# ЗМІСТ

[Вступ](#_Toc160359338)

[Розділ 1 Місце фізкультури у реабілітації інвалідів](#_Toc160359339)

[1.1 Роль та значення фізичної культури в житті інвалідів](#_Toc160359340)

[1.2 Використання засобів та методів системи фізичного виховання при роботі з інвалідами](#_Toc160359341)

[1.3 Створення спецзакладів для інвалідів](#_Toc160359342)

[1.4 Проведення спортивних заходів для інвалідів](#_Toc160359343)

[Розділ 2 Особливості проведення занять з дітьми-інвалідами](#_Toc160359344)

[2.1 Використання комплексної диференційованої профілактичної програм](#_Toc160359345)и

[2.2 Особливості проведення коригувальних занять](#_Toc160359346)

[2.3 Вправи для розвантаження хребта](#_Toc160359347)

[2.4 Організаційно-методичні основи проведення занять плавання зі слабкозорими підлітками](#_Toc160359348)

[Висновки](#_Toc160359349)

[Література](#_Toc160359350)

# Вступ

Актуальність: З кожним роком збільшується кількість дітей з різними фізіологічними та психологічними вадами. Тому проблема полягає в тому, що за допомогою фізичних вправ спробувати допомогти дитині жити в сучасному світі.

Робоча гіпотеза: передбачалось, що впровадження в практику роботи вчителів фізкультури корекційних вправ дозволить підвищити ефективність виправлення вад у здоров`ї дитини.

Метою дослідження: є місце фізичної культури в житті дітей-інвалідів.

Об`єкт дослідження: сучасний стан фізичного виховання дітей з відхиленнями у здоров`ї.

Суб`єкт дослідження: діти, які мають фізичні вади здоров`я.

Завдання дослідження:

1. Сформувати уявлення про значення та роль фізичної культури в житті інвалідів;
2. Вивчити використання засобів та методів системи фізичного виховання при роботі з інвалідами;
3. З`ясувати необхідність створення спеціальних закладів фізичної культури для інвалідів та проведення масових спортивних заходів для інвалідів;
4. Розглянути особливості проведення занять з фізичної культури для дітей з вадами здоров`я.

Методи дослідження:

1. Аналіз наукової і науково-методичної літератури.
2. Аналіз педагогічного досвіду.
3. Педагогічне спостереження

Наукова новизна: узагальнені сучасні наукові дані про деякі шляхи підвищення ефективної корекції фізичних вад здоров`я дітей при застосування різних вправ та участі у масових заходах.

Практична значимість: в процесі фізичного виховання встановлені особливості проведення занять з фізичного виховання з дітьми-інвалідами. Оцінюючи засоби фізичного виховання названої категорії дітей, треба, передусім, усунути ті вправи, які протипоказані за тих чи інших захворювань. Зазвичай, важливого значення набувають навчання раціонального дихання і корекція постави (відповідні вправи). Обов'язковою умовою є індивідуальний підхід і систематичний контроль стану організму.

За зорових та слухових дефектів і враженої нервової системи організм дитини розвивається у несприятливих умовах не тільки через порушення цих функцій, а й унаслідок вимушеної гіпокінезії. Це особливо помітно у сліпих і хворих церебральним паралічем. Гіпокінезія погіршує стан організму і сприяє прогресуванню захворювання. Утворюється замкнуте коло: хвороба призводить до обмеження рухливості, а це, відповідно, погіршує перебіг хвороби. Патологічний стан може бути розімкнутий лише своєчасним і систематичним застосуванням обґрунтованих навантажень.

# Розділ 1 Місце фізкультури у реабілітації інвалідів

## 1.1 Роль та значення фізичної культури в житті інвалідів

Одним зі шляхів залучення інвалідів в активне соціальне життя і професійну діяльність, створення сприятливих умов для їх фізичної, психологічної і соціальної реабілітації є фізкультурно-оздоровча і спортивна діяльність.

Серед найбільше що часто зустрічаються обмежень життєдіяльності в інвалідів є обмеження здатності до пересування. У зв'язку з патологією кістково-м'язової системи або інших органів і систем виникає дефіцит рухової активності, що в результаті приводить до так називаного гіпокінетичної хвороби. В основі її лежать гіпокінезія і гіподинамія, їхній кумулятивний вплив [4].

Гіподинамія означає абсолютне і відносне зниження обсягу й інтенсивності рухової активності людини, що супроводжується малими м'язовими зусиллями. Гіпокінезія характеризується низьким рівнем витрат енергії на м'язову роботу, локальним характером м'язової роботи, тривалою фіксованістю вимушеної пози, спрощенням і збіднінням координаційної діяльності.

Кумулятивний вплив гіподинамії і гіпокінезії приводить до негативних наслідків, що виявляються в наступному:

1) трофічні і дегенеративні зміни опорно-рухового апарата, його нервово-м'язового і кісткового компонентів;

2) зниження тонусу м'язів, порушення стійкості і надійності координації рухових актів;

3) контрактури суглобів передумови, що створюють, для аномального взаєморозміщення кісток скелета;

4) порушення обмінних процесів, що приводить до збільшення обсягу жирових тканин;

5) детренованість м'язів живота, що негативно відбиває на функції травлення (атонія кишечнику);

6) порушення серцевої діяльності і сили скорочення серцевого м'яза;

7) зміна дихання, що характеризується зменшенням життєвої ємності легень і легеневої вентиляції;

8) зменшення обсягу циркулюючої крові за рахунок депонування її в органах, що супроводжується ослабленням тонусу судин і погіршенням постачання тканин киснем.

Гіподинамія і гіпокінезія є причиною не тільки зниження функціональних можливостей організму і скорочення термінів профпридатності, але і впливають на тривалість життя.

З урахуванням описаних обставин особливу значимість здобуває профілактика гіподинамічної хвороби, зокрема в інвалідів. Серед ряду факторів одне з головних місць займає оздоровча фізична культура в зв'язку з впливом фізичних вправ не тільки на кістково-м'язову систему, але і на психологічний стан інвалідів. Фізкультура і спорт розглядаються як засіб фізичної, психологічної і соціально-середовищної реабілітації [15].

Саме фізкультура і спорт у силу впливу, що активно діє на організм, на підвищення рівня фізичної підготовки, розширення кола спілкування, стимуляції "духу змагання" розглядається як оздоровче середовище.

Фізична культура як оздоровче середовище складається з ряду послідовних етапів зміна яких не обов'язково буде здійснена в кожному конкретному випадку. Це залежить від фізичних і психологічних задатків і ступеня виразності реабілітаційного потенціалу.

