

3. У групі, яка застосовувала обтяження 50% від максимуму, приріст показників сили було зафіксовано у відповідних вправах — 5,5 та 6,0 кг. У цій групі хоча й не було зафіксовано вираженого росту спортивних результатів, однак найбільше навантаження сприяло розвитку витривалості й тренуванню серцево-судинної системи.
4. Найменший приріст сили після тримісячних тренувань було зафіксовано в групі, яка застосовувала 85% від максимуму. Приріст сили був відповідно - 4,5 - 5,5кг. Таким чином, тренування з навантаженням 85% від максимуму не призводять до вираженого зростання силових показників, а застосування цього навантаження на кожному тренувальному занятті може призвести до перевтоми та виснаження адаптаційних ресурсів організму.

Планується подальше проведення експерименту з пошуком інших ефективних методик, які сприяють покращенню силових можливостей студентів що спеціалізуються у важкоатлетичному спорті.

Література

1. Воробьев А.Н. Тяжелая Атлетика: Учебник для институтов физ. - М.: ФиС, 1988.- 238 с.
2. Воробьев А.Н. Тяжелотелетический спорт: Очерки по физиологии и спортивной тренировке - М.: ФиС, 1977. - 200 с.
3. Латунин Н.П. Олешко В.Г. Управление тренировочным процессом тяжелоатлетов. - Киев: Здоров'я, 1982. - 120с.
4. Классификация методов развития силы в тяжелой атлетике, силовом троеборье и атлетизме //Метод. рекомендации/ под ред. В.Г. Олешко. -Киев: КПИФК, 1990. - 41с.
5. Хартманн Ю. Тюннеман Х. Современная силовая тренировка. - Берлин: Шпортфорлаг, 1989.- 334с.
6. Роман Р.А Тренировка тяжелоатлета,- М.: ФиС, 1986. - 175с.

Надійшла до редакції 17.10.2007р.

ОБГРУНТУВАННЯ РУХОВИХ РЕЖИМІВ У ПІДЛІТКІВ З БРОНХІАЛЬНОЮ АСТМОЮ

Калёнова І.В.

Запорізький національний університет

Анотація. Проведено дослідження ефективності впливу розширеного рухового режиму за спеціальною програмою на дітей зі змішаною формою бронхіальної астми. Показано, що раціоналізація рухової активності сприяє поліпшенню показників функції зовнішнього дихання, які свідчать про зменшення бронхообструктивних змін та поліпшення бронхіальної прохідності.

Ключові слова: підлітки, бронхіальна астма, система зовнішнього дихання, руховий режим.

Аннотация. Калёнова И.В. Обоснование двигательных режимов у подростков с бронхиальной астмой. Проведено исследование эффективности влияния расширения двигательного режима с применением специальных программ на детей со смешанной формой бронхиальной астмы. Показано, что рационализация двигательной активности способствует улучшению показателей функции внешнего дыхания, которые свидетельствуют об уменьшении бронхообструктивных изменений и улучшении бронхиальной проходимости.

Ключевые слова: подростки, бронхиальная астма,

система внешнего дыхания, двигательный режим.

Annotation. Kalyonova I. Substantiation of movement regimen for teenagers with bronchial asthma disease. The investigation of effectiveness of influence of the expanded movement regimen by applying special programs on children with a mixed form of bronchial asthma disease have been completed. It is shown that a rationalization of movement activity assists in obtaining the improved results on a function of shallow breathing which demonstrate reduced bronchia obstructive changes and improved bronchial possibility.

Key words: teenagers, bronchial asthma disease, system of shallow breathing, movement regimen.

Вступ.

Бронхіальна астма (БА) є одним з найбільш розповсюджених і тому соціально значимих хронічних захворювань у дітей. За даними більшості авторів частота захворюваності серед дітей протягом останнього десятиліття коливається в межах від 6 % до 8 %, а в ряді зарубіжних країн вона сягає до 12% від загальної. Серед інших захворювань алергійного характеру вага БА складає 50 - 70 % [1-4].

