженова, 1993; Т.Г. Герасимова, 2003; А.М. Столяренко, 2009; Г.Г. Филиппова, 2002; А.Ж. Ward, 1991).

Физические упражнения, как полагает Абрамченко В.В. (1997), воздействуя через центральную нервную систему на организм женщины, способствуют согласованной деятельности протекающих в нем процессов, а также развитию морально-волевых качеств, преодолению трудностей в родах.

В нашей стране общепризнанной считается система физических упражнений для беременных, разработанная Ягуновым С.А. (1959). На ее основе были разработаны другие известные системы упражнений (В.Е. Васильева, 1959; К.Н. Прибылов, Л.П. Федяева, 1962; О.С. Жукова, 2003; А.Ю. Казанцева, 2003). Все упражнения гимнастики для беременных являются простыми, нетрудными для усвоения и эффективными. В

подборе упражнений обращено внимание на те, которые развивают диафрагмальное дыхание, укрепляют мышцы живота и промежности, активно участвующие в родовом акте.

Занятия физической культурой, особенно на свежем воздухе, способствуют усилению окислительных процессов, повышению потребления кислорода. Выполнение дыхательных упражнений способствует более легкому протеканию родов. Диафрагмальное дыхание усиливает венозный кровоток в сосудах брюшной полости и тем самым устраняет застойные явления в органах (Н.Е. Кавторова, 2004; В.А. Лопатин, 1980 и др.).

Нами было выявлено несколько основных подходов к формированию комплексов физических упражнений.

Так, В.И. Дубровский (2001) предлагает комплексы упражнений для женщин со сроками беременности: до 16 недель, от 17 до 31 недели, от 32 до 40 недель, а также в периоды второй-третьей, четвертой-пятой и шестой-восьмой недель после родов.

С.А. Ягунов (1959), В.В. Абрамченко (1997), Н.В. Старцева (2003) выделяют следующие этапы применения физических упражнений во время беременности:

1 этап - от начала до 16 недели, 2 этап - от 16 до 24 недели, 3 этап - от 24 до 32 недели, 4 этап - от 32 до 36 недели, 5 этап - от 36 недели до родов.

В последнее время все больше беременных женщин увлекаются различными разновидностями фитнеса. Это аэробика малой интенсивности, аква- и степ-аэробика, фитбол (упражнения с большим гимнастическим мячом), стретчинг (упражнения на развитие гибкости), калланетика (пластическая гимнастика) (М.Ю. Глухова, 2009; О.С. Жукова, 2003; Г.А. Зайцева, 2007).

Позитивные изменения от занятий гимнастикой в период беременности заключаются в следующем: частота оперативного родоразрешения снижается с 20,3% до 12,8%, более чем в 2 раза снижается число преждевременных родов, в большинстве случаев роды протекают быстрее, а осложнения в послеродовом периоде наблюдаются в 3-3,5 раза реже, чем у незанимавшихся (Н.Е. Кавторова, 2004; А.Ю. Казанцева, 2003; И.Ю. Ковчужная, 2010). Количество осложнений в родах (слабость родовой деятельности, кровотечения и т.п.) меньше у тех, кто занимался гимнастикой, в этом случае также отмечаются хорошее самочувствие и более быстрые темпы послеродового восстановления. Занятия оздоровительной физической культурой благотворно влияют и на ребенка (В.В. Абрамченко, 1999; И.А. Котешева, 2002; И.Р. Хорольская, 1998; С.А. Ягунов, 1959).

Таким образом, можно утверждать, что занятия физическими упражнениями во время беременности являются важным средством подготовки женщины к родам, профилактики осложнений родового акта и негативных последствий для плода. Чем подготовленней будет организм женщины к родам, тем с меньшими трудностями ему придется столкнуться впоследствии (Л.И. Аикина, 2006; В.Е. Васильева, 1959; К.Н. Прибылов, А.П. Федяева, 1962; О.Б. Подобина, 2003; С.А. Ягунов, 1959).

В послеродовом периоде происходит сложная перестройка организма женщины, обусловленная тем, что беременность закончилась родами и женщина вступила в новую фазу репродуктивного периода (Н.А. Кулешова, 2007).

Послеродовой период начинается с момента рождения последа и заканчивается через 6-8 недель (В.М. Стругацкий, 1981). Этот период характеризуется обратным развитием изменений, связанных с беременностью и родами, однако послеродовому периоду свойственны процессы прогрессивного характера (лактация) (В.И. Дубровский, 2001).

Начиная с XIX века роженицам рекомендовалось возобновлять двигательную активность после полного восстановления сил. Однако дальнейшее изучение вопроса восстановления женщин в послеродовом периоде заставило пересмотреть данное положение дел. Сегодня акушеры отказались от старого метода длительного постельного режима роженицы и перешли на активный способ ведения послеродового периода (И.И. Поспелов, 2007; А.С. Татаров, 2010). Более 40 лет назад Вильдом предложена необходимость с 10-12 дня после родов делать физические упражнения. Кренинг систематически проводил идею раннего использования физических упражнений для профилактики послеродовых тромбов, эмболии и правильной циркуляции крови (Ю.Ю. Елисеев, 2006; М.В. Стругацкий, 1981; И.П. Лебедева, 1991).

В настоящее время существует практика занятий физическими упражнениями здоровыми роженицами со 2-го дня после родов. Упражнения выполняют в медленном темпе, продолжительность занятий - 5-15 минут. Это повышает обмен веществ в организме, хорошо влияет на нервную систему рожениц, способствует правильному функционированию систем организма. При выполнении физических упражнений усиливается обмен веществ, углубляется дыхание, укрепляются мышцы брюшной стенки и промежности. Такие упражнения называют послеродовой гимнастикой. (В.А. Елифанов, 1990; И.П. Лебедева, 1991; Е.А. Пирогова, 1986; А.И. Шашина, 2005).

Как справедливо отмечает Н.А. Кулешова (2007), главная задача физических упражнений, используемых в этот период, - восстановление тонуса мышц тазового дна и брюшной стенки, имеющих основное значение для дальнейшей трудоспособности женщины.

Физические упражнения способствуют сокращению матки, улучшают деятельность кишечника и мочевого пузыря, часто нарушенной после родов. Под влиянием физических упражнений

быстрее прекращаются кровянистые выделения, улучшаются сон и аппетит, предупреждаются осложнения, связанные с задержкой выделений в матке (А.Д. Ромм, 2004; Н.А. Данилова, 2009; В.И. Дубровский, 2001; С.А. Ягунов, 1959).

В связи с этим занятия оздоровительной физической культурой могут стать важным фактором улучшения здоровья женщины после родов.

I.2. Содержательные основы проведения оздоровительно-реабилитационных упражнений с женщинами в послеродовом периоде

I.2.1. Средства оздоровительной физической культуры, используемые для восстановления женщин после родов

В современной литературе накоплено достаточно много сведений о разнообразии физических упражнений, применяемых в акушерстве и гинекологии. Основные задачи оздоровительной физической культуры в послеродовом периоде - стимулировать трофические и компенсаторные процессы, предупреждать возможные осложнения и ликвидировать остаточные явления (Н.А. Кулешова, 2007).

Как доказано в исследованиях В.В. Абрамченко (1997), В.И. Белова (1998), В.И. Дубровского (2001), В.А. Епифанова (2002), С.И. Знаменской (2007), Л.Н. Старцевой (2003) и др., физические упражнения повышают защитные силы организма, улучшают крово- и лимфообращение, являясь эффективным средством профилактики тромбозов, пневмоний, тромбоэмболий и др., стимулируют обратное развитие матки, функцию мочевого пузыря и кишечника, увеличивают эластичность кожного покрова, мышечной системы и связочного аппарата.

Анализ литературных источников выявил, что в большинстве работ предлагается при составлении комплексов упражнений делать акцент на

укрепление мышц брюшного пресса и тазового дна, ослабленного связочного аппарата, профилактику опущения органов малого таза. При этом особое внимание должно уделяться упражнениям для восстановления функций сердечно-сосудистой и дыхательной систем, укреплению мышц спины и опорно-двигательного аппарата (В.Е. Васильева, 1978; О.С. Жукова, 2003; Н.А. Кулешова, 2007 и др.).

Также предлагается использовать физические упражнения, направленные на укрепление отдельных мышечных групп: мышц живота, спины, тазового дна, которые способствуют восстановлению физиологических процессов в послеродовом периоде (мочеиспускания, запоров, облегчение болевых ощущений в спине и др.) (Н.Е. Кавторова, О.А. Султанова, 2004; А.Ю. Казанцева, 2003).

По мнению В.В. Абрамченко (1997), выбор средств физического воспитания должен основываться на общем состоянии здоровья роженицы, характере функциональных расстройств, возрастных особенностях, степени физического развития, адаптации к выполнению физических упражнений.

Многие специалисты считают, что в послеродовом периоде наиболее эффективными являются 3 типа физических упражнений: аэробные, силовые и упражнения на развитие гибкости (Е.Ф. Бухаров, К.К. Альциванович, 2003; Б. Вейдер, 2003; Л.Ф. Калинина, 1969).

Упражнения аэробной направленности укрепляют сердечно-сосудистую и дыхательную системы, а также способствуют активизации окислительно-восстановительных процессов. Эти упражнения ведут к снижению веса рожениц, повышают умственную и физическую работоспособность, помогают противостоять психическим стрессам.

Силовые упражнения повышают общий тонус организма, укрепляют отдельные мышечные группы, участвующие в родовом акте.

Упражнения на развитие гибкости направлены на увеличение подвижности суставов, на профилактику застойных явлений в них, а также на растяжение мышечных групп.

Выбор физических упражнений для занятий оздоровительной физической культурой с женщинами в послеродовом периоде должен быть ориентирован на укрепление силы мышечных групп, участвующих в вынашивании беременности и родовой деятельности, профилактику застойных явлений, увеличение кровообращения, трофических и обменных процессов (Н.А. Кулешова, 2007; В.А. Силуянова, 1977; А.И. Шашина, 2005).

Кроме физических упражнений, значимыми для процесса реабилитации женского организма после родов являются и другие средства физического воспитания: гигиенические факторы и естественные силы природы.

В частности, это - оптимизация режима дня, закаливание организма при помощи естественных факторов природы и физиотерапевтических процедур, привитие навыков общественной и личной гигиены, гигиены сна и рационального питания, прогулки пешком, плавание (Р.И. Айзман, В.Б. Рубанович, М.А. Суботялов, 2010; Н.К. Смирнов, 1996; И.Р. Хорольская, Р.В. Александрова, 1998).

Одной из систем оздоровительной физической культуры, включающей в себя все средства физического воспитания и способствующей психофизической реабилитации женщин после родов, является гимнастика с оздоровительной направленностью, состоящая из общеразвивающих и профилактических упражнений.

Основа методики проведения данной гимнастики с женщинами с гинекологическими заболеваниями и в послеродовом периоде заложена в работах С.А. Ягунова и Л.Н. Старцевой. Ее суть заключается в группировке физических упражнений с учетом возраста женщин,

течения послеродового периода, состояния их здоровья, сопутствующих заболеваний, уровня физического развития, а также с учетом степени адаптации к физическим нагрузкам. Однако, несмотря на актуальность результатов исследования, современных работ по углублению знаний, полученных авторами, крайне мало.

Одним из традиционных и востребованных направлений гимнастики оздоровительной направленности в настоящее время является ритмическая гимнастика.

Ритмическая гимнастика - вид гимнастики оздоровительно-развивающей направленности, основанный на подчинении двигательных действий задающему ритм и темп музыкальному сопровождению. Эта система гимнастических упражнений включает упражнения общеразвивающего характера, циклические движения (ходьба, бег, подскоки, танцевально-хореографические элементы), выполняемые в заданном темпе и ритме (В.Н. Артамонов, 1988; О.С. Жукова, 2003; К. Купер, 1989; Л.В. Королева, 2004; Н.В. Журавин, 2002 и др.). Она ориентирована на ускорение процессов восстановления организма после утраты работоспособности, предупреждение возникновения осложнений и следовых реакций.

Ритмическая гимнастика является основой для большого количества современных систем и методик ОФК: классической аэробики, гимнастики с использованием базовых шагов, танцевальной, где используются различные современные танцевальные стили и направления (салса, рок, диско, фанк, хип-хоп); аэробики с использованием предметов и приспособлений (степ, слайд, фитбол и др.) (Л.М. Дикаревич, 1996; Е.Т. Ермукашева, 2010; Т.С. Лисицкая, 1986).

Характерной чертой оздоровительных видов ритмической гимнастики является наличие аэробной части занятия, на протяжении

которой поддерживается работа кардиореспираторной системы на определенном уровне, что и дает оздоровительный эффект.

Анализ литературы и Интернет-источников по теме исследования выявил наличие огромного количества рекомендаций по использованию различных систем и методик ОФК в послеродовой период для снижения веса родильниц, для восстановления утраченной упругости мышц и т.д. Однако большая часть предлагаемых методик не всегда носит научный характер. Таким образом, исследование вопроса использования средств оздоровительной физической культуры в послеродовом периоде крайне актуальны.

1.2.2. Организация и структура занятий с использованием средств оздоровительной физической культуры с женщинами в послеродовом периоде

Организация занятий оздоровительной физической культурой с женщинами в послеродовом периоде требует особого внимания. По мнению большинства авторов, занимающихся этой проблемой, основой эффективности использования средств ОФК с данной категорией женщин является правильное определение исходного уровня психофизического состояния родильниц, на основе которого выделяют три группы:

- женщины с оперативными вмешательствами во время родов;
- женщины с незначительными осложнениями после родов;
- женщины без осложнений после родов.

Разделение женщин по группам позволяет более дифференцированно строить физическую нагрузку и создает возможность для индивидуального подхода к ее построению.

По формам организации занятий с данной категорией людей в настоящее время можно выделить две группы:

1) группы здоровья при женских консультациях, отделениях ЛФК и др.;

2) группы для занятий аэробикой, фитнесом, калланетикой и т.д. в фитнес-клубах и центрах.

В качестве дополнительных форм проведения занятий можно выделить ежедневные самостоятельные занятия суставной и дыхательной гимнастикой, плаванием, терренкуром и т.д.

Анализ литературных источников позволил выделить общие методические положения, обеспечивающие эффективность применения упражнений:

- занятия должны проводиться при хорошем самочувствии роженицы, при отсутствии ощущения сильной усталости;

- важно сочетать все средства физического воспитания;

- при построении занятий должны учитываться особенности женского организма и протекания послеродового периода, что на практике встречается не всегда (В.Е. Васильева, 1959; Л.Т. Кудашова, 2006; К.Н. Прибылов, Л.П. Федяева, 1962; И.Р. Хорольская, Р.В. Александрова, 1998).

На сегодняшний день нет однозначного мнения о том, когда после родов целесообразнее приступать к занятиям ОФК. Ряд авторов (Н.Е. Кавторова, 2004; О.С. Жукова, 2003) рекомендуют приступать к занятиям не ранее, чем через 4 недели после родов. В то же время Н.А. Кулешова (2007), Л.Н. Старцева (2003) считают, что ранние занятия физическими упражнениями будут значительно стимулировать восстановительные силы женщин и, тем самым, сокращать восстановительный период.

С нашей точки зрения, посильно-активный двигательный режим женщин с первых дней после родов будет способствовать сокращению времени реабилитации утраченных сил и функций организма. Покой как

элемент адаптации женщин после родов является необходимым и обязательным этапом восстановления только на начальной стадии после родов.

Основная направленность на занятиях, имеющих физкультурно-оздоровительную направленность, - коррекция физиологических изменений в организме женщин, произошедших во время беременности и родов: увеличение веса тела, изменение положения диафрагмы, растяжки кожи, увеличенные размеры живота, бедер и ягодиц и т.д. (А.Д. Ромм, 2004; В.В. Абрамченко, 2005; А.И. Галащ, 1999 и др.).

На первом этапе реабилитации рожениц рекомендуется применять простейшие физические упражнения: глубокое дыхание, брюшное дыхание, разведение и сведение бедер, подтягивание ног к животу, повороты в стороны и т.д. Главное правило их проведения - отсутствие болевых ощущений, которые являются сигналом к прекращению занятий.

По мере адаптации организма женщины к нагрузкам ставится задача повышения общего тонуса организма, оксигенизации крови, стимуляции обменных процессов, уменьшения венозных застоев в органах и тканях. На этом этапе можно использовать более сложные смешанные физические упражнения: повороты, наклоны туловища, упражнения в партере и т.д. Основная установка использования упражнений - это укрепление мышц живота и тазового дна, повышение общего тонуса организма.

На третьем этапе восстановления женщин после родов главной направленностью физических упражнений является укрепление мышц брюшной стенки и тазового дна, восстановление привычных двигательных навыков, предупреждение рубцово-спаечных процессов, укрепление опорно-двигательного аппарата для восстановления правильной осанки, нормальной походки, адаптация к переменам

положения тела. Здесь проводятся как индивидуальные, так и групповые занятия.

В работах В.В. Абрамченко (1997), В.И. Брутмана (1997), Т.Г. Герасимовой (1999, 2002), С.И. Знаменской (2007), Г.Г. Филипповой (2002) указывается, что в этом периоде возможно возникновение нервно-психических расстройств и послеродовой депрессии. Поэтому при проведении занятий необходимо учитывать и психологические проблемы женщин.

Исследования вышеуказанных авторов доказывают, что регулярные физические нагрузки способствуют более эффективному восстановлению организма и психоэмоционального состояния женщины.

После выписки из стационара физическая нагрузка для родивших женщин имеет ту же направленность, с постепенным наращиванием объема и интенсивности выполняемых упражнений.

Анализ литературы о структуре построения комплексов физических упражнений для восстановления женского организма после беременности и родов выявил однонаправленность. В большинстве источников предлагается разделять занятия на три части: вводную, основную и заключительную.

Вводная часть - разминка, направленная на вработывание организма, последовательное разогревание мышц тела, восстановление дыхания.

Основная часть - упражнения, укрепляющие большие группы мышц туловища, тазового дна, увеличивающие подвижность суставов, упражнения на дыхание при напряженном брюшном прессе.

Заключительная часть - упражнения, способствующие снижению физиологического возбуждения и излишнего напряжения отдельных групп мышц, регулированию эмоционального состояния.

Таким образом, организация и проведение занятий с использованием средств оздоровительной физической культуры с женщинами в послеродовом периоде зависит от нескольких факторов:

- во-первых, физическое состояние женщины после родов (наличие или отсутствие оперативного вмешательства, осложнений и воспалений после родов и т.д.);

- во-вторых, уровень физической подготовленности женщины до родов (чем выше уровень физического развития женщины во время беременности, тем быстрее происходит процесс восстановления организма после родов);

- в-третьих, временной отрезок после родов (на каждом этапе реабилитации используется определенный комплекс упражнений, от простейших - на первом этапе, до смешанных упражнений, выполняемых из различных исходных положений, - на третьем этапе).

1.2.3. Направленность физической нагрузки на занятиях с использованием средств оздоровительной физической культуры в послеродовом периоде

Исходя из того, что цель оздоровительной тренировки - повышение и поддержание уровня физической дееспособности и здоровья человека, то одной из задач нашего исследования явилось определение оптимального тренировочного режима, способствующего эффективной реабилитации женщин после родов.

Проведенный анализ теоретико-методических источников по изучаемой теме выявил ряд методических особенностей по организации занятий физкультурно-оздоровительными системами, обеспечивающих положительное влияние физических упражнений на организм занимающихся:

1) Постепенность наращивания интенсивности и длительности нагрузки.

Исходя из того, что в послеродовой период уровень физических возможностей организма женщин низкий, то добавление физической нагрузки должно составлять 3-5% в день. При этом увеличение нагрузки можно осуществлять несколькими способами:

- увеличением частоты занятий;
- увеличением продолжительности занятий;
- увеличением плотности занятий (от 45-50% - на первых занятиях, до 70-75% - после адаптации к нагрузке);
- увеличением интенсивности занятий;
- постепенным расширением средств, используемых на занятиях;
- увеличением сложности и амплитуды движений (Ж.К. Холодов, 2002).

2) Разнообразии применяемых средств.

Для качественного разнообразия средств достаточно 7-12 упражнений, которые способствуют развитию всех физических качеств и восстанавливают работоспособность большого количества мышц.

3) Систематичности занятий.

Преимущественное большинство авторов, занимающихся данным вопросом, предлагают 3-5 занятий в неделю (В.И. Бондин, 1999).

Правильно подобранная физическая нагрузка совершенствует адаптационно-регуляторные механизмы в женском организме и способствует развитию следующих положительных эффектов: экономизирующего, антигипоксического и антистрессового. Весь этот комплекс эффектов повышает надежность, устойчивость организма и способствует восстановлению после родов.

Как известно, в развитии адаптационных реакций человека на внешнее воздействие прослеживается два этапа:

- начальный этап - краткосрочные изменения состояния функций организма, наступающие непосредственно после начала действия раздражителя и реализующиеся на основе готовых, ранее сформированных физиологических механизмов. Они проявляются в повышении уровня физической и умственной работоспособности;

- адаптационный этап - долгосрочные изменения в организме занимающихся, возникающие после выполнения какой-либо деятельности и обеспечивающие формирование новых физиологических адаптивных механизмов.

Следовательно, комплекс упражнений должен строиться так, чтобы обеспечить активизацию первого этапа вработывания организма женщин. Это, в свою очередь, зависит от взаимодействия пяти основных переменных: силы возмущающего воздействия и ее систематичности, направленности воздействия, силы ответной реакции, определяемой адаптированностью человека, места приложения воздействия, задачи применения возмущающего воздействия.

Как показывает анализ теории и практики физического воспитания, активизирующее воздействие применяемых физических упражнений, т.е. сила воздействия и систематичность применяемых средств, могут быть выражены количественными показателями объема и интенсивности. При этом объем определяется количественными показателями внешнего воздействия (плотность занятия, число повторений каждого упражнения, темп, ритм, амплитуда движений в суставах), чередованием упражнений (напряжение, расслабление, дыхательные упражнения), положением тела (степень трудности упражнения, время работы и отдыха), а интенсивность - в основном, количественными показателями изменений ответной реакции функций организма (артериальное давление, ЧСС, минутный объем крови и дыхания, температура тела и т.д.).

Большинство специалистов рекомендуют заниматься физическими упражнениями с оздоровительной направленностью в аэробном режиме, что исключает возможность нарушений в деятельности сердечно-сосудистой системы (Г.Л. Виноградов, 1997; Н.А. Кулешова, 2007; Н.В. Решетников, 2005). В таблице 1 представлена рекомендуемая частота сердечных сокращений (ЧСС) при занятиях с использованием средств ОФК для людей разного возраста и состояния здоровья (Ж.К. Холодов, 2002).

Таблица 1

Рекомендуемая частота сердечных сокращений при занятиях физкультурно-оздоровительными системами для людей разного возраста и состояния здоровья

Возраст, лет	Состояние здоровья (уд./мин.)	
	без нарушений	с некоторыми нарушениями
18-35	120-180	110-150
35-60	100-150	100-130

Контроль за интенсивностью нагрузки во время занятий можно осуществлять несколькими способами, одним из которых является показатель рабочей ЧСС. Для ее определения необходимо знать нижнюю и верхнюю границы пульса, а также оптимальную величину колебания ЧСС (Ж.К. Холодов, 2002).

Нижняя граница пульса определяется по формуле:

$$220 - \text{возраст (в годах)} \cdot 0,6.$$

Верхняя граница пульса определяется по формуле:

$$220 - \text{возраст (в годах)} \cdot 0,7.$$

Колебания ЧСС очень индивидуальны, однако, как показывает теоретико-практический анализ деятельности занятий с

оздоровительной направленностью, можно считать, что ЧСС 120-130 уд./мин. является зоной тренировки для новичков. У ослабленных людей или людей, имеющих отклонения в деятельности сердечно-сосудистой системы, пульс во время занятий не должен превышать 110-120 уд./мин.

При этом решающим условием обеспечения оптимального оздоровительного эффекта при использовании физических упражнений является соответствие величины нагрузок функциональным возможностям организма.

Анализ теории и практики физического воспитания выявил существование нескольких способов регламентации нагрузок:

1. По относительной мощности (в % к МПК, в % к PWC_{max}). В оздоровительной тренировке диапазон рекомендуемой мощности колеблется в довольно широких пределах, составляя 40-90% МПК. Наиболее рациональной является интенсивность 60-70% МПК (Е.А. Пирогова, 1986).