Визнано, що одним з перших етапів, а разом з тим необхідних компонентів фізичної культури є фізичне виховання" яке виконує функцію систематичної фізичної підготовки, зокрема, інвалідів з дитинства до практичного життя. У ході фізичного виховання формуються особистісні властивості інваліда, воля, здатність переборювати труднощів.

Нерозвиненість у нашій країні фізкультури і спорту інвалідів обумовлена рядом причин: нерозробленість концептуального підходу, відсутність спеціалізованих спортивних споруд і устаткування, непідготовленість професійних організаторів і тренерів для інвалідів, низька мотивація інвалідів до самовдосконалення,

Слід зазначити, що фізичне виховання як спеціальний метод удосконалення фізичного і морального потенціалу інваліда саме по собі ще не являє собою середовище з погляду соціально-середовищної реабілітації. Оздоровлення інваліда з використанням ранкової зарядки, виробничої зарядки, лікувальної фізкультури й інших індивідуальних методів впливу ще не створює оздоровче середовище. Для цього необхідно введення, "включення" безлічі інших факторів змагального, ігрового характеру, що крім розвитку й удосконалення моторики повинно створити саме середовище. Оздоровчий її вплив буде позначатися в такому випадку і на психологічному стані інвалідів. У ході змагань виявиться можливість самореалізації, самоствердження інвалідів, що створює передумови їхньої соціальної інтеграції.

У процесі фізичного виховання здійснюється формування й удосконалювання моторних функцій і особливо тих, які порушені внаслідок патологічного процесу. У ході фізичного виховання відбувається компенсація основного дефекту і корекція вторинних порушень, що виникли в зв'язку з основним захворюванням. Рухові вправи розвивають м'язово-суглобне почуття, орієнтування в просторі, тренують пам'ять на послідовність рухів, удосконалюють уміння виконувати рухи по вербальній інструкції, сприяють зміцненню серцево-судинної системи, активізують обмін речовин, стимулюють інтелектуальні здібності інвалідів, поліпшують загальний тонус організму. Мета фізичного виховання - дати можливість інваліду самому коректувати і компенсувати свої недоліки.

В основі фізичного виховання лежать корекційно-компенсаторні прийоми. Незалежно від категорії інвалідів, типу дефектів вирішуються загальні оздоровчі задачі, що припускають організацію роботи таким чином, щоб впливати не тільки на загальний стан, але відновлювати ті або інші порушені хворобою функції організму. Ці задачі містять у собі фізичне оздоровлення, створення умов для правильного фізичного розвитку, загартовування, корекцію особливостей соматичного стану (корекцію акта дихання, порушень серцево-судинної системи).

Виховні задачі припускають вироблення визначених характерологічних рис (воля, наполегливість, почуття колективізму, організованості, активності" сміливості і т.д. ), забезпечують стимуляцію психічного розвитку. Розвивається увага, пам'ять, спритність, поліпшується орієнтація, здійснюється розвиток інтелекту.

Виховання основних фізичних якостей (сили, спритності, швидкості, витривалості) інвалідів донедавна вважалося недоцільним у зв'язку з комплексним ураженням організму і думкою про неможливість повноцінного пристосування їх до самостійного життя [13].

Рішення освітніх задач по формуванню рухових умінь і навичок у роботі з інвалідами припускає насамперед допомогу природному процесу формування вікових моторних функцій. Крім того, необхідне формування тих рухових умінь і навичок, що інвалід самостійно не може освоїти через патологічні зміни рухової сфери, що часто зустрічаються у всіх категорій інвалідів.

При багаторазовому повторенні вправ йде удосконалювання моторного і сенсорного орієнтування, розлите порушення поступове переходить у строго диференційований імпульс, так само як і неоформлена, генералізована рухова реакція.

У фізичному вихованні інвалідів вирішується ряд спеціальних корекційних задач, що мають самостійне значення, але тісно взаємопов`язаних. Це, насамперед, задачі, включені в компенсацію основного дефекту й у корекцію вторинних порушень, обумовлених основним захворюванням, виконання таких рухових завдань, що розвивають м'язово-суглобне чуття, орієнтування в просторі і часі, ступінь напруги і розслаблення м'язів, пам'ять на послідовність рухів по якості їх виконання. Правильно підібрані і дозовані, вони є могутніми аферентаціями, адресованими в різні відділи центральної нервової системи, які змінюють співвідношення збуджувальних і гальмових процесів у корі великих півкуль і можуть бути спрямовані на перебудову патологічних, умовних рефлексів, що виникли в процесі захворювання.

## 1.2 Використання засобів та методів системи фізичного виховання при роботі з інвалідами

У фізичному вихованні інвалідів повинні широко використовуватися всі засоби системи фізичного виховання. Разом з тим вони повинні бути розроблені в строгій відповідності з корекційно-компенсаторними задачами з обліком що займаються.

Так, у роботі зі здоровими не виділяють спеціальні вправи на включення в рух, на координацію, що впливають на вестибулярний апарат. Вважається, що будь-яка фізична вправа в якійсь мері використовується в цих цілях. Але в інвалідів є настільки значні дефекти при включенні в рух координації рухів і збереження рівноваги, що відновити їх загальними вправами не вдається. Необхідні спеціальні вправи для корекції і компенсації цих порушень.

У фізичному вихованні інвалідів виділяють дві групи вправ; загально-підготовчі (загально-розвиваючі вправи, використовувані в малих формах фізичного виховання, зарядки, фізкультхвилинки і т. д,) і спеціальні (ходьба, біг, плавання і т.д. ).

Основними формами фізичного виховання інвалідів є:

- самостійні заняття фізичними вправами (ранкова гігієнічна гімнастика, прогулянки, ближній туризм, корекційні заняття з використанням методичних матеріалів);

- організовані групові і секційні заняття фізичною культурою і спортом (ЛФК і корекційні заняття в лікувально-санаторних установах і реабілітаційних центрах, заняття доступними видами спорту в групах і секціях суспільних фізкультурних організацій, виробнича гімнастика для осіб" зайнятих у сфері матеріального виробництва і служби побуту, і ін.);

- інваспорт (організація і проведення змагань по доступних видах спорту).