Своєчасна діагностика та лікування БА в лікувальних закладах веде до зниження прогресування захворювання, однак для повного медико-соціального вирішення цієї проблеми необхідним компонентом є проведення комплексної реабілітації. Раціональний режим рухової активності, як одна з найважливіших складових у структурі загальної реабілітації, є могутнім чинником оздоровчого впливу на організм дитини. Дотримання оптимального рухового режиму (РР) сприяє підвищенню працездатності, поліпшенню діяльності багатьох систем організму, ослабленню тяжкості перебігу захворювання, обмеженню застосування медикаментозної терапії. Таким чином, правильному формуванню та корекції рухового режиму (РР) для дітей з БА необхідно приділяти особливу увагу [5, 6].

Актуальність і висока практична значимість даної проблеми послужили передумовами для проведення даного дослідження.

Робота виконана за планом НДР Запорізького національного університету.

Формулювання цілей роботи.

Мета дослідження – вивчення впливу рухового режиму спеціальної спрямованості, як засобу фізичної реабілітації, на стан функції зовнішнього дихання у підлітків з бронхіальною астмою.

В нашому дослідженні ми апробували ефективність впливу розширеного РР на дітей зі змішаною формою БА легкої та середньої ступені захворювання. Під спостереженням перебували 40 підлітків 11 – 12 років, з яких 25 склали експериментальну і 15 контрольну групи.

Як критерії розширення рухової активності підлітків використовувались найбільш інформативні і доступні для визначення показники функції зовнішнього дихання (ФЗД) [7]. Дослідження ФЗД проводилися в хворих 2 рази: до і після проходження курсу реабілітації при виконанні хворим "Спіротесту РС". (Спірометр був підключений до персонального ком-

п'ютера). Найбільший інтерес для нас представляли наступні показники: життєва ємність легень (ЖЄЛ, л), форсована життєва ємність легень (ФЖЄЛ, л), об'єм форсованого видиху за 1 секунду (ОФВ1, л), індекс Тифно (ІТ), потужність видиху (Nвид, л/с) у зіставленні їх з даними клінічного стану дітей. Оцінка показників проводилась по ступені відхилення від належних величин, що враховують ріст та масу тіла дитини.

Програма розширеного РР підлітків експериментальної групи, хворих на БА, містила в собі наступні компоненти: спеціальні фізичні вправи [8], рухливі ігри з елементами корекції подиху, елементи спортивних ігор, а також самостійно виконувані індивідуальні заняття дихальними вправами та дозовану ходьбу (табл. 1). Діти контрольної групи залишились на початковому режимі рухової активності.

Результати дослідження.

Середні значення параметрів ФЗД до і після реабілітаційних заходів, а також їх порівняння у підлітків експериментальної і контрольної груп приведені в табл. 2.

Як видно з табл. 2 у підлітків експериментальної групи, хворих на БА, в процесі реабілітацій-

них заходів спостерігалось поліпшення основних параметрів ФЗД. Найбільш значно (у середньому на 16 %) збільшилися показники ФЖЄЛ, ОФВ1. Підвищення цих показників в ході реабілітації представляється найбільш цінним, тому що саме вони характеризують стан бронхіальної прохідності та свідчать про зменшення бронхообструктивних змін.

Приріст показників ФЗД в контрольній групі значно менше, ніж в експериментальній, а негативна динаміка ІТ показує, що у підлітків контрольної групи дійсного покращення бронхіальної прохідності не відбулось (рис. 1).

Висновки.

Результати дослідження показали, що в комплексній реабілітації підлітків з бронхіальною астмою доцільно застосовувати розширення рухового режиму за запропонованою методикою. На тлі раціоналізації рухової активності у підлітків спостерігалось поліпшення показників ФЗД: ФЖЄЛ на 13,3 %, ОФВ1 на 19,2 %, Nвид на 13,72 %, ІТ на 3,7 %, що свідчить про зменшення бронхообструктивних змін та поліпшення бронхіальної прохідності.