2. По абсолютным и относительным значениям числа повторений упражнений (количество повторений, % к максимальному числу повторений).

3. По величине физиологических параметров (ЧСС, энергетические затраты). Основные показатели ЧСС представлены в таблицах 2-4.

4. По числу повторений физических упражнений. Число повторений одних и тех же упражнений колеблется в диапазоне 6-20.

Таблица 2

Максимально допустимая ЧСС при физических упражнениях, в зависимости от возраста занимающихся (Н.А. Кулешова, 2007)

Возраст, лет	ЧСС, уд./мин.
< 30	165
30-39	160
40-49	150

Таблица 3

Величина тренировочного пульса у лиц разного возраста при пульсе относительного мышечного покоя 75 уд./мин.
(Н.А. Кулешова, 2007)

ЧСС, уд./мин.	Возраст, лет		
	20-29	30-39	40-49
Максимальная	179	174	170
Средняя	155	152	149
Минимальная	144	141	138

Таблица 4

Изменение ЧСС при выполнении физических упражнений разной интенсивности (Ж.К. Холодов, 2002)

ЧСС, уд./мин.	Интенсивность, баллы	Интенсивность, %
170-220	5,0	100
160-190	4,5	95
150-180	4,0	90
140-170	3,5	85
130-160	3,0	80
120-140	2,5	75

Способ дозирования упражнений предусматривает учет максимального числа повторений (МП) в течение определенного промежутка времени (15-30с.). При оздоровительной тренировке дозировка нагрузки находится в диапазоне:

МП - МП

4

2

или

20-50% МП

Проведенный анализ литературных источников позволяет сделать вывод о том, что физическая нагрузка на занятиях оздоровительной физической культурой с женщинами в послеродовом периоде должна иметь аэробную направленность. Она может варьироваться объемом и интенсивностью выполненной работы. Наиболее информативным и простым в исследовании показателем ответной реакции организма на

выполнение физических упражнений является ЧСС. Его показатели у женщин данной группы не должны превышать следующие цифры: ЧСС во время занятий - 110-130 уд./мин., ЧСС_{max} - 140-160 уд./мин. При этом главным критерием соответствия физической нагрузки являются показатели функциональных возможностей организма занимающихся.

В представленном материале отражены основные направления методики построения физической нагрузки на занятиях оздоровительной физической культурой с женщинами в послеродовом периоде.

Однако ее реализация невозможна без тщательного анализа содержания используемых физических упражнений. Для этого рассмотрим упражнения, входящие в состав физкультурно-оздоровительных систем.

1.3. Ритмическая гимнастика как средство физкультурно-оздоровительных систем, способствующее восстановлению женского организма после родов

Физкультурно-оздоровительной системой называют использование оздоровительного эффекта физических упражнений в сочетании со всем тем, что называют «здоровым образом жизни» (правильное питание, режим дня, приемы психорегуляции, использование гигиенических оздоравливающих мероприятий). Физкультурно-оздоровительная система основывается на комплексной физкультурно-оздоровительной деятельности, направленной на поддержание и укрепление здоровья.

Ритмическая гимнастика - это разновидность гимнастики оздоровительной направленности, основным содержанием которой являются общеразвивающие упражнения, бег, прыжки и танцевальные элементы, исполняемые под эмоционально-ритмическую музыку.

Особенности выполнения упражнений в ритмической гимнастике выражаются в следующем:

- каждое упражнение в отдельности - достаточно простое;
- большая часть упражнений выполняется в аэробном режиме;
- музыкальное сопровождение способствует эмоциональному восприятию упражнений;

- комплексы упражнений позволяют вовлечь в работу большое количество мышечных групп;

- широкие возможности использования дифференцированного подхода при подборе объема и интенсивности физической нагрузки.

Многоплановость ритмической гимнастики позволяет с помощью ее средств решать широкий круг оздоровительно-реабилитационных задач, в том числе - и в процессе восстановления организма женщин после родов:

- улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем;
- повышение обменных процессов в тканях и органах;
- укрепление мышц брюшного пресса;
- активизация деятельности центральной нервной системы;
- нормализация деятельности кишечника и органов малого таза;
- профилактика застойных явлений и возникновения послеродовых осложнений (пневмоний, тромбофлебита и т.п.) (В.Н. Курьсь, 1998).

С точки зрения морфо-функционального воздействия ритмической гимнастики на организм принято выделять 4 типа упражнений: растягивающие, аэробные, силовые, смешанные.

Растягивающие упражнения воздействуют на мышцы, их оболочки, фасции, сухожилия, связки и суставные сумки суставов.

Способы ослабления рефлекторного напряжения мышц:

- 1) удержание мышцы растянутой;
- 2) во время растягивания напряжение мышц-антагонистов;
- 3) поочередное напряжение и расслабление мышцы в растянутом состоянии;

-
- 4) вибрация мышцы при ее растяжении;
 - 5) произвольные усилия по расслаблению растягивающей мышцы.

Срочные эффекты воздействия:

- повышение возбудимости подкорковых образований головного мозга;
- локальное раздражение нервных окончаний, способствующее активации процессов метаболизма в растягивающих мышцах и соединительных тканях.

Отставленные эффекты воздействия:

- развитие гибкости и подвижности суставов;
- оздоровительный эффект за счет активизации различных механизмов воздействия на организм;
- увеличение эластичности (растяжимости) коллагенов, снятие мышечных «зажимов», снижение мышечных болей после родов;
- активизация жировых депо.

Аэробные упражнения включают в себя широкий круг циклических и ациклических упражнений, в которых энергообеспечение производится в основном аэробным путем. Основное требование при проведении данных упражнений - пульс в течение всей физической нагрузки должен быть в пределах 130 уд./мин.

Данные упражнения способствуют тренировке сердечно-сосудистой и дыхательной систем организма, улучшают обменные процессы, ведут к снижению веса, коррекции фигуры, увеличивают способность организма противостоять психическим стрессам, тренируют выносливость, повышают физическую работоспособность.

Срочные эффекты воздействия:

- повышение легочной вентиляции, потребления кислорода, ЧСС, температуры тела, АД;
- активизация внутримышечных запасов энергии;

-
- незначительная мобилизация жирового депо.

Отставленные эффекты воздействия:

- развитие выносливости;
- увеличение объема полостей сердца, улучшаются ионные процессы и т.д.;

- рост плотности митохондрий и капилляров, концентрация миоглобина, формирование запаса гликогена и т.д.;

- увеличение просвета и эластичности магистральных и периферических сосудов, повышение плотности сосудов.

Силовые упражнения включают в себя упражнения, отягощенные весом собственного тела и упражнения с использованием тренажерных устройств общего типа. Эти упражнения тонизируют мышечную систему, способствуют направленному укреплению мышечных групп. Использование дополнительных отягощений возможно лишь при отсутствии противопоказаний.

Срочные эффекты воздействия:

- мобилизация энергетических и пластических ресурсов организма;
- ускорение синтеза белка;
- накопление и длительное сохранение гормонов, ферментов в крови, мышцах, других тканях.

Отставленные эффекты воздействия:

- увеличение силы и выносливости мышц;
- формирование фигуры;
- улучшение деятельности всех систем организма.

Упражнения смешанного типа занимают промежуточное положение между аэробными и силовыми упражнениями.

Общая характеристика упражнений:

- высокая степень напряжений мышц, т.е. это силовые упражнения, выполняемые без снарядов или с легким отягощением;

-
- высокие темп и скорость движения;
 - достаточно высокий энергозапрос;
 - высокая степень психоэмоционального напряжения;
 - чередование силовых и растягивающих упражнений.

Все типы представленных упражнений носят поточный характер, поэтому основная нагрузка ложится на сердечно-сосудистую и дыхательную системы и опорно-двигательный аппарат.

Так, серии упражнений в ходьбе и беге влияют преимущественно на сердечно-сосудистую систему, наклоны и приседания - на двигательный аппарат, методы релаксации и самовнушения - на центральную нервную систему. Упражнения в партере развивают силу мышц и подвижность в суставах, танцевальные - пластичность и гибкость. Движения и их соединения координационного характера совершенствуют двигательные возможности, расширяют двигательный опыт, формируют правильную осанку и рациональную походку, воспитывают общую культуру движений.

Результаты проведенного анализа научной литературы, позволяют выделить следующие комплексы физических упражнений, ориентированные на физическую реабилитацию женщин в послеродовой период:

- упражнения для восстановления силы мышц брюшного пресса;
 - упражнения для восстановления тонуса мышц тазового дна;
 - упражнения для восстановления тонуса мышц спины;
 - упражнения, укрепляющие опорно-двигательный аппарат;
 - упражнения для восстановления формы груди;
 - дыхательные упражнения;
 - упражнения аэробной направленности для снижения веса тела
- (Т.С. Лисицкая, 1986).

За условную единицу комплекса упражнений было взято отдельное движение звеном тела:

а) движения головой: повороты в стороны обычные и с подниманием и опусканием подбородка, наклоны вперед и назад, полукруговые движения;

б) движения руками: скрестные, круговые, поднимания и опускания - по характеру маховые или напряженные, одновременные и поочередные с различным сочетанием действий кистями, предплечьями, плечами;

в) движения туловищем: ссутуливания и прогибы, наклоны и повороты, покачивания, волны, сгибания и разгибания — с различным сочетанием действий в тех или иных частях позвоночного столба, плечевого пояса и тазобедренной области;

г) движения ногами: поднимания и опускания, взмахи, махи с промежуточной или конечной остановкой, сгибания и разгибания прямыми и в разной степени согнутыми ногами, с разным сочетанием действий стопами, коленями, бедрами.

Все эти движения сходны с теми, что выполняются в качестве общеразвивающих, но в ритмической гимнастике они более свободны и стилизованы: позы округлены, движения пружинисты, но легки, выразительны, пластичны. По сложившейся методике каждое отдельное движение повторяется не менее 8-16 раз (во все стороны), в зависимости от показаний врача темп в процессе выполнения должен возрастать.

Правила выполнения движений в комплексе ритмических упражнений:

- все движения в целом должны воздействовать на весь опорно-двигательный аппарат с акцентом на шейный, грудной и поясничный отделы позвоночника;

- необходимо чередовать статические и динамические упражнения;

- следует стремиться к точности исходных положений, направления и амплитуды движения;

- акцент в упражнениях нужно делать на слабые звенья и мышцы тела;

- желательно свободное равномерное дыхание, но допускаются кратковременные задержки, которые могут иметь положительное значение (на третьем этапе восстановления);

- нужно постепенно усложнять движения и чередовать медленный и быстрый темп.

Комплекс ритмической гимнастики состоит из вводной, основной и заключительной частей, длительность которых составляет приблизительно 20, 70 и 10% времени. Например, в 30-минутном комплексе ритмической гимнастики 6 мин. отводится на подготовительную часть, 21 мин. - на основную и 3 мин. - на заключительную.

Вводная часть, или разминка, занимает 5-10 мин. и предназначена для подготовки организма к занятию. Ее содержание - простые упражнения для отдельных групп мышц (дыхательная гимнастика, ходьба на месте, ходьба с движениями рук и головы, выпады, наклоны, приседания и др.).

Основная часть занятия обычно продолжается 20-30 мин. и направлена на развитие различных мышечных групп, воспитание физических качеств (силы, ловкости, выносливости и др.). Для этой части характерна самая высокая нагрузка. Специалисты рекомендуют так чередовать движения, чтобы однотипные упражнения не следовали друг за другом, чтобы упражнениям силового характера предшествовали упражнения на растягивание, чтобы в проработку последовательно включались руки и плечевой пояс, ноги и туловище, а после этого выполнялись циклические упражнения: бег, танцевальные шаги.

Как показывает практика, наиболее подходящая длительность каждого упражнения в комплексе - в среднем, 50 с.

Исходя из того, что на тренирующем этапе восстановления женщин после родов целесообразно в группах женщин с незначительными осложнениями после родов и в группах без осложнений использовать физические упражнения, сориентированные на развитие физических качеств, выделим их основную направленность:

- для развития гибкости важны плавные широкие (амплитудные) движения, сменяемые маховыми и пружинными действиями, а также статическое удержание поз с околопредельным и предельным по растянутости мышц положением. Последние используются в небольшом количестве и только при условии хорошей предварительной проработки мышц на тренировочном этапе восстановления. В целом при развитии гибкости требуется продолжительная тренировка в медленном или среднем темпе;

- для развития силы в ритмической гимнастике используют движения в умеренном темпе до полного утомления и с преодолением ощущения невозможности дальнейшего продолжения упражнения хотя бы в 1-2 движениях. При этом скоростной режим выполнения упражнения дает прирост силы без существенного увеличения объемов, а для больших темпов прироста качества применяются небольшие отягощения (0,5-2,5 кг);

- продолжительным выполнением упражнения в спокойном, медленном темпе достигают значительного прироста выносливости (В.Н. Артамонов, 1988; А.И. Галаш, И.И. Фалькова, 1999; Е.И. Гуськов, 2000; Ю.П. Кобяков, 2003).

Заключительная часть занятия длится около 3-5 мин. и направлена на постепенное снижение нагрузки, приведение организма в относительно спокойное состояние. Используются дыхательные

упражнения, упражнения на расслабление. Завершается занятие спокойной ходьбой.

Музыкальное сопровождение в подготовительной части более спокойное и негромкое. В основной части энергичные и звучные мелодии чередуются с более спокойными, что дает возможность несколько отдохнуть в ходе занятия и слегка расслабиться. Для заключительной части достаточно одного произведения, медленного по характеру звучания, успокаивающего нервную систему занимающихся.

Выбор режима занятий связан, помимо индивидуальных особенностей занимающихся, с конкретными параметрами самих упражнений: темпом, амплитудой, напряженностью действий, количеством повторений и паузами между сериями, общей продолжительностью работы. С учетом всех этих показателей при подборе упражнений и составлении комплексов все же в качестве универсального режима следует считать реакцию на нагрузку сердечно-сосудистой системы (табл. 4).

Критерием нормы восстановления ЧСС у здоровых людей считаются 5-10 мин. В ритмической гимнастике важно проводить измерения пульса как после заключительной части занятия, так и после серий упражнений. В последнем случае в качестве поправки (учитывающей промежуточность измерения) прибавляют цифру 13 (Ю.В. Менхин, 2002).

Минимальная нагрузка на занятиях ритмической гимнастикой должна соответствовать, в среднем, частоте сердечных сокращений не ниже 110-130 уд./мин.

Тренирующий эффект достигается при 2-3 занятиях в неделю продолжительностью 45-60 мин. Основным и главным критерием, лимитирующим дозировку, является самочувствие занимающихся.

Выполнение комплексов ритмической гимнастики с заданной интенсивностью приводит к средней потере веса 150-300 г за одно

занятие (О.А. Трещева, 1999). Однако эти потери не позволяют существенно снизить вес без сочетания с правильной диетой.

Таким образом, ритмическая гимнастика, являясь средством физкультурно-оздоровительных систем, имеет значительные возможности для восстановления женского организма в послеродовом периоде. А именно: повышает функциональные возможности сердечно-сосудистой и дыхательной систем, укрепляет костно-мышечную систему, нормализует деятельность желудочно-кишечного тракта и выделительной системы, улучшает обменные процессы в тканях и органах, а также повышает физическую и интеллектуальную работоспособность.

Глава II. Методы и организация исследования

II.1. Методы исследования

Исходя из логики научного исследования был осуществлен подбор методов научного изыскания:

1. Теоретические: сравнительный анализ психолого-педагогической и методической литературы, изучение индивидуальных медицинских карт женщин после родов, моделирование целостного педагогического процесса, теоретическое обобщение результатов исследования.

2. Эмпирические: педагогическое наблюдение, педагогический эксперимент.

3. Диагностические: тестирование, анкетирование, беседа, контрольные задания.

4. Метод экспертных оценок и методы математической статистики.

Теоретические методы.

В процессе исследования изучаемой проблемы было проанализировано свыше двухсот литературных источников отечественных и зарубежных авторов, из которых 174 были использованы непосредственно при написании диссертационной работы.

Анализ литературных источников проводился на всех этапах исследования с целью выявления состояния проблемы исследования и определения основных путей восстановления женского организма в послеродовой период средствами оздоровительной физической культуры. Особое внимание уделялось таким вопросам, как:

- значимость занятий оздоровительной физической культурой для реабилитации женщин в послеродовом периоде;

-
- показания и противопоказания к занятиям физическими упражнениями женщинам после родов;
 - направленность физической нагрузки на оздоровительных занятиях с женщинами в послеродовом периоде;
 - средства оздоровительной физической культуры, используемые для восстановления женщин после родов;
 - организация и методические приемы занятий с использованием физкультурно-оздоровительных систем в послеродовой реабилитации женщин.

Обобщение данных научно-методической литературы позволило определить понятийно-терминологический аппарат исследования, конкретизировать цель и задачи работы, разработать методику психофизической постродовой реабилитации женщин с использованием средств ОФК и интерпретировать полученные данные.

Изучение и анализ индивидуальных карт женщин после родов позволило определить исходный уровень здоровья и выявить динамику его изменения в процессе эксперимента.

Эмпирические методы.

Педагогическое наблюдение организовывалось преимущественно в процессе педагогического эксперимента с целью получения количественных и качественных показателей текущего контроля. Анализировались внешние признаки реакции организма на физическую нагрузку (изменение дыхания, мимики и цвета лица, координации движений и др.), показатели переносимости нагрузки (ЧСС, артериальное давление), состояние здоровья занимающихся на основе их собственных показателей (самочувствие до, во время и после занятий, отношение к самому процессу физического воспитания, поведение на занятиях, активность и самостоятельность, общение внутри группы, посещаемость

занятий), объем и интенсивность выполненных нагрузок на каждом этапе.

Использование педагогического наблюдения позволило объективно изучить двигательную активность женщин на практических занятиях, их мотивационно-ценностное отношение к своему физическому состоянию, а также их самостоятельность и активность в области физического воспитания.

Педагогический эксперимент являлся основным методом нашего исследования, в ходе которого были созданы условия для достижения поставленной в работе цели и подтверждения нашей гипотезы.

В рамках исследования был организован и проведен эксперимент с женщинами 18-36 лет (n=64), находящимися в послеродовом периоде.

Констатирующий эксперимент осуществлялся с целью определения исходного уровня здоровья рожениц и их распределения по группам:

- группа «А» - имеют оперативные вмешательства во время родов;
- группа «В» - имеют незначительные осложнения после родов;
- группа «С» - без осложнений после родов.

Формирующий эксперимент осуществлялся на базе санатория-профилактория «Здоровье» при Адыгейском государственном университете и городской поликлиники № 6 г. Майкопа в 2008-2009 гг. Выбор нами санатория-профилактория «Здоровье» обусловлен тем, что его работа ориентирована на изучение и улучшение состояния здоровья населения с привлечением к анализу квалифицированных экспертов в области физиологии, гигиены, теории и методики физического воспитания, а также врачей [160]. В экспериментальных группах (группа «А» - ЭГ № 1 (n=8), группа «В» - ЭГ № 2 (n=13), группа «С» - ЭГ № 3 (n=11) был внедрен комплекс мероприятий, направленных на психофизическое восстановление женщин в постродовой период. В контрольных группах (группа «А» - КГ № 1 (n=9), группа «В» - КГ № 2 (n=10), группа «С» - КГ № 3

(n=13) роженицы занимались физическими упражнениями по стандартным схемам.

Диагностические методы.

Тестирование использовалось как оптимальное средство контроля знаний, навыков, умений, способностей, позволившее выявить динамику физического статуса, социального и психического состояний женщин в процессе эксперимента, определить влияние на здоровье рожениц разработанной методики психофизической постродовой реабилитации женщин с использованием средств ОФК.

В эксперименте использовалась батарея тестов, позволившая определить особенности физического, социального и психического состояния рожениц на каждом его этапе. В частности, использовались следующие показатели:

1. Антропометрические данные (рост, вес, окружность грудной клетки, талии, бедер, середины бедра, голени), индекс Кетле и показатель крепости телосложения.

Измерения антропометрических показателей производились в соответствии с существующими правилами. *Длину тела* (рост стоя) измеряли с помощью станкового вертикального ростомера. *Массу тела* определяли путем взвешивания на напольных медицинских весах утром натощак. Перед взвешиванием весы проверяли и регулировали поворотом специальных винтовых гирь. *Окружность грудной клетки* (ОГК) измеряли матерчатой сантиметровой лентой в состоянии спокойного дыхания (паузы). Лента накладывалась сзади под нижними углами лопаток, а спереди - по месту прикрепления 4 ребра. *Окружность бедер и голени* (ОБ, ОГ) измеряли матерчатой сантиметровой лентой в положении сидя.

Индекс Кетле (ИМТ) позволяет определить степень избыточности веса и связанную с ним степень риска развития сопутствующих

ожирению заболеваний. Определение индекса массы тела (ИМТ). Показатель массы тела в килограммах следует разделить на показатель роста в метрах, возведенный в квадрат, т.е.:

$$\text{ИМТ} = \text{вес (кг)} / \{\text{рост (м)}\}^2 \quad (1)$$

Определив ИМТ, можно оценить степень риска развития сопутствующих заболеваний, если ИМТ равен:

20-24 - нормальный вес тела; риск для здоровья отсутствует;

25-30 - избыточная масса тела; риск для здоровья повышенный, рекомендуется снизить массу тела;

31-35 - ожирение; риск для здоровья высокий, необходимо снизить массу тела;

35 и более - резко выраженное ожирение; риск для здоровья очень высокий, необходимо проконсультироваться у врача и снизить массу тела (Р.И. Айзман, В.Б. Рубанович, 2010; Н.В. Решетников, Ю.Л. Кислицын, 2005) (табл. 5).

Таблица 5

Оценка степени риска для здоровья по весо-ростовому индексу Кетле

Классификац. состояний здоровья в зависимости от ИМТ	ИМТ		Риск для здоровья	Что делать
	18-25 лет	более 25 лет		
Анорексия нервная Анорексия атароксическая	Вес - менее 15% от ожидаемого, ИМТ - менее 17,5		Высокий	Рекомендуется повышение массы тела, лечение анорексии
Дефицит массы тела	Менее 18,5		Отсутствует	
Норма	19,5-22,9	20,0-25,9		
Избыток массы тела	23,0-27,4	26,0-27,9	Повышенный	Рекомендуется снижение массы тела

Классификац. состояний здоровья в зависимости от ИМТ	ИМТ		Риск для здоровья	Что делать
	18-25 лет	более 25 лет		
Ожирение I степени	27,5- 29,9	28,0- 30,9	Повышен ный	Рекомендуется снижение массы тела
Ожирение II степени	30,0- 34,9	31,0- 35,9	Высокий	Настоятельно рекомендуется снижение массы тела
Ожирение III степени	35,0- 39,9	36,0- 40,9	Очень высокий	Настоятельно рекомендуется снижение массы тела
Ожирение IV степени	40,0 и выше	41,0 и выше	Чрезвычайно высокий	Необходимо немедленное снижение массы тела

Показатель крепости телосложения рассчитывался по формуле Пинье, где определяется разность между ростом стоя и суммой веса и окружностью грудной клетки, измеренной на выдохе:

$$X = P - (B + O), \quad (2)$$

где X - индекс,

P - рост (см),

B - вес (кг),

O - окружность груди в фазе выдоха (см).

Полученные величины оцениваются:

меньше 10 - крепкое телосложение;

10-20 - хорошее телосложение;

21-25 - среднее телосложение;

26-35 - слабое телосложение;

36 и более - очень слабое телосложение.

2. Функциональные показатели состояния органов и систем, позволяющие объективно оценивать эффективность тренировочных нагрузок (В.И. Дубровский, 1998):

- сердечно-сосудистая система - артериальное давление (до, во время и после занятий), ЧСС, тест Рюффье, ортостатическая и клиностатическая пробы, индекс функциональных изменений (ИФИ).

Тест Рюффье - у исследуемого после 5-минутного отдыха в положении сидя определяют ЧСС (P1), затем он выполняет 30 приседаний за 30 секунд, после чего сразу в положении стоя определяют ЧСС (P2). Затем после отдыха в 1 минуту вновь определяют ЧСС (P3). Величина индекса Рюффье вычисляется по формуле:

$$J = \frac{(P1+P2+P3) - 200}{10} \quad (3)$$

При величине индекса: < 0 - отлично, 1-5 - хорошо, 6-10-удовлетворительно, 11-15 - слабо, > 15 - неудовлетворительно.

