

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
Національний університет «Чернігівська політехніка»
Навчально-науковий інститут права і соціальних технологій
Факультет соціальних технологій, оздоровлення та реабілітації
Кафедра фізичної реабілітації

АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ І СПОРТ

методичні вказівки до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти
спеціальності 017 – Фізична культура і спорт (освітній ступінь бакалавр)

Обговорено і рекомендовано
на засіданні кафедри
фізичної реабілітації,
Протокол № 1
від 20 січня 2023 р.

Чернігів 2023

УДК 796.011(072)

A-28

Адаптивне фізичне виховання і спорт: методичні вказівки до самостійної роботи для здобувачів вищої освіти спеціальності 017 – Фізична культура і спорт (освітній ступінь бакалавр) / Укл.: В. В. Черняков. Чернігів: НУ «Чернігівська політехніка», 2023. 45 с.

Укладач: ЧЕРНЯКОВ ВОЛОДИМИР ВОЛОДИМИРОВИЧ,
кандидат педагогічних наук,
доцент кафедри фізичної реабілітації

Відповідальний за випуск: Зайцев Володимир Олексійович,
завідувач кафедри фізичної реабілітації,
кандидат педагогічних наук, доцент

Рецензент: Желізний М. М., кандидат педагогічних наук, доцент,
доцент кафедри фізичної реабілітації

ЗМІСТ

Передмова	4
1. Критерії оцінювання результатів навчання з во	6
2. Методи контролю	7
3. Розподіл балів, які отримують з во.....	9
4. Теми та погодинний розклад самостійної роботи	9
5. Перелік тем і питань для самостійного опрацювання.....	9
6. Теми рефератів	44
Рекомендована література	45

ПЕРЕДМОВА

Самостійна робота ЗВО з навчально-методичною літературою дозволяє на більш високому рівні забезпечити засвоєння навчального матеріалу, значно прискорити процес успішного освоєння дисципліни «Адаптивне фізичне виховання і спорт». У поєднанні із навчальними заняттями раціонально організована самостійна робота ЗВО дозволяє забезпечити оптимальну безперервність і ефективність вивчення фундаментальних положень.

Сутність самостійної роботи полягає в усвідомленому плануванні спрямованій на зменшення безпосередньої допомоги викладача, при виконанні навчальних завдань, що сприяє активному свідомому засвоєнню знань і формуванню умінь та навичок.

До видів самостійної роботи належать: вивчення теоретичних положень з різних джерел; написання рефератів, підготовка до участі у практичних заняттях; успішного складання модульного контролю та екзаменаційних вимог з навчальної дисципліни.

При виконанні завдань самостійної роботи ЗВО використовують підручники, навчально-методичні посібники та методичні вказівки, конспекти лекцій, Інтернет-ресурси, основні та допоміжні джерела з рекомендованої літератури.

Метою викладання навчальної дисципліни «Адаптивне фізичне виховання і спорт» є формування науково-професійного *світогляду* бакалавра спеціальності «*Фізична культура і спорт*» у галузі *Освіта/Педагогіка* та ефективне забезпечення спеціальної професійно-педагогічної підготовки ЗВО, формування необхідних знань, умінь й навичок з фізичного виховання в осіб з психофізичними порушеннями, узагальнення специфічних теоретично-методичних закономірностей фізичного виховання неповносправних осіб, які розглядаються в структурі спортивно-педагогічних, психолого-педагогічних, соціальних та медико-біологічних дисциплін.

Під час вивчення дисципліни ЗВО має набути або розширити такі загальні (ЗК) та фахові (СК) компетентності, передбачені освітньою програмою:

ЗК 11. Здатність діяти на основі етичних міркувань (мотивів).

ЗК 12. Здатність застосовувати знання у практичних ситуаціях

СК 04. Здатність визначати заходи з фізично-спортивної реабілітації та форми адаптивного спорту для осіб, що їх потребують.

СК 10. Здатність здійснювати навчання, виховання та соціалізацію людини у сфері фізичної культури і спорту, застосовуючи різні педагогічні методи та прийоми.

Основними завданнями вивчення дисципліни «Адаптивне фізичне виховання і спорт» є:

– сформуванню у студентів професійний світогляд, пізнавальну активність і зацікавленість до проблем адаптивної фізичної культури, основою якої є особистісно-орієнтовна аксіологічна концепція ставлення до осіб з обмеженими можливостями;

– забезпечити засвоєння студентами основ фундаментальних знань у галузі теорії і організації адаптивної фізичної культури, цілісне осмислення професійної діяльності, методологічних підходів, загальних закономірностей даного виду соціальної практики;

– сформуванню у студентів самостійність і творчість в процесі навчання, залучати їх до науково-дослідницької роботи, забезпечити засвоєння ними досвіду творчої діяльності;

– забезпечити засвоєння студентами досвіду емоційно-ціннісного ставлення до майбутньої професійної діяльності й на цій основі сформуванню в них необхідність знань з адаптивної фізичної культури для ефективної реалізації процесів комплексної реабілітації осіб з інвалідністю и осіб з відхиленнями у стані здоров'я та їх соціальної інтеграції.

Під час вивчення дисципліни ЗВО має досягти або вдосконалити такі програмні результати навчання (ПР), передбачені освітньою програмою:

ПР 07. Здійснювати навчання руховим діям та розвиток рухових якостей людини в умовах різних форм організації занять фізичними вправами.

ПР 11. Обґрунтовувати вибір заходів з фізкультурно-спортивної реабілітації та адаптивного спорту.

ПР 13. Використовувати засвоєні уміння і навички занять популярними видами рухової активності оздоровчої спрямованості.

Результатом виконання самостійної роботи ЗВО з курсу «Адаптивне фізичне виховання і спорт» має стати більш глибоке: розуміння проблем адаптивної фізичної культури; формування знань про особистісно-орієнтовну аксіологічну концепцію ставлення до осіб з обмеженими можливостями; оволодіння знаннями про основи фундаментальних знань у галузі теорії і організації адаптивної фізичної культури; розширення кола знань про цілісне осмислення професійної діяльності, методологічних підходів, загальних закономірностей даного виду соціальної практики тощо.

1. КРИТЕРІЇ ОЦІНЮВАННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ НАВЧАННЯ ЗВО

З тими ЗВО, які до проведення підсумкового семестрового контролю не встигли виконати всі обов'язкові види робіт та мають підсумкову оцінку до 35 балів (за шкалою оцінювання), проводяться додаткові індивідуальні заняття, за результатами яких визначається, наскільки глибоко засвоєний матеріал, та чи необхідне повторне вивчення дисципліни.

Дисципліну можна вважати такою, що засвоєна, якщо ЗВО:

знає:

- особливості адаптивної фізичної культури та їх вплив при роботі з особами з відхиленнями у стані здоров'я;
- мету та завдання адаптивної фізичної культури;
- зміст видів адаптивної фізичної культури;
- зміст основних принципів, методів і засобів адаптивної фізичної культури;
- методику навчання з адаптивної фізичної культури.

уміє:

- використовувати теоретичні знання у галузі адаптивної фізичної культури при побудові педагогічних програм навчання, відновлення та удосконалення рухових дій;
- організувати фізичні вправи для дітей та дорослих з обмеженими фізичними і психічними можливостями;
- оптимізувати функціональний стан організму, підвищувати рівень здоров'я;
- використовувати ефективну профілактику захворювань і ускладнень внаслідок підвищення рівня впливу неспецифічних і специфічних факторів;
- формувати життєво необхідну мотивацію для подолання фізичних і психічних перевантажень.

2. МЕТОДИ КОНТРОЛЮ

Оцінювання знань ЗВО здійснюється відповідно до «Положення про поточне та підсумкове оцінювання знань здобувачів вищої освіти Національного університету “Чернігівська політехніка”», погодженого вченою радою НУ «Чернігівська політехніка» (протокол № 6 від 31.08.2020 р.) та введеного в дію наказом ректора НУ “Чернігівська політехніка” від 31.08.2020 р. №26.

З дисципліни ЗВО може набрати до 75% підсумкової оцінки за виконання всіх видів робіт, що виконуються протягом семестру і до 25% підсумкової оцінки – на екзамені. Поточний контроль проводиться шляхом спілкування із ЗВО під час лекцій та консультацій та опитувань ЗВО під час практичних занять. Результати поточного контролю за відповідний модуль оприлюднюються викладачем на наступному аудиторному занятті. Бали, які набрані ЗВО під час модульних контролів, складають оцінку поточного контролю. Підсумкові оцінки поточного контролю доводяться до відома здобувачів вищої освіти до початку сесії. Якщо здобувач вищої освіти виконав всі види робіт протягом семестру, то він, за бажанням, може залишити набрану

кількість балів як підсумкову оцінку і не складати екзамен. У випадку, якщо здобувач вищої освіти хоче підвищити оцінку, отриману за балами, набраними протягом семестру (року), він складає екзамен.

Семестровий контроль у вигляді екзамену проводиться під час сесії з двома теоретичними запитаннями по 12,5 балів максимум за кожне. До екзаменаційної відомості виставляються оцінки поточного контролю, до яких дораховується сума балів, набраних за результатами екзамену. У випадку повторного складання екзамену усі набрані протягом семестру бали анулюються, а повторний екзамен складається з двома теоретичними питаннями по 50 балів максимум за кожне. Екзаменаційні білети знаходяться у пакеті документів на дисципліну.