Подальший напрямок досліджень полягає в індивідуалізації реабілітаційних програм для підлітків

Таблиця 1

Склад рухового режиму для підлітків 11 – 12 років, хворих на бронхіальну астму

Засоби	Дозування	Методичні рекомендації
Ранкова гігієнічна гімнастика	Щоденно	Будується за звичайною методикою: тривалість 15-20 хв., загально розвиваючі вправи 6 – 7, кратність повторень 8 – 10, тривалість бігу 60 с, кількість підскіків 8 – 10, чергування стрибків з ходьбою – 6, дихальні вправи 3 – 4.
Заняття лікувальною гімнастикою	3 рази в тиждень, тривалість 40 хв.	Спеціальні фізичні вправи, рухливі ігри з елементами корекції подиху, елементи спортивних ігор (волейбол, метання баскетбольного м'яча в кільце і т.д.). При цьому всю навантажувальну частину будь-якої вправи: нахили тулуба, кидок м'яча й ін. - здійснювати на видиху, після декількох повторень обов'язково розслабитися
Самостійно виконувані індивідуальні заняття	Щоденно	Дихальні вправи з проголошенням звуків, динамічні дихальні вправи з подовженим видихом, діафрагмальний подих, дренажні вправи, вправи в розслабленні
Дозована ходьба	Щоденно	Під час прогулянок при ходьбі звичайним кроком звертати увагу на подовжений видих, що повинний бути в 1,5-2 рази довше вдиху. Поступово збільшувати дистанцію ходьби

Таблиця 2

Зміна середніх значень параметрів ФЗД у підлітків з БА в процесі реабілітаційних заходів

Параметр ФЗД (% від належного)		ЖЄЛ	ФЖЄЛ	ОФВ1	ІТ, абс. ч.	Nвид
До реабілітації	Е	72,8	61,6	55,5	79,7	67,2
	К	73,4	61,3	55,7	77,4	65,1
Після реабілітації	Е	82,9	74,9	74,7	83,4	80,9
	К	76,3	63,3	62,8	77,23	70,6
Покращення параметру (%)	Е	10,1	13,3	19,2	3,7	13,7
	К	3,1**	2,2**	7,1**	-0,17**	5,5**

Примітка: ** - $p < 0,05$ у порівнянні з експериментальною групою. Е – експериментальна група. К – контрольна група.

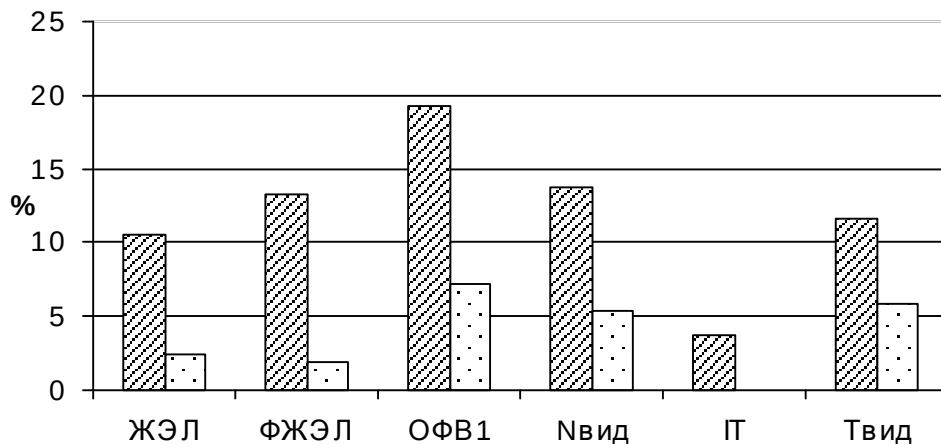


Рис. 1. Приріст показників ФЗД експериментальної і контрольної груп на початку та в кінці дослідження
Примітка : 1 – експериментальна, 2. – контрольна.

з іншими формами бронхіальної астми.