Для определения степени адаптационного потенциала системы кровообращения женщин использовался *индекс функциональных изменений* (ИФИ), который характеризует функциональные резервы организма с точки зрения его способности адаптироваться к условиям окружающей среды. Для расчета ИФИ использовалась формула:

$$\begin{aligned} \text{ИФИ} = & 0,011\text{ЧА} + 0,014\text{САД} + 0,08\text{ДАД} + 0,014\text{В} + \\ & + 0,009\text{МТ} - 0,009\text{Р} - 0,27 \end{aligned} \quad (4)$$

ЧА - частота пульса в 1 минуту в покое;

САД - систолическое артериальное давление, мм рт. ст.;

ДАД - артериальное давление диастолическое, мм рт. ст.;

МТ - масса тела (кг);

Р - рост (см);

В - возраст (лет).

Оценка уровня функционирования системы кровообращения (адаптационного потенциала) по ИФИ проводилась в баллах:

2,59 и ниже баллов - удовлетворительная адаптация;

2,60 - 3,09 балла - напряжение механизмов адаптации;

3,10 - 3,49 - неудовлетворительная адаптация;

3,50 и выше - срыв механизмов адаптации.

При динамическом наблюдении увеличение значений индекса ИФИ рассматривалось как неблагоприятная тенденция в изменении.

Ортоstaticческая проба (уровень вегетативно-сосудистой устойчивости). Проба относится к числу функциональных нагрузочных проб, позволяет оценить функциональные возможности сердечно-сосудистой системы, а также состояние центральной нервной системы. Снижение переносимости ортоstaticческих проб часто наблюдается при гипотонических состояниях, при заболеваниях, сопровождающихся вегетативно-сосудистой неустойчивостью, при астенических состояниях и переутомлении. Ортоstaticческая проба заключается в регистрации изменений пульса (или АД) при переходе из горизонтального положения в вертикальное (в конце 1 мин. пребывания в вертикальном положении).

В норме увеличение пульса не превышает 16 уд./мин., а колебания артериального давления в сосудах верхних конечностей составляют 5-10 мм рт. ст. Увеличение пульса больше 22 уд./мин. свидетельствует о повышении тонуса симпатического отдела вегетативной нервной системы.

Клиноstaticческая проба заключается в регистрации изменений пульса при переходе из вертикального положения в горизонтальное. В норме в первые 15-20 с. регистрируется замедление пульса на 6-12 уд./мин. При повышенном тонусе симпатического отдела вегетативной нервной системы замедления пульса не происходит.

- дыхательная система - максимальное потребление кислорода, проба Штанге, проба Генчи.

Максимальное потребление кислорода (МПК) - это такое количество кислорода, которое организм способен усвоить за 1 минуту, что является критерием аэробной мощности. Для определения МПК косвенным методом наиболее часто используют тест PWC₁₇₀. Формула для расчета МПК при его использовании следующая:

$$\text{МПК} = (1,7 \cdot \text{PWC}_{170} + 1240) / \text{вес (кг)} \quad (5)$$

Проба Штанге - задержка дыхания после двух глубоких вдохов и выдохов: 60 с. - отлично, 45 с. - хорошо, 30 с. - удовлетворительно.

Проба Генчи - задержка дыхания после выдоха: 40 с. - отлично, 35 с. - хорошо, 25 с. - удовлетворительно.

- показатели состояния здоровья по лабораторным исследованиям биологических материалов и исходя из медицинских карт (общий анализ крови, мочи), анализ заболеваемости.

3. Показатели физической подготовленности:

- *показатели физической работоспособности* - Гарвардский степ-тест. Процедура проведения теста, в связи с особенностями физического состояния женщин, была несколько изменена (Н.А. Кулешова, 2007). Высота ступени - 40 см, время восхождения - 4 минуты, один цикл восхождения совершается на 4 счета, частота восхождения контролируется метрономом. Сразу после выполнения теста у женщин трижды измерялся пульс: первый раз - спустя минуту, второй раз - спустя 3 минуты, третий - на 4-й минуте восстановления. Расчет индекса Гарвардского степ-теста (ИГСТ) осуществлялся по формуле:

$$\text{ИГСТ} = \frac{t \cdot 100}{(f_1 + f_2 + f_3) \cdot 2} \quad (6)$$

t - время выполнения пробы (с.);

f1, f2, f3 - ЧСС за 30 секунд на второй, третьей и четвертой минутах восстановительного периода (уд./мин.).

Показатели: ниже 54 - очень плохая работоспособность, 55-64 - плохая работоспособность, 65-79 - средняя, 80-89 - хорошая, 90 и выше - отличная.

- *подвижность позвоночного столба во фронтальной плоскости.* Оценивалась боковая подвижность позвоночника по глубине наклона в сторону. Измерялось расстояние от среднего пальца до пола в положении стоя и в положении наклона в сторону, не сгибая колени. Разница является показателем подвижности позвоночного столба во фронтальной плоскости.

- *тест, характеризующий подвижность в тазобедренном суставе.* Наклон вперед из положения стоя на тумбе, руки вниз. Измеряется глубина наклона.

- *метание набивного мяча весом 1 кг.* Упражнение оценивает скоростно-силовые способности мышц рук и туловища. Выполняются из положения сед на гимнастическом мате двумя руками из-за головы. Из трех попыток засчитывается лучшая. Результат определяется в сантиметрах.

- *сгибание и разгибание рук в упоре лежа.* Выполняется из исходного положения: упор лежа, голова, туловище и ноги составляют прямую линию. Сгибание рук выполняется до касания грудью пола, не нарушая прямой линии тела, а разгибание - до полного выпрямления рук, при сохранении прямой линии: голова - туловище - ноги. Темп выполнения упражнения - произвольный. Дается одна попытка. Фиксируется количество правильно выполненных циклов. Контрольное упражнение позволяет оценить силовую выносливость рук и туловища.

- *поднимание согнутых ног из положения лежа на спине*. Руки за головой, ноги прямые. Фиксируется количество выполненных упражнений в одной попытке за 30 с. Тест позволяет определить уровень развития скоростно-силовой выносливости мышц - сгибателей и разгибателей спины.

- *удержание верхнего положения пресса* - лежа на спине, согнуть колени, ступни - к полу. Положить руки за голову, локти - в стороны. Задержать верхнее положение пресса как можно дольше.

- *опускание ног из положения лежа на спине, ноги вверх* - лежа на спине поднять обе ноги в вертикальное положение. Нижнюю часть спины плотно прижать к полу. Партнерша кладет одну руку под поясницу испытуемой, а другой касается поднятых ног. Тестируемая медленно кладет ноги на пол, стараясь при этом не оторвать поясницу от пола. Как только партнерша почувствовала, что поясница не прижата к полу, она задерживает ноги испытуемой и измеряет расстояние между полом и пятками.

4. Показатели психических состояний, самооценки (методика диагностики оперативной оценки самочувствия, активности и настроения) (САН), тревожности (методика Тейлора), тест Люшера, проективный рисунок на тему: «Я и мой ребенок», тест «Фигуры», тест «Эпитеты», методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенко.

5. Показатели социального состояния определялись с помощью методики стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, методики диагностики уровня социальной фрустрированности Л.И. Вассермана, анкетирования.

Анкетирование проводилось с целью получения информации о личностных и социальных особенностях занимающихся, об их самооценке физического состояния, о понимании влияния ОФК на

состояние здоровья, а также с целью выявления мотивационно-ценностного отношения женщин к занятиям. Нами была разработана анкета, включающая в себя три блока:

- первый блок обеспечивал сбор общих сведений о респонденте (Ф.И.О., возраст, количество детей, социальный статус) и о его желании заниматься физическими упражнениями (n=186);

- второй блок обеспечивал получение сведений о мотивационно-ценностном отношении респондента к занятиям оздоровительной ритмической гимнастикой и об эффективности ее воздействии на организм (n=64);

- третий блок ориентирован на получение сведений об удовлетворенности женщины своим социальным статусом, о ее самовосприятии и готовности выполнять новые социальные роли (n=64).

Применение метода анкетного опроса позволило обеспечить анонимность получаемых сведений и возможность их использования в обобщенном виде, что имеет большое значение при исследовании субъективного мира человека и обеспечивает нацеленность на объективную оценку педагогического процесса.

Беседа как метод исследования применялась для получения информации, которая не могла быть получена тестированием или каким-либо другим методом исследования. Она проводилась по заранее составленному нами плану с выделением тех вопросов, которые требовалось выяснить в интересах исследования. Особенностью проводимых нами бесед являлось то, что они велись в свободной доверительной форме без принуждения или давления со стороны экспериментатора. Для этого создавалась атмосфера непринужденности и взаимного доверия.

Методы математической статистики.

Методы математической статистики, используемые для оценки результатов педагогического тестирования, позволяют выявить закономерности явлений, эффективность применяемых методик, технологий обучения, воспитания, развития личности, конкретизировать представление о социальной группе, выявить основные связи и отношения, разрабатывать перспективные планы, вносить коррективы в программу занятий и т.д.

Рассчитывались следующие статистические показатели:

- M - средняя арифметическая величина;
- σ - среднее квадратичное отклонение;
- m - ошибка среднего арифметического.

Достоверность различия полученного материала определялась по критерию t-Стьюдента. Для оценки достоверности различий был принят 5-процентный уровень значимости ($p < 0,05$) как обеспечивающий необходимый уровень надежности в подобного рода исследованиях.

Метод выборочных долей.

Ранговый коэффициент корреляции.

Использование в работе *метода экспертных оценок* позволило определить на шедящем этапе нашего эксперимента качество выполнения комплексов упражнений: точность, легкость, амплитуду, объем и освоенность выполненных упражнений.

II.2. Организация исследования

Исследование было проведено в три этапа:

I этап (2006-2007 гг.) - проведен теоретический анализ научно-методической литературы по проблеме исследования, определены основные направления изучения, сформулированы цель, задачи, гипотеза, уточнен понятийный аппарат, разработана программа экспериментальной работы.

Осуществлен мониторинг состояния здоровья родильниц Республики Адыгея, а также определены физиологические особенности восстановительного процесса женщин в послеродовой период. На основе полученных данных составлена система теоретико-практической деятельности соискателя, позволившая определить физическое, социальное и психическое здоровье женщин.

II этап (2007-2008 гг.) - по результатам педагогического исследования определены комплексы физических упражнений, способствующие укреплению мышц, участвующих в родовой деятельности женщины, содействующие укреплению мышц тазового дна, живота, спины, ног. Разработана методика психофизической постродовой реабилитации женщин с использованием средств ОФК. Проведен пилотажный эксперимент в условиях санатория-профилактория «Здоровье» при Адыгейском государственном университете.

III этап (2008-2009 гг.) - проведен формирующий эксперимент, определивший эффективность разработанной методики проведения занятий ОФК в период послеродовой реабилитации. На основе полученного фактического материала осуществлены обработка и анализ результатов исследования, их обобщение и систематизация, сформулированы выводы и практические рекомендации, оформлен текст диссертации и приложений.

Глава III.

Организация занятий оздоровительной физической культурой с женщинами в послеродовом периоде

III.1. Мониторинг состояния здоровья женщин Республики Адыгея в родах и в послеродовом периоде

Для определения направленности воздействия средств ОФК на организм женщин в послеродовой период мы провели мониторинг состояния здоровья женщин после родов и выявили основные осложнения, происходящие в родах и после них.

Базой получения статистических данных служили сведения акушерского родильного физиологического (АРФО) и акушерского наблюдательного родильного отделений (АОРО) Республики Адыгея за 2003-2008 гг., в которых прошли около 70% родов. Они были получены в организационно-методическом отделе Адыгейского Республиканского клинического перинатального центра.

Среди осложнений в родах и в послеродовом периоде I место занимают аномалии родовой деятельности. Как следует из полученных данных, каждый год около 11% всех рожениц сталкиваются с этим типом осложнений. В АРФО в 2008 г. - 11,5% относительно 9,4% - в 2007 году, а в АОРО в 2008 г. - 13,3% относительно 12,6% - в 2007 году (табл. 6).

Из них наибольшее количество осложнений связано с быстрыми родами: АРФО - 39,6%, АОРО - 36%, с первичной слабостью родовой деятельности - АРФО - 27,8%, АОРО - 35,1%, со слабостью потуг: 14,2% и 10,2%, соответственно.

II место среди осложнений в родах и послеродовом периоде занимают:

по АРФО - задержка частей последа - 2,5%. В сравнении с 2007 годом данный показатель снизился на 7,5%. По АОРО - дородовые кровотечения, отслойка плаценты - 1,6%. В сравнении с 2007 годом этот показатель увеличился на 31,3%.

Таблица 6

Показатели осложнений в родах и послеродовом периоде
АРФО и АОРО Республики Адыгея

Год	АРФО (%)					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Всего родов	2500	2627	2719	1572	1644	1836
Аномалии родовой деятельности	10,0	11,4	10,5	9,8	9,4	11,5
Год	АОРО (%)					
	2004	2005	2006	2007	2008	2008 (всего)
Всего родов	2627	2719	1177	1617	1688	3524
Аномалии родовой деятельности	11,4	10,5	13,3	12,6	13,3	12,4

III место по АРФО занимают кровотечения в III периоде родов - 1,2% (увеличение показателя по сравнению с 2007 годом на 9%), а по АОРО - задержка частей последа - 0,9% (в сравнении с 2007 годом - 4,5% - этот показатель снизился на 80%).

На IV месте по АРФО находится плотное прикрепление плаценты - 0,8%, а по АОРО - кровотечения в послеродовом периоде родов - 0,8%.

V место занимают по АРФО дородовые кровотечения, отслойка - 0,6% (показатель не изменился), а по АОРО - затрудненные роды - 0,71% (в сравнении с 2007 годом - 0,9% - этот показатель снизился на 50%).

Анализ результатов показателей кесарева сечения также выявил сложную ситуацию. Показатель данного оперативного вмешательства имеет тенденцию к стабильному росту. В акушерском родильном физиологическом отделении: 19,9% - в 2007 году и 23,9% - в 2008 году, в АОРО: в 2007 году - 14,4%, а в 2008 году - 15,9%. Увеличилось число

операций у возрастных первородящих по АРФО - на 5,8% и по АОРО - на 29,7%.

В 2008 году увеличилось число родов с высокой степенью риска на 8,9%, количество родов со средней степенью риска уменьшилось на 14,3%, низкая степень риска уменьшилась на 42%. Данные показатели указывают на то, что увеличилось число женщин с экстрагенитальными заболеваниями, а также - число женщин с высокой степенью риска (табл. 7).

Таблица 7

Показатели риска родовой деятельности

Год	АРФО (%)					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Всего родов	2500	2627	2719	1572	1644	1836
Ст. риска «В»	60,5	71,2	72,3	63,5	72,7	79,2
Ст. риска «С»	30,5	21,05	19,08	22,6	18,2	15,6
Ст. риска «Н»	9,0	7,0	7,4	13,8	9,0	5,2
Год	АОРО (%)					
	2004	2005	2006	2007	2008	2008 (всего)
Всего родов	2627	2719	1177	1617	1688	3524
Ст. риска «В»	71,2	72,3	86,4	90,4	91,2	84,9
Ст. риска «С»	21,5	19,08	10,4	7,7	8,41	12,2
Ст. риска «Н»	7,0	7,4	3,2	1,6	2,01	3,66

Степень риска «В» - высокая, «С» - средняя и «Н» - низкая.

В целом полученные данные свидетельствуют о том, что только треть всех родов проходят без осложнений (табл. 8).

Таблица 8

Показатели рождаемости в родильных отделениях
Республики Адыгея

Год	АРФО (%)					
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Всего родов	2500	2627	2719	1572	1644	1836
Нормальные роды	36,8	26,8	24,5	28,3	22,9	34,4
Осложненные	63,2	73,2	75,5	71,7	77,1	65,6

При этом выявлен низкий уровень показателя родового травматизма (табл. 9, 10). Как следует из приведенных данных, этот показатель по АРФО в 2008 году остался без изменений по сравнению с 2007 годом, а в сравнении с 2006 годом - снизился на 54,5%. В АОРО показатели родового травматизма снизились в сравнении с 2007 годом на 30%.

Продолжение таблицы 8

Год	АОРО (%)					
	2004	2005	2006	2007	2008	2008 (всего)
Всего родов	2627	2719	1177	1617	1688	3524
Нормальные роды	26,8	24,5	27,4	27,3	36,2	35,3
Осложненные	73,2	75,5	72,6	72,2	63,8	64,7

Таблица 9

Показатели родового травматизма по АРФО (%)

Год	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Разрыв ш/матки	0,2	0,2	0,2	0,1	0,2	-
Разрыв промежности	0,6	0,3	0,47	0,7	0,1	0,05
Разрыв матки	-	-	0,036	-	0,06	-
Др. акушерские травмы	0,2	0,2	0,2	0,3	0,1	0,44
Всего:	0,04	0,7	0,9	1,1	0,5	0,5

Таблица 10

Показатели родового травматизма по АОРО (%)

Год	2004	2005	2006	2007	2008
Разрыв ш/матки	0,2	0,2	0,3	0,1	0,06
Разрыв промежности	0,3	0,47	0,3	0,2	0,18
Разрыв матки	-	0,04	-	-	-
Др. акушерские травмы	0,2	0,2	0,5	0,1	0,12
Всего:	0,7	0,9	1,1	0,5	0,35

Следовательно, большая часть осложнений, возникших во время родов и послеродовой период, связано именно с недостаточным уровнем психофизической подготовленности организма рожениц: низкий уровень физического развития, избыточная масса тела, недостаточное развитие мышечного корсета, низкий уровень физической подготовленности.

Для определения состояния здоровья женщин после выписки в послеродовом периоде нами был проведен анализ больничных карточек 186 родильниц.

Были получены следующие результаты:

- все родильницы (100%) имеют жалобы на боли в различных отделах позвоночника: у 98,6% наблюдаются боли в поясничном и крестцовом отделах, у 80,1% - боли в грудном и шейном отделах, у 58,1% - в грудном отделе;

- выявлена слабость тазового дна в результате оперативных вмешательств во время родов у 46,2% исследуемых. При этом женщины отмечают боли и напряжение в области малого таза, лобка, сопровождающиеся запорами и задержкой мочеиспускания, в ряде случаев - опущением органов малого таза и брюшной полости, выпадением матки;

- преобладающее большинство женщин (91,4%) отмечают вялость мышц брюшного пресса;

- у 37,1% женщин наблюдается варикозное расширение вен, отечность ног, болевые ощущения стоп.

Таким образом, клиническая картина здоровья женщин отражает наличие большого количество отклонений в функциональном состоянии родильниц. При этом большая часть выявленных осложнений может корректироваться не только медикаментозно, но и с помощью средств оздоровительной физической культуры, о чем свидетельствуют результаты анализа научной литературы.

Следовательно, на данный момент существует большая потребность в разработке и внедрении методик психофизической послеродовой реабилитации женщин с использованием физкультурно-оздоровительных систем.

При этом в Республике Адыгея нами не было выявлено ни одного действующего центра по реабилитации женщин в послеродовом периоде. Это при том, что по результатам проведенного нами анкетирования 86,6% респонденток (n=186) высказали желание заниматься физическими упражнениями в специализированных заведениях (прилож.1).

III.2. Характеристика понятия «здоровье» женщин в послеродовом периоде

Целеполагающим ядром нашего исследования является здоровье женщин в период послеродовой реабилитации. Само понятие «здоровье» на сегодняшний день трактуется по-разному.

На основе медико-биологических признаков Н.М. Амосов (2003) указывает: «Здоровье - естественное состояние организма, характеризующееся его уравновешенностью с окружающей средой и

отсутствием каких-либо болезненных явлений». С учетом этих же признаков Г.И. Царегородцев (1998) считает, что «здоровье - это гармоническое течение различных обменных процессов между организмом и окружающей средой, результатом которого является согласованный обмен веществ внутри самого организма». В данном контексте здоровье представляется как естественное гармоническое состояние организма при нормальном протекании в нем обменных процессов, исключающих любые болезненные явления.

В психологии придерживаются мнения о том, что здоровье есть не отсутствие болезни, а скорее - ее отражение, в смысле преодоления: здоровье - не только состояние организма, но и стратегия жизни человека. Информационный подход характеризует здоровье как способность человека сохранять соответствующую возрасту устойчивость в условиях резких изменений количественных и качественных параметров триединого потока сенсорной, вербальной и структурной информации (О.А. Александров, 1988; М.Я. Виленский, 1996; В.П. Петленко, Д.Н. Давиденко, 2001; Н.К. Смирнов, 1996; А.Г. Трушкин, 2002).

С социологической точки зрения здоровье является мерой социальной активности и деятельностного отношения человеческого индивида к миру. Развивая эту мысль, И.И. Брехман (1990) считает, что такое отношение, в первую очередь, должно проявляться в системе улучшения качества окружающей среды, сохранения собственного здоровья и здоровья других людей. Таким образом, в настоящее время здоровье рассматривают не только как медико-биологический феномен, но и как социальное, психологическое, культурное, экономическое и биологическое явление.

В.П. Казначеев (2001) выражает смысл понятия о здоровье человека с позиции комплексного подхода. Он считает, что здоровье - это

«динамическое состояние (процесс) сохранения и развития биологических, физиологических и психических функций, оптимальной трудоспособности и социальной активности при максимальной продолжительности жизни».

В этом аспекте понятие «физическое здоровье человека» является одним из интегральных показателей и определяется комплексом социально-психологических, медико-биологических характеристик. В основу определения здоровья положена категория, которая оценивается по трем уровням: соматическому, социальному, личностному (А.Г. Трушкин, 1999). Соматический уровень - это совершенство саморегуляции в организме, максимальная адаптация к окружающей среде. Социальный уровень - мера трудоспособности, социальной активности. Личностный - стратегия жизни человека.

В.С. Шувалова и О.В. Шиняева (2000), также выделяя трехуровневую структуру здоровья, указывают на то, что фундамент здоровья составляют биологические и генетические предпосылки, среднюю часть - психическое и соматическое здоровье, высший уровень заполняет отношение индивида к жизни.

В последнее время появились работы, в которых модель здоровья представлена как четырехуровневая иерархическая система (Г.К. Зайцев, 1994; Э.М. Казин, 2000; О.Л. Трещева, 1999; И.В. Чоговадзе, 2000). Первый уровень соответствует уровню основных систем: психической, биологической и социальной. Второй уровень определяется как уровень подсистем. Он отражает реально существующие системы жизнеобеспечения человека (познавательные процессы, личность, общественная направленность, физическое развитие, функциональное состояние, материальные потребности, духовные потребности). Уровень функциональных элементов - третий уровень иерархии модели. С помощью этого уровня обеспечиваются основные функции подсистем

верхнего уровня. На четвертом, низшем, уровне расположены структурообразующие элементы, которые больше всего подвергаются воздействию внешней среды и внутренних частей системы.

О.Л. Трещева (2000) раскрывает индивидуальное здоровье в виде четырехкомпонентной модели, состоящей из духовного, физического, психического и социального компонентов. Духовный компонент определяет личностный уровень человека, характеризует нравственную ориентацию личности. Физический компонент характеризует физическое развитие, степень регуляции органов и систем. Психический компонент определяет уровень развития психических процессов. Социальный компонент характеризуется степенью социальной адаптации человека в обществе (рис. 1).

Таким образом, в литературе сущность понятия «здоровье» представляется неодинаково, в зависимости от критериев, определяющих основу для его выражения.



Рис. 1. Взаимосвязь компонентов индивидуального здоровья

В обобщенном виде это понятие может характеризоваться как емкая система, заключающая в себе совокупность критериев, соотносимых с требованиями общей культуры человечества. Его нельзя представить как нечто, имеющее точное количественное выражение, поэтому оно представляется как динамическое состояние человека, которое характеризуется позитивными и негативными показателями.

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) дает такие формулировки общественно-признанного определения здоровья: «Здоровье - это такое состояние организма, при котором он биологически полноценен, трудоспособен, функции всех органов и систем уравновешены, отсутствуют болезненные проявления», «здоровье - это состояние физического, психического и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и дефектов» (1968). Определение ВОЗ устанавливает эталон здоровья, к которому должны стремиться люди и общество. Такая концептуальная трактовка понятия «здоровье» может рассматриваться в двух направлениях. В широком смысле слова - «здоровье» выступает как состояние человеческого организма, отражающее адекватные функции организма в конкретных условиях: биологических, экологических, социальных. В узком смысле слова - «здоровье» означает нормальное функционирование организма человека и отсутствие болезни, что оценивается стандартами здоровья для определенных групп населения на основании среднестатистических данных (Б.А. Войцехович, 2000).

