

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ПОЛТАВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА»

Факультет фізичної культури та спорту

Кафедра фізичної культури та спорту

ГАРКУША ТАРАС ІВАНОВИЧ

**ОСОБЛИВОСТІ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З БОЧЧА ЗІ
СПОРТСМЕНАМИ З РІЗНИМИ НОЗОЛОГІЯМИ**

Кваліфікаційна робота
зі спеціальності 017 «Фізична культура і спорт»

Науковий керівник: Римар М.П.
к.пед.н., професор, професор кафедри
фізичної культури та спорту,
Заслужений працівник освіти України

Рецензент: Верещака О.Ю. директор
Полтавського регіонального центру з
фізичної культури і спорту осіб з
інвалідністю «Інваспорт» ,
Заслужений тренер України

Полтава, 2026

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
«ПОЛТАВСЬКА ПОЛІТЕХНІКА ІМЕНІ ЮРІЯ КОНДРАТЮКА»

Факультет фізичної культури та спорту

Кафедра фізичної культури та спорту

ПОЯСНЮВАЛЬНА ЗАПИСКА

до кваліфікаційної роботи

на тему **«ОСОБЛИВОСТІ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ З БОЧЧА ЗІ
СПОРТСМЕНАМИ З РІЗНИМИ НОЗОЛОГІЯМИ»**

Виконав: студент магістратури
група 602-ФС
спеціальності 017 «Фізична культура і
спорт»
Гаркуша Т.І.

Науковий керівник: Римар М.П.,
к.пед.н., професор, професор кафедри
фізичної культури та спорту,
Заслужений працівник освіти України

Рецензент: Верещака О.Ю. директор
Полтавського регіонального центру з
фізичної культури і спорту осіб з
інвалідністю «Інваспорт» ,
Заслужений тренер України

Полтава, 2026

Національний університет «Полтавська політехніка імені Юрія Кондратюка»

Факультет фізичної культури та спорту

Кафедра фізичної культури та спорту

Освітній ступінь: магістр

Спеціальність: 017 «Фізична культура і спорт»

Галузь знань: 01 «Освіта / Педагогіка»

ЗАТВЕРДЖУЮ

Завідувач кафедри

фізичної культури та спорту

_____ доцент Лариса ОНІЩУК

« _____ » _____ 2025 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТА**

Гаркуши Тараса Івановича

1. Тема роботи «Особливості тренувального процесу з бочка зі спортсменами з різними нозологіями» та керівник роботи – Римар М.П. к.пед.н., професор, професор кафедри фізичної культури та спорту, Заслужений працівник освіти України, затверджені наказом закладу вищої освіти від «03» вересня 2025 року № 1015 - ф,а

2. Строк подання студентом роботи «12» січня 2026 р.

3. Вихідні дані до роботи: методичні вказівки до виконання дипломної роботи, аналіз літературних джерел у розрізі досліджуваної теми.

4. Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, що потрібно розробити):

- аналіз науково методичної літератури з проблеми дослідження;
- розроблення методичних прийомів удосконалення фізичного виховання;
- експериментальна перевірка ефективності розробленої методики.

5. Перелік графічного матеріалу: презентація до роботи (10 слайдів).

6. Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
1-4	Римар М.П., к.пед.н., професор, професор кафедри фізичної культури та спорту, Заслужений працівник освіти України	04.09.2025 р.	12.01.2026 р.

7. Дата видачі завдання – 04.09.2025 року.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів дипломної роботи	Строк виконання етапів (роботи)	Примітка
1.	Затвердження теми	03.09.2025 р.	
2.	Складання плану дослідження, змісту роботи	04.09.25 р.	
3	Обґрунтування актуальності теми, опис категоріального апарату дослідження та методів дослідження (вступ)	04.09.25-15.09.25 рр.	
4.	Написання 1 розділу, висновків до першого розділу	15.09.25-15.10.25 рр.	
5.	Написання 2 розділу	16.10.25-26.10.25 рр.	
6.	Написання 3 розділу та висновків до третього розділу	27.10.25-27.11.25 рр.	
7.	Організація та проведення експериментального дослідження	01.10.25-27.12.25 рр.	
8.	Аналіз та опис результатів дослідження, написання висновків до четвертого розділу та загальних висновків	30.12.25-10.01.26 рр.	
9.	Підготовка електронної презентації	11.01.26-12.01.26 рр.	
10.	Підготовка доповіді, рецензування кваліфікаційної роботи	11.01.26-12.01.26 рр.	
11.	Представлення роботи на кафедру, захист роботи	12.01.26 р. .01.26 р.	

Студент _____ Тарас Гаркуша
Керівник роботи _____ Микола Римар

ЗМІСТ

Перелік умовних позначень.....	3
Вступ	4
Розділ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ РЕКРЕАЦІЙНИХ ВИДІВ СПОРТУ.....	8
1.1 Рекреаційні види спорту як засіб соціальної реабілітації осіб з інвалідністю.....	8
1.2 Розвиток та становлення параолімпійського руху.....	10
1.3 Реінтеграція ветеранів війни в цивільне життя засобами фізичної культури та спорту.....	13
1.4 Історія розвитку гри бочча. Бочча як засіб соціальної реабілітації людей з важкими ураженнями опорно-рухового апарату	17
Висновки до першого розділу	30
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	33
2. 1.Методи досліджень.....	33
2.2.Організація дослідження.....	36
Розділ 3. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ГРАВЦІВ З БОЧЧА.....	38
3.1 Методичні засади організації тренувань на початковому етапі гравців бочча.....	38
3.2 Розвиток координаційних здібностей гравців бочче з ураженнями опорно-рухового апарату	48
3.3 Методика застосування спеціалізованих ігрових комплексів у формуванні спортсменів з боччі.....	51
Висновки до третього розділу.....	56
РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.....	58
4.1.Мета, завдання та особливості проведення експериментальних досліджень.....	58
4.2. Результати експериментального дослідження.....	62
Висновки до четвертого розділу	72
Висновки	74
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	76
ДОДАТКИ.....	83

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ПІ – Паралімпійські ігри

МОК – Міжнародний Олімпійський Комітет

BISFed – Міжнародна спортивна федерація бочча

CPISRA – Міжнародна асоціація спорту і відпочинку по боротьбі з церебральним паралічем
Міжнародна асоціація спорту і відпочинку по боротьбі з церебральним паралічем

ДЦП – Дитячий церебральний параліч

ЦП – церебральний параліч

УОРА – ураження опорно-рухового апарату

ВСТУП

Актуальність теми. Зростання кількості дітей, які страждають від проблем зі здоров'ям, що призводять до соціальної дезадаптації, є глобальною тенденцією [50].

Згідно з наявними даними, в Україні до 75% дітей, народжених з проблемами зі здоров'ям, мають інвалідність. Дитячий церебральний параліч є основною причиною інвалідності у дітей: чверть дітей з церебральним паралічем страждають від настільки тяжких порушень, що вони не можуть рухатися чи навчатися.

У багатьох країнах аматорський спорт є невід'ємною частиною системи соціальної підтримки людей з інвалідністю. Наприклад, у Сполучених Штатах та Канаді активно розробляються адаптовані спортивні програми. Заохочується рекреаційна діяльність, зокрема розширення інклюзивних спортивних клубів. Країни ЄС реалізують соціальні проекти, спрямовані на інтеграцію людей з інвалідністю через туризм, водні та командні види спорту.

Мережа спортивно-реабілітаційних центрів також поступово розвивається в Україні.

Рекреаційний спорт вважається однією з найефективніших форм соціальної реінтеграції для людей з інвалідністю, оскільки він поєднує фізичні, психологічні та соціальні переваги. На відміну від професійного спорту, рекреаційна діяльність менш конкурентна та більше зосереджена на здоров'ї та соціальній взаємодії. Її головна мета — сприяти фізичній активності, відновлювати фізичні та емоційні ресурси, а також розвивати соціальні зв'язки.

Інтеграція людей з порушеннями розвитку, особливими освітніми потребами та обмеженими здібностями в сучасне суспільство означає процес і результат надання їм реальних прав і можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя, включаючи участь в адаптованому фізичному

вихованні та спорті, на рівних засадах та з іншими членами суспільства за умов, сприятливих для їхнього розвитку.

Заняття рекреаційним спортом мають загальний вплив на процес соціальної реінтеграції: освітні аспекти : розвиток знань та навичок, пов'язаних зі збереженням здоров'я, безпечними заняттями фізичною активністю та правилами командної роботи; психологічні аспекти: зміцнення самооцінки, розвиток позитивного самосприйняття та стійкості до стресу; соціальні аспекти: створення комунікаційних мереж, сприятливого середовища та взаємопідтримки; та культурні аспекти: прихильність до спортивних традицій, участь у рекреаційних заходах та фестивалях, що сприяють соціальній інтеграції.

Рекреаційний спорт є ефективним інструментом соціальної реінтеграції людей з інвалідністю, поєднуючи фізичний розвиток та соціальну інклюзію. Участь у програмах дозвілля сприяє розвитку автономності, психоемоційної стабільності та комунікативних навичок, а також створює умови для повноцінної участі в суспільному житті. Перспективи розвитку включають покращення доступної спортивної інфраструктури, підготовку фахівців з дозвілля та впровадження інклюзивних програм на місцевому та національному рівнях.

Незаперечно, що реабілітація людей з інвалідністю є важливою та необхідною, починаючи з дитинства. Адаптивний спорт довів свою ефективність як ключовий соціальний інститут у процесі соціальної інтеграції людей з інвалідністю. Спортивні заходи значно покращують їхній соціальний статус, пропонуючи їм більші можливості для підвищення їхньої соціально-просторової мобільності. Спорт відіграє важливу роль у сучасній системі адаптивного спорту [5, 11, 34].

Для людей з важкими формами церебрального паралічу або іншими подібними нецеребральними захворюваннями опорно-рухового апарату

доступні види спорту, а тим більше змагальні види спорту, дуже обмежені. Бочча є одним із таких паралімпійських видів спорту, адаптованих для людей із захворюваннями опорно-рухового апарату [47, 50].

Це відносно новий напрямок адаптованого спорту в нашій країні, тому немає науково доведеного методу тренування спортсменів, який враховує індивідуальні особливості гравця, що визначаються прогресуванням патологічного процесу.

Метою дослідження було визначення оптимальних підходів до тренувань та адаптації тренувального процесу з бочче для спортсменів з різними патологіями з метою покращення їхніх функціональних здібностей, техніко-тактичних навичок, а також якості життя.

Цілі дослідження:

1. Провести огляд літератури щодо особливостей викладання бочче в різних нозологіях та визначте основні фактори адаптації.
2. Розробити та протестувати навчальний модуль (базовий + нозологічні адаптації) для гри в бочче .
3. Визначити критерії включення/виключення та сформувати дослідні групи (для нозологічних груп та контрольних груп).
4. Оцінити початковий функціональний, руховий та техніко-тактичний стан учасників, використовуючи перевірені інструменти.
5. Здійснити пілотне впровадження навчального модуля протягом контрольованого періоду (від 8 до 16 тижнів).
6. Для визначення динаміки ключових показників порівняти результати між нозологічними групами та з контрольною групою.
7. Оцінити толерантність, безпеку та задоволеність учасників навчальної програми.
8. Розробити практичні рекомендації щодо персоналізації навчального процесу для різних нозологій.

Предмет дослідження: Характеристика організації, змісту та ефективності тренувального процесу з боче для спортсменів, які страждають на різні нозологічні форми захворювань опорно-рухового апарату та нервової систем.