У випадку, якщо ЗВО протягом семестру не виконав в повному обсязі передбачених робочою програмою всіх видів навчальної роботи, має невідпрацьовані практичні заняття або не набрав мінімально необхідну кількість балів (35 балів), він не допускається до складання екзамену під час сесії, але має право ліквідувати академічну заборгованість у порядку відповідно «Положення про поточне та підсумкове оцінювання знань здобувачів вищої освіти Національного університету “Чернігівська політехніка”». Повторне складання екзамену з метою підвищення позитивної оцінки не дозволяється.

За результатами семестру в екзаменаційну відомість виставляється оцінка відповідно до шкали оцінювання, що наведена у наступному розділі.

Політика дотримання академічної доброчесності ґрунтується на «Кодексі академічної доброчесності Національного університету “Чернігівська політехніка”», погодженого вченою радою НУ «Чернігівська політехніка» (протокол № 6 від 31.08.2020 р.) та введеного в дію наказом ректора НУ «Чернігівська політехніка» від 31.08.2020 р. №26.

3. РОЗПОДІЛ БАЛІВ, ЯКІ ОТРИМУЮТЬ ЗВО

Поточний за модулями та семестровий контроль

Модуль за тематичним планом дисципліни та форма контролю		К-ть балів
Змістовий модуль 1. Теоретичні основи адаптивної фізичної культури		0...25
1	Повнота ведення конспектів лекцій	0...9
2	Своєчасні відповіді на практичних заняттях	0...6
3	Самостійна робота	0...5
4	МКР	0...5
Змістовий модуль 2. Особливості розвитку фізичних якостей засобами адаптивної фізичної культури		0...25
1	Повнота ведення конспектів лекцій	0...9
2	Своєчасні відповіді на практичних заняттях	0...6
3	Самостійна робота	0...5
4	МКР	0...5
Змістовий модуль 3. Особливості навчання руховим діям у адаптивній фізичній культурі людей з різними нозологіями		0...25
1	Повнота ведення конспектів лекцій	0...6
2	Своєчасні відповіді на семінарських заняттях	0...9
3	Самостійна робота	0...5
4	МКР	0...5
Разом за змістові модулі		0...75
ЕКЗАМЕН		0...25
Разом за курс		0...100

4. ТЕМИ ТА ПОГОДИННИЙ РОЗКЛАД САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ

№ з/п	Назва теми	Кількість годин
1	Викладач в адаптивному фізичному вихованні	6
2	Загальні завдання лікарсько-педагогічного контролю	6
3	Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять з адаптивного фізичного виховання	6
4	Завдання та засоби АФВ при дефектах слуху	6
5	Завдання та засоби АФВ при сліпоті та слабозорості	6
6	Фізичні вправи і тренажерні пристрої для збільшення активних рухів при ДЦП	6
7	Причини інвалідності хворих при вадах опорно-рухового апарату	6
8	Причини виникнення травм спинного мозку та особливості організації фізичних вправ	6
9	Адаптивне фізичне виховання при станах після ампутації	6
10	Становлення АФВ в Україні	6
11	Соціальні функції спорту інвалідів	6

12	Український центр фізичної культури інвалідів «Інваспорт»	6
13	Зародження та розвиток Паралімпійського та Дефлімпійського руху	6
14	Громадські організації та їх роль в міжнародному фізкультурному русі людей з обмеженими спроможностями	6
15	Тестування фізичної підготовленості в адаптивному фізичному вихованні	6
Разом		90

5. ПЕРЕЛІК ТЕМ І ПИТАНЬ ДЛЯ САМОСТІЙНОГО ОПРАЦЮВАННЯ

Тема 1: Викладач в адаптивному фізичному вихованні.

Стислий зміст самостійної роботи.

У роботі з людьми з особливими потребами роль викладача надто велика. Це пов'язано як з обмеженим колом спілкування людини зі стійкими вадами, так і зі значущістю процесів навчання й адаптації у житті інваліда. Уявлення дитини-інваліда великою мірою залежать від особистості викладача: його цінностей, мудрості, чуткості, терпіння, чесності і справедливості, любові до людей і життя; можливості допомогти дитині перемогти трагічну долю, навчити її долати життєві кризи і проблеми; розкрити особистість, реалізувати творчий потенціал.

Для цього викладачеві необхідно самому бути неабиякою особистістю, мати достатньо сил, щоб долати життєві проблеми і вести за собою своїх учнів. Викладачеві необхідно мати сильний характер: твердість, витримка, терпіння, вміння задовольнятися невеликими успіхами, стриманість у прояві емоцій, у рухах і поведінці. Велике виховне значення мають зразкова поведінка, справедливе безпристрасне ставлення до усіх членів колективу.

В АФВ абсолютно неприпустиме висміювання будь-якої слабкості та резонерство з боку викладача. Важливо імпонувати дітям і керувати ними. Це можливо у разі захоплення своєю працею і вмінні ділитися цим захопленням.

У роботі викладача АФВ велике значення має систематична послідовність, проте необхідно знати, що учні, звикаючи до прийомів викладача, перестають відгукуватися навіть на найефективніші з них, але якими вже неодноразово користувалися. У процесі навчання учні вивчають викладача і, виконуючи його завдання, намагаються вгадати критерії оцінки. В АФВ

особливо важлива похвала, але слід пам'ятати, що вона повинна бути завжди щирою та своєчасною, краще хвалити дію, вчинок, ніж особистість.

Мета роботи.

Знати:

1. Роль викладача в адаптивному фізичному вихованні;
2. Сутність професійної етики викладача в адаптивному фізичному вихованні;
3. Алгоритм управління процесом АФВ.

Уміти:

1. Охарактеризувати сутність роботи викладача в адаптивному фізичному вихованні з волонтерами;
2. Охарактеризувати надання першої долікарської медичної допомоги особам з обмеженими фізичними спроможностями в процесі адаптивного фізичного виховання.

Рекомендована література: [1, 2, 7,].

Тема 2. Загальні завдання лікарсько-педагогічного контролю.

Стислий зміст самостійної роботи.

У процесі фізичного виховання людей із порушеннями здоров'я лікарсько-педагогічному контролю надається ще більше значення, ніж у роботі зі здоровими. Лікарсько-педагогічний контроль – це система медичних і педагогічних спостережень, які забезпечують ефективне використання засобів і методів фізичного виховання, підвищення рівня здоров'я та вдосконалення фізичного розвитку.

Заходи лікарсько-педагогічного контролю визначають стан організму на даний момент (поточний стан), враховують попередній стан (генез) і прогнозують можливі стани в майбутньому (прогноз).

Лікарсько-педагогічний контроль вирішує такі загальні завдання:

- організація навчально-тренувального процесу;
- визначення стану здоров'я і функціонального стану організму;
- оцінка динаміки стану здоров'я;

- оцінка і вибір найефективніших засобів і методів як самого навчального процесу, так і покращання відновлювальних процесів після фізичних навантажень;

- оцінка гігієнічних умов проведення занять (температура повітря, вологість, освітлення, вентиляція та ін.);

- відповідність спортивного інвентарю (розміри, маса, стан), одягу та взуття темі занять і погодним умовам;

- планування та контроль забезпечення безпеки занять АФВ.

Медичний контроль вирішує такі завдання: вибір засобів фізичного виховання і видів спорту з урахуванням індивідуальних порушень, визначення обсягу занять, спеціальних заходів, які необхідно провести по закінченні заняття, класифікація спортсменів і медичний огляд, визначення протипоказань, оцінка ступеня дії процесу фізичного виховання на організм (незначна, помірна, значна, надмірна).

У АФВ важливо дотриматись етапного, поточного й оперативного контролю. Завдання етапного контролю – оцінка рівня розвитку функціональних спроможностей систем і органів, які лежать в основі рухової активності. Проводиться відповідно до етапів навчального-тренувального процесу. Містить медичне обстеження: огляд фахівцями, функціональні проби, лабораторні аналізи й інструментальні дослідження. По етапах оцінюється динаміка фізіологічних процесів, функціональних якостей, регуляція фізіологічних функцій. Етапний контроль проводиться лікарями.

Сучасний лікарсько-педагогічний контроль містить фізіологічний контроль рухових якостей: тестування фізичними навантаженнями з метою визначення рівня сили і структури силових можливостей рухів у різних суглобах, співвідношення сили і швидкості у діапазоні кутових швидкостей рухів, силової витривалості в ізотонічному й ізодинамічному режимах; вимірювання енергетичного потенціалу – меж аеробної й анаеробної працездатності.

Завдання поточного контролю:

- визначення відповідності режиму навантажень фізіологічним спроможностям організму через оцінку загальної напруженості функціонального стану організму;

- оцінка відповідності тренувального ефекту поточних навантажень тим, що планувалися;

- визначення адаптаційного потенціалу організму на момент дослідження: оцінка резервів, зміни функціональних спроможностей.

Критеріями є скарги на зміну самопочуття, показники частоти серцевих скорочень, артеріального тиску, зміни функціональних проб і результатів лабораторних та інструментальних досліджень.

Прояви перевантаження:

- біль або відчуття дискомфорту в ділянці грудей, живота, шиї, у щелепах або руках;

- відчуття нудоти під час або після виконання фізичних вправ;

- поява незвичної задишки під час виконання фізичних вправ;

- втрата свідомості під час заняття;

- порушення ритму серцевої діяльності;

- високі показники пульсу після навантаження зберігаються більше 5 хв.

відпочинку.