Ранкова гігієнічна гімнастика проводиться щодня до сніданку протягом 10-20 хв., у залежності від характеру, ступеня і рівня патології, функціонального стану і віку інвалідів. Мета ранкової гігієнічної гімнастики - підготовка організму до переходу від стану фізіологічного спокою до повсякденних фізичних навантажень, зв'язаним з побутовою і трудовою діяльністю. Ранкова гігієнічна гімнастика, як правило, проводиться в палатах, холах, залах ЛФК, на спортивних площадках під керівництвом інструктора ЛФК груповим методом у спеціальних лікувальних і санаторно-курортних установах, а також у домашніх умовах за допомогою родичів або самостійно [15].

Заняття проводять сидячи на стільці, у кріслі-каталці або стоячи у фіксуючих апаратах. Дозування вправ залежить від ступеня і рівня ушкоджень, віку, функціонального стану організму що займаються або від рівня їхньої фізичної підготовленості.

Лікувальна фізкультура - одна з основних форм організації занять фізичними вправами для інвалідів. Це визначається, з одного боку, широтою впливу лікувальних фізичних вправ на різні функціональні системи організму - серцево-судинну, дихальну, опорно-рухову, нервову, ендокринну, а з іншого боку - що тренує і відбудовним ефектом цих вправ при недостатності різних функцій організму. Необхідно лише виділити основні принципи, що відбивають специфіку застосування ЛФК:

1. Чітка диференціація цілей і задач ЛФК виходячи з аналізу можливостей, що забезпечують відновлення м'язової сили і координації рухів, попередження й усунення контрактур, вироблення самостійного пересування, розвиток здібностей до маніпулятивних дій, придбання навичок побутового самообслуговування, нормалізацію обміну речовин, подиху, установлення контрольованих основ сечовипускання і дефекації, придбання нових професійних навичок.

2. Інтерактивне використання в комплексі ЛФК різних методик.

3. Диференціація методики з застосуванням гімнастичних вправ, спортивних і рухливих ігор, вправ прикладного характеру.

4. Гімнастичні вправи, що включаються в комплекс, повинні визначатися клінічним синдромом рухових розладів, типом порушення м'язового тонусу" станом координації. Доцільно виконувати активні, пасивні й активно-пасивні вправи за допомогою методиста, з оптимальних вихідних положень, із застосуванням гумових бинтів, тренажерних систем.

Особливо важливими є вправи по відновленню функцій кистей, здатності до маніпулятивних дій.

5. Чітка диференціація застосування різних видів масажу - класичного сегментарного, точкового, їх сполучення, вібро-, гідро- і самомасажу, електро- і вібростимуляції уражених м'язів.

6. Вправи прикладного типу повинні включати комплексну систему розвитку і навчання ходьбі як способові самостійного пересування. Найбільше ефективно послідовне застосування вправ:

* у ліжку зі змінним розташуванням кута ложа;
* із застосуванням укорочених костилів;
* з використанням підвісів і гумових бинтів;
* ходьба між рівнобіжними брусами в залі й у басейні;
* пересування за допомогою монорейки, милиць;
* ходьба по сходам з перешагуванням, з ношею, у темряві, падіння й вставання.

7. Ефективним є включення в комплекс спортивних ігор і змагань. Індивідуальні і групові заняття ЛФК проводяться протягом 10-30 хв. один-два разу в день у залах ЛФК стаціонарних лікувальних і санаторно-курортних установ, поліклінік, на спортивних площадках, у басейнах і ін.

Виробничу гімнастику як самостійні заняття фізичними вправами в умовах побуту необхідно включати щодня в режим рухової активності інвалідів. Протягом дня доцільно проводити 3-4 заняття тривалістю 1:5-30 хв. З метою підвищення ефективності фізичних вправ на функціональний розвиток організму і рівень фізичної підготовленості рекомендується використання в індивідуальних заняттях різних тренажерних систем, пристосувань і снарядів (гантелі, еластичні, гумові бинти, еспандери, блокові системи й ін.), що дозволить полегшити задачу нормування фізичних навантажень, створення програм локального впливу на окремі групи м'язів і системи організму [17].

Корекційні заняття необхідно включати в тижневий руховий режим шляхом щоденних занять тривалістю 15-30 хв.

Прогулянки, ближній туризм - форми фізичного виховання, які не потребують тривалої підготовки і використання складного устаткування і пристосувань. Прогулянки включають у щоденний руховим режим: на всіх етапах реабілітації. Тривалість прогулянок залежить від температури навколишнього середовища, функціонального стану інвалідів, можливості використання цього виду самостійних занять у домашніх умовах. Ближній туризм може бути організований групою інвалідів, що займаються в одній секції або об'єднанні по територіальному принципі (спеціальні райони, будинку для інвалідів, лікувальні установи санаторного типу), а також самостійно проводиться, як правило, протягом одного дня, Включення ближнього туризму в тижневий руховий режим інвалідів, що дозволяє забезпечити сполучення активного сприйняття навколишнього середовища з дозованим фізичним навантаженням, сприяє зниженню напруги нервової системи, поліпшенню функціонального стану основних систем організму, підвищенню рівня фізичної підготовленості інвалідів.

При заняттях з інвалідами можуть бути використані наступні організаційні методи:

1. Індивідуальний, тобто метод, що визначає можливість організації заняття тренером з одним інвалідом. У цьому випадку методика підбирається строго індивідуально, з урахуванням особливостей патології спортсмена-інваліда, його функціональних можливостей і підготовленості.

Індивідуальний метод організації занять є найбільш ефективним.

2. Груповий, тобто метод, при якому тренер працює з групою інвалідів до 10 чоловік. Як правило, у цьому випадку доцільна присутність асистентів, що виконують в основному чисто допоміжні функції по організації заняття й установці устаткування й інвентарю.

3. Індивідуально-груповий, т, е. метод, при якому методично заняття організує і веде тренер, а асистенти працюють індивідуально зі спортсменами під керівництвом тренера.

Ефективність цього методу також дуже висока. Крім того, у цьому випадку в занятті беруть участь відразу кілька інвалідів, що підвищує емоційний тонус, формує навички спілкування в колективі. Особливо важлива участь здорових асистентів, що є могутнім чинником соціальної адаптації інвалідів [15].

4. Метод самостійних занять має на увазі організацію занять за рекомендацією тренера або самостійно, використання цього методу дозволяє підвищити ефективність занять за рахунок безперервності впливу незалежно від зовнішніх факторів.

При систематичних заняттях інваліди досить ефективно освоюють навички, а також одержують оптимальну функціональну підготовку. Поряд з поступовим ускладненням завдань від заняття до заняття збільшується і фізичне навантаження. Тому фахівець повинний регулювати величину фізичних навантажень зміною інтенсивності виконуваних вправ, темпу їхнього виконання, тривалості відпочинку між вправами і т.д.