Об'єкт дослідження . Інтенсивний тренувальний процес, спрямований на підготовку спортсменів до гри в бочча на початковому етапі.

У дослідженні було використано такі методи: ретроспективні методи збору інформації, теоретичний аналіз та узагальнення даних з науково-методичної літератури.

Практичне значення дослідження включає розробку методики «*Методика використання спеціалізованих ігрових комплексів у тренуванні гравців у бочча*», яка враховує загальні тенденції, виявлені під час верифікаційного дослідження. Ця методика була впроваджена в тренувальний процес Полтавського регіонального центру фізичної культури та спорту для людей з інвалідністю «Інваспорт».

Результати дослідження були верифіковані після їх публікації під час роботи на IV Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми фізичного виховання, спорту та туристично-краєзнавчої і фізкультурно-оздоровчої роботи» (Глухів, Глухівський національний педагогічний університет імені Олександра Довженка, 27 листопада 2025 року) та VI Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми фізичної культури, спорту та фізичного виховання» (Полтава, Національний університет імені Юрія Кондратюка, 03 грудня 2025 р).

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, 3 рисунки та 2 таблиці. Список використаної літератури налічує 62 літературних джерела. Обсяг роботи – 86 сторінок.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ РЕКРЕАЦІЙНИХ ВИДІВ СПОРТУ

1.1. Рекреаційні види спорту як засіб соціальної реабілітації осіб з інвалідністю

Рекреаційний спорт вважається однією з найефективніших форм соціальної реінтеграції для людей з інвалідністю, оскільки він поєднує фізичні, психологічні та соціальні переваги. На відміну від професійного спорту, рекреаційна діяльність менш конкурентна та більше зосереджена на здоров'ї та соціальній взаємодії. Її головна мета — сприяти фізичній активності, відновлювати фізичні та емоційні ресурси, а також розвивати соціальні зв'язки.

Залучення людей з інвалідністю до аматорського спорту є корисним:

- підвищити рівень фізичної активності та фізичної працездатності;
- зміцнити психоемоційний стан, зменшити рівень тривожності та депресивні симптоми;
- соціальні зв'язки, розвиток навичок командної роботи;
- підвищити рівень соціальної інтеграції, подолати відчуття ізоляції.

Таким чином, рекреаційний спорт стає важливим засобом соціалізації, розвитку активного способу життя та покращення якості життя людей з інвалідністю.

Класифікація рекреаційних видів спорту для людей з інвалідністю

Рекреаційні види спорту охоплюють широкий спектр заходів, адаптованих до потреб та здібностей людей з інвалідністю. Ключові приклади включають:

1. Адаптовані спортивні ігри

- баскетбол на візках, волейбол сидячи, боулінг ;
- Сприяти розвитку координації, командної роботи та міцнішого відчуття приналежності до спільної справи.

2. Індивідуальні види спорту для активного відпочинку

- плавання, настільний теніс, легка атлетика;
- Вони пропонують можливість поєднати фізичну активність, змагання та особистісний розвиток.

3. Відпочинок на свіжому повітрі відпочинок

- піші прогулянки, велоспорт зі спеціальним спорядженням, доступний туризм;
- Сприяння не лише фізичному розвитку, а й емоційному відновленню через контакт з навколишнім середовищем.

4. Фітнес та оздоровчі практики

- Адаптовані фітнес-техніки, йога, дихальні вправи та релаксація;
- Вони допомагають зміцнити м'язи, виправити проблеми з поставою та зняти психоемоційне напруження.

Соціальний та освітній потенціал рекреаційного спорту

Заняття рекреаційним спортом мають комплексний вплив на процес соціальної реінтеграції:

- **Освітній аспект** : розвиток знань та навичок у сфері охорони здоров'я, безпечної фізичної активності та правил взаємодії в команді.
- **Психологічний аспект** : підвищення самооцінки, розвиток позитивної «самосвідомості», посилення стійкості до стресу.
- **Соціальний аспект** полягає у встановленні комунікативних зв'язків , створенні клімату підтримки та взаємодопомоги.
- **Культурний аспект**: участь у спортивних традиціях, участь у розважальних заходах та фестивалях, що сприяють соціальній інтеграції.

Особливої уваги заслуговує роль тренера та соціального педагога, оскільки вони виступають не лише організаторами курсів, а й посередниками в процесі соціальної адаптації.

Національний та міжнародний досвід використання рекреаційного спорту

У багатьох країнах аматорський спорт є невід'ємною частиною системи соціальної підтримки людей з інвалідністю. Наприклад, у Сполучених Штатах

та Канаді активно розробляються адаптовані спортивні програми. Заохочується рекреаційна діяльність, зокрема розширення інклюзивних спортивних клубів. Країни ЄС реалізують соціальні проекти, спрямовані на інтеграцію людей з інвалідністю через туризм, водні та командні види спорту.

Україна поступово розвиває мережу спортивних та реабілітаційних центрів. Національний спортивний комітет для людей з інвалідністю України, зокрема, займається не лише підготовкою до Паралімпійських ігор, а й розвитком рекреаційного спорту для всіх людей з інвалідністю.

Рекреаційний спорт є ефективним інструментом соціальної реінтеграції людей з інвалідністю, поєднуючи фізичний розвиток та соціальну інтеграцію. Участь у спортивних програмах сприяє розвитку автономності, психоемоційної стабільності та комунікативних навичок, а також створює умови для повноцінної участі у суспільному житті.

Перспективи розвитку включають покращення доступної спортивної інфраструктури, підготовку фахівців з дозвілля та впровадження інклюзивних програм на місцевому та національному рівнях.

1.2 Розвиток та становлення паралімпійського руху

Паралімпійські ігри – це міжнародні спортивні змагання для людей з інвалідністю, які вважаються такими ж престижними, як і Олімпійські ігри. Традиційно вони проводяться кожні чотири роки під егідою Міжнародного олімпійського комітету (МОК) на тому ж місці, що й Олімпійські ігри. Літні Паралімпійські ігри проводяться з 1960 року, а зимові Паралімпійські ігри – з 1976 року [50].

Розвиток спорту для людей з інвалідністю налічує понад століття. Ще у 18-му та 19-му століттях лікарі, анатоми та фізіологи довели, що фізична

активність є важливим фактором реабілітації людей з інвалідністю. У 1780 році французький лікар Тіссо розробив метод, який він описав у праці під назвою «Медико-хірургічна гімнастика з гігієнічної точки зору. Вправи для рук» [42, 28]. А в 1895 році француз Селестен Лекомт теоретично продемонстрував потужний терапевтичний ефект фехтування та описав п'ятнадцять захворювань, які можнавилікувати за допомогою цього виду спорту.

Перші спроби інтегрувати людей з інвалідністю у спорт датуються 19 століттям. Перший спортивний клуб для глухих був заснований у Берліні в 1888 році, а в 1922 році...

У 1911 році в Англії було засновано спортивний клуб, який щорічно організовував автомобільні перегони для людей з інвалідністю.

Участь осіб з інвалідністю, які страждають від травм опорно-рухового апарату, та поява видів спорту, в яких вони можуть брати участь, пов'язані з ім'ям німецького нейрохірурга. Луї Гутман, звільняючись від стереотипів щодо інвалідності, стверджував: «Важливо не те, що втрачено, а те, що залишається». Він представив спорт як важливий елемент реабілітації пацієнтів з травмами спинного мозку. На практиці він продемонстрував, що спорт для людей з фізичними вадами створює умови для повноцінного життя, відновлює їхню психічну рівновагу та дозволяє їм повернутися до нормального життя, незважаючи на інвалідність. Під час Другої світової війни Л. Гутман заснував Центр лікування травм спинного мозку на території лікарні Сток-Мандевіль (Ейлсбері), де відбулися перші змагання зі стрільби з лука для спортсменів на візках [12, 41].

Перша багатонаціональна участь колишніх британських та голландських військовослужбовців у перших Іграх у Сток-Мандевілі (1952), збільшення кількості учасників до 130 та розширення спортивних програм призвели до

створення Міжнародної спортивної федерації Сток-Мандевіля для спортсменів з особливими потребами та встановлення тісних зв'язків з МОК.

Майже одразу після XVII Олімпіади Всесвітні ігри для людей з інвалідністю, які стали першими літніми Паралімпійськими іграми, відбулися в Римі, Італія, з 18 по 25 вересня 1960 року. На міжнародних змаганнях вони називалися Дев'ятими Сток-Мандевільськими іграми, оскільки термін «Паралімпійські ігри» не був прийнятий МОК до 1984 року, тому змагання 1960 року були визнані першими Паралімпійськими іграми [14, 30, 38].

Спорт для людей з інвалідністю став невід'ємною частиною культури та сприяє їхній соціальній інтеграції. В останні десятиліття міжнародна спільнота все більше уваги приділяє проблемам, з якими стикаються люди з інвалідністю. Це особливо очевидно для дітей з інвалідністю, які є найбільш вразливим сегментом нашого суспільства. Сьогодні соціальний захист дітей з інвалідністю в Україні має першочергове значення через стабільне зростання цієї демографічної групи. За останнє десятиліття кількість дітей з постійними фізичними та/або психічними вадами зросла майже на третину, досягнувши 153 500. У відповідь Міністерство праці та соціальної політики України докладає значних зусиль для створення сучасної реабілітаційної інфраструктури, яка надасть дітям з інвалідністю рівні можливості для соціальної інтеграції. З цією метою в Україні створюється мережа центрів соціальної реабілітації для дітей з інвалідністю, яка наразі складається з 213 закладів. В середньому 17 000 дітей з інвалідністю щороку отримують реабілітаційні послуги в цих закладах відповідно до соціальних стандартів та з урахуванням специфіки їхньої інвалідності.

Ігри на свіжому повітрі – це складні та емоційно насичені фізичні дії, що регулюються чіткими правилами, що допомагають визначити кінцевий результат. Вони є важливим інструментом для гармонійного розвитку

фізичного та психічного здоров'я. Їхня головна характеристика полягає в їхньому загальному впливі на тіло та особистість. Гра одночасно сприяє фізичному, розумовому, моральному, естетичному та професійному розвитку. Інтенсивна фізична активність та позитивні емоції, які вона викликає, покращують усі фізіологічні процеси, оптимізуючи таким чином функціонування всіх органів і систем. Ігри на свіжому повітрі створюють найсприятливіші умови для розвитку фізичних якостей (сили, швидкості, витривалості, спритності та гнучкості).

1.3 Реінтеграція ветеранів у цивільне життя засобами фізичного виховання та спорту

Сучасні виклики, що виникають внаслідок наслідків збройного конфлікту, вимагають ефективних підходів до реінтеграції ветеранів у цивільне життя. Одним із найважливіших аспектів цього процесу є фізична активність та спорт, які сприяють не лише відновленню фізичного здоров'я, а й адаптації до нових соціальних умов. Вищі навчальні заклади можуть відігравати ключову роль у створенні умов, сприятливих для реабілітації та соціалізації ветеранів через спортивно-оздоровчі програми, що сприяють їхній психологічній та фізичній адаптації.

У нинішніх умовах вкрай важливо, щоб суспільство підтримувало тих, хто постраждав від наслідків військових операцій. Слід підкреслити вирішальну роль адаптованого спорту в соціальній інтеграції та реінтеграції ветеранів у цивільне життя.

Після повернення до цивільного життя ветерани та військовослужбовці стикаються з періодом адаптації, який включає вивчення нових реалій, налагодження соціальних зв'язків та розвиток особистих навичок для подолання нових викликів.