Завдання оперативного контролю:

- оцінка впливу кожного заняття на організм;

- визначення спрямованості та напруженості навантажень;

- оцінка ступеня досягнень конкретної мети кожного заняття;

- здійснення оперативної корекції тренувального ефекту окремих вправ і заняття в цілому.

В оперативному контролі визначають:

- під час навантажень – температуру тіла, ЧСС і частоту дихання, їх співвідношення, легеневу вентиляцію;

- після навантажень – характеристики, що відображають стомлення, зміни електрокардіограми, життєвої ємності легенів, сили дихальних м'язів, параметри, які характеризують енергозабезпечення навантаження.

Контроль у навчальному процесі виконує функцію зворотного зв'язку, а також впливає на мотивації у навчанні: правильно організований, він сприяє її підвищенню, організований неправильно – знижує її (своєчасний контроль сприяє стійкому засвоєнню вміння, несвоєчасний – не дає такого ефекту). Так, практика свідчить, що постійна перевірка призводить до зниження мотивації у навчанні, а перевірка у випадку сумнівів сприяє підвищенню активності учня, отже, правильна організація контролю створює для учня можливість проконтролювати себе кожного разу, коли у нього виникає в цьому потреба.

Мета роботи.

Знати:

1. Сутність загальних завдань лікарсько-педагогічного контролю;
2. Завдання етапного контролю.
3. Особливості фізіологічного контролю;

Уміти:

1. Охарактеризувати завдання поточного контролю;
2. Розкрити зміст завдання оперативного контролю.

Рекомендована література: [1, 3, 6, 7].

Тема 3. Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять з адаптивного фізичного виховання.

Стислий зміст самостійної роботи.

У АФВ ще більше уваги, ніж у фізичному вихованні здорових людей, повинно приділятися гарантуванню безпеки навчально-виховного процесу. Профілактика травматизму являє собою комплекс організаційно-методичних заходів, спрямованих на вдосконалення фізичного виховання.

За статистикою основні причини травматизму – недостатня професійна підготовка вчителя і, як наслідок, погана організація навчального процесу; неправильне комплектування груп; недоліки або помилки у методиці:

порушення дисципліни, встановлених правил, вимог лікарсько-педагогічного контролю; невідповідність матеріально-технічного забезпечення методиці занять; погані санітарно-гігієнічні умови, у тому числі незадовільний стан спортивних споруд, інвентарю, одягу, взуття, захисних пристосувань. Причинами можуть бути зовнішні перешкоди, у тому числі погані погодні умови, а також надмірне емоційне збудження учнів або їхня психологічна невідповідність до заняття. В організації занять немає «малозначущих» питань. Невідповідність споруд або майданчика заняттям певним видом спорту або вправами, відсутність або низька якість страхування чи м'якого покриття, неправильне розташування матів, невідповідність маси і розмірів м'ячів або гімнастичних палиць можливостям учнів, незадовільний стан місця занять, недостатня площа, захарачення залу, погане освітлення, недостатня вентиляція, слизька або нерівна підлога, використання інвентарю не за призначенням, проведення занять при неповному комплекті захисних пристосувань, взуття на слизькій підшві або не за розміром учня, тісний чи незручний для рухів одяг – усе це може призвести до нещасного випадку або травми. Метеорологічні умови діють на організм навіть тоді, коли людина знаходиться у приміщенні, поза їх безпосереднім впливом. При цьому можуть страждати координація рухів, спритність, відчуття рівноваги, що призводить до травматизму. Особливо це стосується людей зі стійкими функціональними порушеннями, при яких страждають і адаптивні механізми.

Методичні помилки, що призводять до травматизму:

- порушення принципу регулярності, поступовості й послідовності при розвитку рухового вміння (навички);
- форсування навантажень;
- перевантаження;
- невміння забезпечити під час і після занять умови для відновлення функціонального стану організму;
- перевтомлення і, як наслідок, порушення координації, погіршення уважності та захисних реакцій, втрата спритності.

Рекомендації до профілактики травм і підвищення безпеки занять:

- підвищення кваліфікації викладача і робота з підвищення знань з профілактики травматизму серед учнів;

- правильне комплектування груп;

- науково обґрунтоване планування і контроль за навчальним процесом;

- дотримувannya усіх дидактичних принципів;

- повноцінне матеріально-технічне забезпечення занять;

- дотримувannya методичних рекомендацій;

- дотримувannya вимог лікарсько-педагогічного контролю;

- контроль за станом поля або предметів, наявності і чистоти м'якого покриття;

- дотримувannya правил гігієни: у зв'язку з порушенням функціональних спроможностей, зниженням захисних функцій організму і схильності до застудних захворювань в АФВ їм варто приділяти більше уваги, ніж у заняттях зі здоровими дітьми;

- дотримувannya режиму: регулярність і своєчасність занять, відпочинку та харчування;

- раціональне харчування;

- урахування кліматичних і погодних умов; уміння швидко перебудувати методику занять відповідно до змін зовнішніх умов;

- корекція спортивних правил, спрямована на профілактику ситуацій, що призводять до травм;

- розробка і дотримувannya правил використання, прибирання та збереження спортивного обладнання, інвентарю і захисних приладів;

- на перших заняттях рекомендується навчити учнів правил безпеки і методів самострахування (наприклад, умінню правильно падати);

- з місцем проведення занять знайомляться завчасно до їх початку, щоб вирішити питання про ступінь безпеки учнів на занятті;

- кількість учнів у групі повинна бути оптимальною;

- заборонено проводити заняття за відсутності викладача;

- перед початком кожного заняття перевіряють стан інвентарю, обладнання, екіпіровку учнів, щоб вона відповідала вимогам завдань, які виконуються на занятті, та зовнішнім умовам;

- на початку заняття учнів обов'язково ознайомлюють з правилами і методами безпеки, страхування, попереджувальними сигналами;

- обов'язковими є дисципліна учнів, добровільних помічників і присутність керівника занять з моменту, коли учні починають збиратися у спортивному залі, на майданчику, в басейні;

- викладачеві рекомендується контролювати раціональне розміщення та переміщення учнів спортивним залом, майданчиком, басейном;

- розминка обов'язкова і містить загальну і спеціальну частини. Загальна частина спрямована на створення оптимального збудження центральної нервової системи та нервово-м'язового апарату в цілому, на підвищення обміну речовин і температури тіла, підсилення діяльності серцево-судинної і дихальної систем. Спеціальна частина спрямована на створення оптимального збудження тих ланок нервово-м'язового апарату, котрі будуть зазнавати найбільшого навантаження і тому є найбільш уразливими;

- силові вправи і вправи на гнучкість потребують розминки, спрямованої на розігрівання м'язів. Підвищення температури, що відбувається при цьому, рекомендується зберігати протягом усього заняття за допомогою одягу, котрий не пропускає тепла;

- фізичні вправи та їхня послідовність ретельно підбираються з урахуванням раціонального чергування та системи підвідних вправ. Розраховуються оптимальні проміжки відпочинку між фізичними вправами;

- розминка не повинна викликати зайвого збудження і перевтомлення організму;

- навантаження в кожному занятті визначається, виходячи з довгострокового плану та з урахуванням самопочуття учнів безпосередньо під час заняття;

- навантаження збільшують – поступово;

- перевантаження неможливі;
- із метою профілактики травм розвиваються координаційні здатності й гнучкість;
- збільшення швидкості рухів повинне відбуватися одночасно з удосконаленням техніки рухів;
- виконання оздоровчих вправ обов'язкове;
- під час виконання вправ, які дають навантаження на хребет, його слід тримати прямим;
- у разі великої кількості функціональних порушень слід запобігати напруження;
- максимальне зусилля під час вправ рекомендується робити на видиху, не затримуючи дихання;
- під час виконання вправ не слід затримувати дихання.

Мета роботи.

Знати:

1. Основні причини травматизму;
2. Методичні помилки, що призводять до травматизму.

Уміти:

1. Охарактеризувати рекомендації щодо профілактики травм і підвищення безпеки занять;

Рекомендована література: [1, 6, 7].

Тема 4. Завдання та засоби АФВ при дефектах слуху.

Стислий зміст самотійної роботи.

Глухота – повна відсутність слуху або такий його ступінь зниження, при якому розбірливе сприйняття мови стає неможливим. Повна глухота зустрічається рідко. Більшість глухих мають залишки слуху, що дозволяє їм сприймати певні звуки. Такий стан визначають як слабкослухання або туговухість. Статистикою встановлено, що приблизно у 10% людей є різноманітні порушення слуху. Сьогодні ще не до кінця зрозумілі усі причини порушення слуху. Розрізняють уроджену і набуту глухоту. Причинами

уродженої патології могли бути хвороби матері або прийом нею хіміопрепаратів під час вагітності, травми дитини при народженні. Зустрічаються сімейні спадкові форми глухоти. Набута патологія, як правило, є наслідком ускладнень інфекційних хвороб, хімічних отруєнь, травм і захворювань нервової системи. Причина втрати слуху і рівень ураження системи слуху мають значення для оптимізації спілкування.

Аналіз анатомо-фізіологічних зв'язків слухового аналізатора з іншими органами і системами організму показує, що ушкодження органа слуху може викликати порушення:

- рефлекторних рухових реакцій на слухові подразники;
- відчуття рівноваги;
- функції окорухових м'язів;
- функції оральних, артикуляційних, фарин- і ларингенальних м'язів;
- несвідомих автоматичних рухів, які забезпечуються екстрапірамідною системою;
- вегетативних реакцій організму.