Все вышесказанное дает нам право рассматривать здоровье женщин с позиции абстрактно-логической категории, имеющей многогранную структуру.

С нашей точки зрения, здоровье - это состояние, при котором осуществляется полноценная реализация биологических, психических, социальных и физических функций человека, реализуется его активная и плодотворная трудовая деятельность, при максимальной продолжительности жизни.

Проведенный анализ литературы, а также результаты нашего исследования позволили определить основное содержание компонентов здоровья (рис. 2).



Рис. 2. Содержание компонентов здоровья человека

Представленные компоненты взаимосвязаны между собой и одинаково важны для здоровья личности. Проблемы, возникающие внутри одного из них, влияют на общее состояние организма.

В наши дни состояние здоровья человека обычно оценивают по следующим критериям: отсутствие болезней, нормальная работа организма, психическое, физическое и социальное благополучие, способность полноценно работать, стремление к творчеству, способность приспосабливаться к изменениям окружающей среды.

Если взять за основу то, что до беременности и родов здоровье женщины было в норме, то после родов картина значительно меняется (по представленным выше критериям). Функциональное состояние женщины имеет значительные отклонения, о чем свидетельствуют наши исследования, описанные в предыдущем параграфе. С точки зрения социального и психического положения женщина также сталкивается со значительными преобразованиями. К тому же, с точки зрения социального и биологического процессов, послеродовое состояние - это не болезнь, а нормальное физиологическое состояние. Следовательно, женщина после родов попадает в ситуацию, когда де-юре ее послеродовое состояние является нормой, а де-факто - происходят значительные изменения во всех компонентах ее здоровья. В связи с этим наше исследование направлено на создание системы педагогического воздействия, обеспечивающего физическую, социальную и психическую реабилитацию женщин в послеродовом периоде.

Для всестороннего воздействия на здоровье рожениц нами была разработана теоретическая модель структурных отношений компонентов здоровья женщин, представленная на рисунке 3.

Таким образом, представленная модель охватывает весь спектр многогранности понятия «здоровье» и является основой для создания методики психофизической постродовой реабилитации женщин и использованием физкультурно-оздоровительных систем, обеспечивающей организованный и целенаправленный процесс адаптации женщин к изменившимся состояниям.



Рис. 3. Модель структурных отношений компонентов здоровья женщин после родов

III.2.1. Физическое здоровье как главный ориентир методики психофизической постродовой реабилитации женщин с использованием физкультурно-оздоровительных систем

Основополагающая направленность методики психофизической постродовой реабилитации с использованием физкультурно-оздоровительных систем - это восстановление **физического здоровья женщин**. Главным ориентиром воздействия является повышение сократительных способностей мышц, участвующих в вынашивании плода, оптимизация работы органов малого таза, повышение общего тонуса организма, работоспособности и сопротивляемости неблагоприятным воздействиям.

Сущность данной части методики заключается в подборе средств физкультурно-оздоровительных систем, способствующих профилактике застойных явлений в малом тазу, увеличивающих подвижность суставов и позвоночного столба, повышающих устойчивость организма к неблагоприятным воздействиям и т.д.

Исходя из того, что эффективность тренировочных занятий зависит от рациональной организации, обеспечивающей плотность занятий, от выбора оптимальной дозировки нагрузки с учетом индивидуальных особенностей занимающихся, а также от сроков начала занятий, физические упражнения целесообразно подбирать для трех групп родильниц:

- группа «А» - имеют оперативные вмешательства во время родов;
- группа «В» - имеют незначительные осложнения после родов;
- группа «С» - без осложнений после родов.

Общая направленность построения физической нагрузки с данными группами лиц выглядит следующим образом:

- для женщин из группы «А» целесообразно применять индивидуальные задания, ориентированные на показания врача и включающие в себя простейшие общеразвивающие физические упражнения;

- для женщин группы «В» рационально использовать как индивидуальные, так и групповые организационно-методические формы занятий с использованием не только общеразвивающих, но и специализированных упражнений, направленных на профилактику застойных явлений в органах малого таза, на укрепление костно-мышечной системы организма, на развитие сердечно-сосудистой и дыхательной систем и т.д.;

- для женщин из группы «С» необходимо использовать физические упражнения, ориентированные как на оздоровительно-реабилитационный эффект, так и на физическое развитие рожениц, повышающие уровень их физических качеств и обогащающие опыт двигательной деятельности.

Исходя из того, что улучшение здоровья женщин в послеродовом периоде - это длительный многоплановый процесс, нами было выделено три этапа реабилитации женщин в данном периоде: щадящий, тонизирующий, тренирующий. Так как физическое здоровье женщин является основным направлением нашего исследования, то название этапов в смысловом значении отражает направленность именно физической нагрузки: от простейших физических упражнений до комплексов тренирующей направленности - и соответствует особенностям решаемых в них целей и задач. Сформированность каждого этапа обеспечивает возможность перехода на следующую ступень двигательного режима и формирование более высокого качественного уровня физического развития. В таблице 11 представлены

Цель, задачи и средства этапов реабилитации в послеродовом периоде

Этап	Цель и задачи этапов	Средства		
		Группа «А»	Группа «В»	Группа «С»
Щадящий	<p><u>Цель:</u> восстановить физические силы, утраченные в родах.</p> <p><u>Задачи:</u> улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем; повышение обменных процессов в тканях и органах; укрепление мышц брюшного пресса; активизация деятельности центральной нервной системы; нормализация деятельности кишечника и органов малого таза.</p>	<p>Простейшие физ. упр., выполняемые лежа на спине или сидя на стуле:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дышат. гимнастика; - упр. для нижних конечн.; - повороты, наклоны, приседы на опору. 	<p>Простейшие физ. упр., выполняемые лежа на спине, на боку, стоя:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дышат. гимнастика; - упр. для нижних конечн.; - упражнения для мышц брюшного пресса, малого таза; - повороты, наклоны. 	<p>Простейшие физ. упр., выполняемые лежа на спине, на боку, стоя или сидя на стуле, в партере:</p> <ul style="list-style-type: none"> - дышат. гимнастика; - упр. для нижних конечн.; - упражнения для мышц брюшного пресса, малого таза; - повороты, наклоны, приседы на опору.
Тонизирующий	<p><u>Цель:</u> активизировать функциональные возможности организма рожениц.</p> <p><u>Задачи:</u> совершенств. работы дыхательной и СС систем; укрепление мышц брюшного пресса; активизация деятельности центральной нервной системы; нормализация деятельности кишечника и органов малого таза; повышение эмоционального состояния и самочувствия; повышение обменных процессов в тканях и органах; профилактика застойных явлений и возникновения послеродовых осложнений (пневмоний, тромбофлебита и т.п.).</p>	<p>Индивидуальный комплекс ОФК с учетом показаний и противопоказаний к занятиям.</p> <p>Дыхательные упражнения.</p> <p>Упр. выполняются в положении лежа на спине, боку, стоя, в партере (строго под врачебным контролем).</p>	<p>Комбинир. упр., акцентированные на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - повышение мышечного тонуса и укрепление мышц живота, тазового дна; - укрепление связок и мышц, удерживающих внутренние органы, диафрагму; - укрепление мышечного корсета тела; - активизация работы дыхательной и СС систем. <p>И.п.- лежа на спине, животе, боку, в партере, стоя.</p>	<p>Комбинир. упр., направленные на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - укрепление для мышц спины, грудной клетки, ног (особенно ягодичных мышц); - увеличение подвижности позвоночного столба, повышение упругости мышц брюшного пресса. <p>И.п. - лежа на спине, животе, боку, сидя на стуле, скамейке, кровати, стоя с опорой на стул, гимнастическую стенку, в партере, в висе.</p>

Тренирующий	<p><u>Цель:</u> совершенствовать физическое и функциональное здоровье женщин.</p> <p><u>Задачи:</u> выработать навыки самостоятельных занятий; улучшить кровообращения мышц тазового дна; оптимизировать эмоциональное состояние и самочувствие; нормализация функции кишечника и мочевого пузыря; укреплять мышцы живота, спины, верхнего плечевого пояса; повышать работоспособность организма; развивать физические качества; повышать уровень физической подготовленности.</p>	<p>Индивидуальный комплекс ОФК с учетом показаний и противопоказаний к занятиям.</p> <p>И.п. - лежа на спине, животе, боку, сидя на стуле, скамейке, кровати, стоя с опорой на стул, гимнастическую стенку, в партере, в висе.</p>	<p>Комплексы упр., ориентированные на реабилитацию органов, имеющих осложнения после родов.</p> <p>Упр. направлены на:</p> <ul style="list-style-type: none"> - мышечный корсет; - на органы малого таза; - на повышение физич. возможностей организма; - на повышение общего тонуса организма. <p>Упр. выполняются из различных исходных положений.</p>	<p>Комплексы упр. тренирующего характера:</p> <ul style="list-style-type: none"> - для развития физических качеств; - для укрепления мышц спины и живота; - для оптимизации работы органов малого таза; - для повышения общего тонуса организма. <p>И.п. - лежа на спине, животе, боку, сидя на стуле, скамейке, кровати, стоя с опорой на стул, гимнастическую стенку, в партере, в висе.</p>
--------------------	--	--	--	--

цель, задачи и средства физкультурно-оздоровительных систем, обеспечивающие физическую реабилитацию женского организма в послеродовой период.

Проведенное исследование литературы определило, что приступать к выполнению оздоровительных физических упражнений необходимо с первых дней после родов (в зависимости от течения родов). При этом, основываясь на психофизиологическом состоянии рожениц, основное требование при подборе упражнений - доступность и простота выполнения.

Именно это время является начальной точкой нашего исследования и продолжается по 4 неделю после родов, когда заканчивается первый период адаптации женского организма к послеродовому состоянию.

Тонизирующий этап реализуется в пределах 5-12 недель после родов, а тренирующий - 13-24 недель. В группе «А» временные отрезки этапов могут быть увеличены в зависимости от врачебных рекомендаций. Главным критерием готовности женского организма к переходу на тонизирующий этап является качество выполнения комплексов упражнений, при переходе на тренирующий этап - уровень физического статуса не ниже «хорошо».

Выбор нами режимов занятий на каждом этапе восстановления женщин в послеродовой период основан на анализе литературы и личном опыте проведения физкультурно-оздоровительных мероприятий.

Продолжительность занятий варьируется от 15 до 90 минут (в зависимости от этапа и здоровья женщины). Так, на первом этапе оптимальными являются 2-3 занятия в день по 10-20 минут в зависимости от самочувствия женщины. Главным сигналом к прекращению занятий является появление болевых ощущений. На втором этапе занятия носят более выраженный характер и могут

продолжаться 30-60 минут по 3-5 раз в неделю, соответственно, на тренирующем этапе время выполнения физических упражнений может достигать 90 минут по 3 раза в неделю.

Физическая нагрузка внутри этапов строится по принципам физического воспитания: сознательности и активности, доступности и индивидуализации, непрерывности и постепенного наращивания развивающе-тренирующих воздействий и т.д.

Оценка интенсивности физической нагрузки осуществляется с помощью регистрации ЧСС как основного индикатора приспособительных реакций организма человека. Опираясь на результаты исследования Н.А. Кулешовой (2007), мы определили допустимые нормы ЧСС, которые легли в основу восстановительных этапов (§1.2.3).

За условный максимальный показатель нагрузки принимается такой, который рассчитывается по формуле: максимальная частота сердечных сокращений, равная 220 уд./мин., за вычетом возраста занимающегося. При этом учитывались зоны колебаний ЧСС, связанные с индивидуальными особенностями и уровнем подготовленности занимающегося, а также «факторами риска»: избыточности веса тела, функциональных отклонений, психологической нагрузки, темперамента.

Анализ научно-методической литературы по данной тематике показал, что целесообразны следующие уровни нагрузки: для оздоровительных видов упражнений оптимальная зона интенсивности работы - в пределах 40-90% от максимальной ЧСС для разных возрастных групп, но для начинающих - 40-60%, а для достаточно подготовленных - 70-85%. Эти данные легли в основу разработанного режима тренировочной нагрузки при занятиях ОФК на восстановительных этапах женщин в послеродовом периоде (табл. 12).

Таблица 12

**Режим тренировочной нагрузки при занятиях ОФК
на восстановительных этапах женщин в послеродовом периоде**

	Группа «А»			Группа «В»			Группа «С»		
	1 этап	2 этап	3 этап	1 этап	2 этап	3 этап	1 этап	2 этап	3 этап
ЧСС (уд./мин.)	70-80	80-100	100-120	70-100	80-110	110-130	70-110	90-120	120-140
Интенс. от макс.	20%	50%	75%	40%	75%	85%	50%	75%	85%
Продолж.	до 20 мин. 1-2 р. в день	до 30 мин. 3-5 р. в нед.	до 45 мин. 3 р. в нед.	до 20 мин. 2-3 р. в день	до 30-45 мин. 3-5 р. в нед.	до 60 мин. 3 р. в нед.	до 20 мин. 2-3 р. в день	до 40-45 мин. 3-5 р. в нед.	до 60 мин. 3 р. в нед.

Объем физических нагрузок и направленность физкультурно-оздоровительных занятий зависит от уровня физического состояния и адаптационных возможностей организма к предлагаемой нагрузке. Режим физической нагрузки следует определять в зависимости от реакции организма каждого человека на эту нагрузку (Л.П. Матвеев, 2004). Следовательно, на каждом занятии необходим контроль за физическим состоянием рожениц, обеспечивающий подбор рационального соотношения объема и интенсивности физических нагрузок.

В связи с этим нами была разработана система мероприятий, обеспечивающих многосторонний контроль за физическим и функциональным состоянием рожениц.

Так, *текущий контроль* за реакцией женщин на нагрузку проводился по нескольким направлениям:

- внешние признаки реакции на физическую нагрузку: измерение дыхания, цвета лица и мимики, координации движений, увеличение потливости;

- показатели переносимости нагрузки: ЧСС, артериальное давление, самочувствие на занятиях;

- состояние здоровья занимающихся на основе их собственных показателей о самочувствии до, во время- и после занятий, об их стремлении и желании выполнять физические упражнения (дневник самоконтроля) (прилож. 2);

- посещаемость занятий, объем и интенсивность выполненных норм на каждом этапе;

- состояние здоровья по медицинским показателям.

Итоговый контроль осуществлялся с помощью стандартных методик оценки состояния физического здоровья:

- показатели физического развития: функциональные показатели (артериальное давление, ортостатическая и клиностатическая пробы, частота сердечных сокращений, величина ЖЕЛ) и антропометрические данные (масса тела, весо-ростовой индекс Кетле, окружность грудной клетки, крепость телосложения);

- показатели физической подготовленности: динамометрия, наклон туловища вперед и в стороны, качество выполнения комплексов упражнений, сгибание-разгибание рук в упоре лежа, подъем согнутых ног из положения лежа на спине, метание набивного мяча.

Помимо показателей физического развития и функционального состояния организма, еще одним информативным критерием здоровья является наличие или отсутствие заболеваний. Придерживаясь этого критерия, так же можно говорить о физическом здоровье человека.

Индивидуальная оценка выражается в определении физического статуса женщины, складывающегося из оценок, полученных за выполнение каждого задания (в соответствии с нормативами физического развития и физической подготовленности):

- «отлично» - не менее 50% исследуемых показателей сформировано на уровне «отлично», остальные - на «хорошо», редкое обращение за медицинской помощью, показатели медико-биологических исследований - в норме;

- «хорошо» - не менее 50% показателей оценены на «отлично» и «хорошо», остальные - не ниже «удовлетворительно», редкое обращение за медицинской помощью, показатели медико-биологических исследований - с незначительными нарушениями;

- «удовлетворительно» - если не более чем по одному из показателей оценены «неудовлетворительно», частые обращения за медицинской помощью, показатели медико-биологических исследований - с незначительными нарушениями;

- «неудовлетворительно» - при наличии двух и более неудовлетворительных оценок по показателям, частые обращения за медицинской помощью, показатели медико-биологических исследований - со значительными нарушениями.

III.2.2. Социальное и психическое здоровье как ориентиры методики психофизической постродовой реабилитации женщин с использованием физкультурно-оздоровительных систем

Педагогические воздействия на социальное и психическое здоровье женщин является неотъемлемым элементом нашей методики, реализуемым одновременно во всех группах и параллельно с восстановлением физического здоровья. Их главная направленность

связана с восстановлением женщин как социально активных членов общества за короткий промежуток времени, а также нормализацию психического состояния рожениц (табл. 13).

Таблица 13

Цель, задачи и средства этапов реабилитации в послеродовом периоде

Этап/ комп.	Цели и задачи этапов	Средства	
1	2	3	
Шадающий	Социальный	<p><u>Цель:</u> адаптация женщины к восприятию своего нового социального статуса.</p> <p><u>Задачи:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - раскрыть значимость роли матери в социуме; - воздействовать на осознание женщинами своего нового социального статуса. 	<ul style="list-style-type: none"> - беседы и диспуты на темы: «Физические упражнения после родов», «До- и послеродовая гимнастика для женщин. Гимнастика для ребенка первого года жизни», «Влияние средств ОФК на организм роженицы»; - док. фильм «Мать и дитя»; - встреча с социальным работником, с врачом-гинекологом, психологом, физиотерапевтом; - дневник самоконтроля.
	Психический	<p><u>Цель:</u> восстановить психоэмоциональные силы, затраченные в родовой деятельности.</p> <p><u>Задачи:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - восстановить нормальную работу психических функций; - активизировать познавательные процессы. 	<ul style="list-style-type: none"> - психологическая разгрузка (кабинет психологической разгрузки); - дневник самоконтроля; - музыкальное сопровождение занятий; - дыхательная гимнастика.

Продолжение таблицы 13

1	2	3
Тонизирующий	<p>Социальный</p> <p><u>Цель:</u> адаптировать женщин к новому социальному статусу. <u>Задачи:</u> - расширять диапазон общения внутри группы; - раскрыть возможности соц. деятельности женщин, находящихся в декретном отпуске; - сформировать актив группы.</p>	<p>- беседы на темы: «Возможности использования занятий оздоровительной физической культурой для послеродовой реабилитации», «Занятия оздоровительной физической культурой в послеродовом периоде»; - встреча с социальным работником; - формальное и неформальное общение в группе; - встреча с юристом; - дневник самоконтроля.</p>
	<p>Психический</p> <p><u>Цель:</u> развивать умение адекватно оценивать свое психологическое состояние. <u>Задачи:</u> - активизировать познавательные процессы; - раскрывать и обучать основам аутотренинга; - нормализовать работу психологических функций.</p>	<p>- аутотренинг; - встреча с психологом; - психологическая разгрузка (кабинет психологической разгрузки); - дневник самоконтроля; - музыкальное сопровождение занятий; - дыхательная гимнастика.</p>
Тренирующий	<p>Социальный</p> <p><u>Цель:</u> активизировать самовосприятие женщин как активных членов общественной жизни. <u>Задачи:</u> - раскрыть основы воспитания в семье; - развивать дружеские отношения в группе; - повышать соц. активность женщин; - расширять объем самостоятельно выполненных заданий.</p>	<p>- беседа на тему: «Возможности трудовой деятельности женщины в декретном отпуске»; - встреча с социальным работником; - формальное и неформальное общение в группе; - дневник самоконтроля.</p>
	<p>Психический</p> <p><u>Цель:</u> научить управлять своим психическим состоянием. <u>Задачи:</u> - развивать умение управлять своими чувствами и ощущениями; - научить анализировать различные ситуации; - развивать память, внимание и мышление; - обучать элементам аутотренинга.</p>	<p>- аутотренинг; - встреча с психологом; - психологическая разгрузка (кабинет психологической разгрузки); - дневник самоконтроля; - музыкальное сопровождение занятий; - дыхательная гимнастика.</p>

В реализации намеченных целей и задач предполагается участие в процессе реабилитации, помимо специалистов по физической культуре и спорту, психологов, социальных работников, юристов, врачей.

Главным направлением нашего воздействия на восстановление у рожениц *психического состояния* (профилактика депрессивных состояний) является формирование адекватного материнского отношения и восприятия ценности ребенка, коррекция постнатальной депрессии, развитие объективного отношения к уровню своего психического и физического состояния.

Постнатальная депрессия - это особенный вид депрессии, который возникает у женщин через некоторое время после родов и продолжается от трех суток до нескольких месяцев, а может длиться и несколько лет (Г.Г.Филиппова, 2002).

Это депрессивное состояние в послеродовой период негативно влияет не только на здоровье женщины, но и на психическое развитие ребенка. Поэтому своевременная диагностика и лечение такой постнатальной депрессии крайне важны как для матери, так и для ребенка (R.P. Lederman, 1981; S.J. Parker, 1992; R.A. Steer, 1992).

В послеродовом периоде могут проявляться различные эмоциональные нарушения:

- 1) материнская меланхолия;
- 2) послеродовая депрессия;
- 3) послеродовой психоз.

По данным S.J. Parker, D.E. Barrett (1992), около 50-60% женщин страдают меланхолией, то есть легкой формой депрессии. R.A. Steer (1992) в своих исследованиях указывает на симптомы депрессии: повышенную утомляемость, раздражительность, агрессивность. Послеродовой психоз сопровождается глубокими изменениями сознания

у родильниц. Женщины в таком состоянии не воспринимают адекватно реальность. У них нарушены процессы восприятия, мышления (С.И. Знаменская, 2007).

Разные авторы выделяют несколько причин возникновения постнатальной депрессии. Во-первых, физиологические или гормональные. Гормональные изменения после родов вызывают значительные сдвиги в физической и психической сфере женщины. Организм женщины перестраивается на новый лад, происходит резкое понижение прогестерона и эстрогена в организме женщины, и организм начинает адаптироваться к таким физиологичным изменениям. В норме женский организм реагирует незначительной вялостью и в течение трех дней возвращается к здоровому состоянию. У женщин, склонных к депрессивным состояниям, организм не возобновляется в течение нескольких месяцев или лет. А затяжная реакция может провоцировать возникновение более сложных психических заболеваний. Потому своевременное профессиональное вмешательство может предупредить серьезные осложнения. Конечно, устранить данный гормональный дисбаланс может только врачебное вмешательство.

Во-вторых, психологические или личностные факторы, которые могут негативно влиять на состояние матери после родов. Рождение ребенка изменяет жизненный стереотип женщины. Состояние женщины после родов зависит и от того, как она реагирует на свою роль матери, жены, на те ограничения и обязанности, что несет в себе новая роль. Здесь важное значение играет материнское отношение и восприятие ребенка как ценность. Само понятие «материнское отношение» не является в настоящий момент строго определенным и общепринятым, но, тем не менее, достаточно популярным как предмет психологического исследования. Имеющиеся в литературе данные свидетельствуют, что

материнское отношение не возникает одновременно и сразу после рождения ребенка, а проходит определенный путь становления и имеет тонкие механизмы регуляции, свои сенситивные периоды и запускающие стимулы (А.С. Батуев, 1996; Г.Г. Филиппова 1999, 2002).

В-третьих, микро- и макросоциальные. К социальным причинам, в первую очередь, относят те культурологические особенности, которые сопровождают беременную женщину и мать маленького ребенка (социальное положение, семейные традиции и т.д.).

При этом, как показывает практика работы психологов, причины постнатальной депрессии в послеродовой период носят комплексный характер.

Сегодня накоплен богатый теоретико-практический материал о процессе оптимизации психического состояния родильниц. Это позволяет, во-первых, определить батарею тестов, устанавливающих психическое состояние женщин, во-вторых, разработать систему мероприятий, обеспечивающих эффективность развития данного компонента здоровья.

Для определения психического состояния родильниц использовались следующие тесты и методики: тест Люшера, проективный рисунок на тему «Я и мой ребенок», тест «Фигуры», тест «Эпитеты», методика измерения уровня тревожности Тейлора, методика диагностики самооценки психических состояний Г. Айзенко, методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге.