Досвід показує, що соціальна реінтеграція ветеранів – це складний процес, який поєднує медичні, фізичні, психологічні та соціально-освітні заходи, спрямовані на відновлення їхнього здоров'я, емоційного благополуччя та працездатності. Серед видів спорту, що практикуються, – вуличний та парковий волейбол, пляжний волейбол та гандбол. Також популярні боулінг та міські види спорту.

Офіційно визнані та загальнодоступні види спорту, які можна ефективно використовувати в програмах військової реабілітації, включають бодібілдинг, боулінг, більярд, важку атлетику, картинг, пейнтбол, скелелазіння, аеробіку, перетягування каната, спортивний туризм, спортивні шоу (включаючи танці та акробатику), сквош, комбіновані змагання, пляжний футбол, пляжний волейбол, стрітбол (баскетбол трьох гравців на половині майданчика) та футзал. Важливо зазначити, що більшість із цих видів спорту не входять до програми Олімпійських ігор і вважаються неолімпійськими.

Ці види спорту спрямовані на сприяння емоційному благополуччю та є важливими для здоров'я, розвитку, тренувань та реабілітації. Деякі з них адаптовані для людей з інвалідністю, і для них організуються спеціальні змагання, які називаються «змаганнями з рекреаційного спорту». Програми цих змагань адаптовані до функціональних здібностей, пов'язаних з інвалідністю (наприклад, волейбол на візках).

Історія міжнародного спорту, що ознаменована виникненням руху за розвиток спорту для людей з інвалідністю, сягає 1944 року, коли сер Людвіг Гуттманн заснував спеціалізоване відділення для пацієнтів, переважно жертв війни, які страждали від важких травм спинного мозку, у лікарні Сток-Мандевіль в Ейлсбері, Англія. Перші Міжнародні ігри Сток-Мандевіль відбулися під час Олімпійських ігор 1960 року в Римі. Ці ігри, попередники Паралімпійських ігор, були призначені для спортсменів на візках. У 1984 році

чотири міжнародні спортивні організації для людей з інвалідністю приєдналися до Міжнародної спортивної конфедерації (МСК). Відтоді МСК представляє всі типи інвалідності та всі види спорту для людей з інвалідністю. Вона також відповідає за організацію Паралімпійських ігор. У 1989 році МСК став Міжнародним паралімпійським комітетом (МПК). Відтоді МПК, за підтримки Міжнародного олімпійського комітету (МОК), організовує Паралімпійські ігри.

Адаптовані види спорту є ефективним інструментом соціалізації, що сприяє фізичній реабілітації, покращує психоемоційний стан та загальне самопочуття ветеранів. Участь у цих видах спорту є важливою для успішної їхньої реабілітації та інтеграції в цивільне життя [6].

Наукові дослідження підтверджують, що спорт є ефективним засобом реабілітації та соціальної реінтеграції ветеранів. Фізичні вправи допомагають відновити фізичні здібності, покращують психологічне благополуччя та сприяють адаптації до цивільного життя. Особливо корисними є адаптовані види спорту, адаптовані до характеристик та здібностей кожного ветерана. Деякі приклади досліджень наведено нижче.

Адаптивний спорт та його вплив на ветеранів. Центр ініціатив «Повернення до життя» провів дослідження, яке підтвердило, що адаптований спорт позитивно впливає на фізичне та психологічне здоров'я ветеранів. Участь у спортивних заходах допомагає зменшити симптоми посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та покращує загальне самопочуття. [12]

Соціальна інтеграція через фізичну активність. Дослідження, опубліковане в журналі «Соціальна психологія: проблеми та перспективи», підкреслює важливість адаптованих видів спорту в соціальній інтеграції ветеранів. Фізична активність сприяє створенню нових соціальних зв'язків та полегшує адаптацію до цивільного життя [6,7].

Роль спорту в психологічному відновленні. Численні дослідження вивчали реабілітацію ветеранів через спорт і психологію, підтверджуючи зв'язок між фізичною активністю та їхнім психологічним благополуччям. Автори наголошують, що спорт є важливим елементом у подоланні психологічної травми та сприянні емоційній стабільності [8,12].

Практичні аспекти фізичного виховання та спортивної реабілітації. У численних дослідженнях представлені результати різних проектів, спрямованих на ветеранів, програми яких включають фізичні вправи низької інтенсивності та спрямовані на покращення фізичного стану та соціальної адаптації учасників [1].

Загалом, наукові дослідження підтверджують, що спорт є потужним інструментом реабілітації та соціальної інтеграції ветеранів, сприяючи їхньому фізичному відновленню та психологічному благополуччю.

Політика щодо ветеранів є гарячою темою в нашій країні з 2014 року. Уряд запускає пілотні програми, щоб продемонструвати її ефективність на конкретних прикладах. Дійсно, безпосередньо постраждали понад 4 мільйони людей: ветерани та їхні сім'ї, родичі померлих ветеранів та люди з інвалідністю.

Можливо, будуть оголошені ініціативи щодо підтримки ветеранів через спорт. У січні 2025 року Рада Міністрів України ухвалила постанову про надання щоквартальної фінансової допомоги ветеранам та особам, які отримали інвалідність внаслідок військових травм, у розмірі 1500 гривень на заняття фізичною культурою та спортом. Ці кошти можна використовувати для фінансування спортзалів, басейнів та інших спортивних споруд. Заявки на отримання допомоги можна подавати через додаток «Дія», що значно спрощує процес.

Фізичне виховання та спорт відіграють фундаментальну роль у фізичній та психологічній реабілітації ветеранів війни. Регулярна фізична активність

сприяє відновленню фізичних функцій, покращує настрій та сприяє загальному психоемоційному благополуччю.

Практичні аспекти реабілітації за допомогою фізичної активності можна представити з кількох точок зору. Під час реабілітації важливо забезпечити комплексний підхід, що включає:

- Лікувальна фізична культура: вправи, спеціально розроблені для відновлення рухових функцій.
- Гідрокінезотерапія: вправи у воді, що зменшують напругу в суглобах та сприяють розслабленню.
- Психологічна підтримка: співпраця з фахівцями для подолання посттравматичного стресового розладу.

Такий підхід дозволяє досягти оптимальних результатів у відновленні здоров'я та якості життя ветеранів. Його можна успішно впровадити у вищих навчальних закладах. Існування спеціалізованих структурних підрозділів у цих закладах довело його ефективність.

1.4 Історія розвитку гри бочча. Бочча як засіб соціальної реабілітації людей з важкими ураженнями опорно-рухового апарату

Бочча (від італійського слова «boccia », що означає «м'яч, куля») – це вид спорту на високу точність ударів. Він входить до програми Паралімпійських ігор з 1984 року. Ця гра проводиться за правилами BISFed . Спочатку розроблена для реабілітації людей з церебральним паралічем, згодом у неї грають люди, які страждають на інші серйозні захворювання, такі як міопатія, травми шийного відділу хребта, розсіяний склероз тощо [9,10].

Предком є італійська гра бочче. Слово «бочче» часто не відмінюється відповідно до контексту; тому кажуть «il gioco delle bocce », а не «bosse».

Бочча поєднує елементи більярду, керлінгу та боулінгу [6, 34]. Кидання куль у ціль є однією з найдавніших відомих ігор. Графічні зображення фігур, що кидають м'яч або полірований камінь, датуються 5200 роком до нашої ери. Близько 800 року до нашої ери гра поширилася з Єгипту до Греції. Римляни запозичили її від греків, і бочча поширилася по всій Римській імперії. Назва гри, яка виникла в Італії, походить від латинського « *boccia* », що означає «м'яч» [5, 17].

Сучасна історія бочче як паролімпійського виду спорту сягає 1984 року. Бочче вперше було визнано міжнародним паролімпійським видом спорту та включено до програми Паролімпійських ігор у Нью-Йорку, США. Дев'ятнадцять спортсменів змагалися окремо у чоловічій та жіночій категоріях. Змагання проводилися у класах C1 та C2. Після успіху цієї події CPISRA призначила Говарда Бейлі (Велика Британія) міжнародним координатором з бочче .

У 1986 році бочче повернулося на міжнародну арену. Того року CPISRA організувала чемпіонат світу в Гітці , Бельгія. Зростання популярності бочче протягом попередніх двох років призвело до збільшення кількості учасників цих міжнародних змагань. Двадцять країн вже мали національні програми. Спортсмени CPISRA рейтингів C1 та C2 змагалися індивідуально, і вперше були проведені змагання змішаних команд у категоріях C1/C2. Ще одна нова особливість: спортсменам категорії C1 дозволялося використовувати допоміжні пристрої.

У 1988 році бочча була включена до програми Паролімпійських ігор у Сеулі, Корея. Були проведені змішані (чоловіки та жінки) змагання в категоріях C1 та C2, а також змішані командні змагання C1/C2. Португалія та Корея домінували в медальному заліку, вигравши найбільшу кількість медалей.

Ассен, що в Нідерландах, приймав чемпіонат світу з боччі, на якому було запроваджено третій вид змагань з боччі — C1 WAD (комітет з боччі почав розвивати арбітраж, і в тому ж році (1990) відбувся перший акредитаційний семінар для суддів. Комітет з боччі розробив та впровадив світову систему рейтингу. У 1996 році в Атланті, США, до Паралімпійських ігор вперше були включені змагання з боччі в категоріях C1 WAD (з використанням допоміжних пристроїв) та C1 WAD. На Паралімпійських іграх 2000 року в Сідней Австралія стала свідком величезного успіху та популярності цього виду спорту, про що свідчить велика кількість глядачів. Хоча бочча була включена до програми Ігор лише в 1988 році, вона вже стала повноцінною дисципліною в рамках Паралімпійського руху. Вісімдесят один спортсмен з 14 країн брав участь у змішаних індивідуальних змаганнях (чоловіки та жінки) у категоріях BC1, BC2 та BC3 (з використанням допоміжних пристроїв), а також у командних змаганнях BC1/BC2 та BC3.

Змагання з боччі в одиночному та парному розрядах (BC4) вперше були включені до програми змагань з боччі на Паралімпійських іграх 2004 року в Афінах, Греція. Ця програма змагань залишається незмінною й донині.[20]

На Паралімпійських іграх 2008 року в Пекіні 88 спортсменів з інвалідністю (порушеннями опорно-рухового апарату) з 19 країн взяли участь у змаганнях з бочче. Сьогодні понад 50 країн мають регіональні та національні програми розвитку цього виду спорту. Спеціалізована фізична підготовка спортсменів спрямована на розвиток фізичних якостей та навичок, характерних для бочче. Її цілі безпосередньо пов'язані з вивченням техніки та тактики гри. Основними засобами цієї підготовки є підготовчі вправи та ігри. Деякі вправи розвивають якості, необхідні для оволодіння технікою, включаючи зміцнення рук та покращення їх рухливості, гармонійне скорочення м'язів, розвиток м'язів рук і ніг; інші спрямовані на розвиток

тактичних навичок: швидкості реакції та орієнтації, швидкості удару та реагування на сигнали судді [11, 40].

Ставлення до людей з інвалідністю є показником розвитку суспільної свідомості. За останні роки цей показник в Україні дещо покращився. Однак ізоляція дітей та дорослих з інвалідністю зберігається; бракує умов, сприятливих для їхньої інтеграції в різні соціальні структури. У документах державної політики наголошується на необхідності гарантування якості та доступності реабілітаційних, рекреаційних та медичних послуг для найбільш вразливих груп населення України [29].