У роботі з глухими обов'язково тестують вестибулярну функцію, з'ясовують скарги на запаморочення, визначають наявність ністагму, порушення рівноваги, промахування, здатність правильно здійснювати пальцево-носову пробу або пробу Ромберга.

Оцінюючи рухові якості, особливу увагу приділяють тестуванню:

- швидкості, точності відтворення рухів заданої амплітуди, точності цільового руху;
- точності диференціації великих і малих м'язових зусиль;
- здатності формувати просторово-часові зв'язки;
- координації.

Із умінь і навичок при глухоті дуже важливо розвивати:

- уміння раціонально аналізувати ситуацію;
- здатність встановлювати зв'язки між попереднім досвідом і новими знаннями;

- раціональний розподіл фізичних зусиль.

Завдання вирішуються такими засобами фізичного виховання:

- загальнорозвивальні фізичні вправи;
- циклічні аеробні вправи (біг, ходьба, їзда на велосипеді);
- дихальні вправи (з тривалим видихом);
- вправи для хребта;
- вправи для розвитку координації;
- елементи гімнастики та акробатики;
- аеробіка;
- танцювально-ритмічні вправи;
- танці;
- види спорту: бадмінтон, баскетбол, боротьба вільна і греко-римська, боулінг, бочче, волейбол, гольф, дзюдо, теніс, футбол, хокей, хокей із м'ячем, шашки, шахи.

Мета роботи.

Знати:

1. Порушення, що можуть викликати ушкодження органа слуху;
2. Порушення рухової активності при ушкодженнях органа слуху;
3. Особливості методики АФВ при дефектах слуху.

Уміти:

1. Розкрити зміст оцінки рухових якостей;
2. Охарактеризувати сутність специфічних завдань фізичного виховання при дефектах слуху;
3. Охарактеризувати засоби фізичного виховання в адаптивному фізичному вихованні.

Рекомендована література: [1, 2, 6, 7].

Тема 5. Завдання та засоби АФВ при сліпоті та слабозорості.

Стислий зміст самостійної роботи.

Сліпота – двостороння невиліковна повна відсутність зору (0) або залишковий зір (гострота зору: світловідчуття 0,03-0,04 включно з корекцією на

кращому оці, або звуження поля зору до 10° на кращому оці незалежно від гостроти зору). У таких випадках користуються терміном тотальна сліпота.

Проблеми, з якими доводиться зустрічатися викладачеві АФВ у процесі навчально-тренувального процесу: зниження можливості сприйняття власних рухів і як наслідок – саморегуляції та самоконтролю рухової діяльності; неможливість швидких або численних переключень на нову структуру руху; проблема орієнтування у просторі.

Просторова орієнтація при сліпоті становить складну сукупність чуттєвого сприйняття, розумових і рухових дій, котрі забезпечують самостійне переміщення незрячої людини у просторі, сприйняття нею об'єктів і маніпулювання ними. При дефекті зору люди відводять велику роль в їхній орієнтації «звуковому фону» простору, зміни в якому сигналізують їм про зміни обставин, а також роль «шостого» чуття, котре трактується нині як теплове сприйняття.

Мета фізичного виховання людей з вадою зору – гарантувати максимальну свободу, ефективність, економічність і безпеку рухової активності.

Загальні завдання: розвивати здатність спрямовано пересуватися у просторі; формувати вміння (навички) успішно і безпечно взаємодіяти із середовищем і предметами, котрі його наповнюють, виконувати життєво необхідні точні, результативні, економічні дії.

Специфічні завдання: розвивати стійкість, статичну і динамічну рівновагу; сприйняття навколишнього середовища окремими сенсорними системами, а також сприйняття простору в цілому; удосконалювати навички орієнтування у просторі за допомогою неушкоджених сенсорних систем; ліквідувати скутість та обмеження рухів; розвивати здатність відчувати й оцінювати швидкість рухів, їхню амплітуду, ступінь напруження й розслаблення м'язів; удосконалювати усі характеристики рухів; розширювати рухові уявлення, рухову пам'ять, обсяг рухових умінь (навичок); коректувати недоліки фізичного розвитку, розвивати спритність, силу; при слабкобаченні –

розвивати зорово-моторні реакції. Засоби: вправи для хребта; дихальні вправи; ритмічна гімнастика; рухливі ігри; аеробіка; вправи на розслаблення; плавання; вправи для очей; боротьба; гімнастика; волейбол; танці; голбол; торбол; міні-футбол.

Мета роботи.

Знати:

1. Порушення рухової активності при вадах зорової функції;
2. Загальні та спеціальні завдання в адаптивному фізичному вихованні при сліпоті та слабозорості.

Уміти:

1. Розкрити сутність методики АФВ при вадах зору.

Рекомендована література: [1, 2, 6, 7].

Тема 6. Фізичні вправи і тренажерні пристрої для збільшення активних рухів при ДЦП.

Стислий зміст самостійної роботи.

Корекційні завдання АФВ:

- формування мотивації і адекватних психоемоційних реакцій у АФВ;
- розвиток і вдосконалення сприйняття всіма сенсорними системами;
- формування вестибулярних реакцій, статодинамічної стійкості (рівноваги) і орієнтування в просторі;
- розвиток і стимуляція опорної і маніпулятивної функцій рук;
- нормалізація м'язового тону: максимальне розслаблення з подальшим розтягуванням м'язів, які знаходяться в стані спастичного скорочення, і розвиток сили ослаблених м'язів – подолання слабкості (гіпотрофії, атрофії) окремих груп м'язів;
- розвиток і стимуляція відповідних віку рефлексів і пізніх реакцій;
- розвиток здатності довільної напруги і розслаблення м'язів;
- подолання зайвих рухів;
- розвиток координації;

- профілактика розвитку патологічних компенсацій, викривлення хребта, приведення гіпертонусу стегон, патологічних установок стоп;
- поліпшення рухливості в суглобах (ліквідація контрактур);
- корекція патологічних установок опорно-рухового апарату;
- стимуляція опорної функції стоп, ходьба;
- розвиток здібності до самообслуговування;
- поліпшення функціональної діяльності усіх систем організму;
- розвиток психічної сфери і мови.

При виборі засобів АФВ слід керуватися важливою фізіологічною закономірністю: швидше розвиваються ті органи і системи, які необхідні організму на даному етапі онтогенезу або у недалекому майбутньому. Навпаки, розвиток неактуальних на даний момент функціональних систем затримується.

Особливості методики при ДЦП

Заняття починають із вправ, спрямованих на нормалізацію м'язового тонусу. Усі вправи, якими розвивають той, або інший рух, чергують з дихальними. На фоні загальнозміцнювальних, застосовують вправи, які нормалізують м'язовий тонус, нейтралізують патологічні (тонічні) рефлекси, амплітуди рухів. Бажано, щоб дитина виконувала вправи перед дзеркалом. Розвиток вестибулярної функції здійснюють адекватною стимуляцією вестибулярного аналізатора: розгойдуванням в колисці, на руках, на гойдалках; вправами, в яких є швидка зміна положення тіла: швидке переміщення в одній площині (зверху вниз і знизу вгору, зліва направо і навпаки), перехід з однієї площини простору в іншу, рухи з кутовим прискоренням.

У застосуванні цих вправ найбільш відповідальний момент – їх дозування, що розвиває тренувальний ефект і в той же час не викликає негативних вегетативних реакцій. Вправи застосовують в певній послідовності: рухи головою; згинання, розгинання, повороти тулуба; рухи у плечових суглобах; рук і ніг – проксимальних суглобах (плечових, кульшових). Вправи поступово повинні охоплювати середні суглоби (ліктьові і колінні), потім променево-зап'ясткові і гомілковостопні. Необхідно, щоб вправи дещо

«випереджали» рівень розвитку рухових можливостей дитини – відповідали наступному рівню розвитку рухової сфери. Застосовуються як загальні методи фізичного виховання, так і специфічні:

- внесення регламентуючих змін в окремі параметри звичайного руху: виконанням вправи з незвичного початкового положення; зміною амплітуди і швидкості рухів, часу занять за рахунок зміни кількості повторень кожної вправи;

- дзеркальним показом вправ; конструюванням нових способів виконання;

- ускладнення звичайних дій: додатковими діями; комбінацією дій;

- зміна зовнішніх умов: розширенням діапазону матеріально-технічного забезпечення; зміною правил, умов, збільшенням кількості учасників занять;

- застосування змагального методу;

- індивідуально-груповий метод: група складається з 3-6 чоловік і викладач може надати достатньо уваги кожному, але, крім того, діє позитивний чинник колективних взаємин; застосовується як в однорідних групах, у яких беруть участь особи однакових виявів ДЦП, так і в змішаних групах, учасники яких - різних фізичних можливостей;

- метод, що колективно-індивідуалізувався (об'єднує 7-12 чоловік);

- ігровий метод;

- музично-ритмічні заняття, у тому числі танці;

- виконання вправ одночасно з декламацією віршів;

- метод «театру фізичного виховання» (сюжетні постановки і т.п.);

- метод наочно-практичної взаємодії (ознайомлення з призначенням предметів і способами маніпуляцій з ними).