Література:

1. Фещенко Ю.И. Бронхиальная астма – одна из главных проблем современной медицины // Укр. пульмонологичний журнал. – 2000. – № 2. – С. 13-16.
2. Ласиця О.І., Охотнікова О.М., Курашова О.М. Сучасні аспекти бронхіальної астми дитячого віку // Астма та алергія. – 2002. – № 1. – С. 44-48.
3. Острополец С. С. Бронхиальная астма у детей. – Донецк : Норд-пресс, 2004. – 136с.
4. Приступа Л. Н., Маркевич В. Е., Січенко П. І. Бронхіальна астма: Навч. посібник. – Суми : Видавництво СумДУ, 2002. – 145с.
5. Мокина Н. А. Немедикаментозная терапия бронхиальной астмы у детей. Современное состояние проблемы / / Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры. – 2003. – №3. – С. 41-43.
6. Кузьменко Л.Г. Характеристика двигательной активности детей с бронхиальной астмой // Вопросы курортологии, физиотерапии и ЛФК. – 1998. – № 6. – С. 10-14.
7. Калманова Е.Н., Айсанов З.Р. Исследование респираторной функции и функциональный диагноз в пульмонологии // Пульмонологический журнал. – 2000. – № 12. – С. 510-514.
8. Галактионова Л.П. Обоснование дифференцированных реабилитационных комплексов у детей с бронхиальной астмой // Астма и аллергия. – 2002. – № 2. – С. 39-42.

Надійшла до редакції 29.09.2007р.

СТРУКТУРА ПРОЦЕСУ ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНОЇ КОМПЕТЕНТНОСТІ МАЙБУТНІХ УЧИТЕЛІВ

Кара С.І.

Бердянський педагогічний університет

Анотація. У статті розкривається змістовна спрямованість особистості майбутнього вчителя, мотиваційна та рефлексивна сфери його компетентності та елементи, що включені до них. Рефлексивна позиція передбачає здійснення постійного аналізу власних дій і станів особистості. Це дозволяє об'єктивно аналізувати свої вчинки й з'ясувати, як інші (викладачі, вчителі, студенти, учні, батьки учнів) знають і розуміють притаманні особливості.

Ключові слова: особистість, вчитель, компетентність, мотиваційна, рефлексивна сфери.

Аннотация. Кара С.И. Структура процесса формирования профессиональной компетентности у будущих учителей. В статье раскрывается содержание на-

правленности личности будущего учителя, мотивационная и рефлексивная сфера его компетентности, а также элементы, которые включаются в нее. Рефлексивная позиция предусматривает осуществление постоянного анализа собственных действий и состояний личности. Это позволяет объективно анализировать свои поступки и выяснять, как другие (преподаватели, учителя, студенты, ученики, родители учеников) знают и понимают присущие особенности. Ключевые слова: личность, учитель, компетентность, мотивационная, рефлексивная сферы.

Annotation. Kara S.I. Structure of process of formation of professional competence at the future teachers. The sense of person's approaches of the future teacher, the motivation and reflexive fields, competence and its elements are depicted in this article. The reflective position provides realization of the constant analysis of own actions and conditions of the person. It allows to analyze objectively the acts and to find out, how others (teachers, teachers, students, pupils, parents of pupils) know and understand inherent features.

Key words: person, teacher, competence, motivation, reflection.

Вступ.

Успішність педагогічної роботи багато в чому залежить від **професійної спрямованості** особистості вчителя, його світоглядної позиції, що проявляється у духовних і соціальних потребах, мотивах поведінки, установках, інтересах, ідеалах тощо. Спрямованість на високі громадські і педагогічні ідеали створює основу для формування професійно значущих для вчителів якостей. Тому, до вищих педагогічних навчальних закладів мають вступати професійно спрямовані абітурієнти.

Уперше ця проблема була порушена у дослідженнях Р.І. Хмельюк.

Змістову спрямованість особистості майбутнього вчителя визначають:

1. Професійні потреби: у спілкуванні з дітьми та їх батьками; в оволодінні (поглибленні, розширенні) педагогічними та психологічними знаннями, а також загально педагогічними навичками та вміннями; у постійному поповненні своїх спеціальних знань; у практичній освітньо-виховній роботі; у дослідженні (аналізі) педагогічних проблем; у громадській роботі з метою створення ситуації милосердя, соціальної