Інтеграція людей з порушеннями розвитку, особливими освітніми потребами та обмеженими здібностями в сучасне суспільство означає процес і результат надання їм реальних прав і можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя, включаючи участь в адаптованому фізичному вихованні та спорті, на рівних засадах та з іншими членами суспільства за умов, сприятливих для їхнього розвитку.

Експерти зазначають, що після завершення навчання у спеціалізованих закладах або госпіталізації люди з інвалідністю часто відмовляються від участі у спеціалізованих та систематичних фізичних вправах, що є однією з основних перешкод для їхньої реабілітації та відновлення функцій. Це призводить до дисбалансу в розвитку основних рухових навичок, особливо тих, що використовуються в повсякденному житті, а також до зниження психоемоційної активності та сподівань на активну інтеграцію в існуючу професійну систему [1, 26, 35, 43]. Зведення цих літературних джерел та накопиченого досвіду показує, що ефективним фактором одужання інвалідів є їхня активна участь у заняттях фізичною культурою та реабілітацією, спортивно-масових заходах, а також спортивних змаганнях з доступних видів спорту.

Бочче може бути використане для реабілітації пацієнтів з церебральним паралічем та нецеребральними порушеннями опорно-рухового апарату. Метою є більша участь пацієнтів у їх реабілітації через фізичне виховання та спорт, що допомагає запобігти атрофії м'язів, контрактурам та спастичності, сприяти розвитку компенсаторних рухових навичок та формувати позитивну, освітню та реабілітаційну мотивацію до регулярної фізичної активності [10, 27]. Бочча – це саме той вид спорту, яким займаються люди з церебральним паралічем. Абревіатура ДЦП розшифровується як церебральний параліч (ДЦП) – стан, при якому внаслідок пошкодження головного мозку порушується опорно-рухова система; сигнали, що надсилаються до мозку, тому не сприймаються та не дають очікуваного ефекту. На жаль, кількість дітей з ДЦП з року в рік не зменшується, а навпаки, зростає [2, 4].

Однією з основних причин розвитку церебрального паралічу є неврологічний розлад, який виникає в ранньому дитинстві. Діти з церебральним паралічем мають проблеми з координацією, когнітивні труднощі та порушення мови. Цей стан обмежує їхнє навчання, самостійність, вибір кар'єри, соціальну взаємодію та навіть їхню щоденну незалежність. Багато хірургічних втручань можуть відновити функцію опорно-рухового апарату, але, на жаль, ці методи лікування підходять лише для дітей з мінімальним пошкодженням мозку. Однак існує багато методів лікування, вправ та ігор, які підтримують фізичні здібності дітей з інвалідністю [23, 39].

Перший крок до заняття спортом, як зазначає Ю. Л. Бріскін [8], включає розвиток здатності контролювати поставу, рухи та м'язовий тонус. Оскільки різні форми церебрального паралічу характеризуються або гіпертонусом, або гіпотонусом м'язів, необхідно прагнути до їх нормалізації. Для зниження м'язового тонузу у людей з церебральним паралічем використовуються методи фіксації. Фіксація передбачає вибір оптимального вихідного положення під час

фізичних вправ. Оптимальне вихідне положення – це таке, яке не викликає патологічних рефлексів. Наприклад, під час виконання вправ лежачи на спині бажано підкласти подушку під голову, оскільки вертикальне положення може призвести до розгинання голови.

Для зниження м'язового тонусу використовуються вправи на розслаблення, включаючи великі обертальні рухи, коливальні рухи та розтяжки. Оскільки пацієнти з церебральним паралічем мають рухові порушення, погану просторову орієнтацію та труднощі з оцінкою відстані та форми руху, що вивчається, їх тренування повинні бути зосереджені на розвитку спеціалізованих органів чуття (простір, відстань, об'єкт тощо). Розвиток рівноваги є важливим компонентом тренувань спортсменів з церебральним паралічем [7].

Основною метою реабілітації, як підкреслюють А.А. Мельникова, Г.А. Мороз та В.Г. Олініченко, є робота з плечовим поясом та тулубом (ця група пацієнтів демонструє значну дисфункцію нижніх кінцівок). У цих пацієнтів спостерігаються суттєві обмеження функціонального діапазону рухів верхніх кінцівок, атетоз та спастичність (4–3+). Одночасно статичний та динамічний контроль тулуба дуже поганий, і пацієнти відчують значні труднощі з випрямленням після різних рухів. Реабілітація базується на принципах мобілізаційних вправ, спрямованих на покращення існуючих рухових функцій та розвиток нових, набуття складніших рухових моделей та оволодіння необхідними навичками. Це також стосується пацієнтів з нецеребральною формою захворювання, які страждають від м'язової слабкості, втоми та нездатності підтримувати вертикальне положення після падіння [25, 37].

Особливо важливо працювати над рухами розгинання, відведення та супінації верхньої кінцівки, розгинанням пальців, особливо великого пальця ноги, та повною опорою на стопу. Всі ці рухи сприяють тренуванню з боулінгу

. Кидаючи м'яч через голову, через плече або під плече, відводячи руку назад та обертаючи її долонею вгору, спортсмен одночасно виконує рухи розгинання, відведення та супінації в плечовому та ліктьовому суглобах [22].

Під час прицілювання гравець утримує м'яч у точному положенні або спрямовує його за певною траєкторією, тим самим зміцнюючи свої моторні навички. Під час кидка, визначаючи траєкторію та швидкість м'яча, гравець довільно координує роботу м'язів-згиначів та розгиначів, супінатора та пронатора, а також регулює силу скорочення м'язів. Ловлячи та відпускаючи м'яч, який має відносно велику масу (275 ± 12 грамів при окружності 270 ± 8 мм), спортсмен працює над координацією м'язів пальців. Для досягнення точного та потужного кидка необхідно контролювати положення тіла в просторі, використовуючи одну ногу для опори. Таким чином, боулінг, крім фізіотерапії, може сприяти корекції рухових функцій, оскільки техніка цієї гри розвиває силу, витривалість, координацію та точність [22].

Технічна підготовка спортсменів, які страждають на травми опорно-рухового апарату, як вказує Бріскін Ю.Л. [8]. Мета не повинна обмежуватися опануванням змагальної техніки, а й повинна включати розвиток необхідних рухових компенсацій. Під час проведення технічної підготовки спортсменів з інвалідністю або травмами опорно-рухового апарату вкрай важливо враховувати їхні специфічні медичні та індивідуальні особливості.

- обмежений руховий потенціал;
- специфічний емоційний контекст, сильна емоційна цінність кожного виду роботи;
- Складність (або неможливість) відтворення раціональної техніки виконання вправ з точки зору отримання максимальних спортивних результатів через дефекти опорно-рухового апарату;

- складність узгодження розробки нових спортивних вправ з керуванням транспортними засобами;
- Функціональні можливості спортсменів з інвалідністю не завжди відповідають структурі та техніці виконання вправ, які вони повинні опанувати;
- необхідність максимальної мобілізації функціональних та рухових резервів організму в процесі оволодіння технікою виконання вправ;
- Зв'язок між типом травми та структурою змагальної діяльності.

Тому під час тренування спортсменів з церебральним паралічем необхідно враховувати надзвичайну різноманітність його проявів та особливості рухових здібностей спортсменів цієї нозологічної групи [7, 52].

Шкіряний м'яч важить 275 г, має окружність 27 см і наповнений дрібними гранулами. На дотик він майже «живий», повністю заповнюючи долоню. У випадках спастичності кисті м'яч можна покласти на руку з розставленими пальцями, і попросити пацієнта кидати його по черзі обома руками, передаючи з однієї руки в іншу. Розмістивши кошик з м'ячами поруч з інвалідним візком, пацієнта заохочують піднімати їх і кидати. М'ячі також можна покласти на підлогу, і пацієнта потім заохочують підняти їх. Водночас його навчають користуватися інвалідним візком. Оскільки бочча вимагає моторних навичок (досягнення цілі), концентрації, відчуття ритму, а також дихання та емоційного контролю, всі дії проводяться в тиші, щоб уникнути будь-якої зайвої стимуляції [25].

Важливо, щоб розвиток основних рухових навичок був ігровим та приємним. Крім того, цей вид адаптованого спорту практично не травматичний та підходить для людей різного віку та рівня фізичної підготовки. Корекція рухових функцій допомагає покращити рухливість людей з травмами опорно-

рухового апарату та дозволяє їм опанувати раніше недоступні професійні завдання, тим самим сприяючи їхній соціальній реінтеграції [13, 22].

Важливо зазначити, що у людей з церебральним паралічем спостерігається м'язова гіпотонія, яка залежить головним чином від місця ураження мозку та призводить до рухових порушень. Особливо страждають дрібні та точні рухи. Як наслідок, навіть за відсутності важкого м'язового паралічу довільні рухи виконуються неточно та непропорційно, часто з гіперметрією. (надмірний діапазон рухів), а також труднощі з підтримкою певних положень через появу різких рухів – тремор (дрібний тремор).

Характерною рисою рухових розладів, пов'язаних з церебральним паралічем, є не лише труднощі або навіть нездатність виконувати певні рухи, але й слабкість відчуттів, пов'язаних з ними. Ця слабкість зумовлена недорозвиненням або патологією пропріоцептивної системи (м'язів, суглобів і зв'язок), яка визначає передачу аферентних імпульсів. Це призводить до патології кінестезії (м'язово-скелетної чутливості), яка лежить в основі схем тіла та рухових патернів. Як наслідок, у дитини розвиваються помилкові уявлення про рухи та спостерігається дефіцит активного тактильного сприйняття, включаючи труднощі з розпізнаванням об'єктів на дотик (стереогноз) (Данилова Л.А.).

Спортсмени з церебральним паралічем демонструють специфічні зорові порушення, включаючи порушення фіксації погляду та зорового стеження, а також звуження поля зору. Основною причиною цих порушень є парез екстраокулярних м'язів та ураження головного мозку (Мамайчук І.І., Шипіцин Л.М., 2003; Немкова С.А., 2013). Діти з церебральним паралічем також можуть мати порушення слуху, що може призвести до затримки розвитку, зокрема мови (Бадалян Л.О. та ін.; Торм Х.; Фельдкамп М.). Під час тренувань та психологічної підтримки важливо враховувати комбіновану патологію цих

спортсменів, оскільки це природно впливає на їхню особистість. Загалом, усі члени команди пройшли масштабні реабілітаційні програми протягом свого соціального та спортивного життя. Водночас вони не завжди усвідомлюють свої труднощі, часто пригнічуючи або заперечуючи їх, що, звичайно, заважає їм під час тренувань та змагань [8].

На перший погляд, бочча не є технічно складною грою. Його мета — закинути якомога більше куль у білу кулю. Однак, у міру проходження гри, гравець відкриває для себе різні техніки та тактики, що викликає інтерес до гри [11]. У цю гру можна грати індивідуально, парами або командами (трьох гравців); м'ячі розподіляються порівну між усіма гравцями. Кожна гра, залежно від кількості учасників, поділяється на кілька періодів (або фаз). В індивідуальних або парних іграх є чотири фази; в командах з трьох осіб — шість.

Починають гру з жеребкування. Команда-переможець обирає колір м'яча. Команда з червоними м'ячами завжди першою кидає м'яч. Потім черга переходить до іншої команди. Порядок кидка визначається м'ячем, який знаходиться найближче до «мітки». Команда, чий м'яч знаходиться найдалі від «мітки», кидає, доки їхній м'яч не опиниться найближче до нього. Дозволено торкатися м'ячів суперників, щоб відсунути їх від «півня». М'яч виготовлений зі шкіри, важить 275 грамів, має окружність 27 сантиметрів і наповнений дрібними намистинами.