АФВ при тяжких формах ДЦП, коли людина не здатна приймати і самотійно утримувати вертикальну позу, рухові здібності розвивають у наступній послідовності:

- стимулюють вестибулярну функцію;

- досягають ліквідації патологічного впливу тонічних рефлексів;

- розвивають настановні рефлекси;
- нормалізують м'язовий тонус;
- формують вміння контролювати положення голови у просторі (у положенні лежачи на животі, пізніше на спині), вчать піднімати голову без підняття плечей;
- досягають роздільних рухів голови і тіла при зміні положення;
- нормалізують м'язовий тонус рук (зокрема великих грудних м'язів) і формують вміння випрямляти руки;
- розвивають зорово-рухову координацію голови і рук,
- формують вміння виконувати повороти тулуба із спини на живіт і навпаки (стимулюють зміни положення тіла з розділенням рухів у шийному, грудному, поперечному відділах хребта);
- розвивають уміння повзати на животі і пересуватися в упорі;
- формують вміння сідати з допомогою і самостійно;
- розвивають маніпулятивну діяльність рук;
- формують вміння вставати на ноги і утримувати вертикальну позу;
- розвивають навички циклічних рухів: плавання, ходьба, біг.

Мета роботи.

Знати:

1. Корекційні завдання АФВ;
2. Особливості методики при ДЦП.

Уміти:

1. Охарактеризувати особливості методики АФВ при ДЦП середньої і легкої ступенів.

Рекомендована література: [1, 2, 6, 7].

Тема 7. Причини інвалідності хворих при вадах опорно-рухового апарату.

Стислий зміст самостійної роботи.

Аномалії розвитку опорно-рухового апарату виявляються у 5-7% дітей. Порушення функцій опорно-рухового апарату можуть мати вроджений або

набутий характер. Відхилення у розвитку у дітей з патологією опорно-рухового апарату відрізняються значною поліморфністю та дисоціацією у ступені виразності різних порушень.

Відзначаються наступні види патології опорно-рухового апарату:

I. Вроджена патологія опорно-рухового апарату:

- вроджений вивих стегна,
- кривошия,
- клишоногість та інші деформації стоп,
- аномалії розвитку хребта (сколіоз),
- недорозвинення і дефекти кінцівок,
- аномалії розвитку пальців кисті,
- артрогріпоз (вроджене каліцтво).

II. Набуті захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату:

- травматичні ушкодження спинного мозку, головного мозку і кінцівок,
- поліартрит,
- захворювання скелета (туберкульоз, пухлини кісток, остеомієліт),
- системні захворювання скелета (хондродистрофія, рахіт).

При всій різноманітності вроджених і рано придбаних захворювань і ушкоджень опорно-рухового апарату у більшості цих хворих спостерігаються подібні проблеми. Провідним у клінічній картині є руховий дефект (затримка формування, недорозвинення, порушення або втрата рухових функцій).

Деякі деформації є генетично зумовленими і передаються у спадок з певною частотою (наприклад, відсутність кінцівки або її частини, збільшення числа пальців, їх зрощення між собою, деякі форми клишоногості). Велику роль у розвитку пороків кінцівок відіграють зовнішні чинники, особливо ті, що впливають в період з 3 по 7 тижнів вагітності.

Мета роботи.

Знати:

1. Вроджені патології опорно-рухового апарату;
2. Набуті захворювання і пошкодження опорно-рухового апарату;

3. Основні причини вроджених аномалій розвитку опорно-рухового апарату.

Уміти:

1. Охарактеризувати дії персоналу в разі виникнення приступу судом у хворого (елементарна домедична допомога).

Рекомендована література: [1, 2, 6, 7].

Тема 8. Причини виникнення травм спинного мозку та особливості організації фізичних вправ.

Стислий зміст самотійної роботи.

До загальних завдань АФВ при травмах спинного мозку відносяться:

- виховання усвідомленого відношення до реальності і своїх можливостей, силам, розвиток вольових якостей, прагнення самореалізації;
- відновлення функції хребта і спинного мозку;
- нормалізація основних нервових процесів нейрорегуляції;
- нормалізація м'язового тону;
- зміцнення м'язів хребта, формування «м'язового корсету» тулуба;
- розвиток міжм'язової координації;
- створення умов для відновлення фундації життєво важливих рухових умінь і навиків;
- розвиток рухових якостей: сили, спритності, швидкості, гнучкості; До специфічних завдань відносяться:
- дія на пошкоджену ділянку хребта і всього опорно-рухового апарату з ціллю корекції;
- нормалізація тону мускулатури;
- зміцнення і розвиток м'язів, функціональний стан яких порушено;
- розвиток і удосконалення координації рухів, рівноваги балансування;
- розвиток і закріплення статико-динамічної функції хребта – формування і закріплення правильної постави;
- розвиток відчуття положення окремих частин тіла;

- попередження розвитку і лікування контрактур і вдосконалення навиків паралізованих кінцівок;

- вироблення компенсаторних рухових навиків, розвиток і вдосконалення навиків самообслуговування і праці.

Обсяг рухових можливостей при ураженнях спинного мозку залежить від рівня ураження. При ураженні хребта на рівні С1-С1К шийних хребців відмічається спастичний параліч усіх чотирьох кінцівок, втрата усіх видів чутливості з відповідного рівня донизу, розлад сечовипускання за центральним типом.

Ураження на рівні С7-Д1 хребців характеризується тим, що збережена іннервація м'язів шиї, плечового пояса і рук, за виключенням довгих згиначів і дрібних м'язів руки, котрі іннервовані частково. Відмічається порушення дихальної функції через парез частини дихальної мускулатури, спастичний параліч нижніх кінцівок, розлади сечовипускання та дефекації. Людина може пересуватися і перевертатися в ліжку в усі боки, а при доброму тренуванні переходити з ліжка на візок. Веде головним чином сидячий спосіб життя. Може самостійно управляти візком у межах невеликого простору. Потребує допомоги у побутовій діяльності, такій, як туалет, одягання та ін. Проблематичною є діяльність, яка вимагає тонкої моторики рук. При ураженні на рівні Д2 хребців відмічається повний обсяг рухів у руках, спастична параплегія нижніх кінцівок, розлад сечовипускання і дефекації, втрата усіх видів чутливості в нижніх відділах, рівновага в сидячому положенні недостатньо стійка. Людина потребує допомоги при переміщенні з візка до автомобіля. При ураженні на рівні хребця Д7 має місце спастична параплегія нижніх кінцівок, розлад сечовипускання і дефекації. Обсяг рухів у руках відповідає обсягу рухів здорової людини. Може самостійно здійснювати усі види побутової діяльності і навіть ходити без сторонньої допомоги. Головний спосіб пересування – візок. Не може самостійно підніматися сходами. При ураженні на рівні 5, 7 хребців, має місце периферичний параліч нижніх кінцівок з порушенням чутливості, розлад сечовипускання і дефекації. Збережено іннервацію м'язів верхніх кінцівок,

грудної клітки і живота. Людина самостійна в усіх видах побутової діяльності та при пересуванні на візку, ходить на милицях, може ходити без сторонньої допомоги. Ускладненим залишається вставання із сидячого положення і піднімання сходами. Може виконувати будь-яку роботу, що не пов'язана з тривалим перебуванням стоячи на ногах. Для відпочинку потребує візок. Засобами досягнення мети служать: режим, корекція положень, самомасаж, загартування, фізичні вправи, у тому числі на тренажерах, націлені на розвиток сили, швидкості, загальної і спеціальної витривалості, гнучкості, спритності, вправи швидко-силового характеру.

Мета роботи.

Знати:

1. Загальні завдання АФВ при травмах спинного мозку;
2. Обсяг рухових можливостей при ураженнях спинного мозку.

Уміти:

1. Охарактеризувати методичні вказівки АФВ при травмах спинного мозку.

Рекомендована література: [1, 2].

Тема 9. Адаптивне фізичне виховання при станах після ампутації.

Стислий зміст самостійної роботи.

У фізичному вихованні й спорті інвалідів із порушеннями опорно-рухового апарату виділяють такі нозології, як стан після ампутації кінцівок, стан після травм спинного мозку і поліомієліту та дитячий церебральний параліч.

Ампутація – хірургічна операція, яка полягає в повному або частковому відтинанні будь-якого органа (кінцівки тощо). Аналогічний ампутації стан спостерігається при вродженому дефекті розвитку кінцівки – її відсутності або недорозвиненості. Причинами ампутації за статистикою, як правило, є травми, опіки, пухлини, судинні захворювання тощо. У результаті страждає весь організм людини: відсутність кінцівки, зменшення маси тіла, гіпокінезія, хронічний стрес призводять до ряду складних функціональних і атофізіологічних порушень. Значно порушуються функції серцево-судинної,

дихальної систем (змінюється артеріальний тиск, знижуються адаптаційні можливості), вегетативної нервової системи, ендокринної системи і процеси обміну. Знижуються адаптаційно-компенсаторні процеси усього організму, його толерантність до фізичних навантажень. Порушення співвідношення мас частин тіла призводить до зміщення центру ваги тіла, порушення стійкості і рівноваги. оцінювати своє положення у просторі.

Викладачеві потрібно знати, в якому стані знаходиться спортсмен: у стані компенсації чи її порушення. Компенсація значною мірою залежить від якості протезу. Коли він добре підігнаний, відбувається рівномірне навантаження на куксу з опорою на її кінець. Скарги на перевтомлення, як правило, мають місце після тривалого навантаження, біль виникає рідко. Ампутаційна кукса помірно атрофована, має шкіру нормального кольору. При порушеннях компенсації протезом користуватися не можна, ампутаційна кукса значно атрофована, непокоїть швидка стомлюваність, періодичні болі в куксі, фантомні болі, обмеження рухів і біль у суглобах здорової кінцівки, болі у хребті.