Таким чином, застосування фізичних навантажень різного змісту в профілактичних, коректувальних і тренувальних цілях рухової сфери інвалідів повинне бути реалізовано фахівцем на основі керівництва наступними закономірностями: глибоке знання функціонального стану нервової системи інвалідів; фізичні навантаження різного характеру, застосовувані локально й інтегрально в профілактиці і корекції рухової сфери інвалідів, у кожен момент проведення занять повинні бути оптимальними" з урахуванням функціонального стану їхньої нервово-м'язової системи і системи внутрішніх органів.

В організаційному плані рекомендується створення шкіл (на базі муніципальних центрів соціального обслуговування) для реалізації програми соціально-середовищній реабілітації, що включає гімнастику, кінезотерапії, аеробіку і т.д.

## 1.3 Створення спецзакладів для інвалідів

Необхідно особливо відзначити значимість соціально-оздоровчого реабілітаційного середовища, фізичної культури і спорту в системі реабілітації психічно хворих, що знаходяться в стаціонарних психоневрологічних установах соціального обслуговування.

Ендогенні психічні патології нерідко супроводжує моторна загальмованість, що обумовлена як нейрофізіологічними причинами, так і гнобленням спонукальних мотивів, У результаті цього формується гіподинамія (гіпокінезія), у свою чергу створює негативний вплив на функції різних органів і систем.

Моторна діяльність хворих з вираженою розумовою відсталістю також збиткова, У процесі онтогенезу розвиток рухових функцій і пізнавальної діяльності взаємозалежно, у зв'язку з чим затримці психічних функцій супроводжують і рухові порушення у виді торпідності, загальмованості рухів, а також і порушення тонкої моторики пальців кистей рук.

Гіподинамія і гіпокінезія як прояв низького рівня рухової активності в результаті кумулятивного впливу приводять до негативних змін в організмі" які виявляються в зниженні функціональної активності органів і систем, у порушеннях регуляторних механізмів [15].

Гіподинамія психічно хворих, що знаходяться в психоневрологічних інтернатах, носить ще і ситуаційний характер: скупченість, недостатні санітарні площі, наявність "границь" території установи, нерідка відсутність спортивних залів і площадок - усе це визначає обмежені можливості розвитку фізичної культури в цих установах. Наявні спортивні зали в психоневрологічних інтернатах не відповідають архітектурно-будівельним вимогам, недостатньо оснащені спортивним устаткуванням і інвентарем, що дозволяло б широко організовувати фізкультурно-оздоровчу роботу.

Тим часом необхідність використання фізичної культури очевидна. В даний час загальновизнано позитивний терапевтичний вплив рухової активності, у тому числі фізичної культури і спорту на психічне і соматичний стан здоров'я людини. Адекватна по навантаженнях, раціонально підібрана фізична активність для психічно хворих сприяє стимуляції діяльності центральної нервової системи хворого, дезактуалізації патологічних переживань хворих, підвищенню їхньої соціальної активності і комунікативних здібностей.

Застосування засобів фізичної культури з метою медичної реабілітації дозволяє знизити число і частоту загострень хронічних захворювань. Відзначено профілактичний і терапевтичний вплив фізичної культури при запобіганні патологічних реакцій у стресоутворюючих ситуаціях на розвиток і плин атеросклеротичного процесу.

У процесі фізичного виховання на основі багаторазового повторення рухів йде формування й удосконалювання моторного і сенсорного орієнтування, тренування нервово-м'язового апарата. Розвивається м'язово-суглобне почуття, орієнтування в просторі і часі, пам'ять на послідовність рухів, уміння виконувати рух по словесній інструкції, аналіз руху по якості їхнього виконання.

Фізичні вправи, правильно підібрані і дозовані, є могутніми аферентаціями, адресованими в різні відділи центральної нервової системи, що відповідають за співвідношення збуджувальних і гальмових процесів у корі головного мозку. Вони можуть бути спрямовані на перебудову патологічних, умовних рефлексів" виниклих у процесі захворювання.

Фізична культура як оздоровче середовище є компонентом реабілітаційних заходів комплексного впливу на хворих і інвалідів.

Перед органами соціального захисту населення, керівниками і фахівцями стаціонарних психоневрологічних установ устає важлива задача по визначенню і розробці принципово нових донедавна нетрадиційних форм і методів реабілітації хворих, а саме широке залучення хворих у заняття фізичною культурою і спортом з обліком медичних, у першу чергу психіатричних, показань і протипоказань.

Практичний досвід організації заходів щодо залучення хворих, що проживають у стаціонарних психоневрологічних установах соціального обслуговування, у фізкультуру, свідчить про необхідність визначеної систематизації і встановлення етапності у використанні засобів фізичної культури і спорту в рамках заходів щодо реабілітації хворих [4].

Для призначення хворому тих або інших форм і видів занять фізичною культурою лікарі психоневрологічних інтернатів повинні мати визначену підготовку і знання в питаннях фізичної культури. Необхідно забезпечити установи методичними допомога з даних питань: методи дозування фізичних навантажень, показання і протипоказання до занять тими або іншими видами фізичної культури і спорту, система контролю за заняттями хворих із психічними розладами фізкультурою і спортом" критерії оцінки впливу фізичних навантажень по окремих видах спорту і фізичної культури на психосоматичний стан здоров'я й ін. Лікар установи повинен за участю фахівців зі спортивної медицини і лікарського контролю вирішувати питання про включення в реабілітаційну програму хворого фізичної культури і спорту як самостійного конкретного виду реабілітації. На фахівців з лікувальної фізкультури, викладачів по фізичній культурі установ, що як мають спеціальні, професійні знання і практичний досвід, повинні бути покладені обов'язки організації занять фізичною культурою хворих. При цьому методичне керівництво проведення оздоровчих заходів засобами фізичної культури і спорту повинні здійснювати територіальні лікарсько-фізкультурні диспансери, що, як і інші лікувально-профілактичні установи органів охорони здоров'я" наказом територіального органа керування охорони здоров'я повинні бути прикріплені до стаціонарної психоневрологічної установи соціального обслуговування. Така організація лікарського контролю за участю хворих і інвалідів у заняттях фізичною культурою і спортом дозволить найбільше повно реалізувати можливості кожної установи по залученню хворих у заняття фізичною культурою як конкретну форму реабілітації.