Коли всі м'ячі викинуті на поле, суддя оголошує про кінець гри та присуджує очки гравцеві (парі або команді), чий м'яч (або м'ячі) знаходиться найближче до Джека з м'ячами.

За певних умов дозволено використання пускових установок для м'ячів та допомога асистентів, відповідно до правил, прийнятих у 2000 році. Гравці на інвалідних візках з важким церебральним паралічем або іншими

неврологічними захворюваннями можуть брати участь у змаганнях з боччі для людей з обмеженою мобільністю. Для боччі потрібен спеціальний набір м'ячів: шість синіх, шість червоних та один білий, а також плоский корт розміром 12,5 метрів на 6 метрів.

Спортсмени поділені на чотири класи: BC1, BC2, BC3 та BC4.

Клас BC1 включає гравців, які можуть рухати м'яч ногами або руками. Їм можуть допомагати асистенти. Ці асистенти стоять позаду гравця, поза ігровим майданчиком. Вони також регулюють положення кошика та подають, якщо необхідно, іноді тримаючи м'яч. У класі BC2 гравці грають без асистента та можуть кидати м'яч руками. Гравцям класу BC3 не дозволяється кидати м'яч руками. Для гри використовується спеціальний пристрій, такий як гірка або пандус. Спортсмену також допомагає асистент, який сидить або стоїть безпосередньо в його ігровому майданчику обличчям до нього. Асистенту не дозволяється повертатися, дивитися на майданчик, розмовляти з гравцем або залишати ігровий майданчик під час гри. Асистент просто слухає гравця та виконує його інструкції: підготувати гірку та подавати. Асистент також повинен опускати гірку на 90 градусів після кожного кидка [3, 10].

Спортсмени класу BC4, які мають нецеребральну опорно-рухову недостатність, мають труднощі з контролем тулуба через серйозні функціональні порушення всіх чотирьох кінцівок. Однак вони можуть точно кидати м'яч на полі і тому не потребують допомоги. З травня 2015 року було створено додатковий клас BC5 для спортсменів, які не належать до класів BC2 та BC4 [6, 11, 51].

З огляду на специфічний характер ряд авторів [7,12, 27] наголошує, що для досягнення найкращих результатів спортсмени повинні продемонструвати:

- достатня сила проєкції для очищення U-подібної лінії;

- Точність кидка: для перемоги в матчі м'яч не повинен відхилитися від наміченої цілі більш ніж на 10 см;
- фізична витривалість, необхідна для виконання кількох кидків поспіль;
- координація рухів, необхідна для керування інвалідним візком у боулінг-клубі [31].

Реабілітація в бочче базується на принципах мобілізаційних вправ, спрямованих на покращення існуючих рухових функцій та розвиток нових, набуття складніших рухових моделей та опанування основних навичок. Вона також застосовується для пацієнтів з нецеребральними патологіями, які мають м'язову слабкість, втому та нездатність підтримувати вертикальне положення після кидка.

Коли пацієнт ловить м'яч, він відчувається «живим» і повністю заповнює його долоню. Якщо рука спастична, м'яч можна тримати з розчепіреними пальцями, а пацієнта можна попросити кидати його по черзі обома руками, а потім перекидати з однієї руки в іншу. Кошик з м'ячами ставлять поруч з інвалідним візком пацієнта, щоб він міг підняти їх і кинути самостійно. М'ячі також можна покласти на підлогу, і пацієнта попросити зібрати їх. Одночасно їх навчають користуватися інвалідним візком.

Оскільки петанк вимагає гарної координації, вміння точно вдарити по м'ячу, концентрації уваги, планування, а також контролю дихання та емоцій, усі дії повинні проводитися в тиші, щоб уникнути зайвої стимуляції. Особливу увагу слід приділяти пацієнтам 3-го та 4-го класів, які не вміють ловити або кидати м'яч.

17-річний пацієнт з церебральним паралічем, класифікований як ВС3 та нездатний виконувати мануальну динамометрію, штовхав м'яч носом. Його тренер і мати ставили його на пандус. Це дозволяло йому грати, але вони

сподівалися, що він зможе зловити м'яч, принаймні, тримаючи його на пандусі. Метою було навчити його, як ловити та тримати м'яч. Через два роки йому більше не потрібно було витягувати руку, щоб штовхати м'яч носом. Пацієнт тримав його рукою; його гіперкінез не покращився, але його здатність контролювати м'яч покращилася [40, 49].

26-річного пацієнта з травмою спинного мозку С6-С7 класифікували як ВС4. Через дуже слабку силу хвата, оскільки він не міг виконувати динамометричні вправи обома руками, йому доводилося більшу частину часу тримати вагу в руці, не маючи змоги підняти її з землі. Тому його кидки залежали від сили тяжіння, і він не мав опори для спини. Після дев'яти місяців тренувань він почав відчувати парестезію у фалангах пальців лівої руки, тієї, яку він використовував для кидків. Потім він спробував опанувати техніку кидків правою рукою, але його прогрес на цьому етапі був мінімальним [10].

Активна реабілітація – це комплекс заходів з використанням фізичного виховання та вправ, спрямованих на сприяння автономії, максимізацію незалежності у повсякденному житті, інтеграцію та соціальну активність у осіб з порушеннями опорно-рухового апарату або сенсорними порушеннями, що виникли внаслідок травми, травми чи хвороби. Ключовими компонентами процесу активної реабілітації для пацієнтів є фізична, психологічна та соціальна реабілітація [10, 24].

Дослідниками визначено мотивації, які спонукають людей з інвалідністю грати в бочче. Було виявлено, що мотивація спортсменів з порушеннями опорно-рухового апарату до занять цим видом спорту визначається не специфікою самої гри, а особливостями їхнього способу життя, пов'язаного з інвалідністю. Ця мотивація ґрунтується на усвідомленні потреби в новому досвіді, самоствердженні, соціалізації та спілкуванні [18].

Усі ці елементи значною мірою задовольняють потребу людей з інвалідністю переживати сильні емоції та яскраві враження, допомагають зміцнити їхню впевненість у собі, підвищити їхню самооцінку та, як наслідок, сприяють соціальній реінтеграції спортсменів з інвалідністю. Гравці в бочче стикаються з труднощами, пов'язаними, серед іншого, із соціальним середовищем, погано адаптованим до їхніх потреб. Заняття бочче дозволяють спортсменам з порушеннями опорно-рухового апарату покращувати свої рухові навички, задовольняючи таким чином їхню потребу в спілкуванні, позитивних емоціях та сенсорній стимуляції. Участь у соціально значущих заходах дозволяє їм усвідомити свою важливість та свій внесок у суспільство. Тому адаптований бочче є ефективним інструментом соціальної реінтеграції спортсменів з важкими порушеннями опорно-рухового апарату [22, 36].

Висновки першого розділу

Рекреаційний спорт вважається однією з найефективніших форм соціальної реінтеграції для людей з інвалідністю, оскільки він поєднує фізичні, психологічні та соціальні переваги. На відміну від професійного спорту, рекреаційна діяльність менш конкурентна та більше зосереджена на здоров'ї та соціальній взаємодії. Її головна мета — сприяти фізичній активності, відновлювати фізичні та емоційні ресурси, а також розвивати соціальні зв'язки.

Інтеграція людей з порушеннями розвитку, особливими освітніми потребами та обмеженими здібностями в сучасне суспільство означає процес і результат надання їм реальних прав і можливостей брати участь у всіх видах і формах соціального життя, включаючи участь в адаптованому фізичному

вихованні та спорті, на рівних засадах та з іншими членами суспільства за умов, сприятливих для їхнього розвитку.

Заняття рекреаційним спортом мають загальний вплив на соціальну реінтеграцію: з освітнього боку вони надають знання та навички, пов'язані зі збереженням здоров'я, безпечною фізичною активністю та роботою в команді; з психологічного боку вони підвищують самооцінку, розвивають позитивне самосприйняття та покращують стійкість до стресу; з соціального боку вони створюють мережі комунікації, сприяють створенню сприятливого середовища та заохочують взаємну підтримку; а з культурного боку вони дозволяють продовжувати спортивні традиції та брати участь у рекреаційних заходах та фестивалях, що сприяють соціальній інтеграції.

Рекреаційний спорт є ефективним інструментом соціальної реінтеграції людей з інвалідністю, поєднуючи фізичний розвиток та соціальну інклюзію. Участь у програмах дозвілля сприяє розвитку автономності, психоемоційної стабільності та комунікативних навичок, а також створює умови для повноцінної участі в суспільному житті. Перспективи розвитку включають покращення доступної спортивної інфраструктури, підготовку фахівців з дозвілля та впровадження інклюзивних програм на місцевому та національному рівнях.

Бочча (від італійського слова, що означає «м'яч») – це вид спорту, що вимагає великої точності. Він є частиною Паралімпійських ігор з 1984 року. Цей вид спорту проводиться за правилами Британської паралімпійської спортивної федерації (BISFed). Спочатку розроблений для реабілітації людей з церебральним паралічем, зараз у нього грають спортсмени, які страждають від інших серйозних захворювань, таких як м'язова дистрофія, травми шийного відділу хребта, розсіяний склероз тощо.

Технічна підготовка для спортсменів, які страждають на травми опорно-рухового апарату доцільно зосередитися не лише на оволодінні технікою

змагальної діяльності, а й на вдосконаленні необхідних рухових компенсацій з урахуванням їх нозологічних та індивідуальних особливостей.

Важливо, щоб розвиток основних рухових навичок відбувався у стимулюючій та ігровій формі. Цей вид адаптивного спорту практично безризиковий та підходить для людей різного віку та рівня фізичної підготовки, дозволяючи їм опанувати раніше недоступні завдання та таким чином сприяючи соціальній реінтеграції людей з інвалідністю.

Гравці в бочча стикаються з труднощами, пов'язаними, серед іншого, із соціальним середовищем, яке не адаптовано належним чином до їхніх потреб. Бочча дозволяє спортсменам з порушеннями опорно-рухового апарату покращувати свої рухові навички та задовольняти свою потребу в соціальній взаємодії, позитивних емоціях та збагачувальному досвіді. Участь у соціально значущих заходах дозволяє їм усвідомити свою важливість та свій внесок у суспільство. Таким чином, адаптована бочча є ефективним інструментом соціальної реінтеграції спортсменів з важкими порушеннями опорно-рухового апарату.

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

Для досягнення поставлених цілей ми використовували такі методи дослідження:

1. Процес тренування з боччі ;
2. відеозапис;
3. педагогічні спостереження;
4. аналіз літературних джерел;
5. анкета, бесіда;
6. методи математичної статистики.

У спортивному тренуванні використовуються дві основні групи методів: загальні методи навчання , що включають вербальні та наочні методи, та практичні методи, що включають суворо регламентовану програму вправ, а також ігрові та змагальні методи.

У спортивному тренуванні термін «метод» стосується використання основних тренувальних засобів, а також набору прийомів і правил, призначених як для спортсмена, так і для тренера. Методологія — це система методів, навчальних прийомів, а іноді й способів організації тренувальних занять для вивчення певної рухової навички.

Вибираючи методи, необхідно стежити за їхньою чіткою відповідністю поставленим цілям, загальним та специфічним принципам навчання спортивному тренуванню, віковим та статевим особливостям спортсменів, а також рівню їхньої фізичної підготовки.

Група загальних методів навчання.

1. Словесні методи: розповідь, опис, бесіда, аналіз, завдання, оцінювання, упорядкування, лічба.