В зависимости от результатов тестирования были выделены следующие психологические состояния женщин:

- адекватное - нормальные оценки психического состояния, правильное восприятие материнского статуса и ценности ребенка,

слабая постнатальная депрессия, адекватное отношение к уровню своего психического и физического состояния;

- тревожное - высокий или средний (с тенденцией к высокому) уровень тревожности, высокая агрессивность, заниженная или завышенная фрустрация, выраженная ригидность, выраженная постнатальная депрессия, неадекватное отношение к уровню своего психического и физического состояния;

- амбивалентное - двойственное восприятия себя и своего психического и физического состояния, значительные различия в результатах физического и психологического тестирований, отражающие нестабильность психического состояния женщины;

- эмоционально-отстраненное - низкая самооценка, выраженная ригидность, эмоциональная пассивность, постнатальная депрессия.

Исходя из того, что данный компонент здоровья является областью компетенции психологов и социальных работников, в нашей методике мы воздействовали на него только косвенным путем, средствами дыхательной гимнастики, элементами аутотренинга, музыкальным сопровождением занятий, беседами и диспутами на различные темы. В случае выявления выраженной постнатальной депрессии женщине рекомендовалось встретиться с компетентными специалистами.

С точки зрения оптимизации социального здоровья рожениц наша методика ориентировалась на формирование у женщин адекватного восприятия своего нового социального статуса, на повышение их стрессоустойчивости, на развитие умений жить в согласии с окружающими людьми, на воспитание способности анализировать различные ситуации и прогнозировать их развитие. С этой целью внутри группы проводились беседы и диспуты на темы: «Физические упражнения после родов», «До- и послеродовая гимнастика для женщин.

Гимнастика для ребенка первого года жизни», «Влияние средств ОФК на организм роженицы», «Возможности трудовой деятельности женщины в декретном отпуске», организованы показ документального фильма «Мать и дитя», встречи с социальным работником, врачом-гинекологом, психологом, физиотерапевтом.

Для определения социального здоровья женщин использовались методика определения стрессоустойчивости и социальной адаптации Холмса и Раге, а также результаты педагогических наблюдений.

Исходя из многофакторности данной составляющей индивидуального здоровья женщин и временных ограничений эксперимента, наши усилия были направлены на формирование у женщин уверенности в своих силах, на адекватное восприятие ими своего психофизического состояния, на создание дружеских отношений внутри группы, на формирование у рожениц умений жить в согласии с окружающими людьми.

По результатам исследования была обнаружена средняя корреляционная взаимосвязь между выявленными показателями ($r=0,63$), что позволяет определить общие характеристики социального здоровья, ставшие основанием для выделения трех состояний:

- адекватное - выраженные предпосылки для всесторонней и долговременной активности в социуме, удовлетворенность своим социальным положением, высокий уровень стрессоустойчивости, адекватное восприятие материнства и ценности ребенка;

- амбивалентное - средняя сопротивляемость стрессу, наличие предпосылок для всесторонней и долговременной активности в социуме, амбивалентное восприятие материнства и ценности ребенка;

- угнетенное - слабовыраженные предпосылки для всесторонней и долговременной активности в социуме, низкая степень

сопротивляемости стрессу, низкая самооценка, избегание трудностей, боязнь неудач, отстраненное восприятие материнства.

Все результаты исследования заносились в индивидуальную карту комплексных показателей физического статуса, социального и психического состояний и наглядно отражали динамику происходящих изменений здоровья женщин (прилож. 2).

III. 3. Обсуждение результатов экспериментальной работы по использованию средств физкультурно-оздоровительных систем в постродовой реабилитации женщин

Результаты анализа теории и практики организации занятий оздоровительной физической культурой с женщинами в послеродовом периоде позволили выдвинуть предположение о возможности оптимизации восстановительного периода родильниц путем внедрения разработанной методики психофизической постродовой реабилитации с использованием средств ОФК. В связи с этим был проведен формирующий эксперимент, целью которого явилась проверка выдвинутой гипотезы.

Формирующий эксперимент осуществлялся на базе санатория-профилактория «Здоровье» при АГУ и городской поликлиники № 6 г. Майкопа в 2008-2009 гг. В экспериментальных группах (группа «А» - ЭГ №1 (n=8), группа «В» - ЭГ № 2 (n=13), группа «С» - ЭГ № 3 (n=11) был внедрен комплекс мероприятий, направленных на психофизическое восстановление женщин в постродовом периоде. В контрольных группах (группа «А» - КГ № 1 (n=9), группа «В» - КГ № 2 (n=10), группа «С» - КГ №3 (n=13) женщины проходили путь реабилитации по стандартным схемам. В состав групп входили женщины 18-36 лет (n=64), которые внутри групп не имели достоверных отличий по показателям физического развития

(антропометрические данные и функциональные пробы), социального и психического состояний ($p > 0,05$) (табл. 14).

Таблица 14

Показатели физического развития, психического и социального состояний женщин КГ и ЭГ в начале эксперимента

Показатели	Группа «А», n=17			Группа «В», n=23			Группа «С», n=24		
	ЭГ № 1 (n=8)	КГ № 1 (n=9)	P	ЭГ № 2 (n=13)	КГ № 2 (n=10)	P	ЭГ № 3 (n=11)	КГ № 3 (n=13)	P
	(%)			(%)			(%)		
	Физическое развитие								
Отличное	12,5	0	>0,05	15,4	10	>0,05	0	15,4	>0,05
Хорошее	25	33,3	>0,05	15,4	30	>0,05	27,3	15,4	>0,05
Удовл.	37,5	22,2	>0,05	38,4	30	>0,05	36,3	30,8	>0,05
Неудовл.	25	44,4	>0,05	30,7	30	>0,05	36,3	38,4	>0,05
	Психическое состояние								
Адекватное	0	0	>0,05	7,7	0	>0,05	9,1	7,7	>0,05
Тревожное	50	33,3	>0,05	30,7	30	>0,05	36,3	30,8	>0,05
Амбивалент.	25	44,4	>0,05	46,1	40	>0,05	27,3	38,4	>0,05
Эмоцион.- отстранен.	25	22,2	>0,05	15,4	30	>0,05	27,3	23	>0,05
	Социальное состояние								
Адекватное	37,5	22,2	>0,05	30,7	30	>0,05	45,4	30,8	>0,05
Амбивалент.	50	55,5	>0,05	46,1	50	>0,05	27,3	46,1	>0,05
Угнетенное	12,5	22,2	>0,05	23	20	>0,05	27,3	23	>0,05

В качестве основополагающего средства ОФК была выбрана ритмическая гимнастика, имеющая широкий спектр возможностей решения задач оздоровительно-реабилитационной физической культуры. Для восстановления и развития психического и социального здоровья параллельно с занятиями ритмической гимнастикой проводилась

дополнительная работа, в том числе с привлечением врачей, психологов, социальных работников, юристов.

Отметим, что работа с экспериментальными группами началась еще во время беременности женщин. На консультативных встречах им рассказывалось о пользе проведения физических упражнений с первых дней после родов, объяснялись особенности проведения ритмической гимнастики в послеродовой период, составлялся дневник самочувствия, ориентированный на стимулирование женщин к контролю за своим психофизическим состоянием.

Отправной точкой начала **щадящего этапа** (1-4 неделя) реабилитации женщин была их выписка из родильного дома, при этом каждой из участниц ЭГ была предоставлена памятка с описанием физических упражнений, рекомендованных для проведения уже со второго дня после родов.

По форме организации занятия проводились индивидуально и с группой. Если женщина не могла посетить занятие в санатории-профилактории «Здоровье», ей предлагалось выполнить самостоятельные задания, описанные в памятке и сделать соответствующие записи в дневнике самочувствия.

Параллельно с занятиями ритмической гимнастикой родильницам предлагалось по рекомендациям врача-гинеколога, пройти курсы психологической разгрузки, фито- и физиотерапии, позволяющих комплексно воздействовать на психофизическое состояние женщин.

В период родового акта женский организм испытывает предельное психоэмоциональное, физическое, гормональное, рефлекторное и мышечное напряжение, приводящее к значительному истощению организма рожениц. Исходя из этого, главная цель использования

физических упражнений на щадящем этапе - восстановление у женщин сил, затраченных в родах.

Задачи этапа:

- повысить двигательную активность;
- снять эмоциональное и мышечное напряжение;
- восстановить энергетический запас организма;
- способствовать маточному сокращению;
- оптимизировать работу дыхательной и сердечно-сосудистой систем;
- устранять застойные явления в брюшной полости;
- улучшать кровообращение мышц тазового дна;
- ускорить венозное кровообращение.

Для достижения цели и реализации задач этапа наша деятельность ориентировалась на два направления воздействия:

- улучшение физического состояния - для этого использовались растягивающие, аэробные, смешанные физические упражнения и дыхательная гимнастика. Они обеспечивали оптимизацию приспособительных морфологических и функциональных перестроек в организме, способствовали более быстрой адаптации рожениц к новому состоянию;

- стабилизация психоэмоционального состояния - для этого применялась релаксационная гимнастика Джейкобсона. Она позволяет: укреплять диафрагму, восстанавливать смешанное дыхание, увеличивать оксигенацию крови, ликвидировать венозные и лимфатические застои в брюшной полости и тазовой области путем вовлечения в выполнение физических упражнений всех мышечных групп, от мелких мышц конечностей до крупных мышечных групп, нормализовать состояние сердечно-сосудистой системы, улучшать крово-

и лимфообращение во всех органах и тканях, повышать процессы обмена, восстанавливать функции мочевого пузыря и кишечника, повышать тонус мускулатуры, предупреждать появления послеродовых тромбозов.

Физическая нагрузка на занятиях строилась строго по представленным характеристикам (табл.15) с учетом реального психофизического состояния женщин. В группе «А» 60% всех занятий были ориентированы на проведение дыхательной гимнастики (25%) и упражнений для мышц верхнего плечевого пояса (35%), полностью исключались упражнения для мышц спины.

В группе «В» большую часть занятий составляли упражнения для мышц тазового дна, живота (40%) и дыхательная гимнастика (20%), в группе «С» нагрузка распределялась более равномерно на все группы мышц - дыхательная гимнастика - 20%, упражнения для мышц тазового дна и живота - 20%, для верхнего плечевого пояса - 30%, для мышц спины - 20%, релаксационная гимнастика - 10%. При этом объем и интенсивность выполняемой нагрузки определялись не только в соответствии с нашими рекомендациями, но и в связи с самочувствием женщин во время занятий.

Применение релаксационной гимнастики Джейкобсона, состоящей из ряда упражнений, расслабляющих мышечные группы и влияющих на эмоциональное состояние человека, позволило стабилизировать психоэмоциональное состояние женщин. Для этого у рожениц формировались умения анализировать мышечные напряжения и расслабления. Им предлагалось вначале резко напрячь, а затем быстро расслабить определенные группы мышц. Главная цель - «уловить» разницу между напряжением и расслаблением. Вначале вырабатывались умения расслаблять мышцы-сгибатели (бицепсы рук, шеи, туловища,

плечевого пояса, ног), затем - мимических мышц (лица, глаз, языка, гортани). Упражнение повторяют несколько раз, в большей части - в положении лежа (прилож. 4).

Таблица 15

Модель построения двигательной нагрузки на щадящем этапе психофизической постродовой реабилитации женщин

ЭГ	Общая характеристика применяемых упражнений						
	Тип упр.	Место приложения усилий	Темп муз.	Исх. полож. упр.	ЧСС (уд./мин.)	Интенс. от макс.	Продол. занятия
Группа «А»	простейшие ОРУ смешанного типа	мышцы верхнего плечевого пояса; дыхательная система; ноги	медленный	лежа на спине или боку	70-80	20%	комплекс выполн. без учета времени 1-2 раза в день
Группа «В»	простейшие упражнения растягивающего и смешанного типов	мышцы верхнего плечевого пояса; дыхательная система; органы малого таза; ноги; мышцы живота (под наблюдением врача)	медленный	лежа на спине, боку, стоя	70-100	40%	до 20 мин. 1-2 раза в день
Группа «С»	ОРУ растягивающего и смешанного типов	мышцы верхнего плечевого пояса; дыхательная система; органы малого таза; ноги (особенно бедра); мышцы живота и спины	медленный и средний	лежа на спине, боку, стоя, сидя на кровати	70-110	50%	до 20 мин. 1-3 раза в день
ЭГ	Объем физических упражнений (%)						
	Дыхательные упражнения	Упр. для мышц тазового дна, живота	Упр. для мышц верхнего плечевого пояса и ног	Упр. для мышц спины	Релаксационная гимнастика		
Группа «А»	25	20	35	-	20		
Группа «В»	20	40	20	10	10		
Группа «С»	20	20	30	20	10		
ЭГ	Тактика проведения занятий						
Группа «А»	темп выполнения упр. - медленный; плавное, постепенное увеличение физической нагрузки при улучшении состояния; кол-во упр. - 10-12; кол-во повторений - 6-8 раз; сопровождать выполняемые упр. рассказом о пользе физ. упр.; с достаточными фазами отдыха; выполнение упр. останавливать при появлении болевых ощущений						
Группа «В»	темп выполнения упр. - медленный с максим. амплитудой; сопровождать выполняемые упр. рассказом о пользе физ. упр.; плавное, постепенное увеличение физической нагрузки при улучшении состояния; кол-во упр. - 10-12; кол-во повторений - 8-10 раз						
Группа «С»	темп выполнения упр. - от медленного к среднему; упр. выполнять плавно, без резких движений, с максим. амплитудой; кол-во упр. - 10-12; кол-во повторений - 10-12 раз, может быть увеличено; выполнять без натуживаний и задержки дыхания; сопровождать выполняемые упр. рассказом об их пользе						

При реализации щадящего этапа эксперимента мы столкнулись с рядом сложностей. Во-первых, трудности с установлением систематичности посещений занятий. Низкая мотивация к выполнению физических упражнений в послеродовом периоде и отсутствие опыта самостоятельных занятий приводят к тому, что родильницы не воспринимают двигательную активность как неотъемлемый компонент восстановительного процесса.

Так, 59,4% респонденток не видят смысла в раннем начале выполнения физических упражнений, 65,6% - осознают значимость двигательной активности в период восстановления после родов, но при этом на вопрос о самостоятельном использовании физических упражнений отвечают отрицательно.

Во-вторых, сложности контроля за качеством выполнения самостоятельных занятий по индивидуальным программам, особенно в группе «А», где большая часть упражнений выполняется дома.

Снижению отрицательного воздействия данных факторов на результаты эксперимента способствовала система педагогических воздействий, ориентированная на развитие у женщин мотивационно-ценностного отношения к занятиям, на формирование знаний в области физической культуры, на выработку теоретико-практического опыта двигательной активности. Для этого на занятиях использовалась вся гамма методов обучения и воспитания, применялись индивидуальные и групповые формы занятий, реализовывался дифференцированный подход к построению физической нагрузки.

Были проведены беседы и диспуты на темы: «Физические упражнения после родов», «До- и послеродовая гимнастика для женщин. Гимнастика для ребенка первого года жизни», «Влияние средств ОФК на организм родильницы». Организованы дополнительные встречи с

врачом-гинекологом, психологом, физиотерапевтом. Показан научно-популярный фильм «Мать и дитя».

С целью проверки результативности проведенных занятий на пятой неделе после родов женщинам КГ и ЭГ предлагалось пройти тестирование. В роли тестовых испытаний выступили разработанные нами комплексы упражнений (прилож. 3). С помощью экспертной оценки определялось качество выполнения упражнений, служившее основным показателем физической подготовленности рожениц на данном этапе восстановления: точность выполнения, легкость выполнения, амплитуда выполнения, объем выполненных упражнений, освоенность техники упражнений.

В зависимости от полученных результатов физическое развитие женщин оценивалось по четырехуровневой системе:

- комплекс упражнений выполнен не в полном объеме - «неудовлетворительно»;
- задание выполнено с грубыми нарушениями - «удовлетворительно»;
- задание выполнено с незначительными ошибками - «хорошо»;
- задание выполнено в полном объеме без ошибок - «отлично».

Результаты исследования выявили, что большая часть женщин ЭГ показали более высокие результаты физического развития, чем женщины КГ (табл. 16).

Таблица 16

Показатели физического развития женщин КГ и ЭГ на шедящем этапе

Группы		неудовл. (%)	удовл. (%)	хорошо (%)	отлично (%)
Группа «А» (КГ n=9, ЭГ n=8)	КГ 1	33,3	33,3	33,3	0
	ЭГ 1	0	25	62,5	12,5
	P	<0,05	>0,05	<0,05	>0,05
Группа «В» (КГ n=10, ЭГ n=13)	КГ 2	30	50	20	0
	ЭГ 2	0	30,8	53,8	15,4
	P	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Группа «С» (КГ n=13, ЭГ n=11)	КГ 3	30,8	38,4	23	7,7
	ЭГ 3	0	27,3	45,4	27,3
	P	<0,05	>0,05	>0,05	<0,05

Так, на «отлично» выполнили контрольные задания 6 женщин из ЭГ относительно одной женщины из всех контрольных групп. При этом в составе всех ЭГ нет ни одной женщины с неудовлетворительной оценкой, тогда как в КГ № 1 таких - 3 человека, в КГ № 2 - 3 человека, в КГ № 3 - 4 человека.

Полученные данные свидетельствуют о правильности выбранного нами направления построения физической нагрузки на данном восстановительном этапе.

В то же время достоверные различия во всех группах выявлены лишь в подгруппе с неудовлетворительным уровнем физического развития, а в остальных - такие данные лишь частичные. В показателях психического и социального состояний женщин ЭГ и КГ прослеживается та же картина, хотя положительная динамика в ЭГ присутствует во всех показателях (табл. 17).

Таблица 17

Показатели социального и психического состояний женщин

ЭГ (n=32) и КГ (n=32) на щадящем этапе

Психическое состояние	Группы	Адекватно	Тревожное	Амбивалентное	Эмоцион.-
		е	(%)	(%)	отстраненно
		(%)			е
					(%)
	КГ	6,25	25	40,6	28,1
	ЭГ	9,4	28,1	37,5	25
	Р	>0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Социальное состояние		Адекватное		Амбивалентно	Угнетенное
		(%)		е	(%)
				(%)	
	КГ	37,5		46,9	15,6
	ЭГ	40,6		40,6	18,7
	Р	>0,05		>0,05	>0,05

Тонизирующий этап (5-12 неделя) восстановления женского организма после родов связан с коррекцией преобразований тела, возникших в процессе вынашивания ребенка. Прежде всего, это - мышцы живота, претерпевшие функциональные изменения во время беременности, вследствие чего могут возникать опущения внутренних органов, застойные явления, гиперлордоз, проявляющийся в расслаблении мышц спины, искривлении позвоночника, варикозное расширение вен, отеки ног и т.д.

Физические упражнения на этом этапе ориентировались на укрепление мышц брюшного пресса, спины, восстановление сердечно-сосудистой и дыхательной систем. Особенно важна роль упражнений в предупреждении функциональной неполноценности мышц тазового дна, опущения половых органов.

Задачи этапа:

- расширять двигательные возможности женщин;
- совершенствовать работу дыхательной и сердечно-сосудистой систем;
- повышать тонус мышц брюшного пресса;
- нормализовать функции кишечника и мочевого пузыря;
- укреплять мышцы спины и верхнего плечевого пояса;
- улучшать кровообращение мышц тазового дна;
- повышать эмоциональное состояние и самочувствие.

Особенности проведения ритмической гимнастики на тонизирующем этапе восстановления в послеродовом периоде представлены в таблице 18.

В процессе проведения релаксационной гимнастики акцент делался на обучение женщин дифференцированной релаксации, т.е. расслаблению группы мышц по своему усмотрению. Например, сохраняя

напряжение мышц, участвующих в поддержании позы «присед», расслабляют мышцы рук. Комплексы упражнений выполнялись всеми группами (прилож. 5). Главный показатель прекращения занятий - болевые ощущения.

В группе «А» 70% нагрузки приходилось на дыхательную гимнастику и упражнения для мышц верхнего плечевого пояса, не использовались упражнения для мышц спины, а также упражнения силовой направленности.

В группах «В» и «С» особое внимание уделялось упражнениям в партере, что позволило на 10-15% увеличить объем упражнений для мышц спины.

Таблица 18

Модель построения двигательной нагрузки на тонизирующем этапе психофизической постродовой реабилитации женщин

ЭГ	Общая характеристика применяемых упражнений						
	Тип упр.	Место приложения усилий	Темп муз.	Исх. полож. упр.	ЧСС (уд./мин.)	Интенс. от макс.	Продол. занятия
Группа «А»	простейшие ОРУ смешанного и растягив. типов	мышцы верхнего плечевого пояса; дыхательная и СС системы; стопы; мышцы голени, бедра; мышцы спины (под особым контролем)	медленный и средний	лежа на спине, боку, сидя, стоя	80-100	50%	до 30 мин. 3 раза в неделю
Группа «В»	растягивающие, смешанные и аэробные	дыхательная и СС системы; мышцы верхнего плечевого пояса; мышцы спины и живота; мышцы нижних конечностей; органы малого таза	медленный и средний (в зависимости от самочувствия возможно кратковр. использование быстрого)	лежа на спине, боку, стоя, в партере	80-110	75%	до 30-45 мин. 4 раза в неделю
Группа «С»	упр. всех типов	дыхательная и СС системы; мышцы верхнего плечевого пояса; мышцы спины; мышцы живота; мышцы нижних конечн., особенно бедра; органы малого таза	медленный, средний и быстрый	лежа на спине, боку, стоя, сидя на кровати, в партере	90-120	75%	до 40-45 мин. 5 раз в неделю
ЭГ	Объем физических упражнений (%)					Релаксационная гимнастика	
	Дыхательные упражнения	Упр. для мышц тазового дна, живота	Упр. для мышц верхнего плечевого пояса и ног	Упр. для мышц спины			
Группа «А»	30	20	40	-	10		
Группа «В»	20	25	20	25	10		
Группа «С»	10	30	20	30	10		
ЭГ	Тактика проведения занятий						
Группа «А»	темп выполнения упр. зависит от самочувствия занимающихся; упр. выполнять с максимальной амплитудой, но без натуживаний и задержки дыхания; кол-во упр. - 10-12; кол-во повторений - 8-10 раз; индивидуальный подход к комплексу упр.; заканчивать комплекс упр. на восстановление дыхания						
Группа «В»	темп выполнения упр. - от медленного к среднему, с наращиванием интенсивности двиг. активности; можно включать упр. с элементами комбинированного задания; сопровождать выполняемые упр. рассказом о пользе физ. упр.; плавное, постепенное увеличение физической нагрузки при улучшении состояния; кол-во упр. - 10-12; кол-во повторений - 8-10 раз						
Группа «С»	упр. выполнять в следующей послед.: упр. для мышц рук, туловища, упр. комплексного воздействия, выполн. сидя, упр. комплексного воздействия, выполн. стоя, упр. для мышц ног, тазового дна; темп выполнения - средний, количество повторений - 10-12 раз; упр. выполнять с максимальной амплитудой; акцент - на группы мышц спины и живота; выполнение сопровождается рассказом о влиянии данных упр. на организм женщин; время проведения - 30-40 мин.; заканчивать комплекс ОРУ упр. на восстановление дыхания						

К концу тонизирующего этапа (12 недель) было проведено текущее тестирование, отражающее показатели физического статуса женщин ЭГ и КГ.

Так, на «отлично» и «хорошо» с тестовыми заданиями справились 87,5% женщин ЭГ №1, 84,6% - женщин ЭГ № 2 и 90,8% - женщин ЭГ № 3. В контрольных группах полученные данные достоверно отличаются от данных экспериментальных групп и равны: в КГ № 1 - 33,3%, в КГ № 2 - 10%, в КГ № 3 - 23,1% (табл. 19).

Таблица 19

Показатели физического статуса женщин КГ и ЭГ
на тонизирующем этапе восстановления

Группы		неудовл. (%)	удовл. (%)	хорошо (%)	отлично (%)
Группа «А» (КГ n=9, ЭГ n=8)	КГ 1	22,2	44,4	33,3	0
	ЭГ 1	0	12,5	50	37,5
	Р	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05
Группа «В» (КГ n=10, ЭГ n=13)	КГ 2	40	50	10	0
	ЭГ 2	0	15,4	46,2	38,4
	Р	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Группа «С» (КГ n=13, ЭГ n=11)	КГ 3	23	53,8	15,4	7,7
	ЭГ 3	0	9,1	54,5	36,3
	Р	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Исходя из того, что главным показателем готовности женского организма к переходу на тренирующий этап является уровень физического статуса - не ниже «хорошо», то с женщинами из ЭГ, не достигших этого уровня, проводились дополнительные индивидуальные занятия. В основном использовались простейшие упражнения смешанного и растягивающего типов, выполняемые в медленном или среднем темпе, обеспечивающие повышение ЧСС от 80 до 120 уд./мин.