Другий компонент - другий етап фізкультурно-оздоровчого середовища - масовий спорт для інвалідів. Якщо фізичне виховання створює початкову базу для розвитку фізичних здібностей і рухових навичок, формує передумови для їхнього розвитку, то масовий спорт сприяє повному розкриттю цих можливостей, дозволяє випробувати задоволення від володіння тілом, від подолання визначених труднощів. Спорт дає можливість установлення контактів з іншими людьми, взаємодія з громадськими організаціями.

## 1.4 Проведення спортивних заходів для інвалідів

Для реалізації положень про масовий спорт інвалідів необхідна підготовка спеціальних кадрів, створення матеріально-технічної бази, створення виробництв по виготовленню спеціального спортінвентарю й устаткування, організація наукових досліджень.

Серед глухих проводяться змагання з футболу, лижам, коникам, стрілецькому, велосипедному спортові, гімнастиці, тенісові, шахам, веслуванню, боксові і плаванню, легкій атлетиці.

Невидющі інваліди беруть участь у змаганнях з легкої атлетики, гімнастиці, плаванню, класичній боротьбі, веслуванню, туризму, лижам і коникам. Освоєно нову спортивну гру для невидющих - роллінсбол (командна гра з озвученим м'ячем) [15].

Для занять спортом невидющих розроблені спеціальні вимоги:

- у спортивних залах поверхня покриття підлоги ігрових площадок і зон для занять людей з повною або частковою втратою зору повинна бути рівної і гладкої;

- у спортивних залах, призначених для занять людей з повною або частковою втратою зору, варто передбачати звуковбирні акустичні стелі, а також у стінах залів - обшивання м'якими і пружними матеріалами на висоту не менш 2 м від статі й установку горизонтальних поручнів;

- не допускається для цієї категорії інвалідів використання окремих площадок і зон, виділених у багато-секційних залах перегородками, що не забезпечують акустичної ізоляції.

Спеціальні ігрові площадки для невидющих інвалідів облаштовуються смугами безпеки (1 м) по периметрі й уздовж бігових, доріжок.

Орієнтація при заняттях спортом інвалідів з повною або частковою втратою зору забезпечується за допомогою використання як орієнтири для напрямку руху звукових маяків, пристроєм уздовж доріжок для бігу або розбігу перед стрибком смуг орієнтації з фактурною поверхнею покриття і яркою контрастним фарбуванням шириною не менш 1,5 м, розташовуваних між крайкою площадки і смугою безпеки, виділенням кольором фактурою поверхні покриття поворотів бігових доріжок, зон стартів і фінішів, штовхальних зон при стрибках.

Прикладом масового спорту для інвалідів є програма міжнародної спортивної організації "Спешіал Олімпік Інтернешнл", що своєю основною задачею ставить упровадження фізкультури і спорту в життя людей з порушеннями інтелекту. Зародившись в США в 1963 р., цей рух набув міжнародного характеру. Філософія руху заснована на тому, що люди з порушенням інтелекту при відповідному навчанні можуть брати участь в індивідуальному і колективному спорті, виграють фізично, соціально і психологічно, Участь у спортивних змаганнях розумово відсталих осіб сприяє їх психічному розвиткові, розширенню соціального досвіду. Допомога в цьому їм роблять родини, органи соціального захисту населення, суспільство в цілому.

Цей рух поєднує 250 млн. чоловік, у ньому беруть участь 145 країн світу. Для організації всієї роботи видані посібники зі спортивного мистецтва, методики для тренерів з 22 офіційним видам спорту. Усі змагання проводяться під девізом: "Дай мені перемогти, але якщо я не зможу, те нехай я буду сміливим у цій спробі''.

Проводяться цілорічні тренування спортсменів з порушеннями інтелекту, а також щорічної Літньої і Зимової Олімпійської гри на місцевому, регіональному і національному рівнях в учасниках [5].

Мета Спеціальних Олімпійських змагань - пропаганда Олімпійського руху, залучення уваги громадськості до проблем розумово відсталих осіб, активізація діяльності державних, суспільних і інших організацій у рішенні проблем по зміцненню здоров'я й адаптації до життя в суспільстві осіб з порушенням інтелекту.

Спеціальні Олімпійські ігри проводяться в кілька етапів (4 етапи). Змагання на всіх етапах проводяться за правилами "Спешіал Олімпік Інтернешнл".

На І етапі змагання повинні проводитися в установах для розумово відсталих осіб; колективах допоміжних шкіл" допоміжних школах-інтернатах, дитячих будинках-інтернатах і психоневрологічних інтернатах

Команди або учасники, що перемогли на змаганнях І етапу, одержують право брати участь в обласних змаганнях "Спешіал Олімпікс", що відповідають ІІ етапові Спеціальних Олімпійських ігор.

Переможці ІІ етапу одержують право брати участь у міжрегіональних змаганнях "Спешіал Олімпікс", що є змаганнями ІІІ етапу.

Тільки переможці міжрегіональних змагань (Ш етап) можуть брати участь у Спеціальних Олімпійських іграх Росії, що дають можливість брати участь у міжнародних (літніх або зимових) Спеціальних Олімпійських іграх.

Можливості широкого спілкування з іншими інвалідами і здоровим оточенням, дух змагання, позитивні емоції в ситуації успіху, розширення соціального досвіду - усе це створює реабілітаційну (фізкультурно-оздоровчу) середовище для людей з розумовою відсталістю. Особливо позитивний реабілітаційний ефект досягається стосовно інвалідів, що знаходиться в домашніх умовах, певною мірою позбавлений можливості спілкування з однолітками. Участь у масовому спорті для такого роду інвалідів є щирою реабілітаційною ситуацією [15].

Спеціальне устаткування спортивних залів, басейнів, спортивних площадок, оснащення цих приміщень спеціальними снарядами і специфічними пристосуваннями - усе це буде сприяти більш ефективної соціальної інтеграції інвалідів за допомогою впливу на різні сфери їхньої життєдіяльності.

# Розділ 2 Особливості проведення занять з дітьми-інвалідами

## 2.1 Використання комплексної диференційованої профілактичної програми

Діти, які за станом здоров'я відносяться медиками до другої групи здоров'я, вимагають особливої уваги лікарів і педагогів. Дотримання гігієнічних рекомендацій щодо підвищення резистентності організму неспецифічними засобами: оптимальна рухова активність. загартовування природним;: чинниками природі;, раціональний режим дня. додаткова вітамінізація продуктів харчування [3] в сучасних умовах зумовлюються економічними можливостями дошкільних закладів. Вчасне проведення комплексу оздоровчих заходів матиме більшу ефективність в попередженні розвитку хронічної патології в дитячому і підлітковому віці.