2. Візуальні методи: проєкція, демонстрація, фільми та відео, постери та макети, орієнтація, лідерство, оперативна інформація зі зворотним зв'язком.

Комплекс практичних методів. Методи, спрямовані переважно на оволодіння спортивною технікою: цілісні конструктивні методи та дискретні конструктивні методи.

При застосуванні методів оволодіння рухами, як загалом, так і окремими частинами, важлива роль відводиться вступним (спеціальним) та імітаційним (легким) вправам.

Усі вправи повинні бути різноманітними та виконуватися з використанням різних технік:

- одночасне виконання вказівок тренера;
- Самостійне виконання відповідно до інструкцій тренера;
- Передача виконання наказу відповідно до вказівок або сигналів тренера;
- Послідовне виконання після отримання наказу або сигналу (кожна лінія виконує вправи кілька разів поспіль);
- Змагання на краще виконання вправи в парах; - виконання під наглядом партнера (у групах по три особи); - виконання вправ у вільному стилі тощо.

Рівномірний метод полягає у виконанні вправ з постійною, зазвичай помірною, інтенсивністю протягом відносно тривалого періоду. Прикладами його застосування в тренуваннях є вправи з надувним м'ячем, біг на лижах у стабільному темпі тощо.

Змінний метод характеризується постійною зміною інтенсивності зусиль спортсмена. Фактично, більшість спеціалізованих та конкретних підготовчих вправ виконуються у змінному темпі.

Відмінною особливістю методу повторення є те, що протягом заняття кожен прийом або одна з його частин відпрацьовується з перервами рівної або змінної тривалості.

Інтервальне тренування передбачає чергування високоінтенсивних вправ з періодами відпочинку. Ці інтервали можуть бути постійними або змінними, а їхня тривалість може збільшуватися або зменшуватися залежно від ваших тренувальних цілей.

Тренування з боччі включає демонстрацію з подальшими поясненнями. Інструктор демонструє техніку самостійно або з учнем. Демонструючи вправи та пояснюючи техніку їх виконання та застосування, спортсмени повинні отримати правильне розуміння того, як виконувати ці дії.

Одним із методів навчання, що використовуються в початковій освіті, є гра. Ці вправи сприяють розвитку комплексного набору якостей та навичок, що стимулюють самостійне навчання та моторну творчість. Окрім оволодіння базовими техніками, молоді люди вчаться вільно рухатися в обраних позиціях, спостерігати за діями партнера, розподіляти свою вагу, концентруватися, швидко адаптуватися та самостійно та творчо вирішувати моторні задачі. Використання ігор та вправ, що включають елементи петанку, в навчально-тренувальному процесі також сприяє швидкому оволодінню технікою, стимулюючи інтерес та ентузіазм юних гравців різного віку.

Застосування ігрового методу починається з розробки мінімальної кількості тренувальних дій, що дозволяють спортсменам опанувати рухи, і закінчується розробкою тренувальних дій, що дозволяють їм повноцінно опанувати взаємодію.

Трансформація освітньої діяльності дозволяє розробляти імітаційні моделі та педагогічні методи індивідуального навчання, засновані на вирішенні конфліктів через гру.

Ігровий метод характеризується, перш за все, своєю наративною структурою. Він дозволяє учням планувати свої дії з високим ступенем ймовірності. Водночас він пропонує найкращі можливості для творчого вирішення проблем, що включає моторні навички, сприяючи розвитку самостійності, ініціативи та винахідливості.

Спеціалізовані ігрові комплекси, які ми представимо в розділі 3, можуть бути успішно використані для тренування спортсменів на кортах для бочча.

Математичні статистичні методи. Отримані дані були оброблені за допомогою методів математичної статистики, зокрема t-критерію Стьюдента. Середнє арифметичне (M) та стандартну похибку (m) були розраховані за допомогою програмного забезпечення Statistica.

2.2 Організація дослідження

Для апробації методики початкового навчання боччі з вересня по грудень 2025 року в Регіональному центрі фізичної культури та спорту для людей з інвалідністю в Полтаві «Інваспорт» було проведено формувальний експеримент.

У дослідженні брали участь дві групи молодих людей віком від 15 до 18 років, які ніколи не грали в бочча: експериментальна група та контрольна група, кожна з яких складалася з 10 спортсменів. Контрольна група тренувалася за стандартною методикою. Експериментальна група тренувалася за нашою власною методикою під назвою «Методологія використання спеціалізованих ігрових систем у тренуванні спортсменів бочча», яка враховує загальні тенденції, що спостерігалися під час дослідження.

Тренувальні заняття в обох групах проходили 3 рази на тиждень, кожне тривалістю 2 академічні години.

Дослідження проводилося в кілька етапів.

Було проведено огляд національної та міжнародної науково-методичної літератури з досліджуваної теми, а також програм та планів навчання боччі. Було сформульовано мету, предмет, завдання, об'єкт дослідження та комплекс необхідних методів дослідження, а також розроблено програму валідаційних експериментів.

Використано тренувальний процес навчання боччі; відеозапис; педагогічні спостереження.

На другому етапі було зібрано та оброблено первинні дослідницькі дані. Була розроблена методологія використання спеціалізованих ігрових систем у тренуваннях з боччі. Методи дослідження, що використовувалися на цьому другому етапі, включали відеозаписи, опитування, анкетування, інтерв'ю та педагогічне спостереження.

На третьому етапі було проведено педагогічний експеримент. Були проведені контрольні тести для перевірки методології використання спеціалізованих ігрових систем для тренування гравців у бочче. Кваліфікаційну роботу було завершено. Методи дослідження, що використовувалися на цьому третьому етапі, включали педагогічне експериментування, математичні та статистичні методи обробки експериментальних даних, а також аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

РОЗДІЛ 3. МЕТОДИЧНІ ЗАСАДИ ОРГАНІЗАЦІЇ ТРЕНУВАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ ГРАВЦІВ З БОЧЧА

3.3 Методичні засади організації тренувань на початковому етапі гравців бочча

Загальний методичний підхід до організації занять з бочче для осіб з тяжкими неврологічними розладами центральної нервової системи, що вражають усі чотири кінцівки, передбачає створення умов, що дозволяють спортсмену оптимізувати функціональний діапазон рухів верхніх кінцівок. Це досягається шляхом вибору техніки кидка, адаптованої до індивідуальних рухових здібностей спортсмена.

Вчені розробили процедуру початкової технічної оцінки початкового механізму тренувань, що складається з п'яти кроків [22].

Підготовчий етап. Цей етап слідує за процесом класифікації спортсменів. Він вимагає аналізу їхньої історії хвороби, звертаючи особливу увагу на діагностований тип церебрального паралічу та будь-які пов'язані з ним діагнози. Це дозволить сформулювати гіпотези щодо потенційних труднощів, з якими спортсмен може зіткнутися під час виконання рухів, необхідних для кидка, а також визначити його домінуючу руку.

Попередня оцінка індивідуальних рухових навичок. На цьому етапі рухові навички оцінюються шляхом спостереження за виконанням спортсменом серії кидків без конкретних технічних інструкцій. Дійсна інструкція: «Візьми м'яч і кинь його на майданчик, намагаючись приземлитися в зоні призначення». Спортсмену просто потрібно кинути на майданчик усі шість м'ячів одного кольору.

На цьому етапі спостереження важливо відзначити: чи може спортсмен самостійно зловити м'яч з землі, з кошика, закріпленого збоку або під інвалідним візком, або з рук асистента, чи потрібно його піднімати; тип

активності пальців під час ловлі м'яча та тип використаного хвата; обраний тип кидка: високий чи низький; чи може спортсмен самостійно витягнути руку, щоб підняти його, як високо він піднімає руку та як виконує рух; як орієнтує руку до майданчика, якщо обирає низький кидок; труднощі, які він відчуває при випусканні м'яча: чи вдається це з першої спроби, чи потрібно пробувати кілька разів?; а також тяжкість будь-яких спастичних або мимовільних рухів, ступінь дисгармонії рухів у різних частинах тіла та кінцівках; чи контролює спортсмен свою поставу під час кидка та чи робить додаткові рухи, щоб повернутися у вихідне положення після завершення кидка.

Вибір хвата м'яча. Цей крок є важливим для визначення найзручнішого хвата для спортсмена та оцінки можливості використання хвата, який сприяє кращому контролю м'яча під час кидка. З цією метою спортсмену рекомендується спробувати кинути м'яч, використовуючи всі можливі хвати послідовно: хват «м'яч», хват «штанга», хват «трипод», з різними комбінаціями пальців, хват «щипка» та хват «долоня». Спортсмен не повинен вибирати хват з меншою кількістю пальців, якщо він вправно володіє хватом з більшою кількістю пальців.

Етап вибору методу кидка. Спортсмену пропонується виконати серію кидків, використовуючи всі методи, перелічені в класифікації, та оцінити їх комфортність. Одночасно тренер оцінює поставу спортсмена під час кидка, наявність мимовільних рухів, рухову активність кінцівок та незадіяних частин тіла, а також амплітуду та точність кидків, виконаних різними методами. На основі цих спостережень тренер визначає найефективніший метод. Як правило, тренер і спортсмен погоджуються, і тому обраний метод зберігається як основний для подальшої роботи зі спортсменом. У разі розбіжностей між тренером і спортсменом, метод, обраний спортсменом, зберігається як

основний, а метод, обраний тренером, вважається резервним методом і рекомендується для подальших тренувань [21, 48].

Заключний етап. На цьому етапі тренер фіксує результати початкової технічної оцінки гравця в бочче та планує розвиток техніки кидка на основі закріплених індивідуальних рухових навичок.

Слід зазначити, що під час тренувань спортсмена, принаймні раз на рік, необхідно повторювати процедуру початкової технічної оцінки металника, щоб адаптувати наступний план тренувань до техніки метання м'яча та, по можливості, урізноманітнити набір доступних спортсмену технік [22].

Вченими вже запропоновано методичну основу для організації вступних навчальних курсів з бочче. Вступний курс з бочче складається з дев'яти уроків, кожен з яких триває від 30 хвилин до однієї години. Тривалість курсу та кожного окремого уроку варіюється залежно від складу групи та цілей.

Кожне заняття включає розминку, відпрацювання нових навичок та закріплення отриманих знань. Перерви заплановані протягом усієї гри; їх кількість та тривалість адаптуються до потреб учасників.

Під час першої частини уроку інструктор дає інструкції з техніки безпеки. Потім презентується обладнання та гра. Перед кожним тренуванням діти виконують розминку, а потім практичні вправи. В кінці тренувань проводиться оцінювання набутих практичних навичок. Важливу роль також відіграє боулінг, який вимагає багато часу під час тренувань [31].

Розроблено серію контрольних вправ для оцінки придатності спортсменів з травмами опорно-рухового апарату до гри в бочче . Ці вправи (тести) можуть бути рекомендовані як частина навчально-тренувальних процесів, а також у наукових дослідженнях, спрямованих на вивчення динаміки розвитку спортивних навичок у гравців у бочче [19].

1. Оцінка координації:

1.1. Кидайте м'яч у ціль перед відповідним квадратом послідовно з відстаней 3, 5 та 7 м; критерієм зарахування очок є дотик м'яча до цілі в момент його першого контакту з землею.

1.2. Займіть вихідне положення на платформі з плином часу (10 спроб).

2. Рівень опору:

2.1. Кидайте м'ячі на заздалегідь визначену відстань, послідовно на 3, 5 та 7 метрів; критерієм оцінювання є перший контакт м'яча із землею, всередині або поза зоною контролю.