(в зависимости от показаний), выполняемые из различных исходных положений (лежа на спине, боку, стоя, сидя, в партере).

Для восстановления и дальнейшей адаптации рожениц к новому социальному состоянию в ЭГ продолжались теоретические занятия по различным тематикам: «Возможности использования занятий оздоровительной физической культурой для послеродовой реабилитации», «Занятия оздоровительной физической культурой в послеродовом периоде», а также организовывались встречи со специалистами различных специальностей.

Особое внимание уделялось обсуждению результатов ведения дневника самоконтроля, включающего в себя сведения по нескольким параметрам:

- самочувствие после занятий физическими упражнениями;
- желание заниматься;
- объем выполненных заданий и их переносимость;
- оценка уровня физической подготовленности;
- показатели физического развития (масса тела, длина тела, окружность грудной клетки, крепость телосложения (формула Пинье), ЖЕЛ);
- результаты осмотра врача;
- результаты психологического тестирования;
- результаты анкетирования;
- нарушение режима.

В экспериментальных группах была выявлена положительная динамика в стабилизации психического и социального состояний (табл. 20).

При этом, несмотря на то, что достоверные отличия выявлены только по двум показателям, в ЭГ выявлено меньшее количество женщин

с пограничными психическими состояниями. У многих женщин наблюдалась растущая уверенность в своих силах, попеременная депрессия (с тенденцией на уменьшение), раздражительность из-за необходимости длительное время находиться дома, снижение психологической напряженности и тревоги.

Таблица 20

Показатели социального и психического состояний женщин
ЭГ (n=32) и КГ (n=32) на тонизирующем этапе

Психическое состояние	Группы	Адекватно	Тревожно	Амбивалентно	Эмоцион.-отстраненно
		е (%)	е (%)	е (%)	е (%)
	КГ	9,4	28,1	40,6	21,9
	ЭГ	21,9	18,7	50	9,4
	Р	<0,05	>0,05	>0,05	>0,05
Социальное состояние		Адекватное (%)	Амбивалентное (%)	Угнетенное (%)	
	КГ	37,5	46,9	15,6	
	ЭГ	50	40,6	9,4	
	Р	<0,05	>0,05	>0,05	

Тренирующий этап (13-24 неделя) реабилитации женского организма в послеродовой период обеспечивал облегчение и ускорение перестройки организма в связи с новым состоянием. Его цель - совершенствовать физическое, социальное и психическое здоровье женщин.

Задачи этапа:

- нормализовать функции кишечника и мочевого пузыря;
- укреплять мышцы живота, спины, верхнего плечевого пояса;
- улучшать кровообращения мышц тазового дна;
- оптимизировать эмоциональное состояние и самочувствие;

-
- повышать работоспособность организма;
 - развивать физические качества;
 - повышать уровень физической подготовленности;
 - вырабатывать навыки самостоятельных занятий.

Главным ориентиром при построении физической нагрузки было целенаправленное воздействие на развитие мышц живота и спины, на оптимизацию работы органов малого таза, на профилактику застойных явлений.

Использовался весь объем упражнений ритмической гимнастики без ограничений места приложения усилий. Интенсивность выполнения заданий - 75-85% от максимума, темп выполнения - от медленного до быстрого, ЧСС колеблется в группе «А» - в пределах 100-120 уд./мин., в группе «В» - 110-130 уд./мин., в группе «С» - 120-140 уд./мин. Частота сердечных сокращений (ЧСС) не превышала 130-140 уд./мин., т.е. не выходила за пределы аэробной зоны (потребление кислорода увеличивается до 1,0-1,5 л/мин.; содержание молочной кислоты не превышает уровня ПАНО - около 4,1 ммоль/л). Таким образом, работа носила преимущественно аэробный характер.

Особое внимание при проведении упражнений уделялось заданиям, выполняемым в партере, так как серия упражнений партерного характера (в положениях лежа, сидя) оказывает наиболее стабильное влияние на систему кровообращения. В серии упражнений, выполняемых в положении стоя, а именно - локальные упражнения для верхнего плечевого пояса, также вызывают увеличение ЧСС до 130-140 уд./мин., танцевальные движения - до 150-170 уд./мин., а комбинированные (наклоны, глубокие приседания) - до 130-150 уд./мин. (В.В. Матов, Т.С. Лисицкая, 1985).

Модель построения двигательной нагрузки для рожениц на тренирующем этапе восстановления представлена в таблице 21.

При проведении релаксационной гимнастики главной целью ставилось формирование у женщин умения анализировать состояние своих мышц в различных ситуациях, выявлять напряженные участки и снимать их напряжение. Для этого упражнения, изученные на втором этапе, проводились из различных исходных положений, что позволяло накапливать опыт анализа мышечных напряжений и расслаблений.

Динамика изменений показателей физического статуса женщин в ЭГ к концу эксперимента идентична динамике на предыдущем этапе.

Таблица 21

Модель построения двигательной нагрузки на тренирующем этапе психофизической постродовой реабилитации женщин

ЭГ	Общая характеристика применяемых упражнений						
	Тип упр.	Место приложения усилий	Темп муз.	Исх. полож. упр.	ЧСС (уд./мин.)	Интенс. от макс.	Продол. занятия
Группа «А»	упр. смешанного, растягивающего и аэробного типов	все группы мышц тела, с индивидуальной направленностью воздействия	медленный и средний	лежа на спине, боку, сидя, стоя, в партере	100-120	75%	до 45 мин. 3 раза в неделю
Группа «В»	упражнения всех типов	все группы мышц тела	медленный, средний и быстрый	лежа на спине, боку, стоя, сидя, в партере	110-130	85%	до 60 мин. 3 раза в неделю
Группа «С»	упражнения всех типов	все группы мышц тела	медленный, средний и быстрый	лежа на спине, боку, стоя, сидя на кровати, в партере, в виси	120-140	85%	до 60 мин. 3 раза в неделю
ЭГ	Объем физических упражнений (%)						
	Дыхательные упражнения	Упр. для мышц тазового дна, живота	Упр. для мышц верхнего плечевого пояса и ног	Упр. для мышц спины	Релаксационная гимнастика		
Группа «А»	20	30	20	20	10		
Группа «В»	10	40	20	20	10		
Группа «С»	10	30	20	30	10		
ЭГ	Тактика проведения занятий						
Группа «А»	темп и интенсивность упражнений подбираются индивидуально; количество упр. - 10-15; кол-во повторений - 8-12 раз; главный показатель продолжительности занятия - самочувствие занимающихся						
Группа «В»	темп выполнения упр. - средний с нарастанием; акцент - на укрепление мышц живота, тазового дна, нижних конечностей; кол-во упр. - 12-20; количество повторений - 8-12 раз						
Группа «С»	упр. для укрепления мышц спины, ног, живота; темп выполнений упр. - с нарастанием; количество повторений - 12 раз, кол-во упр. в комплексе - 10-12; упр. выполняются с максимальной амплитудой, свободно, без натуживаний и задержки дыхания; начинать с упр. общефизической направленности, а заканчивать специально-подготовительными упражнениями						

Большее число рожениц экспериментальных групп показали «хороший» или «отличный» уровень, тогда как в контрольных группах у половины исследуемых женщин был выявлен «удовлетворительный» уровень (табл. 22).

Таблица 22

Показатели физического статуса женщин КГ и ЭГ
в конце тренирующего этапа

Группы		неудовл. (%)	удовл. (%)	хорошо (%)	отлично (%)
Группа «А» (КГ n=9, ЭГ n=8)	КГ 1	11,1	44,4	33,3	11,1
	ЭГ 1	0	0	50	50
	Р	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Группа «В» (КГ n=10, ЭГ n=13)	КГ 2	30	40	10	20
	ЭГ 2	0	7,7	38,4	53,8
	Р	<0,05	<0,05	<0,05	<0,05
Группа «С» (КГ n=13, ЭГ n=11)	КГ 3	7,7	53,8	23	15,4
	ЭГ 3	0	0	45,5	54,5
	Р	>0,05	<0,05	<0,05	<0,05

Изменения показателей физического статуса женщин в послеродовом периоде в процессе эксперимента свидетельствуют о правильности выбранной нами методики психофизической постродовой реабилитации женщин с использованием физкультурно-оздоровительных систем.

Так, количественный состав женщин ЭГ № 1, показавших «хороший» или «отличный» физический статус, вырос с 75% до 100% в конце эксперимента, в ЭГ № 2 - с 69,2% до 92,2%, в ЭГ № 3 - с 72,7% до 100%. Это при том, что в контрольных группах таких показателей достигла лишь каждая четвертая женщина (рис. 4-6).

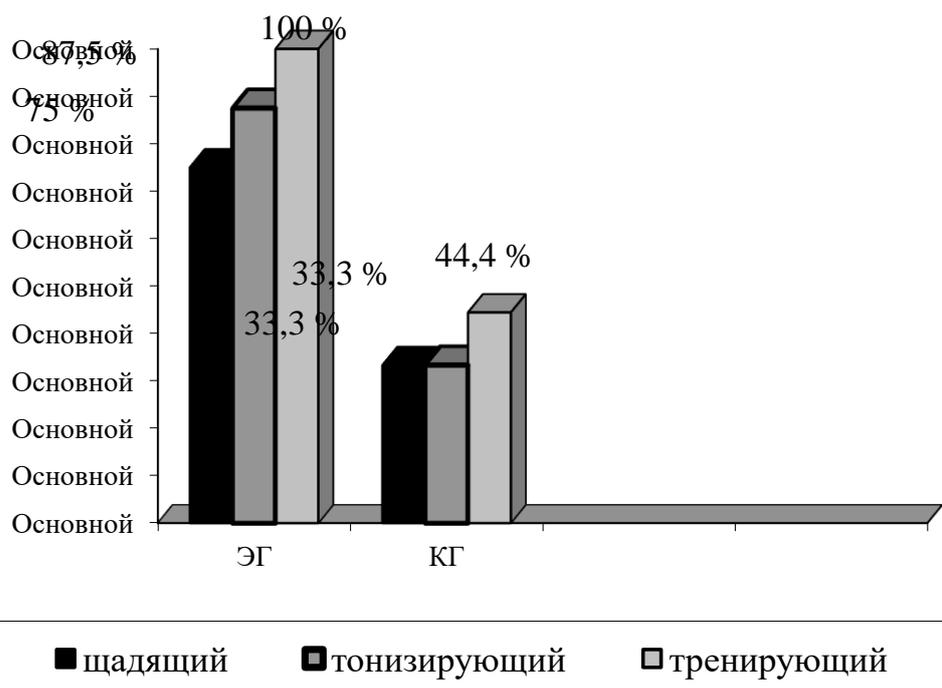


Рис. 4. Состав женщин группы «А», показавших «хороший» или «отличный» физический статус (%)

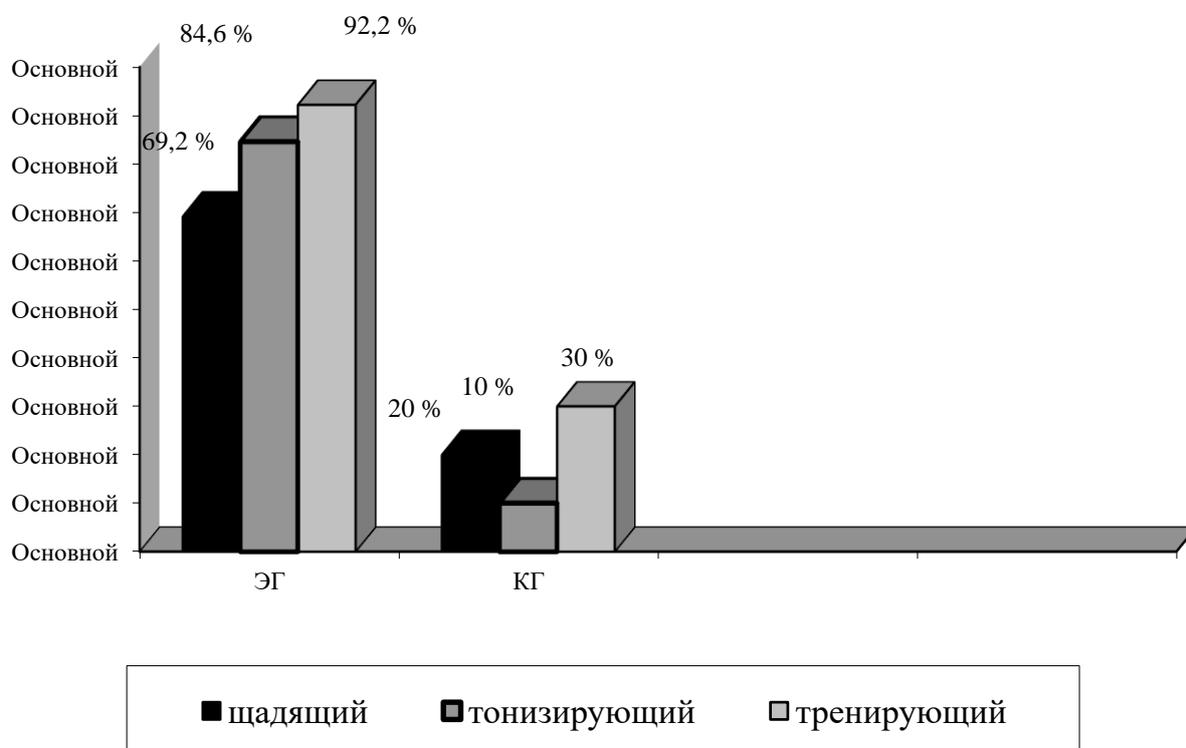


Рис. 5. Состав женщин группы «В», показавших «хороший» или «отличный» физический статус (%)

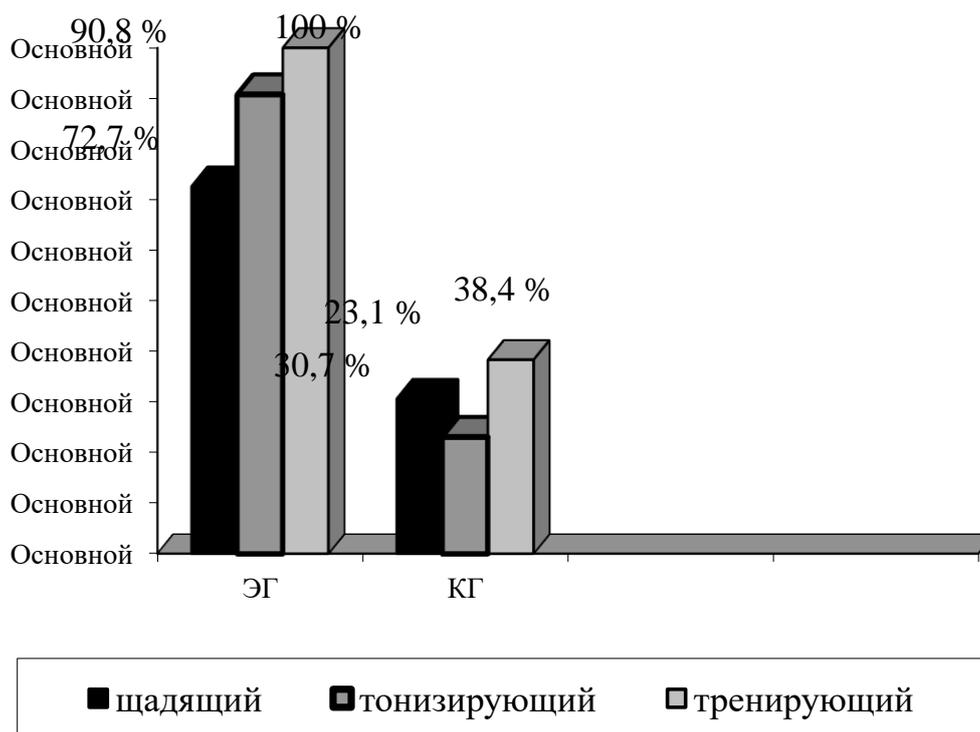


Рис. 6. Состав женщин группы «С», показавших «хороший» или «отличный» физический статус (%)

Положительная динамика социального и психического состояний женщин наблюдается и на тренирующем этапе эксперимента (табл. 23).

Таблица 23

Показатели социального и психического состояний женщин ЭГ (n=32) и КГ (n=32) в конце тренирующего этапа

Психическое состояние	Группы	Адекватное (%)	Тревожное (%)	Амбивалентное (%)	Эмоцион.-отстраненное (%)
	КГ	12,5	21,9	50	15,6
	ЭГ	40,6	9,4	50	-
	P	<0,05	<0,05	>0,05	<0,05
Социальное состояние		Адекватное (кол-во, %)	Амбивалентное (кол-во, %)	Угнетенное (кол-во, %)	
	КГ	34,4	50	15,6	
	ЭГ	65,6	34,4	-	
	P	<0,05	>0,05	<0,05	

В целом психическое и социальное состояние женщин ЭГ можно охарактеризовать как адекватное. Они правильно оценивают свой социальный статус, осознают значимость материнства, у них - низкий или средний (с тенденцией на убывание) уровень тревожности, высокий уровень стрессоустойчивости.

Таким образом, полученные в ходе формирующего эксперимента данные позволяют говорить о правомерности выдвинутой нами гипотезы и об эффективности разработанной нами методики психофизической постродовой реабилитации женщин с использованием средств ОФК.

Заключение

Проведенная экспериментальная работа позволяет утверждать, что методика психофизической постродовой реабилитации женщин с использованием средств ОФК должна ориентироваться на:

- комплексное воздействие средствами оздоровительной физической культуры на органы и системы организма, участвующие в вынашивании плода и в родовой деятельности, что требует применения разнообразных средств и методов. При этом следует учитывать индивидуальные противопоказания, наличие осложнений беременности, родов и послеродового периода, самочувствие и настроение женщины;

- сочетание занятий оздоровительной физической культурой с рациональным режимом питания, сна и отдыха;

- соблюдение принципа сознательности и активности. Для этого с женщинами должны проводиться беседы, в ходе которых сообщаются теоретические сведения о здоровом образе жизни, об изменениях в организме во время беременности и родов и о воздействии тех или иных физических упражнений.

На наш взгляд, наиболее востребованными средствами ОФК, реализующими системный подход, являются ритмическая гимнастика, дыхательные упражнения, релаксационная гимнастика Джейкобсона и др. Их многоплановость позволяет решать широкий круг оздоровительных задач в процессе восстановления организма женщин после родов: улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем, повышение обменных процессов в тканях и органах, укрепление мышц брюшного пресса, активизацию деятельности центральной нервной системы, нормализацию деятельности кишечника и органов малого таза, профилактику застойных явлений и возникновения послеродовых осложнений.

Комплексы средств физкультурно-оздоровительных систем всесторонне влияют на физическое состояние рожениц и включают в себя растягивающие, аэробные, силовые, смешанные упражнения, упражнения дыхательной и релаксационной гимнастик. Выбор режима занятий зависит от индивидуальных особенностей занимающихся и от параметров самих упражнений: темпа, амплитуды, напряженности действий, количества повторений и пауз между сериями, общей продолжительности работы. При этом основными правилами при подборе упражнений являются постепенность наращивания интенсивности и длительности нагрузки, разнообразие применяемых средств, систематичность занятий.

Процесс послеродовой реабилитации женщин может быть оптимизирован путем использования физкультурно-оздоровительных систем, включающих в себя комплекс физических упражнений оздоровительной направленности, режим дня, приемы психорегуляции, гигиенические оздоравливающие мероприятия.

Основными критериями оценки состояния здоровья женщин в постродовом периоде являются:

- физический статус - это показатели физического развития (функциональные показатели (артериальное давление, ортостатическая и клиностатическая пробы, частота сердечных сокращений, величина ЖЕЛ) и антропометрические данные (масса тела, весо-ростовой индекс Кетле, окружность грудной клетки, крепость телосложения), физической подготовленности (качество выполнения комплексов упражнений, наклон туловища вперед и в стороны, сгибание-разгибание рук в упоре лежа, подъем согнутых ног из положения лежа на спине, метание набивного мяча), заболеваемости исследуемой;

- психическое состояние - определяется с помощью исследования уровня тревожности женщин, сформированности адекватного материнского отношения и восприятия ценности ребенка, коррекции постнатальной депрессии, развития объективного отношения к уровню своего психического и физического состояний;

- социальное состояние - оценивается показателем адекватности восприятия своего нового социального статуса, уровнем стрессоустойчивости, развитостью умений жить в согласии с окружающими людьми, анализировать различные ситуации и прогнозировать их развитие.

Авторская методика комплексной психофизической послеродовой реабилитации женщин с использованием средств оздоровительной физической культуры представляет собой трехэтапную систему восстановительного процесса: щадящий этап (1-4 недели) направлен на развитие физических и психоэмоциональных сил, затраченных во время родовой деятельности, адаптацию женщин к новому социальному статусу; тонизирующий этап (5-12 недели) ориентирован на активизацию функциональных возможностей организма рожениц, на их приспособление к новому социальному статусу и развитие умений адекватно оценивать свое психофизиологическое состояние; тренирующий этап (13-24 недели) нацелен на укрепление физического здоровья женщин, на повышение самовосприятия женщин как активных членов общественной жизни, на совершенствование умений управлять своим психическим состоянием.

Физическая нагрузка на каждом этапе реабилитации изменяется в зависимости от послеродовых функциональных показателей и уровня физического здоровья женщин. На щадящем этапе в группе женщин, имеющих оперативное вмешательство во время родов, 60% всех занятий

ориентированы на проведение дыхательной гимнастики (25%) и упражнений для мышц верхнего плечевого пояса (35%), полностью исключаются упражнения для мышц спины. В группе женщин, имеющих незначительные осложнения после родов, большую часть занятий составляют упражнения для тазового дна, живота (40%) и дыхательная гимнастика (20%). В группе женщин, у которых роды прошли без осложнений, нагрузка распределяется более равномерно на все группы мышц: дыхательная гимнастика - 20%, упражнения для тазового дна и живота - 20%, для верхнего плечевого пояса - 30%, для мышц спины - 20%, релаксационная гимнастика - 10%.

На тонизирующем этапе в первой группе 70% нагрузки приходится на дыхательную гимнастику и упражнения для мышц верхнего плечевого пояса, не используются упражнения для мышц спины, а также упражнения силовой направленности, во второй и третьей группах особое внимание уделяется упражнениям в партере, что позволяет на 10-15% увеличить объем упражнений для мышц спины.

На тренирующем этапе главным ориентиром при построении физической нагрузки является целенаправленное развитие мышц живота и спины, оптимизация работы органов малого таза, профилактика застойных явлений; при этом используется весь объем упражнений ритмической гимнастики без ограничений места приложения усилий.

Эффективность разработанной методики физкультурно-оздоровительной системы обеспечивается совокупностью педагогических воздействий на физическое, психическое, социальное здоровье женщин посредством индивидуального подбора физических упражнений. Результаты практической апробации методики, свидетельствуют о ее действенности. Количественный состав женщин ЭГ

№ 1, показавших «хороший» или «отличный» физический статус, вырос с 75% до 100% в конце эксперимента, в ЭГ № 2 - с 69,2% до 92,2%, в ЭГ № 3 - с 72,7% до 100%. Это при том, что в контрольных группах таких показателей достигла лишь каждая четвертая женщина.

Психическое и социальное состояние женщин в экспериментальных группах можно охарактеризовать как адекватное. Они правильно оценивают свой социальный статус, осознают значимость материнства, у них - низкий или средний (с тенденцией на убывание) уровень тревожности, высокий уровень стрессоустойчивости.