Практичні рекомендації щодо оздоровлення дітей з вадами постави, зору, ожирінням, порушень ступні, розроблені фахівцями, стосуються дітей спеціальної медичної групи - зі значними відхиленнями в стані здоров'я. Практичне використання рекомендованих комплексів у фізичному вихованні дітей другої групи здоров'я ускладнюється ще й тим, що більшість з них розроблено без урахування особливостей ряду показників дітей з різними відхиленнями в стані здоров'я.

У зв'язку з цим, нами був проведений констатуючий педагогічний експеримент, спрямований на вивчення особливостей показників фізичного розвитку, функціональних показників старших дошкільнят з відхиленнями в стані здоров'я [4]. На підставі отриманих результатів було сформовано експериментальну програму з фізичного виховання дошкільнят в умовах дитячих дошкільних закладів.

Мета - експериментально обгрунтувати положення комплексної диференційованої профілактично-коригувальної програми фізичного виховання дошкільнят з відхиленнями в стані здоров'я.

Комплексна диференційована профілактично-коригувальна програма, розроблена на підставі результатів констатуючого етапу педагогічного експерименту, передбачала широке застосування спеціальних оздоровчих заходів в процесі проведення усіх форм занять з фізичного виховання дітей з відхиленнями в стані здоров'я.

Як бачимо, повітряні ванни,сонячні ванни (розсіяна радіація при повітряних ваннах і пряма - при сонячних) застосовувалися під час проведення усіх форм фізичного виховання дошкільнят. Вологе обтирання тіла дитини рушником, обливання рук і ніг проводилися після фізкультурних занять і завершення гігієнічної гімнастики після денного сну, відповідно до рекомендацій [2]. При надмірному збудженні дітей після закінчення заняття з фізкультури проводилися елементи міорелаксації й аутогенного тренування. Ароматерапевтичнізаходи передбачали виконання дихальних вправ дітьми в хвойному лісі під час пішого переходу. Психо-коригувальні рухові етюди [7] передбачали виконання імітаційних рухів в поєднанні з психологічними образами тварин, для загальмованих дітей - зайчика, для збудливих дітей - образу ведмедика, що сприяло психічному розвитку дитини, концентрувало увагу, розвивало і зміцнювало психічну сферу.

Враховуючи, щодня емоційних дітей характерна вихідна симпатикотонія, під час виконання вправ комплексів фізкультхвилинок чи фізкультпауз, інших заходів, включали тиху, ліричну музику [7]. У роботі з дітьми з пониженою реактивністю під час проведення музичної терапіїчастіше використовували бадьорі маршові мелодії.

Під час занять з лікувальної фізкультури ми навчали дітей виконувати елементарні прийоми самомасажу обличчя, вушних раковин, стоп і рекомендували застосовувати отримані навички в домашніх умовах. Масаж обличчя допомагає зменшити набряк слизової носоглотки, очистити придаткові пазухи носа (гайморові, решітчасті й фронтальні) від патологічного вмісту, нормалізувати дихання [3]. Об'єктом впливу масажу виступали крила носа, ділянка під очима (від носа до вух) і лоб. Масаж вушних раковин і стоп містить ще й елементи акупунктури [4]. Елементи акупунктури застосовувалися нами й під час ходьби дітей по доріжках зі злаків (горох, гречана крупа тощо) наприкінці ранкової гігієнічної гімнастики, босоніж по траві чи піску під час піших переходів.

В тих дитячих дошкільних закладах, які не мають умов для проведення плавання, фахівці [1] рекомендують проводити заняття в залі з дітьми босоніж: при відкритих вікнах протягом усього року, з подальшим (після уроку) обливанням стоп водою кімнатної температури і розтиранням рушником. Подібні заходи сприяють зміцненню м'язів ступні і профілактиці плоскостопості; забезпечать прищеплення дітям гігієнічних звичок і великий гартувальний ефект.

## 2.2 Особливості проведення коригувальних занять

Коригувальні заняття іноді проводилися у вигляді занять з ритмічної гімнастики. Вправи ритмічної гімнастики легко дозуються, спрямовані за дією, дуже прості у виконанні і доступні у вивченні. Вони включали об'єднані у серії різні види бігу, стрибків, підскоків, танцювальних елементів, котрі виконуються в швидкому темпі. Окрім того, вправи ритмічної гімнастики виконувалися під музику і, залишаючись по суті гімнастичними вправами, мали танцювальний характер, формували почуття ритму, музичність, вміння узгоджувати свої рухи з музикою [3]. Вплив ритмічної гімнастики на організм дитини, виражається, перш за все, позитивним впливом на серцево-судинну і дихальну системи [3]. Через це комплекси коригувальної ритмічної гімнастики були рекомендовані для профілактики порушень постави у дітей з вадами зору, та розвитку дихальної мускулатури у дітей з вадами мови. Під час проведення коригувальної ритмічної гімнастики ми користувалися наступними методичними рекомендаціями. Так, комплекс коригувальної ритмічної гімнастики включав 4 частини: вправи з малою амплітудою для того, щоб підготувати організм до активної роботи; вправи з великою амплітудою; вправи для зміцнення м'язів передньої та задньої поверхні тулуба, косих м'язів, м'язів верхнього плечового пояса тощо; стрибкові вправи. Заняття проходили двічі на тиждень в 1 -му і тричі на тиждень - в 2-му і 3-му етапах. У кінці заняття обов'язково давалися вправи на розслаблення і заспокоєння нервової системи. В умовах дошкільних закладів застосування аутогенного тренування вважається придатним [3].

Під час занять з фізкультури, а також занять коригувальною гімнастикою нами застосовувалися окремі пози з йоги [3]. Відомо, що йогівські асами можна використовувати для лікування найрізноманітніших захворювань. Змінюючи зовнішню структуру положення, можна цілеспрямовано впливати на ті чи інші вегетативні функції [3]. Застосовувалися 23 асани, які покращують поставу [8]: поза зародка, кута, прямого кута, містка, дитини, доброї кішки, сердитої кішки, лагідної кішки, діамантова поза, поза гори, божественна поза, поза змії, цвіркуна, скручування, лелеки, голово колінна поза, бумеранга, берізки, плуга, лебедя, риби**,** верблюда, тронна поза. Враховувалися рекомендації щодо застосування таких нетрадиційних вправ хатха-йоги, як стійка на лопатках. Вважається, що подібні вправи призводять до покращення кровопостачання очних яблук, і, як показали результати досліджень [6], під час короткочасного виконання не викликають патологічних змін функцій серця. Тому стійка на лопатках короткочасно застосовувалась нами і в роботі з дітьми з косоокістю.