3. Оцінювання технічних навичок:

3.1. Точне кидка м'яча на задану відстань: 3, 5, 7 м; мішень розміщується послідовно в центрі, по діагоналі ліворуч і праворуч, по краях поля ліворуч і праворуч; критерієм підрахунку очок є зупинка м'яча в мішені.

Розташування мішеней на полі показано на рисунку 1. Діаметр мішеней та ширина контрольних ліній приблизно дорівнюють двом діаметрам м'яча, або 20 см. Усі кидки виконуються з квадратів 3 або 4, спочатку домінуючою рукою, потім, якщо можливо, недомінуючою рукою. Для кожної руки кожне випробування складається з сетів з 10 кидків через плече та 10 кидків під плече. Перерва між кидками та вправами становить не менше 5 хвилин.

Темне коло є метою оцінки координації;

Світле коло є мішенню для оцінки технічних навичок;

3-метрова лінія для оцінки опору;

+ - центр ділянки.

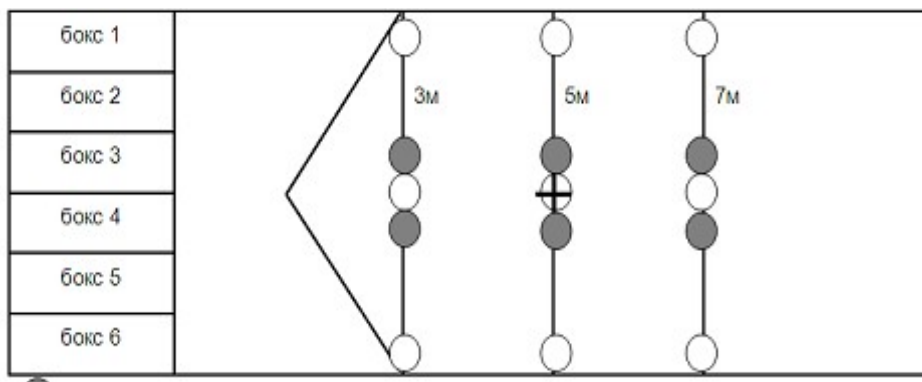


Рис. 3.1 Розташування мішеней для оцінки якостей, розвинених на полі для боулінгу [19].

При виборі кожного тесту необхідно враховувати такі умови:

1. Діагноз, стать, вік пацієнта;
2. Виконуйте тести індивідуально з кожним випробуваним;
3. Вибираючи тести, не слід обмежуватися оцінкою фізичних якостей, а краще віддавати перевагу тим, які дозволяють покращити координаційні навички за найкоротший час;
4. Рекомендується визначати зміст практичних занять відповідно до рівня володіння руховими навичками та здібностями, що використовуються у практиці бочче.

Також рекомендується включати загальні та спеціалізовані вправи, спрямовані на профілактику контрактур, розвиток координації та покращення м'язового тонусу й кровообігу [44].

Деякі дослідники пропонують методика тренування техніки метання бочче, засновану на індивідуальних рухових діях спортсменів. Ця методика полягає в розподілі дії «кидок м'яча на майданчик» на дві фази: початкове позиціонування та виконання кидка. Вона також спирається на підбір спеціальних вправ для розвитку відповідних рухових навичок та використання додаткового обладнання, що сприяє візуалізації положення спортсмена в просторі відносно цілі та траєкторії м'яча. Фаза початкового позиціонування

перед кидком. Під час цієї фази спортсмен коригує своє положення на полі відносно м'яча, приймає оптимальну позу для кидка та прицілюється. Для цього гравець, який кидає, повертає свій інвалідний візок у напрямку кидка та приймає найстабільніше положення [22].

Роль тренера під час навчання цим діям полягає в тому, щоб допомогти спортсмену знайти потрібне положення, запам'ятати його та розвинути здатність самостійно пересуватися по ігровому полю, щоб прийняти відповідне вихідне положення.

Експериментальна методика встановлює наступний алгоритм для навчання гравця вибору оптимальної вихідної позиції перед виконанням удару з урахуванням його індивідуальних рухових дій:

1. Визначте орієнтири на тілі спортсмена та на його інвалідному візку, які служать орієнтирами.

Першою та основною точкою відліку завжди є рука гравця. Залежно від способу кидка, на руці встановлюються такі точки відліку:

- виконати кидок долонею, повернутою вперед (кидок зверху та знизу) – до центру долоні;
- Кидок м'яча вперед тильною стороною долоні (кидок з-під пальця) - п'ястно-фаланговий суглоб третього пальця;
- Кидок стороною долоні, зверненою вперед (кидок знизу) - вершина кута, утвореного поздовжніми осями першого та другого пальців.

Під час кидка початкова точка на руці спортсмена повинна збігатися з мішенню (у грі в джекбол), тобто «цілься в ціль».

Другою точкою відліку може бути підлокітник інвалідного візка, стопа або стегно спортсмена, або його домінуюча рука, витягнута вперед. Вибір цієї вторинної точки відліку залежить від рухових навичок спортсмена. Якщо спортсмен має достатній контроль над своїми мимовільними рухами

(спастичність та атетоз), і його рука не відхиляється від основного напрямку руху під час кидка, підлокітник інвалідного візка або стегно з того ж боку, що й його домінуюча рука, можуть служити гарною вторинною точкою відліку. Коли спортсмен повертається до м'яча, вторинна точка відліку, як і первинна, повинна бути вирівняна з мішенню.

Ситуація ускладнюється, коли мимовільні рухи спортсмена заважають йому кинути м'яч безпосередньо в ціль, а траєкторія м'яча відхиляється від прямої лінії, незалежно від кута. Як правило, через індивідуальні відмінності спортсмен не може оцінити ступінь цього відхилення або відповідно скоригувати свої рухи. Тому йому потрібна додаткова точка відліку, щоб компенсувати частіші відхилення м'яча від цілі; іншими словами, йому потрібна «корекція мимовільних рухів».

Ця точка відліку обирається в кожному конкретному випадку, оскільки вона залежить не лише від мимовільних рухів, але й від постави спортсмена під час кидка, а також від положення його кінцівок (ноги, неактивної руки) відносно тіла. Наприклад, якщо спортсмен через спастичність та недостатнє відокремлення активної руки від тіла згинає руку на висоті плечей у горизонтальній площині під час високого кидка м'яча, первинна точка відліку (центр долоні) відхиляється від прямої лінії, що з'єднує його з ціллю. У цьому випадку додатковою точкою відліку може служити підлокітник інвалідного візка або протилежне стегно.

Повертаючи інвалідний візок до цілі, спираючись на протилежний підлокітник, спортсмен компенсує відхилення траєкторії м'яча, спричинене надмірним обертанням інвалідного візка до своєї домінуючої руки. Використовуючи цю ключову точку орієнтира, спортсмен може перевірити правильність положення інвалідного візка в парку, практикуючи різні кидкові рухи перед тим, як зловити м'яч.

2. Вибір найстабільнішого положення для користувача інвалідного візка. Положення спортсмена в інвалідному візку, його положення для кидка та положення кінцівок визначаються на основі його індивідуальної постави та ступеня розбіжності між кінцівками та тулубом. Критерієм вибору положення є мінімізація мимовільних рухів. Зокрема, спортсмена можуть попросити спертися на спинку інвалідного візка, триматися за підлокітник недомінантною рукою, витягнути та схрестити ноги або зігнути їх під певним кутом та поставити на підлогу або на підставку для ніг інвалідного візка.

Після вибору початкової позиції спортсмен повинен мати змогу самостійно її прийняти, незалежно від положення мішені на полі. Для цього розроблено спеціальну вправу під назвою «Обличчям до м'яча»: сині або червоні м'ячі випадковим чином розміщуються на полі та служать мішенями. Використовуючи точні маркери, спортсмен повинен послідовно прийняти початкову позицію, щоб кинути м'яч у кожну мішень [45].

Правильне вихідне положення візуалізується та перевіряється одночасно за допомогою натягнутого каната, прикріпленого до вторинної точки опори та що простягається від неї по прямій лінії. Якщо ціль знаходиться на цій лінії, вправа виконана правильно. В іншому випадку спортсмен коригує своє положення на полі та згадує ідеальні положення первинної та вторинної точок опори відносно цілі. Після того, як вправа буде освоєна, її можна включити до тренувань з фіксованим часом та організувати як змагання між учасниками.

Фаза кидка. Під час цієї фази спортсмен виконує фізичний жест кидка м'яча на поле, який можна розділити на три фази: підготовчу, основну та заключну.

Під час підготовчої фази спортсмен повинен виконати замах назад, щоб виконати кидок вище або нижче мішені. Одночасно він повинен контролювати мимовільні рухи та переконатися, що його рука правильно розташована

відносно цілі перед основною фазою. Для цього він зазвичай виконує кілька послідовних замахів назад, що допомагає зменшити спастичність та атетоз . Під час замаху спортсмен повинен фіксувати погляд на цілі, що може бути складно, враховуючи мимовільні рухи тулуба та коротку відстань між тулубом та кінцівками [46].

Зокрема, для одного спортсмена розвиток оптимального замаху перед кидком був досягнутий шляхом багаторазових пасивно-активних повторень цього руху за допомогою тренера або асистента.

Основна фаза кидка через плече та під плече дещо відрізняється, але в обох випадках вона передбачає швидкий і точний рух руки вперед. Через коротку відстань між тулубом і кінцівками, неконтрольовані рухи рук, активні чи пасивні, особливо виражені на цьому етапі, що може змінити напрямок кидка. Спазматичні скорочення м'язів-згиначів або слабкість м'язів-розгиначів пальців можуть перешкодити випуску м'яча, що вимагає кидка. Неконтрольовані рухи голови можуть призвести до втрати зорового контакту з ціллю.

Метання, як довге, так і коротке, вимагає значних м'язових зусиль, розвиненої рухової координації та мобілізації майже всіх груп м'язів, що призводить до описаних негативних наслідків. Слід зазначити, що значення термінів «довга» та «коротка» дистанція значно варіюється від одного спортсмена до іншого [33].

Для досягнення цього важливо визначити комфортну для кожного спортсмена дистанцію кидка, тобто дистанцію, на якій його неконтрольовані рухи під час пострілу є найменш значними. Спеціальні тренування слід починати з мішені на цій комфортній відстані, і в міру покращення точності стрільби дистанцію можна поступово зменшувати або збільшувати.

Рух зап'ястя під час кидків через плече та згинання ліктя під час кидків під плече. Спортсмени з гіперкінетичним церебральним паралічем демонструють низку мимовільних рухів, які можуть впливати на всі частини тіла: тулуб, голову, ноги та руки, як активні, так і неактивні [7, 32].

Щоб зменшити тривалість мимовільних рухів після завершення кидка, спортсменам слід зробити кілька глибоких вдихів і повільних видихів.

Різноманітність рухових навичок, що спостерігаються у гравців у бочче, вимагає індивідуального підходу до навчання техніці кидків. Тому перед початком тренувань необхідна попередня технічна оцінка гравця. Ця оцінка складається з п'яти кроків [22].

Ця процедура встановлює всі характеристики рухових дій спортсмена, визначає поставу, способи кидка та прийому м'яча, що дозволяє нейтралізувати вплив різких та мимовільних рухів, характерних для гравця, на ефективність його кидків. Кидок м'яча на майданчик складається з двох фаз: прийняття позиції та виконання кидка. Кожна з цих фаз створює різні труднощі для спортсменів з різним рівнем рухових навичок. Крім того, майже всі гравці в бочче відчують труднощі з пересуванням по майданчику на початку тренувань через свій специфічний фізичний стан.