Список литературы

1. Абрамченко, В.В. Безопасное материнство. (Физическое совершенство женщины) / В.В. Абрамченко. - СПб: ИАГ РАМН им. Д.О. Отта, 1997. - 240 с.
2. Абрамченко, В.В. Методика экспериментально-психологического исследования беременной женщины / В.В. Абрамченко, Т.А. Немчин // Проблемы медицинской психологии. - Л.: НИАГ им. Д.О. Отта, 1976. - С. 5-7.
3. Абрамченко, В.В. О психологической готовности женщины к родам / В.В. Абрамченко // Готовность организма к родам. - Л.: НИАГ им. Д.О. Отта, 1976. - С. 32-35.
4. Абрамченко, В.В. Подготовка к безопасному материнству / В.В. Абрамченко, И.А. Шамхалова. - СПб, 2005. - 204 с.
5. Абрамченко, В.В. Оценка свойств нервной деятельности у беременных и рожениц / В.В. Абрамченко, Ю.В. Чудинов, В.В. Гиршович и др. // XI Всесоюзная конференция по физиологии и патологии кортико-висцеральных взаимоотношений. - Л.: НИАГ им. Д. О. Отта, 1981. - С. 39.
6. Авива Джил Ромм. «После родов...». Руководство по восстановлению физических сил и эмоционального равновесия / А.Д. Ромм. - М., 2004. - 340 с.
7. Айкина, Л.И. Плавательные упражнения как средство подготовки женщин в дородовом периоде / Л.И. Айкина // Лечебная физическая культура и массаж: Научно-практический журнал. - 2006. - № 2 (26). - С. 41-43.
8. Айзман, Р.И. Здоровье населения России: медико-социальные и психолого-педагогические аспекты формирования / Р.И. Айзман. - Новосибирск, 1996. - 197 с.

9. Айзман, Р.И. Основы медицинских знаний и здорового образа жизни / Р.И. Айзман, В.Б. Рубанович, М.А. Суботялов: Новосибирск, Сибирское университетское изд-во, 2010. - 214 с.

10. Айламазян, Э.К. Психика и роды / Э.К. Айламазян. - СПб: ЯблочкоСО, 1996. - 350 с.

11. Александров, О.А. Комплексная программа здоровья / О.А. Александров. - М.: Медицина, 1988. - 96 с.

12. Алипов, В.И. Значение заболеваний сердечно-сосудистой и дыхательной систем в генезе гинекологических и акушерских осложнений и их профилактика / В.И. Алипов, В.В. Абрамченко, И.Л. Бескровная // Физические и курортные факторы в лечении больных в здравницах нижнего Поволжья. - Волгоград, 1984. - С. 63-64.

13. Алипов, В.И. Физиопсихопрофилактическая подготовка как метод профилактики акушерских осложнений у первородящих старшего возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем / В.И. Алипов, В.В. Абрамченко, К.А. Разина, Н.А. Кадлец // Физические и курортные факторы в лечении больных в здравницах нижнего Поволжья. - Волгоград, 1984. - С. 65-67.

14. Амосов, Н. М. Эксперимент по преодолению старости / Н. М. Амосов. - М.: АСТ, 2003. - 128 с.

15. Апанасенко, Г.Л. Валеология: первые итоги и ближайшие перспективы / Г.Л. Апанасенко // Теория и практика физической культуры. - 2001. - № 6. - С. 4.

16. Артамонов, В.Н. Влияние занятий ритмической гимнастикой на сердечно-сосудистую систему у женщин / В.Н.Артамонов // Здоровье и массовая физкультура: тез. докл. научно-практической конференции. - Новосибирск, 1988. - С. 156-157.

17. Артамонов, В.Н. Пластическая гимнастика как форма

оздоровительной массовой физкультуры / В.Н.Артамонов, Р.Е. Мотылянская // Методологические разработки для студентов и слушателей ФПК ГЦОЛИФКа. - М.: ГЦОЛИФК, 1992. - 39 с.

18. Астахов, В.М. О применении дозированных физических нагрузок в комплексной дородовой подготовке женщин с перенесенной беременностью / В.М. Астахов // Пед., акуш. и гинекол. - М., 1986. - № 2. - С. 56-57.

19. Баженова, О.В. Готовность к материнству: выделение факторов, условий психологического риска для будущего развития ребенка / О.В. Баженова, Л.Л. Баз, О.А. Копыл // Синапс. - 1993. - № 4. - С. 35-42.

20. Бальсевич, В.К. Стратегия формирования здоровья человека средствами физического воспитания и спорта / В.К. Бальсевич // Второй международный конгресс «Спорт и здоровье»: материалы конгресса. - СПб: Олимп-СПб, 2005. - С. 21-22.

21. Бальсевич, В.К. Физическая подготовка в системе воспитания культуры здорового образа жизни / В.К. Бальсевич // Теория и практика физической культуры. - 1990. - №1. - С. 22-26.

22. Батуев, А.С. Психофизиологическая природа доминанты материнства // Психология сегодня. Ежегодник Рос. психол. общ-ва. 1996. - Т. 2. - Вып. 4. - С. 69-70.

23. Белов, В.И. Определение уровня здоровья и оптимальной нагрузки у занимающихся оздоровительной тренировкой / В.И. Белов // Теория и практика физической культуры. - 1989. - № 3. - С. 6-9.

24. Белоусов, В.В. Физкультурно-оздоровительные центры в системе укрепления здоровья и формирования здорового образа жизни людей: Автореферат док. мед. наук / В.В. Белоусов. - СПб, - 1992. - 50 с.

25. Бодяжина, В.И. Акушерство / В.И. Бодяжина, К.Н. Жмакина,

-
- А.П. Кирюченко. - М.: Литара. - Ростов-на-Дону: Феникс. - 1998. - 475 с.
26. Большой энциклопедический словарь. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Большая Российская энциклопедия, 1997. - 1456 с.: ил. - С. 1023.
27. Бондин, В.И. Педагогические основы физкультурно-оздоровительных систем: автореф. дис. ...док. пед. наук: 13.00.01, 13.00.04 / В.И. Бондин. - М., 1999. - 47 с.
28. Бочаров, М.И. Частная биомеханика с физиологией движения: монография / М.И. Бочаров; Гос. образовательное учреждение высш. проф. образования Ухтинский гос. технический ун-т (УГТУ) Ухта: УГТУ, 2010. - 87 с.
29. Боянович, Ю.В. Анатомия человека / Ю. В. Боянович. - Москва: Эксмо, 2008. - 264 с.
30. Брехман, И. И. Валеология - наука о здоровье / И. И. Брехман. - М.: Физ. и спорт, 1990. - 212 с.
31. Брутман, В.И. Влияние семейных факторов на формирование девиантного поведения матери / В.И. Брутман, А.Я. Арга, И.Ю. Амитова // Психол. журн. - 2000. - Т. 21. - № 2. - С. 79-87.
32. Брутман, В.И. Девиантное материнское поведение / В.И. Брутман и соавт. // Моск. психотерапевт. журнал - 1996. - № 4. - С. 81-98.
33. Брутман, В.И. Формирование привязанности матери к ребенку в период беременности // Вопр. психол. - 1997. - № 7. - С. 38-47.
34. Булич, Э.Г. Современные достижения науки о здоровье / Э.Г. Булич // Теория и практика физической культуры. - 2004. - № 1. - С. 61-64.
35. Бухаров, Е.Ф. 10000 советов / Е.Ф. Бухаров, К.К. Альциванович // Бодибилдинг. - Минск: «Харвест», - 2003. - 352 с.

36. Васильева, В.Е. Особенности занятий физическими упражнениями в период беременности, послеродовом и климактерическом периодах: Учебное пособие / В.Е. Васильева, К.В. Березкина. - М.: Здоровье, 1978. - 43 с.

37. Васильева, В.Е. Физкультура для женщин / В.Е. Васильева. - М.: Медицина, 1959. - 46 с.

38. Вейдер, Б. Классический бодибилдинг: современный подход, «Система Вейдеров» / Б. Вейдер. - М.: изд-во ЭКСМО, 2003. - 432 с.

39. Виленский, М.Я. Процессуальные характеристики формирования здорового образа жизни учащейся молодежи / М.Я. Виленский // Физическая культура - основа здорового образа жизни: Доклады, тезисы, материалы II Всероссийской научно-практической конференции. - Самара, 1996. - С. 10-12.

40. Виноградов, Г.Л. Теория и методика рекреационных занятий физическими упражнениями / Г.Л. Виноградов. - Санкт-Петербург, Гос. Академия физ. культуры им. П.Ф. Лесгафта. - 1997. - 163 с.

41. Войцехович, Б.А. Здоровье как высшая ценность и недостижимая идеальная цель общества / Б.А. Войцехович // «Здоровье и боль как состояние человека». Материалы научно-практической конф. - Ставрополь: СГМА, 2000. - С. 54-57.

42. Гаврилов, Д.Н. Особенности тестирования и нормирование нагрузки в занятиях оздоровительной направленности / Д.Н. Гаврилов, В.Л. Утенко, Д.А. Иванова // Современные проблемы физической культуры и спорта. - СПб НИИФК. - 1998. - С. 33-36.

43. Галаш, А.И. Влияние физических упражнений на морфологию женщин / А.И. Галаш, И.И. Фалькова // Физическое воспитание студентов творческих специальностей. - Харьков, - 1999. - № 7. - С. 35-36.

-
44. Ганзен, В.А. Систематика психических состояний человека / В.А. Ганзен, В.Н. Юрченко // Вестник ЛГУ. - 1991. - Вып. 1. - С. 47-55.
45. Ганзен, В.А. Системные описания в психологии / В.А. Ганзен. - Л.: ЛГУ, 1984. - 175 с.
46. Гармашова, Н.Л. Патофизиологические особенности сохранения внутриутробного развития человека / Н.Л. Гармашова, Н.Н. Константинова. - Л.: Медицина, 1985. - 250 с.
47. Герасимова, Т.Г. Исследование уровня тревоги у женщин в период беременности / Т.Г. Герасимова // Психологические проблемы изучения и формирования социальной активности личности: Сборник научных трудов преподавателей и аспирантов факультета психологии ИГУ. - Иркутск; ИГУ, 2002. - С. 78-85.
48. Герасимова, Т.Г. Методические рекомендации по подготовке беременных женщин к родам / Т.Г. Герасимова. - Иркутск: Изд-во Центр Материнства и Детства, 2002. - 68 с.
49. Герасимова, Т.Г. Психические состояния беременных женщин и их коррекция в условиях специально организованного обучения: Автореф. ... дис. канд. психол. наук / Т.Г. Герасимова; ИГУ. - Иркутск, 2003. - 18 с.
50. Герасимова, Т.Г. Психологические новообразования и особенности эмоционально-волевой сферы женщины в период беременности / Т.Г. Герасимова // Актуальные проблемы обучения и воспитания, Вып. 2. - Иркутск: СИПЭиУ, 1999. - С. 108-112.
51. Глухова, М.Ю. Повышение эффективности учебных занятий по физическому воспитанию в вузе средствами оздоровительной гимнастики / М.Ю. Глухова // Образование и наука, № 7, 2008. - С. 87 - 94.

52. Глухова, М.Ю. Оздоровительная гимнастика: методические рекомендации для преподавателей кафедр физического воспитания / М. Ю. Глухова, В.И. Прокопенко - Нижний Тагил: Изд-во НТГСПА, 2008. - 47 с.

53. Глухова, М.Ю. Оптимизация психофизического состояния студенток средствами оздоровительной гимнастики на занятиях по физической культуре: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.04 / М.Ю. Глухова. - Санкт-Петербург, 2009. - 169 с.

54. Голощапов, Б.Р. История физической культуры и спорта: учебное пособие для студентов высших учебных заведений / Б.Р. Голощапов. - Москва: Изд. центр «Академия», 2010. - 312 с.

55. Горбунова, Т В. Реализация личностно-ориентированного подхода в нетрадиционной физической культуре /ТВ Горбунова // Культура Алтайского края как опыт толерантного взаимодействия сопредельных территорий международная научно-практическая конференция, посвященная 70-летию Алтайского края - Барнаул: Изд-во АГАУ, 2007 – С. 319-324.

56. Грэйс Крайг. Психология развития. - СПб: Издательство «Питер», 2000. - 992 с.: ил. - (Серия «Мастера психологии»).

57. Гуськов, Е. И. Женщина. Физическая активность. Здоровье. - М. - 2000. - 260 с.

58. Давиденко, Д.Н. Биологические основы физической культуры и спорта: учеб. пособие / Д.Н. Давиденко, В.И. Григорьев. - Санкт-Петербург: Изд-во СПбГУЭФ, 2008. - 143 с.

59. Данилова, Н.А. Восстановление после родов: улучшить здоровье, вернуть фигуру, обрести психологический комфорт / Н.А. Данилова. - Санкт-Петербург: Изд-во Вектор, 2009. - 139 с.

60. Джемимханова, Л.Х. Регуляция репродуктивного здоровья женщины-спортсменки / Л.Х. Джемимханова, Э.Н. Попов // Материалы 2-го международного конгресса «Спорт и здоровье» 21-23.04.2005 г. - СПб: Федеральное агентство Российской Федерации по физической культуре и спорту, 2005. - С. 86-87.

61. Диапов, А.Н. Динамика функциональных характеристик систем организма женщин при занятиях с отягощениями, направленных на коррекцию телосложения / А.Н. Диапов, В.Г. Карасенко // Физическая культура и спорт в жизни общества: Материалы междунар. науч.-метод. конф. - Челябинск, 2000. - Ч. 2. - С. 83-86.

62. Дикаревич, Л.М. Педагогические приемы управления нагрузкой в занятиях оздоровительной аэробикой женщин различного уровня функционального состояния: Автореф. дис. ...канд. пед. наук: 13.00.04 / Л.М. Дикаревич, ВНИИФК - М., 1996. - 21 с.

63. Дубровский, В.И. Биомеханика: учебник для студентов средних и высших учебных заведений / В. И. Дубровский, В.Н. Федорова. - Москва: ВЛАДОС-ПРЕСС, 2008. - 264 с.

64. Дубровский, В.И. Лечебная физическая культура (кинезотерапия): Учеб. для студ. высш. учеб. заведений / В.И. Дубровский. - 2-е изд., стер. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2001. - 608 с.: ил.

65. Дубровский, В.И. Спортивная медицина: учебник для студ. высш. учеб. заведений / В.И. Дубровский. - М.: Гуманит. изд. центр Владос, 1998. - 480 с.

66. Елисеев, Ю.Ю. Полный справочник акушера-гинеколога / Ю.Ю. Елисеев. - М.: Изд-во Эксмо, 2006. - 736 с.

67. Елифанов, В.А. Лечебная физическая культура / В.А.Елифанов. - М.: Дом «ГЕОТАР-МЕД», 2002. - 560 с.

-
68. Епифанов, В.А. Лечебная физическая культура. Справочник / В.А. Епифанов. - М.: «Медицина», 1988. - 574 с.
69. Еремина, О.Л. Клинико-физиологическое обоснование дифференцированных режимов оздоровительных физических тренировок (14.00.12): Автореф. ...дис. докт. мед. наук / О.Л. Еремина. - Днепропетровск, 1994. - 48 с.
70. Ермукашева, Е.Т. Оздоровительная физическая культура женщин-преподавателей, имеющих структурно-функциональные нарушения позвоночника: диссертация ... кандидата педагогических наук: 13.00.04 / Е.Т. Ермукашева. - Санкт-Петербург, 2010. - 220 с.
71. Жукова, О.С. Гимнастика до и после родов / О.С. Жукова. - СПб: Нева, 2003. - 47 с.
72. Журавин, Н.В. Гимнастика. / Н.В. Журавин. - М.: Издательский центр, «Академия», 2002. - 157 с.
73. Зайцева, Г. А. Оздоровительная аэробика в высших учебных заведениях / Г. А. Зайцева, О. А. Медведева. - М.: Физкультура и спорт, 2007. - 104 с.
74. Зайцев, Г.К. Педагогика здоровья / Г.К.Зайцев, В.В. Колбанов, М.Г. Колесникова. - СПб, 1994. - 78 с.
75. Знаменская, С.И. Коррекция эмоциональных состояний беременных женщин средствами физических упражнений: диссертация ... канд. психол. наук: 13.00.04 / С.И. Знаменская. - Санкт-Петербург, 2007 - 116 с.
76. Ибраева, Р.Ж. Формирование социально значимых ценностей у студентов нефизкультурных вузов в процессе физического воспитания: дис. ...канд. пед. наук: 13.00.04 / Р.Ж. Ибраева. Челябинск, 2009. - 199 с.

77. Ибраева, Р.Ж. Формирование компонентов социума студентов нефизкультурных вузов на учебных занятиях по физической культуре / Р.Ж. Ибраева: учебное пособие. - Костанай: Костанайский инженерно-экономический ун-т. - 2008. - 87 с.

78. Иванова, О.В. Современная цивилизация и физическая культура / О.В. Иванова // Первый международный научный конгресс «Спорт и здоровье», Т.1. - СПб: «Олимп-СПб», 2003. - С. 136-138.

79. Ильин, Е.П. Психофизиология состояний человека / Е.П. Ильин. - СПб: Питер, 2005. - 412 с.

80. Ильин, Е.П. Психофизиология физического воспитания (деятельность и состояния) / Е.П. Ильин. - М.; Просвещение, 1980. - 360 с.

81. Ильин, Е.П. Теория функциональной системы и психофизиологические состояния / Е.П. Ильин // Теория функциональных систем в физиологии и психологии. - М.: Просвещение, 1978. - С. 325-346.

82. Кавторова, Н.Е. Гимнастика в послеродовом периоде / Н.Е. Кавторова, О.А. Султанова // Лечебная физическая культура: Справочник. - М.: Медицина, 2004. - С. 379-380.

83. Кавторова, Н.Е. Гимнастика при беременности / Н.Е. Кавторова, О.А. Султанова // Лечебная физическая культура: Справочник. - М.: Медицина, 2004. - С. 373-378.

84. Кавторова, Н.Е. Лечебная гимнастика при оперативном родоразрешении / Н.Е. Кавторова, И.С. Талина // Лечебная физическая культура: Справочник. - М.: Медицина, 2004. - С. 381-382.

85. Казаков, А.В. Психофизиоаутотренинг в управлении и ведении физиологической беременности и угрозы ее прерывания: Автореф. ...дис канд. мед. наук / А.В. Казаков. - Харьков, 1985. - 24 с.

86. Казанцева, А.Ю. Беременность и фитнес до и после родов / А.Ю. Казанцева. - СПб: Нева, 2003. - 186 с.

87. Казин, Э.М. Основы индивидуального здоровья человека: Введение в общую и прикладную валеологию: Учеб. пособие для высш. учеб. заведений / Э.М. Казин, Н.Г. Блинова, Н.А. Литвинова. - М.: Гуманит. изд. центр ВЛАДОС, 2000. - 192 с.

88. Казначеев, В. П. Здоровье нации - феномен экологии XXI века / В. П. Казначеев // Материалы I Всероссийского форума «III тысячелетие. Пути к здоровью нации». - Москва, 15-17 мая 2001. - 194 с.

89. Калинина, Л.Ф. Лечебная физическая культура в акушерской гинекологической практике / Л.Ф. Калинина. - Харьков, 1969. - 34 с.

90. Кандаурова, Н.В. История физической культуры и спорта: курс лекций / Н. В. Кандаурова, И. П. Запоров: ГОУ ВПО г. Москвы "Московский гор. пед. ун-т" (ГОУ ВПО МГПУ), Пед. ин-т физ. культуры Москва: МГПУ, 2009. - С. 18-22.

91. Карпенко, Т.Н. Органы чувств человека: человеческое тело, анатомия: [иллюстрированный справочник] / [отв. ред. Т.Н. Карпенко; пер. с англ. И.А. Борисовой] Москва: АСТ: Астрель, 2009. - 438 с.

92. Кобяков, Ю.П. Концепция норм двигательной активности человека/ Ю.П. Кобяков // Теория и практика физической культуры. - 2003. - №11. - С. 20-23.

93. Коваленко, Н.П. Психологические особенности и коррекция эмоциональных состояний женщины в период беременности и родов: Автореф. ...дис. канд. психол. наук / Н.П. Коваленко; РГПУ. - СПб, 1998. - 20 с.

94. Коваленко, Н.П. Психопрофилактика и психокоррекция женщины в период беременности и родов (Медико-социальные проблемы): Автореф. ...дис. докт. психол. наук / Н.П. Коваленко; СПб ГУ. - СПб, 2002. - 44 с.

95. Ковчужная, И.Ю. Оптимизация профилактики ранней диагностики послеродового эндометрита: Автореф. дис. ...канд. мед. наук: 14.01.01 / И.Ю. Ковчужная. - Самара. - 2010. - 27 с.

96. Королева Л.В. Педагогические основы физкультурно-оздоровительных занятий аэробикой и шейпингом с женщинами среднего возраста (35-45 лет): Автореф. дис. ...канд. пед. наук / СГИФК.- Смоленск, 2004. - 17 с.

97. Котешева, И.А. Оздоровительная гимнастика при женских болезнях и беременности (Рекомендации специалиста) / И.А. Котешева. - М.: Эксмопресс, 2002. - 233 с.

98. Кочнева, М.А. Психологические реакции у женщин при физиологическом течении беременности / М.А. Кочнева // Акушерство и гинекология. - 1990. - № 3. - С. 13-16.

99. Кошелева, А.Д. Диагностика и коррекция материнского отношения / А.Д. Кошелева, А.С. Алексеева. - М.: НИИ семьи, 1997. - 142 с.

100. Кудашова, Л.Т. Методические рекомендации по фитнесу для беременных / Л.Т. Кудашова // Гимнастика: сборник научных трудов. - Вып. 4. - СПб, 2006. - С. 46-51.

101. Кулешова, Н.А. Укрепление силы мышц у женщин в послеродовом периоде средствами оздоровительной физической культуры: диссертация ...канд. пед. наук: 13.00.04 / Н.А. Кулешова. - Москва, 2007 - 115 с.

102. Куликов, Л.М. Двигательная активность и здоровье подрастающего поколения / Л.М. Куликов, В.В. Рыбаков, С.А. Ярушин. - Челябинск: Изд-во Челяб. гос. ун-та, 2009. - 271 с.

103. Купер, К. Аэробика для хорошего самочувствия / К. Купер. - М.: Физкультура и спорт, 1989. - 224 с.

104. Купер, К. Новая аэробика - система оздоровительных упражнений для всех возрастов / К. Купер. - М. Физкультура и спорт, 1989. - 125 с.

105. Курьсь, В.Н. Ритмическая гимнастика в школе / В.Н. Курьсь, Н.Н. Грудницкая. - Ставрополь, 1998. - 204 с.

106. Лебедева, И.Л. Основы лечебной физической культуры / И.Л. Лебедева // Лечебная физкультура в системе медицинской реабилитации. - М.: Медицина. - 1991. - С. 14-39.

107. Левитов, Н.Д. О психических состояниях человека / Н.Д. Левитов. - М.: Просвещение, 1964. - 320 с.

108. Лечебная физкультура в акушерстве и гинекологии (Пособие для врачей женских консультаций и родильных домов) / Под ред. А.А. Лебедева. - М.: Медгиз, 1962. - 175 с.

109. Лечебная физкультура и врачебный контроль: Учебник / Под ред. В.А. Епифанова, Г.Л. Апанасенко. - М.: Медицина, 1990. - 368 с.

110. Лисицкая, Т.С. Ритмическая гимнастика / Т.С. Лисицкая. - М.: Физкультура и спорт, 1986. - 96 с.

111. Лисицын, Ю.П. Санология - наука об общественном здоровье и здоровом образе жизни / Ю.П. Лисицын. - М., 2001. - 231 с.

112. Лопатин, В.А. Методические рекомендации по комплексному функциональному исследованию дыхания и кровообращения у женщин нормальной и осложненной беременности / В.А. Лопатин. - СПб, 1980. - С. 15-18.

113. Лубышева, Л.И. Научно-практический конгресс «Здоровье нации и массовый спорт» / Л.И. Лубышева // Теория и практика физической культуры. 2008. - № 11. - С. 79-80.

114. Лысов, П.К. Анатомия: (с основами спортивной морфологии): учебник для студентов высших учебных заведений: в 2 т. / П.К. Лысов. - Москва: Академия, 2010. Т. 2. - 386 с.

115. Макарова, Г.А. Врачебно-педагогическое обеспечение оздоровительных форм физической культуры / Г.А. Макарова, С.А. Локтев, Г.Д. Алексанаянц. - Краснодар, 1992. - 141 с.

116. Малыгина, Г.Б. Относительный риск и клинические особенности перинатальных осложнений при психоэмоциональном стрессе в период беременности / Г.Б. Малыгина // Перинатальная психология и медицина: Сборник материалов конференции по перинатальной психологии. - СПб: НИАГ им. Д.О. Отта, 2001. - С. 87-88.

117. Мансуров, И.И. Теоретико-методические основы физической культуры в школе: Учеб. пособ. / И.И. Мансуров. - Карачаевск: Изд-во КЧГУ, 2003. - 361 с.

118. Матвеев, Л.П. Теория и методика физической культуры. Введение в предмет: Учеб. для высш. спец. физкультурных учеб. заведений / Л.П. Матвеев. - 4-е изд. - СПб: Изд-во «Лань», 2004. - 160 с.