## 2.3 Вправи для розвантаження хребта

Вправи для розвантаження хребта потрібно застосовувати під час кожного заняття з фізичної культури, хореографії. Рекомендується включати їх у комплекси самостійних занять вдома. Встановлено [3], що ці нескладні вправи призводять до відновлення (збільшення) товщини міжхребцевих дисків, зростання пружності зв'язок, зменшення вірогідності защемлення нервів, відновлення нормальної циркуляції крові та лімфи в зоні хребта, збільшення гнучкості хребта і покращення загального стану здоров'я. У підготовчій частині заняття разом із загально-розвивальними вправами, в основній частині уроку — після загальнорозвивальних вправ, а також для домашнього завдання ми використовували вправи для профілактики порушень постави.

Під час занять з розвитку мовлення, математики тощо емоційним дітям частіше надавали можливість рухової перерви, наприклад у вигляді роздачі і збору дидактичного матеріалу, виконання інших доручень, пов'язаних зі зміною пози тощо. Збільшення рухового компоненту сприяло також й емоційному розвантаженню дітей [7]. Впровадження комплексної диференційованої профілактично-коригувальної програми у виховний процес дитячих дошкільних закладів зменшило кількість днів, пропущених дітьми у зв'язку з хворобою з 16,47 до 5,41 на рік, збільшило кількість дітей з гармонійним фізичним розвитком з 59,83% до 75,16%, а показники фізичного стану, рівня фізичної підготовленості дітей до школи та психофізіологічного стану досягли якісно вищого рівня.

## 2.4 Організаційно-методичні основи проведення занять плавання зі слабкозорими підлітками

Профілактика інвалідності розглядається в комплексі соціальних, медичних і індивідуальнихзаходів, спрямованих на попередження виникнення фізичних, розумових, сенсорних дефектів. На попередження переходу дефекту в постійне, виражене функціональне обмеження можливостей" людини в трудовій чи побутовій діяльності в такому обсязі та в таких умовах, які вважаються нормальними.

Формування уявлень у слабкозорих відбувається в процесі безпосереднього сприйняття предметів, перцептивними діями.

Слабкозорі підлітки не володіють прийомами дотикального обстеження. Вони випробують труднощів у перебуванні основних частин.

Медико-педагогічний аспект проблеми реабілітації і корекції відхилень у розвитку виявляється при підході до досліджуваних явищ як до системи взаємозалежних і взаємообумовлених зовнішніх (педагогічних) і внутрішніх (психофізіологічних) факторів при ведучому значенні перших.

Проблема соціальної і фізичної реабілітації інвалідів з порушенням зору має важливе державне значення, тому що забезпечує повернення до праці й активного життя людей, що страждають через своє неповноцінне положення.

Завданнями оздоровчих занять у плаванні є зміцнення здоров'я дітей, різнобічна фізична підготовка, усунення недоліків у рівні фізичного розвитку, навчання техніці обраного виду спорту і техніці різних допоміжних і спеціально-підготовчих вправ [1].

В галузі технічного удосконалювання варто орієнтуватися на необхідність освоєння різноманітних підготовчих вправ. У процесі технічного удосконалювання ні в якому разі не слід намагатися стабілізувати техніку рухів, домагатися стійкої рухової навички, що дозволяє досягти визначених спортивних результатів. У цей час у юного спортсмена закладається різнобічна технічна база, що припускає оволодіння широким комплексом різноманітних рухових дій. Такий підхід - основа для подальшого технічного удосконалення. Це положення поширюється і на наступні два етапи багаторічної підготовки, однак, особливо повинно враховуватися в періоді початкової підготовки.

Підготовка починаючих плавців характеризується розмаїтістю засобів і методів, широким застосуванням матеріалу різних видів спорту і рухливих ігор, а також ігрового методу.

При навчанні техніці плавання вони повинні освоїти різноманітні підготовчі вправи. І при цьому ні в якому разі не слід домагатися стійкої рухової навички. У юного спортсмена повинна формуватися різнобічна технічна база, що припускає оволодіння широким комплексом різноманітних рухових дій. Це основа для наступного ефективного технічного удосконалювання. Відповідний підхід у визначеній мірі поширюється і на наступні два етапи багаторічної підготовки.

Тренувальні заняття тривалістю 45 — 90 хв. на цьому етапі повинні проводиться не частіше 2 — 3 разів на тиждень.

Примітно, що найбільш досвідчені і далекоглядні фахівці різних країн усе настійніше підкреслюють, що ігровий метод найбільш виправданий у роботі з юними спортсменами і що її ефективність тісно зв'язана з постійним пошуком шляхів створення на заняттях позитивного емоційного тла.

У слабкозорих плавців ігрова спрямованість початкової підготовки звичайно сполучалася з невеликим сумарним обсягом роботи. На початковому етапі вони працювати менш інтенсивно, ніж їхні однолітки, але досягай згодом високих результатів.

Дослідженнями визначений лікувальний вплив плавання на фізіологічні показники у дітей з порушеннями функції дихання.

Перебування слабкозорих підлітків у воді і виконання дозованих вправ привело до нормалізації найважливіших біохімічних показників властивостей крові і поліпшення діяльності серцево-судинної системи в хворих, що страждають ішемічною хворобою серця.

Дослідженнями відзначені позитивні зрушення в центральній нервовій системі в слабкозорих плавців, що виявилося в поліпшенні її адаптації під впливом водного середовища, що можуть проявлятися в стані спокою і при м'язовій діяльності.

При виконанні фізичних навантажень у водному середовищі значно змінюються процеси всмоктування їжі в шлунково-кишковому тракті.

В умовах водного середовища виконання короткочасних фізичних навантажень максимальної інтенсивності створює позитивний психогігієнічний ефект, рекомендується використовувати їх у режимі навчального і трудового дня. Таким чином, ефект впливу занять плаванням на організм підлітків, які займаються, різноманітний: починаючи від впливу, що гартує, гігієнічного ефекту, поліпшення діяльності органів і систем до негативного впливу внаслідок специфічних захворювань лор-органів, а також використання його лікувальних властивостей для корекції постави, скривлення хребта, у поліпшенні ряду психо-гігієничніх процесів. Усе відзначене вказує на доцільність подальшого нагромадження експериментального матеріалу про вплив систематичних занять плаванням на організм і стан зору слабкозорих дітей і підлітків.