При достатній компенсації втраченої функції людина може займатися тими видами фізичної діяльності, котрі їй подобаються. Засоби АФВ при ампутації: вестибулярне тренування; дихальні вправи; вправи на розслаблення (метод Ловицької); на відновлення симетрії плечового пояса, тазу і тонусу м'язів спини, для глибоких і поверхневих м'язів спини; силові; на збільшення амплітуди рухів; на диференціацію м'язових зусиль, які вдосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети; вправи по профілактиці плоскостопості.

Перевагу доцільно надавати циклічним вправам аеробного характеру, виконання яких сприяє нормалізації процесів обміну і підвищенню загальної витривалості; плаванню, як засобу загартування, підвищення функціональних можливостей серцево-судинної і дихальної систем, розвантаження хребта і суглобів. Ефективним є бадмінтон, баскетбол на візках, волейбол сидячи, легка і важка атлетика, теніс, футбол, танці, шашки, шахи. Засоби АФВ: вестибулярне тренування; дихальні вправи; вправи на розслаблення (за

методом Ловицької); на відновлення симетрії плечового пояса, таза і тону м'язів спини; для глибоких і поверхневих м'язів спини: силові; на збільшення амплітуди рухів; на диференціацію м'язових зусиль, які вдосконалюють здатність диференціювати простір; гідроаеробіка; ігри; естафети; вправи для профілактики плоскостопості.

Мета роботи.

Знати:

1. Сутність АФВ при ампутації.

Уміти:

1. Охарактеризувати засоби АФВ при ампутації.

Рекомендована література: [1, 2].

Тема 10. Становлення АФВ в Україні.

Стислий зміст самостійної роботи.

На території України у давнину людей із фізичними вадами опікували центри духовного життя того часу – монастирі. У процесі розвитку суспільства починають з'являтися притулки для знедолених людей. Із XIV ст. у притулках і церквах вводять спільне виховання здорових і хворих дітей.

У середині XVIII ст. у виховних домах виділилися спеціальні групи для дітей з особливими потребами.

На початку XIX ст. виникають перші спеціалізовані установи для глухонімих і сліпих дітей, а трохи пізніше і для дітей із відхиленнями у розумовому розвитку.

У дореволюційній Росії, до складу якої входила Україна, на приватні пожертвування існувала зовсім невелика кількість навчальних закладів типу притулків, котрі охоплювали не більше 5-6% дітей-інвалідів, які потребували допомоги.

Перша світова війна, численні жертви змінили ставлення світової спільноти до проблем інвалідності. Зростання суспільної свідомості перетворилося у громадський рух на захист рівних прав людей незалежно від їхніх фізичних спроможностей. Сьогодні в усьому світі відмічається великий

прогрес у сфері соціальної і фізичної реабілітації інвалідів, розробці педагогіко-реабілітаційних методів.

В Україні кардинальні зміни у реабілітаційній роботі з інвалідами відбулися у пореволюційний період. Законодавство 1918 р. визначило статус інвалідів у суспільстві, заснувало виховно-корекційні установи для дітей із особливими потребами і ввело їх до загальнодержавної системи народної освіти. Цей крок дозволив консолідувати сили освіти, охорони здоров'я та юстиції у сфері реабілітації. До розробки системи корекційної педагогіки у 20-30-ті роки ХХ ст. були залучені кращі сили того часу: В. Бехтерев, Л. Виготський, В. М'ясищев, М. Лаговської, М. Грабов. У Радянському Союзі 1929 р. було організовано перший науковий центр із розробки проблем вивчення, освіти, виховання і професійної підготовки дітей із особливими потребами – експериментально-дефектологічний інститут.

Сучасне АФВ в Україні має юридичне забезпечення і належить до державної системи реабілітації інвалідів. Україна вигідно відрізняється передовою правовою базою, що гарантує державну підтримку та забезпечення фізичного виховання і спорту інвалідів. Державна політика України відносно людей з фізичними обмеженнями базується на принципах гуманності, заборони дискримінації, державних гарантій реалізації їхніх прав; створення умов для активної життєдіяльності (враховуючи особливі потреби, доступність до об'єктів соціальної інфраструктури); адресності реабілітаційних заходів; обов'язковості для державних структур фінансування заходів, спрямованих на забезпечення соціального захисту і реабілітації недієздатних громадян. Права інвалідів визначені законом України «Про основи соціального захисту інвалідів».

За віковим принципом система корекційної педагогіки поділяється на 4 етапи: дошкільні установи: ясла, дитячі садки, спеціальні групи при масових дитячих садках, дошкільні відділення при спеціальних школах; спеціальні школи для дітей із різними нозологіями; установи спеціальної середньої та професійної освіти; середня і вища спеціальна освіта.

За нозологічним принципом організовані спеціальні корекційно-навчальні установи для людей із вадами слуху, зору, мовлення, із відхиленнями у розумовому розвитку. Закон України «Про фізичну культуру і спорт» звертається безпосередньо до питань фізичної культури інвалідів.

Мета спорту інвалідів. Існують відомості, що спорт інвалідів часто ототожнюють із лікувальною фізичною культурою, фізичною реабілітацією, адаптивним фізичним вихованням. Проте, для спорту інвалідів, на відміну від зазначених соціально значущих галузей, властивою є специфічна змагальна діяльність, що власне, у відповідності із особливостями спорту в цілому, виступає його системоутворюючим фактором. Метою спорту інвалідів є їх соціалізація, задоволення їхніх потреб як членів суспільства у самоактуалізації та реалізації своїх можливостей в умовах змагальної діяльності.

Концепція спорту інвалідів – інтеграція інвалідів в суспільне життя через використання засобів спорту (шляхом тренувальної та змагальної діяльності). Спорт інвалідів як соціально значуща галузь, передбачає можливість досягнення зазначеної мети на різних результативних рівнях – як загальне оздоровлення, подолання невпевненості у власних силах і перемога над своєю «неповносправністю», так і досягнення спортивного результату, встановлення рекорду, демонстрація найвищих людських можливостей.

Мета роботи.

Знати:

1. Становлення АФВ у дореволюційний період;
2. Становлення АФВ у післяреволюційний період.

Уміти:

1. Охарактеризувати АФВ в сучасній Україні.

Рекомендована література: [1, 6, 7].

Тема 11. Соціальні функції спорту інвалідів.

Стислий зміст самостійної роботи.

Спорту інвалідів, як соціальному явищу, властиві важливі соціально значущі загальні та специфічні функції. Загальними функціями спорту інвалідів

виступають гуманістична, соціальна, комунікативна, освітня, виховна та видовищна, а специфічними – корекційно-компенсаторна, рекреаційно-оздоровча, моделювання поведінки, інтегративна, гедоністична та змагальна.

Гуманістична функція визначається, перш за все, ствердженням у суспільній свідомості найбільшої суспільної вартості – людини, її здоров'я, соціальної самореалізації, якості життя тощо. Гуманізм також передбачає визнання, розуміння та допомогу особам з особливими потребами не лише з боку спеціалізованих установ та фахівців, але й з боку суспільства у цілому, формування адекватних соціальних настанов щодо інвалідів як членів суспільства.

Спорт надає незрівнянні можливості для розвитку особистості в умовах дії таких гуманістичних чинників як свобода, рівність, відповідальність, творчість тощо. Сам характер спортивної діяльності, що вимагає мобілізації духовних та фізичних сил в процесі тренувань та змагань, спричиняє до особистісного зростання. Це особистісне зростання спортсмена, що проявляється і у покращанні фізичного стану, і покращанні комунікативної активності, і у зростанні спортивних результатів, і у суспільному визнанні успіхів тощо, підсилює віру у себе, гармонізують самооцінку, і, як наслідок, покращує якість життя спортсмена-інваліда.

Соціальна функція спорту інвалідів реалізується у активізації процесу включення особи у життя суспільства, участі у соціально корисній діяльності, самореалізації, сприянні набуттю життєвого досвіду, засвоєнню соціальних норм, правил поведінки тощо. Спортивні заняття можуть виступати необхідною умовою духовного та фізичного розвитку, фундаментальним підґрунтям самостійності у житті та підготовки до праці. Отже, заходи соціальної реабілітації засобами спорту є дуже важливими як для самого інваліда і його родини, так і для суспільства в цілому через те, що ефективна спортивно-оздоровча робота безпосередньо пов'язана з економічною рентабельністю, підвищенням працездатності, зменшенням захворювань, активізацією суспільної та професійної діяльності інвалідів.

Спортивні заняття та участь у змаганнях будь-якого рівня дають інвалідам можливість позиціонувати себе як повноправних членів суспільства. З іншого боку, досягнення високих спортивних результатів у Паралімпійських та Дефлімпійських іграх, прояв найвищих фізичних та духовних можливостей спортсменів-інвалідів сприяє створенню таких соціальних цінностей як з одного боку престижність, перемога та результат, а з іншого – співчуття, розуміння тощо.