119. Менхин, Ю.В. Оздоровительная гимнастика: теория и методика / Ю.В. Менхин. - Ростов-на-Дону, Феникс, 2002. - 384 с.

120. Мещерякова, С.Ю. Психологическая готовность к материнству / С.Ю. Мещерякова // Вопр. психол. - 2000. - № 5. - С. 18-27.

121. Никифорова, С.А. Интегративные занятия аэробикой как средство формирования здорового стиля жизни студенческой молодежи: автореф. дис ...канд. пед. наук / С.А. Никифорова ; ТГУ. Тюмень, 2008. - 20 с.

122. Панова, Е.О. Моделирование процесса приобщения студентов к ценностям физической культуры и спорта в процессе физического

воспитания / Е.О. Панова, Л.Д. Назаренко // Теория и практика физической культуры. 2007. - № 10. - С. 77-78.

123. Персианинов, Л.С. Справочник по акушерству и гинекологии / Л.С. Персианинов. - М.: «Медицина». - 1980. - 326 с.

124. Петленко, В.П. Валеология - перспективное научно-педагогическое направление XXI в. / В.П. Петленко, Д.Н. Давиденко // Теория и практика физической культуры. - 2001. - № 3. - С. 9-12.

125. Петрашевский, И.И. К вопросу об изменениях психических процессов под влиянием физических нагрузок / И.И. Петрашевский. - СПб, 1996. - С. 28.

126. Пирогова, Е.А. Влияние физических упражнений на работоспособность и здоровье человека / Е.А. Пирогова, Л.Я. Иващенко, Н.П. Страчко. - Киев: Здоровье, 1986. - 142 с.

127. Подобина, О.Б. Особенности психологического совладания молодой матери / О.Б. Подобина // Ежегодник Российского Психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 25-28.06.2003. - СПб: СПб ГУ. - 2003. - Т.6. - С. 363-365.

128. Понедельченко, Н. Фитнес для беременных / Н. Понедельченко // Культура тела. - 2004. - № 12. - С. 65-69.

129. Попов, Г.И. Биомеханика: учебник для студентов высших учебных заведений / Г. И. Попов. - Москва: Академия, 2009. - 188 с.

130. Поспелов, И.И. Технологии восстановительной медицины в комплексной профилактике акушерской и перинатальной патологии / И.И. Поспелов, К.В. Гордон, А.С. Батрак, В.В. Барташевич // Бюллетень экспериментальной биологии и медицины. - Рецензир. научн.-практ. журн., утв. ВАК Минобразования и науки в Перечне ведущ. рецензир. журн., выпускаемых в РФ. - 2007, пр. 3. - С. 186-187.

131. Прибылов, К.Н. Физкультура в период беременности и после родов / К.Н. Прибылов, Л.П. Федяева. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 1962. - 50 с.

132. Россия в цифрах. 2008: Крат. стат. сб./Федеральная служба государственной статистики. - М., 2008. - 431 с.

133. Решетников, Н.В. Физическая культура: Учеб. пособие для студ. сред. проф. учеб. завед. / Н.В. Решетников, Ю.Л. Кислицын. - 4-е изд. - М.: Изд-во «Академия», 2005. - 152 с.

134. Сайкина, Е.Г. Фитнес в физкультурном образовании детей дошкольного и школьного возраста в современных социокультурных условиях / Е. Г. Сайкина. - Санкт-Петербург, 2008. - 301 с.

135. Сайкина, Е.Г. Требования к подбору музыкального сопровождения занятий фитнесом / Е.Г. Сайкина, Ю.В. Смирнова // Учёные записки университета им. П.Ф. Лесгафта. - 2008. - № 4 (38).- С. 68 -71.

136. Сайкина, Е.Г. Фитбол-аэробика для детей «Танцы на мячах»: учеб. - метод. пособ. / Е.Г. Сайкина, С.В. Кузьмина. - СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. - 209 с.

137. Сайкина, Е.Г. Курсы повышения квалификации специалистов по фитнесу - эффективный способ профессионального самосовершенствования / Е.Г. Сайкина, Ж.Е. Фирилёва, С.В. Кузьмина // Технологии образования в области физической культуры: сб. науч.-метод. работ. - СПб: Изд-во РГПУ им. А.И. Герцена, 2008. - С. 258 - 264.

138. Светус, О.В. Организации физкультурного образования в вузах неспортивного профиля / О.В. Светус // Вестник Челябинского государственного педагогического университета: Научный журнал: ЧГПУ. - Челябинск, 2008. № 4. - С. 204-211.

139. Сергиенко, Е.А. Контроль поведения во время беременности / Е.А. Сергиенко // Ежегодник Российского Психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов 25-28.06.2003 г. - СПб: СПб ГУ, 2003. - Т.7. - С. 131-134.

140. Сиднева, Л.В. Учебное пособие по базовой аэробике / Л.В. Сиднева. – Троицк: Тривант ЛТД. - 1997. - 85 с.

141. Силуянова, В.А. Учебное пособие по лечебной физкультуре в акушерстве и гинекологии / В.А. Силуянова, Н.Е. Кавторова. - М.: Медицина, 1977. - С. 17.

142. Скробанский, К.К. Учебник акушерства / К.К. Скробанский. - М., 1939. - С. 230-248.

143. Смирнов, Н.К. Валеология: путь к здоровью через образование / Н.К. Смирнов // Физическая культура - основы здорового образа жизни: Доклады, тезисы, материалы II Всероссийской научно-практической конференции. - Самара, 1996. - С. 49-50.

144. Смирнова, Л.М. Акушерство и гинекология / Л.М. Смирнова. - М. - 1999. - С. 54-62.

145. Солодков, А.С. Физиология человека. Общая. Спортивная. Возрастная: Учебник / А.С. Солодков, Е.Б. Сологуб - изд. 2-е, испр. и доп. - М.: Олимпия Пресс, 2005. - 528 с.

146. Сосновикова, Ю.Е. Психические состояния человека, их классификация и диагностика / Ю.Е. Сосновикова. - Горький: ГТТИ. - 1975. - 118 с.

147. Старцева, Н.В. Телесно-ориентированная психотерапия при беременности / Н.В. Старцева, М.В. Швецов // Ежегодник Российского Психологического общества: Материалы 3-го Всероссийского съезда психологов. - СПб: СПб ГУ, 2003. - Т.7. - С. 353-355.

148. Столяренко, А.М. Физиология высшей нервной деятельности для психологов и педагогов: учебник для студентов высших учебных заведений / А. М. Столяренко. - Москва: ЮНИТИ-ДАНА, 2009. - 185 с.

149. Стругацкий, В.М. Физические факторы в акушерстве и гинекологии / В.М. Стругацкий. - М., 1981. - 36 с.

150. Татаров, А.С. Течение беременности, родов и послеродового периода у пациенток с миомой матки: дис. ...канд. мед. наук: 14.01.01 / А.С. Татаров. Санкт-Петербург, 2010. - 156 с.

151. Трещева, О.Л. Программно-методические основы обучения здоровому образу жизни учащихся общеобразовательных школ / О.Л. Трещева // Теория и практика физической культуры, 2000. - №6. - С. 46-53.

152. Трещева, О.Л. К вопросу системного обоснования индивидуального здоровья и его компонентов / О.Л. Трещева // Здоровье и образование: Матер. Междунар. конгресса валеологов. - СПб, 1999. - С. 176-177.

153. Трофимова, О.В. Совершенствование физического воспитания студенток вуза на основе углубленного изучения фитнес-аэробики: диссертация ...кандидата педагогических наук: 13.00.04 / О.В. Трофимова.- Чебоксары, 2010.- 194 с.

154. Трушкин, А.Г. Теоретические аспекты инновационных оздоровительных технологий физического воспитания студентов / А.Г. Трушкин // Инновационные технологии использования средств физической культуры, спорта и туризма в высшей и профессиональной школе. - Ростов-на-Дону: РГПУ, 2002. - С. 24-28.

155. Трушкин, А.Г. Теоретические аспекты инновационных технологий физического воспитания оздоровительной направленности / А.Г. Трушкин. - Ростов-на-Дону: РГПУ, 1999. - 172 с.

156. Учебник инструктора по лечебной физической культуре / Под ред. В.П. Правосудова. - М., 1980. - 175 с.

157. Федякин, А.А. Теоретико-методические основы оздоровительного туризма: дис. ...д-ра пед. наук: 13.00.04. / А.А. Федякин. - Майкоп, 2001. - 306 с.

158. Филиппова, Г.Г. Материнство: сравнительно-психологический подход / Г.Г. Филиппова // Психол. журн. - 1999. - Т. 20. - № 5. - С. 81-88.

159. Филиппова, Г.Г. Психология материнства: Учебное пособие / Г.Г. Филиппова. — М.: Изд-во Института Психотерапии, 2002. - 240 с.

160. Хакунова, М.М. Задачи и необходимость образования научно-исследовательских центров здоровья при вузах (на примере АГУ) / М.М. Хакунова // Вестник Адыгейского государственного университета. - Майкоп: изд-во АГУ, 2006 (2). - С. 248-249.

161. Холодов, Ж.К. Теория и методика физического воспитания и спорта: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. завед. / Ж.К. Холодов, В.С. Кузнецов.- М.: Изд-во «Академия», 2002. - 480 с.

162. Хорольская, И.Р. Особенности занятий плаванием для беременных женщин / И.Р. Хорольская, Р.В. Александрова // Научные исследования и разработки в спорте: Вестник аспирантуры. - Вып. 6. - СПб: СПб ГАФК, 1998. - С. 245-248.

163. Царегородцев, Г.И. Общая патология человека и методология медицины / Г.И. Царегородцев // Вестник РАМН. - 1998. - № 10. - С. 44-45.

164. Чоговадзе, И.В. Теоретико-системный подход к оценке уровня состояния здоровья. Модель здоровья / И.В. Чоговадзе, Т.Г. Коваленко, Е.Л. Смееловская // Теория и практика физической культуры, 2000. - №2. - С. 2-4.

-
165. Шашина, А.И. Восстановление после родов (вес, фигура, анемия, варикоз, страхи, усталость...) / А.И. Шашина. - М.: Миклош, 2005. - С. 12.
166. Шувалова, В.С. Здоровье учащихся и образовательная среда / В.С. Шувалова, О.В. Шиняева // Социс, 2000. - №5. - С. 27-30.
167. Щедрина, А.Г. Онтогенез и теория здоровья / А.Г. Щедрина. - Новосибирск: Наука, 1989. - 136 с.
168. Ягунов, С.А. Спортивная тренировка женщин / С.А. Ягунов, Л.Н. Старцева. - М.: Медгиз, 1959. - 120 с.
169. Ягунов, С.А. Физкультура во время беременности и в послеродовом периоде / С.А. Ягунов. - Л.: Медгиз, 1959. - 46 с.
170. Cooper, K. The new aerobics / К. Cooper // M. Evans and Co., New York, 1970.
171. Lederman, R.P. Maternal psychological and physiologic correlates of fetal-newborn health status / R.P. Lederman, E. Lederman, B. Worc, D.S. McCann // Am. J. Obstet. And Gyn. - 1981. - Vol.139, № 8. - P. 956-958.
172. Parker, S.J. Maternal Type A behavior during pregnancy, neonatal crying, and early infant temperament: do type A women have type A babies? / S.J. Parker, D.E. Barrett // Pediatrics. - 1992. - № 89(3). - P. 474-479.
173. Steer, R.A. Self-reported depression and negative pregnancy outcomes / R.A. Steer, T.O. Scholl, M.L. Hediger, R.L. Fischer // Journal Clinic Epidemiologic. - 1992. - № 45(10). - P. 1093-1099.
174. Ward, A.J. Prenatal stress and childhood psychopathology / A.J. Ward // Child Psychiatry Human Development. - 1991. - № 22(2). - P. 97-110.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Практические рекомендации

Рассматривая процесс восстановления состояния здоровья женщин как трехэтапную последовательную систему, мы рекомендуем:

1. Ориентировать весь процесс занятий физическими упражнениями на физическое (повышение сократительных способностей мышц, участвующих в вынашивании плода, оптимизация работы органов малого таза, повышение общего тонуса организма, работоспособности и сопротивляемости неблагоприятным воздействиям), психическое (восстановление психоэмоциональных сил, затраченных во время беременности и родов, развитие умений адекватно оценивать свое психофизическое состояние и управлять им, снижение уровня тревожности и депрессивных состояний), социальное (адаптация женщин к новому социальному статусу, адекватное восприятие себя в социуме, повышение уверенности в своих силах, увеличение стрессоустойчивости) здоровье рожениц.

2. Выделить в процессе восстановления состояния здоровья женщин три последовательных этапа:

- щадящий этап (1-4 недели), направленный на развитие физических и психоэмоциональных сил, затраченных во время родовой деятельности и адаптацию женщин к новому социальному статусу;

- тонизирующий этап (5-12 недели), ориентированный на активизацию функциональных возможностей организма рожениц, на их приспособление к новому социальному статусу и развитие умений адекватно оценивать свое психофизиологическое состояние;

- тренирующий этап (13-24 недели), ориентированный на укрепление физического здоровья женщин, на повышение самовосприятия женщин, как активных членов общественной жизни, на совершенствование умений управлять своим психическим состоянием.

3. Физическую нагрузку на каждом этапе занятий строить в зависимости от послеродовых функциональных показателей и уровня физического статуса рожениц (табл. 24).

Таблица 24

Цель, задачи, средства и тактика проведения занятий ритмической гимнастикой с женщинами в послеродовом периоде

Щадящий этап		
<p><u>Цель:</u> восстановить физические силы, утраченные в родах. <u>Задачи:</u> улучшение функции сердечно-сосудистой и дыхательной систем; повышение обменных процессов в тканях и органах; укрепления мышц брюшного пресса; активизация деятельности центральной нервной системы; нормализация деятельности кишечника и органов малого таза.</p>		
Средства		
Группа «А»	Группа «В»	Группа «С»
<p>Простейшие физ. упражнения, выполняемые лежа на спине или сидя на стуле: - дыхательная гимнастика; - упр. для нижних конечностей; - повороты, наклоны, приседы на опору; - 45% всех занятий ориентированы на проведение дыхательной и релаксац. гимнастики, 35% упражнений для мышц верхнего плечевого пояса, 20% - для мышц живота, полностью исключаются упражнения для мышц спины.</p>	<p>Простейшие физ. упражнения, выполняемые лежа на спине, на боку, стоя: - дыхательная гимнастика; - упр. для нижних конечностей; - упражнения для мышц брюшного пресса, малого таза; - повороты, наклоны; - упражнения для мышц тазового дна, живота - 40%, дыхательная и релаксационная гимнастики - 30%, 20% - упр. для мышц верхнего плечевого пояса, 10% - для мышц спины.</p>	<p>Простейшие физ. упр., выполняемые лежа на спине, на боку, стоя или сидя на стуле, в партере: - дыхательная гимнастика; - упр. для нижних конечностей; - упр. для мышц брюшного пресса, малого таза; - повороты, наклоны, приседы на опору; - дыхательная гимнастика 20%, упражнения для мышц живота - 20%, для верхнего плечевого пояса - 30%, для мышц спины - 20%.</p>
Тактика проведения занятий		
Группа «А»	Группа «В»	Группа «С»
<p>- темп выполнения упражнений медленный; - плавное, постепенное увеличение физической нагрузки при улучшении состояния; - кол-во упр. 10-12;</p>	<p>- темп выполнения упр. медленный с максимальной амплитудой; - сопровождать выполняемые упр.</p>	<p>- темп выполнения упр. от медленного к среднему; - упр. выполнять плавно без резких движений с максимальной амплитудой; - кол-во упр. 10-12;</p>

<p>- кол-во повторений 6-8 раз; - сопровождать выполняемые упр. рассказом о пользе упр.; - с достаточными фазами отдыха; - выполнение упражнений останавливать при появлении болевых ощущений.</p>	<p>рассказом о пользе физ. упр.; - плавное, постепенное увеличение физической нагрузки при улучшении состояния; - кол-во упр. 10-12; - кол-во повторений 8-10 раз.</p>	<p>- кол-во повторений 10-12 раз, может быть увеличено; - выполнять без натуживаний и задержки дыхания; - сопровождать выполняемые упражнения рассказом о пользе физических упражнений.</p>
--	--	---

Тонизирующий этап

Цель: активизировать функциональные возможности организма родильниц.
Задачи: совершенствовать работу дыхательной и СС систем; укреплять мышцы брюшного пресса; активизировать деятельность центральной нервной системы; нормализовать деятельность кишечника и органов малого таза; повысить эмоциональное состояние и самочувствие; повышение обменных процессов в тканях и органах; профилактика застойных явлений и возникновения послеродовых осложнений).

Средства

Группа «А»	Группа «В»	Группа «С»
<p>Индивидуальный комплекс ОФК с учетом показаний и противопоказаний к занятиям. Дыхательные упражнения. Упр. выполняются в положении лежа на спине, боку, стоя, в партере (строго под врачебным контролем); - 70% нагрузки приходится на дыхательную гимнастику и упражнения для мышц верхнего плечевого пояса, не используются упражнения для мышц спины, а также упражнения силовой направленности, 20% - упр. для мышц живота.</p>	<p>Комб. упр. акцентирован. на: - повышение мышечного тонуса и укрепление мышц живота, тазового дна; - укрепление связок и мышц, удерживающих внутренние органы, диафрагму; - укрепление мышечного корсета тела; - активизацию работы дыхательной и СС систем. И.п.- лежа на спине, животе, боку, в партере, стоя. Особое внимание уделяется упражнениям в партере, что позволяет на 10-15% увеличить объем упражнений для мышц спины;</p>	<p>Комб. упражнения направленные на: - укрепление для мышц спины, грудной клетки, ног (особенно ягодичных мышц); - увеличение подвижности позвоночного столба, повышение упругости мышц брюшного пресса. И.п. - лежа на спине, животе, боку, сидя па стуле, скамейке, кровати, стоя с опорой на стул, гимнастическую стенку, в партере, в виси. Особое внимание уделяется упражнениям в партере, что позволяет на 10-15% увеличить объем упр. для мышц спины; - упр. дыхательной и релаксац. гимнастики - 20%, упр. для мышц верхнего плечевого пояса - 20%, 30% - для мышц живота, 30% - упражнения для мышц спины.</p>

	- упр. дыхательной и релаксац. гимнастики - 30%, упражнения для мышц верхнего плечевого пояса - 20%, 25% - для мышц живота, 25% - упражнения для мышц спины.	
Тактика проведения занятий		
Группа «А»	Группа «В»	Группа «С»
- темп выполнения упр. зависит от самочувствия занимающихся; - упр. выполнять с максимальной амплитудой, но без натуживаний и задержки дыхания; - кол-во упр. 10-12; - кол-во повторений 8-10 раз; - индивидуальный подход к комплексу упражнений; - заканчивать комплекс упр. на восстановление дыхания.	- темп выполнения упражнений - от медленного к среднему, с наращиванием интенсивности двигательной активности; - можно включать упр. с элементами комбинированного задания; - сопровождать выполняемые упр. рассказом о пользе физ. упр.; - плавное, постепенное увеличение физической нагрузки при улучшении состояния; - кол-во упр. 10-12; - кол-во повторений 8-10 раз.	- упр. выполнять в следующей послед.: упр. для мышц рук, туловища, упр. комплексного воздействия, выполн. сидя, упр. комплексного воздействия, выполн. стоя, упр. для мышц ног и таза; - темп выполнения средний, количество повторений 10-12 раз; - упр. выполнять с макс. амплитудой; - акцент на группы мышц спины и живота; - выполнение сопр. рассказом о влиянии данных упр. на организм женщин; - время провед. 30-40 мин.
Тренирующий этап		
<p><u>Цель:</u> совершенствовать физическое и функциональное здоровье женщин.</p> <p><u>Задачи:</u> вырабатывать навыки самостоятельных занятий; улучшать кровообращение мышц тазового дна; оптимизировать эмоциональное состояние и самочувствие; нормализовать функции кишечника и мочевого пузыря; укреплять мышцы живота, спины, верхнего плечевого пояса; повышать работоспособность организма; развивать физические качества; повышать уровень физической подготовленности.</p>		
Средства		
Группа «А»	Группа «В»	Группа «С»
Индивидуальный комплекс ОФК с учетом показаний и	Комплексы упражнений ориентированные на	Комплексы упр. тренирующего характера:

<p>противопоказаний к занятиям. И.п. - лежа на спине, животе, боку, сидя па стуле, скамейке, кровати, стоя с опорой на стул, гимнастическую стенку, в партере, в висе.</p>	<p>реабилитацию органов, имеющих осложнения после родов. Упражнения направлены на: - мышечный корсет; - на органы малого таза; - на повышение физических возможностей организма; - на повышение общего тонуса организма. Упр. выполняются из различных исходных положений.</p>	<p>- для развития физических качеств; - для укрепления мышц спины и живота; - для оптимизации работы органов малого таза; - для повышения общего тонуса организма. И.п. - лежа на спине, животе, боку, сидя па стуле, скамейке, кровати, стоя с опорой на стул, гимн. стенку, в партере, в висе.</p>
--	--	--

Тактика проведения занятий

Группа «А»	Группа «В»	Группа «С»
<p>- темп и интенсивность упражнений подбираются индивидуально; - количество упр. 10-15; - кол-во повторений 8-12 раз; - главный показатель продолжительности занятия - самочувствие занимающихся;</p>	<p>- темп выпол. упр. средний с нарастанием; - акцент на укрепление мышц живота, тазового дна, нижних конечностей; - кол-во упр. 12-20; - количество повторений 8-12 раз;</p>	<p>- упр. для укрепления мышц спины, ног, живота. - темп выполнения упр. - с нарастанием; - количество повторений - 12 раз, - кол-во упр. в комплексе - 10-12;</p>
<p>- упр. дыхательной и релаксац. гимнастики - 30%, упражнений для мышц верхнего плечевого пояса - 20%, 30% - мышц живота, 20% - упражнения для мышц спины.</p>	<p>- упр. дыхательной и релаксац. гимнастики - 20%, упражнений для мышц верхнего плечевого пояса - 20%, 40% - для мышц живота, 20% - упражнения для мышц спины.</p>	<p>- упр. выполняются с максимальной ампли-тудой, свободно без натуживаний и задержки дыхания; - начинать с упр. общефизической направленности, а заканчивать специально-подготовительными упр.; - упр. дыхательной и релаксац. гимнастики - 20%, упр. для мышц верхнего плечевого пояса - 20%, 30% - для мышц живота, 20% - упр. для мышц спины.</p>

4. Для определения эффективности внедрения физкультурно-оздоровительной методики необходимо ориентироваться на показатели физического статуса, психического и социального состояний занимающихся:

- индивидуальная оценка физического статуса определяется показателями физического развития (функциональные показатели: артериальное давление, ортостатическая и клиностатическая пробы, частота сердечных сокращений, величина ЖЕЛ) и антропометрических данных (масса тела, весо-ростовой индекс Кетле, окружность грудной клетки, крепость телосложения), физической подготовленности (наклон туловища вперед и в стороны, качество выполнения комплексов упражнений, сгибание-разгибание рук в упоре лежа, подъем согнутых ног из положения лежа на спине, метание набивного мяча), частоты заболеваемости женщины;

- психическое состояние женщин определяется показателями уровня тревожности, сформированностью адекватного материнского отношения и восприятия ценности ребенка, развитием объективного отношения к уровню своего психического и физического состояния;

- социальное состояние определяется адекватностью восприятия своего нового социального статуса, уровнем стрессоустойчивости, развитостью умений жить в согласии с окружающими людьми, анализировать различные ситуации и прогнозировать их развитие.

электронное научное издание

**Ю.Б. Тхакумачева
А.В. Шаханова
А.Р. Тугуз
Р.А. Ахтаов**

ФИЗКУЛЬТУРНО-ОЗДОРОВИТЕЛЬНЫЕ СИСТЕМЫ В ПОСТРОДОВОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ЖЕНЩИН

МОНОГРАФИЯ

изображение на обложке [http:// www.freepik.com/terms_of_use](http://www.freepik.com/terms_of_use)

Подписано к использованию 20.09.2022 г.
Объем 8,6 усл. печ. л.
ООО «ЭЛИТ». 385020, РФ, Республика Адыгея,
г. Майкоп, а/я 09.
E-mail: elit-publishing@ya.ru