Дослідженнями ряду авторів показані фізіологічні і психологічні закономірності формування процесів компенсації, структура і стадії її розвитку [2]. Однак у даних роботах проблема корекції часткової втрати зору розглядається переважно у фізичному вихованні. У зв'язку з цим виникає необхідність у дослідженні впливу систематичних занять плаванням на корекцію фізичного розвитку, рухових якостей і функціонального стану організму.

Педагогічний аспект проблеми корекції відхилень у розвитку виявляється при підході до досліджуваних явищ як системі взаємозалежних і взаємообумовлених зовнішніх (педагогічних) і внутрішніх (психофізіологічних) факторів при ведучому значенні перших. Тому правомірна постановка задачі оптимізації взаємодії цих факторів в умовах спеціальних корекційних, учбово-тренувальних і спортивних занять з плавання. Вивчення співвідношення засобів ЗФП у процесі попередньої базової спортивної підготовки в слабкозорих підлітків є пріоритетним в системі параолімпійської підготовки інвалідів зору.

# Висновки

Створення можливостей для занять фізичною культурою вселяє в дитину оптимізм, сприяє загальному розвитку дитини. Саме фізкультура і спорт у силу впливу, що активно діють на організм, на підвищення рівня фізичної підготовки, розширення кола спілкування, стимуляції "духу змагання" розглядається як оздоровче середовище.

У фізичному вихованні інвалідів повинні широко використовуватися всі засоби системи фізичного виховання. Разом з тим вони повинні бути розроблені в строгій відповідності з корекційно-компенсаторними задачами з врахуванням кількості осіб, які займаються. Застосування засобів фізичної культури з метою медичної реабілітації дозволяє знизити число і частоту загострень хронічних захворювань.

Для розвитку фізичної культури інвалідів потрібно постійно сприяти створенню спеціальних закладів фізкультурного спрямування. Для реалізації положень про масовий спорт інвалідів необхідна підготовка спеціальних кадрів, створення матеріально-технічної бази, створення виробництв по виготовленню спеціального спортінвентарю й устаткування, організація наукових досліджень.

Доведено раціональність таких положень програми з фізичного виховання дітей з відхиленнями в стані здоров'я: застосування повітряних і сонячних ванн під час проведення усіх організаційних форм фізичного виховання дошкільнят; проведення вологого обтирання тіла дитини рушником, обливання рук і ніг після фізкультурних занять, гігієнічної гімнастики після денного сну; створення можливостей своєрідних рухових перерв під час занять з розвитку мовлення, математики тощо для емоційних дітей; проведення вправ для розвантаження хребта, профілактики порушень постави в умовах дитячих дошкільних закладів та вдома; проведення елементів міорелаксації та аутогенного тренування після закінчення заняття з фізкультури; застосування арома-, музикотерапії. Самомасажу і акупунктури, елементів хатха-йоги, психо-коригувальних етюдів.

Використання даних тифлопедагогіки і психології, теорії і методики спортивного тренування, їхній синтез необхідно здійснювати з урахуванням основної закономірності впливу порушення зору на розвиток людини: порушення зв'язків і відносин між суб'єктом і об'єктами пізнання.

Підготовка слабкозорих дітей до самостійного життя і діяльності жадає від них досить високого рівня здоров'я. Спрямованість тренувального процесу повинна бути зв'язана з оптимізацією і взаємодією слабкозорої дитини з навколишнім середовищем і забезпеченням нормалізації різних психічних функцій.

# Література

1. Волков Л.В. Физическое воспитание учащихся: Пособие для учителей. – М., 1988. – 360 с.
2. Гальшина Т.А., Курилов В.Я. Початкове навчання плаванню сліпих дітей шкільного віку/ Питання навчання і виховання сліпих і слабозорих. - Л.ЛГПИ, 1982.-С.17-26.
3. Довгань В.И., Темкин И.Б. Механотерапия. – М.: Медицина, 1981. – 127 с.
4. Дубогай О.Д., Завацький В.І., Короп Ю.О. Методика фізичного виховання студентів, віднесених за станом здоров'я до спеціальної медичної групи. // Навч.посібник. Луцьк: Надстир'я, 1995.-220 с.
5. Єрьоміна О.Л., Климко Л.В., Джупій Н.Е., Бадь Н.Е. Здоров'я, творчість і освіта – основа гармонійного розвитку особистості дитини // Здоров'я і освіта: Мат-ли І Всеукраїнської н.-пр. конф.Львів: ЛОНМІО, 1993. – с. 107-108.
6. Зюзіна І.А. Основи педагогічної майстерності. – Освіта, 1989. – 302 с.
7. Козіброда Л. В. Особливості застосування специфічних засобів фізичного виховання для дітей, що мають відхилення у стані здоров'я (на прикладі дошкільних закладів м. Львова) // Актуальні проблеми розвитку руху «Спорт для всіх» у контексті європейської інтеграції України: Матеріали міжнар. наук.-практ. конф. - Тернопіль, 2004.-385с.
8. Лечебная физическая культура: Справочник./ Под ред. В.А. Епифанова. – М.: Медицина, 1987. – 528 с.
9. Мухін В.М. Фізична реабілітація. – К.: Олімпійська література, 2000. – 423 с.
10. Стернина З.М. Теорія і методика виховання сліпих і слабозорих школярів. - Л., 1980. -148с.
11. Чепурна В. Використання лікувальної фізичної культури у підлітків з хронічними захворюваннями дихальної системи в умовах загальноосвітньої школи // Молода спортивна наука України: 36. наук, статей аспірантів галузі фізичної культури та спорту. - Львів: ЛДІФК, 2000. - Випуск 4. - С.278-280.
12. Шиян Б. М. Методика фізичного виховання школярів (Практикум ). – Львів: Світ, 1993. – 184 с.
13. Шиян Б.М. Теорія і методика фізичного виховання школярів. Ч.2. – Тернопіль: Навчальна книга. – Богдан, 2001. – 248 с.
14. Физкультурно-оздоровительная работа в школе: Пособие для учителя. /Под ред. А.М.Шлемина. – М., 1988.
15. Холостова Е.И. Социальная реабилитация. – К., 2002.
16. Экологическая физиология человека. Адаптация человека к экстремальным условиям среды.— М.: Наука, 1979.— 70 с.
17. Экология, здоровье, спорт. Под ред. Агаджаняна Н.А., Полатайко Ю.А. - Ив.-Франковск -Москва: Пласт, 2002.