Виховна функція спорту інвалідів полягає у формуванні у людини та суспільства в цілому гуманістичних та морально-етичних вартостей. Заняття спортом сприяють вихованню адекватної самооцінки, долаттю невпевненості у собі, свідомого ставлення до власного здоров'я та виконання фізичних вправ, відповідальності та ініціативності, дисципліни тощо, а також формуванню навичок самовиховання. Спорт, як вид і результат діяльності, стверджує у свідомості людини пріоритетне значення активності для досягнення результату, сприяє набуттю позитивного морального досвіду, формуванню важливих якостей особистості тощо. В свою чергу, без перебільшення видатні досягнення спортсменів-інвалідів у Паралімпійських та Дефлімпійських іграх демонструватимуть іншим інвалідам та суспільству в цілому можливість перемоги над фатальними наслідками долі, слугуватимуть прикладом та надихатимуть на спортивно-реабілітаційні заняття. Слід відзначити, що, на нашу думку, виховні цілі переслідує і реалізація видовищної функції спорту інвалідів.

Видовищна функція спорту інвалідів полягає у демонстрації видатних досягнень спортсменів-інвалідів, їх наполегливості та завзятості, що не можуть не викликати захоплення у глядача. Дійсно, у змаганнях інвалідів не завжди є ідеальна зовнішня краса рухів та тіла, проте, змагання відбуваються за участі великої кількості глядачів. Існує думка, що естетичні та емоційні переживання під час спостереження змагань інвалідів знаходяться на іншому рівні сприйняття, змушують дивитися на інваліда, як на людину-бійця, який, незважаючи на усі труднощі та обмеження живе повноцінним життям, і не

лише прилаштовується до нього, а сам визначає свою долю. Спостереження за поведінкою та змагальною боротьбою спортсменів-інвалідів докорінно змінюють ставлення суспільства до них, сприяють сприйманню їх не як знедолених, а як рівних членів суспільства, часто здатних на значніші досягнення ніж більш здорові люди. Таким чином, видовищна функція, що також властива спорту інвалідів, на відміну від традиційного її тлумачення, переслідує не розважальну, а швидше виховну ціль.

Освітня функція передбачає, з одного боку набуття спортсменами-інвалідами знань про спорт як вид і результат діяльності, сукупність духовних і матеріальних цінностей, набуття життєвого досвіду, знань, що сприятимуть покращанню якості життя та професійній самореалізації, а з іншого боку – формування знань про спорт інвалідів як соціальну вартість, структуру та зміст змагальної діяльності та рухової активності інвалідів різних нозологій, специфіку застосування засобів і методів спортивної підготовки у спорті інвалідів, особливості функціонування організму інвалідів різних нозологічних груп в умовах фізичних навантажень, змагальної діяльності, стресу тощо, особливості адаптаційних процесів тощо.

Мета роботи.

Знати:

1. Сутність соціальних функцій спорту інвалідів.

Уміти:

1. Охарактеризувати соціальні функції спорту інвалідів.

Рекомендована література: [1, 5, 6].

Тема 12. Спеціальні Олімпіади – спортивний рух для людей із відхиленнями розумового розвитку.

Стислий зміст самотійної роботи.

У 1968 р. у США поширився рух, метою якого було інтегрувати людей із відхиленнями розумового розвитку до суспільства засобами фізичної культури і спорту, так звані «Спеціальні Олімпіади».

Організатор Спеціальних Олімпіад – Ю. Кеннеді-Шрайвер – сестра президента США Дж. Кеннеді. Спеціальні Олімпійські ігри для розумово відсталих людей, «Спешиал Олімпікс» – громадська організація, у якій відсутні гонорари і не продаються квитки на змагання, а її фінансування здійснюється за рахунок добровільних внесків і пожертвувань. У змаганнях виявляються лише індивідуальні можливості спортсменів, регламентуються тільки особисті досягнення, а медалі окремих країн не підраховуються.

«Спешиал Олімпікс» відкрита для спортсменів практично будь-якого віку (від 8 і до 80 років) незалежно від їхніх фізичних можливостей. Змагання з Програми рухової активності проводяться на всіх рівнях, зокрема Спеціальні олімпійські ігри для дітей і дорослих, страждаючих розумовою відсталістю (олігофренів).

Кожен учасник у «Спешиал Олімпікс» має шанс перемогти, оскільки змагання проходять у групах спортсменів із практично однаковими можливостями. «Спешиал Олімпікс» офіційно визнана МОК у лютому 1988 р. на XV зимових Олімпійських іграх у Калгарі. Президент МОК Х. А. Самаранч визнав «Спешиал Олімпікс» в офіційному порядку, і вона одержала дозвіл на використання найменування «Олімпіада».

До кінця ХХ ст. Спеціальні Олімпіади залучили понад 1 млн учасників із 150 країн. Характерно, що починалися усі спортивно-громадські явища, котрі змінили життя мільйонів людей-інвалідів, їхніх близьких і життя світової спільноти у цілому, в кожному випадку з ініціативи окремих особистостей.

Спеціальні Олімпіади, навіть у Всесвітніх іграх Спеціальних Олімпіад, декларують та реалізують гуманістичне положення, що найбільшою цінністю Спеціальних Олімпіад є людина, а не результат, формуючи стартові групи (дивізіони) з розрахунком на можливість максимального прояву своїх здібностей та перемоги кожним атлетом.

До початку III тисячоліття адаптивне фізичне виховання виділилося у самостійний напрям фізичного спортивного руху і представлене численними організаціями. Великий внесок у розвиток АФВ Спеціальної Олімпіади, котра

здійснює фінансове й інформаційне забезпечення конкретних програм з адаптивного фізичного виховання у США, країнах Європи та СНД.

Мета роботи.

Знати:

1. Становлення спеціальних Олімпіад-спортивного руху для людей із відхиленнями розумового розвитку.

Уміти:

1. Охарактеризувати сутність спеціальних Олімпіад-спортивного руху для людей із відхиленнями розумового розвитку.

Рекомендована література: [1].

Тема 13. Зародження та розвиток Паралімпійського та Дефлімпійського руху.

Стислий зміст самотійної роботи.

Паралімпіада... В останні роки це слово на слуху у всього світу!.. Латинське значення префіксу «para» (приєднаний) підкреслює те, що паралімпіади – всесвітні ігри спортсменів-інвалідів – проводяться услід за великими олімпійськими перегонами. Цікаво, що вони вже багато років поспіль відбуваються якраз у тих країнах та на тих же спортивних аренах. Їх відкривають і завершують такі ж променисті церемонії, настільки ж яскраво запалюється спортивний вогонь, котрий осяє надією і вірою прагнення перемог мужніх спортсменів-паралімпійців...

Розвиток паралімпізму та спорту інвалідів у цілому має більш ніж столітню історію...Перші спроби залучення людей з обмеженими фізичними можливостями до фізичної культури та спорту були історично зафіксовані ще у 1888 році, коли в Берліні сформувався перший спортивний клуб для людей з вадами слуху. А перші Всесвітні ігри глухих (пізніше – Дефлімпійські ігри) відбулись дещо пізніше – 10-17 серпня 1924 року у Парижі. Саме під час проведення цих ігор, 16 серпня засновано Міжнародний спортивний комітет глухих. З того часу почала свій відлік славна естафета проведення Дефлімпійських ігор та становлення спорту людей з вадами слуху.

Всесвітні Ігри інвалідів, фактично I Параолімпійські ігри, відбулися в Римі (Італія) у 1960 р. майже відразу по закінченні Ігор XVII Олімпіади. Однак поняття «параолімпійський спорт» ввійшло в спортивну практику тільки з 1964 р. У терміні «Параолімпіада» використовується латинське значення префіксу «para» – «що приєднався». Таким чином, термін «параолімпійські» означає, що ігри інвалідів приєднуються до Олімпійських, організуються і проводяться разом з ними. Проте, з 1968 по 1994 р. Параолімпійські ігри по різних причинах проводилися поза місцями проведення Ігор Олімпіад.

Перші Параолімпійські ігри відбулися в столиці Італії Римі в 1960 р.

Церемонія відкриття Ігор пройшла 18 вересня на стадіоні «Акваацетоса», де були присутні п'ять тисяч глядачів. У змаганнях взяли участь 400 спортсменів з 23 країн. Делегація спортсменів Італії була самої численною. Програма римських Ігор уключала вісім видів спорту, серед яких були легка атлетика, плавання, фехтування, баскетбол, стрілянина з луку, настільний теніс тощо.

Медалі розігрувалися в 57 дисциплінах. У змаганнях брали участь спортсмени з ушкодженням спинного мозку. На цих Іграх видатні результати показали Ф. Россі з Італії (фехтування), Д. Томсон з Великобританії (легка атлетика) і ін. Перше місце на Іграх у неофіційному командному заліку зайняла Італія, друге і третє місця поділили Великобританія і США. Підводячи підсумки, Л. Гутман визначив «значення римських Ігор як нової моделі інтеграції паралізованих у суспільство».

У II Параолімпійських іграх (Токіо, Японія, 1964 р.) взяли участь 390 спортсменів з 22 країн. Команди Великобританії (70 чіл.) і США (66 чіл.) були представлені найбільшою кількістю атлетів. У програму Ігор були включені нові види спорту, зокрема, їзда на колясках, важка атлетика і метання диска. Істотною подією Ігор стало перейменування їх у «параолімпійські». На змаганнях уперше використовувалася параолімпійська атрибутика (прапор, гімні символ), а після їхнього закінчення багато спортсменів-інвалідів Японії були працевлаштовані.

Мета роботи.

Знати:

1. Історію зародження та розвиток Паралімпійського та Дефлімпійського руху.

Уміти:

1. Охарактеризувати розвиток Паралімпійського та Дефлімпійського руху.

Рекомендована література: [1].

Тема 14. Громадські організації та їх роль в міжнародному фізкультурному русі людей з обмеженими спроможностями.

Стислий зміст самостійної роботи.

Сьогодні міжнародний фізкультурний рух людей з обмеженими фізичними спроможностями успішно розвивається завдяки активній роботі численних громадських організацій, таких, як Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем, Міжнародна спортивна асоціація сліпих, Міжнародна спортивна асоціація для осіб з вадами інтелекту, Міжнародна федерація Сток-Мандевільських ігор, Міжнародна спортивна організація інвалідів, Міжнародна Сток-Мандевільська федерація спорту на візках.

Наприкінці ХХ ст. з метою розвитку нових видів спорту для залучення ще більшої кількості людей із фізичними вадами була створена Міжнародна спортивна і рекреаційна асоціація осіб з церебральним паралічем, розвитку і стимуляції інвалідів.

Спортивний рух інвалідів, що охоплює інвалідів усіх нозологічних груп – з вадами зору, слуху, опорно-рухового апарату та інтелекту, і який охоплює усі континенти, ґрунтується на загальних суспільних вартостях – ідеалах Олімпізму, прагненні побудови кращого світу.

Розвиток спорту інвалідів має більш ніж столітню історію. Ще у XVIII і XIX ст. встановлено, що рухова активність є одним з основних факторів реабілітації інвалідів. Перші спроби прилучення інвалідів до спорту були початі в XIX ст., коли, у 1888 р., у Берліні формувався перший спортивний клуб для

глухих. Уперше Олімпійські ігри для глухих проведені в Парижі 10-17 серпня 1924 р. У них брали участь спортсмени - представники офіційних національних федерацій Бельгії, Великобританії, Голландії, Польщі, Франції і Чехословаччини. На Ігри прибули спортсмени з Італії, Румунії й Угорщині, у яких таких федерацій не було. Програма Ігор включала змагання з легкої атлетики, велоспорту, футболу, стрільянини і плавання.

Міжнародний спортивний комітет глухих (МСКГ) утворений 16 серпня 1924 р. У нього увійшли федерації, що поєднують спортсменів з порушенням слуху. На першому конгресі МСКГ, що відбувся в Брюсселі 31 жовтня 1926 р., прийнятий Статут цієї організації. Однак, починаючи з 1924 р., МСКГ кожні чотири роки проводить літні Всесвітні ігри глухих. До початку другої світової війни в нього вступають Німеччина, Швейцарія, Данія, Норвегія, Фінляндія, Швеція, Австрія, США, Японія і Болгарія. У 1949 р. до них приєдналися Іспанія і Югославія. Організуються і проводяться Міжнародні зимові Ігри глухих.

Програма змагань для спортсменів з порушенням слуху і правила їх проведення ідентичні звичайними. Особливість полягає в тому, що дії арбітрів повинні бути обов'язково видимими. Для цього, наприклад, у стартових сигналах використовуються вогні.

Позитивним фактором, що спрощує організацію змагань, є використання спортсменами міжнародної дактилологічної системи, що дозволяє їм без перекладачів вільно спілкуватися один з одним.

Інваліди з ушкодженнями опорно-рухового апарату стали активно прилучатися до занять спортом тільки після другої світової війни. У 1944 р. у Центрі реабілітації хворих зі спинномозковими травмами в Сток-Мандевілі була розроблена спортивна програма як обов'язкова частина комплексного лікування. Її творець, професор Людвіг Гутман, згодом став директором Сток-Мандевільського центру і президентом Британської міжнародної організації лікування інвалідів з ушкодженнями опорно-рухового апарату. В наступні роки збільшилася не тільки чисельність учасників, але і кількість видів спорту.

Ідея проведення змагань інвалідів була підтримана міжнародною громадськістю. Ігри стали щорічним міжнародним спортивним святом, і, починаючи з 1952 р., спортсмени-інваліди з Нідерландів, ФРН, Швеції, Норвегії регулярно приймали в них участь. Відсутність необхідного керуючого органу, який би координував і визначав напрямки розвитку змагань інвалідів, привело до створення Міжнародної Сток-Мандевильської федерації, що установила тісні взаємини з Міжнародним олімпійським комітетом (МОК).

Під час проведення Олімпійських ігор у Мельбурні в 1956 році МОК нагородив Міжнародну Сток-Мандевильську федерацію спеціальним кубком за втілення в життя олімпійських ідеалів гуманізму. Поступово світ переконувався в тому, що спорт не є прерогативою здорових людей. Інваліди навіть з такими серйозними травмами, як ушкодження хребта при бажанні можуть брати участь у змаганнях.

У Сток-Мандевилі на кошти інвалідів, пенсіонерів і благодійних пожертвувань був побудований стадіон для спортсменів-інвалідів, а в 1960 р. у міжнародних іграх параплегіків, що вперше проводилися в столиці Італії Римі, взяли участь 400 спортсменів з 23 країн.

Л. Гутманом у 1959 р. розроблений і опублікований у «Книзі Сток-Мандевильських ігор для паралізованих» регламент проведення змагань по видах спорту. У 1989 р. відбулися перші міжнародні спортивні змагання людей з пересадженим серцем, а в 1990 р. у Каракасі (Венесуела) спортсмени з чужим серцем перебороли марафонську дистанцію.

Мета роботи.

Знати:

1. Роль громадських організацій в міжнародному фізкультурному русі людей з обмеженими спроможностями.

Уміти:

1. Охарактеризувати роль громадських організацій в міжнародному фізкультурному русі людей з обмеженими спроможностями.

Рекомендована література: [1].

Тема 15. Тестування фізичної підготовленості в адаптивному фізичному вихованні.

Стислий зміст самотійної роботи.

У процесі адаптивного фізичного виховання при тестуванні рухових здібностей слабочуючих учнів старшого шкільного віку треба ставити такі завдання:

1. Оцінити рівень розвитку координаційних здібностей, м'язової сили, швидкісних здібностей, витривалості, гнучкості.
2. Дати оцінку технічної підготовленості іспитованих осіб.
3. Виявити загальну і спеціальну тренуваність дітей.
4. Вивчити динаміку розвитку спортивних результатів у процесі тренування.
5. Визначити перспективність дітей для занять запропонованими видами спорту.
6. Здійснити корекцію й удосконалити програму фізичного виховання, раціоналізувати існуючу систему спортивного тренування.
7. Надати учням допомогу у визначенні індивідуальних норм фізичного навантаження.
8. Виявити переваги і недоліки використаних засобів і методів навчання та форм організації занять.

Для перевірки ефективності програми застосування засобів АФВ ми пропонуємо використовувати наступні види тестувань:

Тести для оцінки координаційних здібностей.

Тести для оцінки силових здібностей.

Тести для оцінки швидкісних здібностей.

Тести для оцінки витривалості.

Мета роботи.

Знати:

1. Завдання тестування фізичної підготовленості;
2. Сутність тестування фізичної підготовленості.

Уміти:

1. Охарактеризувати особливості проведення тестування фізичної підготовленості.

Рекомендована література: [2, 4].

6. ТЕМИ РЕФЕРАТІВ ДО КУРСУ

«АДАПТИВНЕ ФІЗИЧНЕ ВИХОВАННЯ І СПОРТ»

1. Розробка програм фізичного виховання та керування ними.
2. Адаптивний спорт у сучасному світі.
3. Тестування та оцінка функціонального стану учнів та оцінка ефективності програм.
4. Індивідуальні програми навчання адаптивного фізичного виховання.
5. Методики навчання в адаптивному фізичному вихованні.
6. Адаптивне фізичне виховання дітей дошкільного та молодшого шкільного віку.
7. Оздоровча фізична культура та заняття видами рухової активності в адаптивному фізичному вихованні.
8. Ритмічні рухи та танці в адаптивному фізичному вихованні.
9. Фізичні вправи у воді в адаптивному фізичному вихованні.
10. Командні види спорту в адаптивному фізичному вихованні.
11. Зимові види спорту в адаптивному фізичному вихованні.

РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Борецька Н. О. Адаптивне фізичне виховання: навч.-метод. посіб. Миколаїв: МНУ ім. В. О. Сухомлинського, 2019. 216 с.
2. Винник Джозеф П. Адаптивное физическое воспитание и спорт / под ред. Джозефа П. Винник; пер. с англ. И. Андреев. Киев: Олимпийская литература, 2010. 608 с.
3. Дегтяренко Т. В., Долгієр Є. В. Медико-педагогічний контроль у фізичному вихованні та спорті: підруч. для студентів вищих навчальних закладів. Одеса, 2018. 282 с.
4. Колишкін О. В. Адаптивне фізичне виховання слабочуючих учнів спеціальної школи: навч.-метод. посіб. Суми: СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2003. 156 с.
5. Адаптивне фізичне виховання: методичні рекомендації до проведення практичних занять зі студентами спеціальності «Фізична реабілітація» галузі знань 0102 «Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини» за напрямками підготовки 6.010203 «Здоров'я людини» / Укл.: О. М. Печко. Чернігів: ЧНТУ, 2017. 37 с.
6. Соколенко О. І. Адаптивна фізична культура: навч.-метод. посіб. для магістрантів спеціальності «Фізичне виховання». Старобільськ: Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2015. 154 с
7. Трояновська М. М. Адаптивна фізична культура: навч.-метод. посіб. для студентів факультетів фізичного виховання. Чернігів: НУ «Чернігівський колегіум» імені Т. Г. Шевченка, 2018. 104 с.