3.2 Розвиток координаційних здібностей гравців бочче з ураженнями опорно-рухового апарату

За даними багатьох вчених, рухова координація людини є результатом поєднання кількох рухових координацій, що забезпечують продуктивну рухову діяльність, тобто здатність ініціювати, контролювати та, за необхідності, швидко відновлювати рух. Ця навичка є складною за своєю структурою. Варто також наголосити, що рухова координація вважається основою для розвитку нових рухових навичок та здібностей, що пояснює її значний вплив на спортивні результати.

Слід зазначити, що прояви координації надзвичайно різноманітні, класифікуються за спрямованістю рухових завдань і повністю визначають якість виконання вправ, оскільки вони по суті поєднують вимоги основних біомеханічних характеристик (кінематики та динаміки) руху, а саме: часових (час реакції, час руху, ритм), просторових (вихідне положення, постава, рух тіла та його зв'язки в просторі, різні за напрямком, амплітудою, траєкторією), просторово-часових (швидкість, прискорення), динамічних (зусилля), ритмічної структури, як комплексної характеристики техніки рухової дії (відповідність зусиль у часі та просторі) [15, 47].

Людина з сенсорними, руховими та інтелектуальними порушеннями не здатна одночасно керувати всіма цими характеристиками, оскільки інвалідність створює невідповідності між різними функціями, брак або дефіцит сенсорної інформації, або дезорганізацію між регуляторною та виконавчою системами організму. Чим важча інвалідність, тим значніші труднощі з координацією.

Тому в контексті тривалої спортивної підготовки особливу увагу необхідно приділяти розвитку координаційних здібностей у спортсменів з травмами опорно-рухового апарату, тобто рівню розвитку різних видів

координаційних здібностей: кінестетичних навичок, здатності координувати комбіновані рухи, статокінетичних навичок, здатності підтримувати рівновагу, темпо-ритмічних навичок, навичок реакції, навичок орієнтації, складних реакцій або реакцій вибору.

Аналіз стандартів спортивної підготовки людей з неперевершеною фізичною підготовкою (НВП) показав, що частка загальної та спеціальної фізичної підготовки на початковому етапі тренувань становить близько 60% від загального змісту тренувань, що дозволяє приділяти особливу увагу розвитку всіх видів координаційних здібностей у рамках загальної та спеціальної фізичної підготовки, не зосереджуючись на розвитку домінуючого компонента для конкретного виду спорту.

Для оволодіння певним видом координаційної навички необхідно дотримуватися певної послідовності:

- 1) здатність довільно та раціонально зменшувати м'язову напругу;
- 2) Рівновага – це здатність підтримувати стійку поставу під час статичних та динамічних вправ, на обмеженій та рухомій опорі, під впливом прискорення;
- 3) здатність нервової, м'язової та скелетної систем забезпечувати виконання дрібних і точних рухів кистями рук і пальцями відповідно до поставлених завдань (точність дрібної моторики);
- 4) здатність контролювати руховий ритм (метричні зв'язки в руховій активності);
- 5) Координація рухів тіла та його частин у рамках рухової дії;
- 6) Просторова орієнтація — це здатність визначати та змінювати положення тіла та його різних частин у просторово-часовому полі;

7) Диференціація зусиль, часу та простору – як навичка, що відображає точність оцінки, вимірювання та відтворення заданих параметрів руху;

8) Швидкість реакції: здатність моторно «реагувати» на зовнішні сигнали різних типів (зорові, слухові), реорганізувати рухи за змінних умов [16].

Таблиця 3.1

Запропоновані пропорції планування обсягу спортивного обладнання, призначеного для розвитку координаційних здібностей у спортсменів з порушеннями опорно-рухового апарату.

Зміст навчання	Етапи спортивної підготовки			
	заняття освітній (спортивні тренування (%) спеціалізація (%)	рівень (%)	стажування та практичні вищої освіти) тренування, (%)	спортивні (%)
Бочча - Функціональна група I, чоловіки, жінки				
загальні / (включаючи координацію) Орієнтація (% від фізичного об'єму) Підготовка))	17-21 / 50-60	9-13 / 50-60	8-12 / 30-40	5-9 / 20-30
Найважливіший тип координаційних навичок залежить від стадії розвитку. Підготовка	1-8	3, 5, 6, 7	6.7	6.7
важливість координаційних навичок	3			
Бочча – функціональні групи II та III, чоловіки, жінки.				

загальні / (включаючи координацію) Орієнтація (% від фізичного об'єму) Підготовка))	27-31 / 40- 50	12-16 / 30- 40	11:15 / 20:30	5-9 / 20
Найважливіший тип координаційних навичок залежить від етапу тренування.	1-8	3, 5, 6, 7	6.7	6.7
важливість координаційних навичок	3			

Запропонований алгоритм розвитку компонентів координаційних здібностей (у таблиці 3.1) не має суворих обмежень та варіюється відповідно до індивідуальних здібностей.

3.3. Методика застосування спеціалізованих ігрових комплексів у формуванні спортсменів з боччі

1. Мета методики: Сприяти розвитку техніко-тактичних умінь та соціальних навичок спортсменів з інвалідністю через використання ігрових комплексів, що моделюють умови гри у боччі та дозволяють поступово формувати індивідуальний і командний стиль змагання.

2. Завдання методики

1. Формування точності та контрольованості кидків.
2. Розвиток тактичного мислення та вміння приймати рішення в ігровій ситуації.
3. Забезпечення поступового ускладнення вправ і створення мотивації через елемент змагальності.

4. Розвиток комунікативних та соціальних компетентностей у групових формах роботи.

3. Структура ігрових комплексів

Комплекс 1. «Точність і прицільність»

- Використовуються мішені різного діаметру та відстані.
- Завдання спортсмена – набрати максимальну кількість балів за точні попадання.
- Рівні складності: від статичної позиції до виконання з різних положень та під різним кутом.

Комплекс 2. «Стратегія гри»

- Моделюються ігрові ситуації (наприклад: перекриття доступу до «джек-бола», вибивання суперницької кулі).
- Завдання – обрати найбільш ефективний тактичний варіант і реалізувати його.
- Виконується індивідуально та у малих групах.

Комплекс 3. «Командна взаємодія»

- Учасники поділяються на команди, відпрацьовують розподіл ролей (гравець-нападник, гравець-захисник).
- Передбачаються короткі ігрові матчі за спрощеними правилами.
- Розвивається комунікація, довіра і взаємопідтримка.

Комплекс 4. «Ситуативні міні-турніри»

- Проведення тренувальних турнірів з обмеженою кількістю кидків або скороченим часом.
- Орієнтація на швидке прийняття рішень і адаптацію до стресових умов.

4. Організаційно-методичні умови

- **Тривалість занять:** 45–60 хв., 2–3 рази на тиждень.
- **Принцип поступовості:** від простих вправ на точність → до складних тактичних і командних ситуацій.

- **Індивідуалізація:** підбір завдань з урахуванням функціональних можливостей кожного спортсмена.
- **Змагальність:** включення елементів гри (система балів, міні-матчі), що стимулює мотивацію.
- **Соціальна інтеграція:** робота у парах і командах, обговорення результатів, взаємна підтримка.

5. Очікувані результати

- Підвищення точності та стабільності кидків.
- Розвиток тактичної гнучкості.
- Формування командних навичок та комунікації.
- Підвищення психологічної стійкості та впевненості у власних силах.
- Поглиблення соціалізації спортсменів з інвалідністю через активну участь у групових іграх.

Таблиця 3.2

Приклади вправ для спеціалізованих ігрових комплексів у боччі

Ігровий комплекс	Приклад вправи	Мета вправи	Особливості виконання
Комплекс на розвиток точності кидків	«Влучання в коло» – кидання м'ячів у різні за розміром кола, розташовані на підлозі	Формування відчуття дистанції, контроль сили й напрямку	Кола різного діаметру (від 50 см до 1,5 м) розташовуються на відстані 3–7 м
Комплекс на тактичне мислення	«Захист джекболу» – відкидання суперницьких м'ячів, що знаходяться поруч із цільовим	Розвиток тактичного мислення, навчання вибору оптимального кидка	Використання різних варіантів кидків (зверху, збоку, котінням)

Ігровий комплекс	Приклад вправи	Мета вправи	Особливості виконання
Комплекс на координацію та просторову орієнтацію	«Бар'єри» – прокатування м'яча між предметами (фішками, конусами)	Розвиток координації, окоміру, точності траєкторії	Відстань і ширина проходу змінюються залежно від підготовленості
Комплекс на командну взаємодію	«Парні кидки» – гравці по черзі виконують кидки для досягнення спільного результату	Формування командної стратегії та співпраці	Виконується у парах або групах із завданням «виграти сет разом»
Комплекс на розвиток сили та контролю кидка	«Дальнє попадання» – кидки у джек-бол, розташований на максимальній відстані	Тренування сили кидка та збереження точності	Відстань поступово збільшується від 6 до 10 м
Комплекс на концентрацію уваги	«Серія влучань» – 5–7 кидків поспіль у одну точку	Розвиток стабільності результату й концентрації	Підрахунок відсотка влучань; вправу можна проводити на час

Приклад структури повного тренувального заняття з боччі, де використані запропоновані комплекси вправ.

Приблизна структура тренувального заняття з боччі

1. Підготовча частина (10–12 хв.)

- **Мета:** підготовка організму до навантаження, активізація уваги й координації.
- **Вправи:**
 - Легка розминка рук, плечового поясу, тулуба (кругові рухи, нахили).
 - Координаційні вправи з м'ячами: перекочування м'яча по підлозі однією та двома руками.
 - «Передай м'яч» у парах – короткі й точні передачі.

2. Основна частина (30–35 хв.)

- **Мета:** розвиток технічних і тактичних навичок, формування командної взаємодії.

Блок 1. Технічна підготовка (10–12 хв.)

- Комплекс «**Влучання в коло**» (кидки в кола різного розміру).
- Комплекс «**Бар'єри**» (прокатування м'яча між конусами).

Блок 2. Тактичні дії (10–12 хв.)

- Комплекс «**Захист джек-болу**» – вибивання м'ячів суперника.
- Комплекс «**Парні кидки**» – робота в парах для досягнення спільної мети.

Блок 3. Контроль сили та концентрації (8–10 хв.)

- Комплекс «**Дальнє попадання**» – кидки в джек-бол на максимальну дистанцію.
- Комплекс «**Серія влучань**» – 5–7 кидків поспіль у задану точку з фіксацією результату.

3. Заключна частина (8–10 хв.)

- **Мета:** зняття напруги, закріплення навичок, підбиття підсумків.
- **Вправи:**
 - Легка гімнастика (розтягування плечового поясу, рук, спини).
 - Вправи на дихання (глибокі вдихи-видихи з розведенням рук).

- Обговорення успішності виконаних завдань («Що вдалося найкраще?», «Над чим треба ще попрацювати?»).

Таку структуру можна використати як **методичну розробку одного заняття** або як приклад організації тренувального процесу в практичній частині роботи.

Висновки до третього розділу

Загальний методичний підхід до організації занять з бочче для осіб з тяжкими неврологічними розладами центральної нервової системи, що вражають усі чотири кінцівки, передбачає створення умов, що дозволяють спортсмену оптимізувати функціональний діапазон рухів верхніх кінцівок. Це досягається шляхом вибору техніки кидка, адаптованої до індивідуальних рухових здібностей спортсмена.

Слід зазначити, що під час тренувань спортсмена необхідно повторювати початкову процедуру технічної оцінки з бочче принаймні раз на рік, щоб скоригувати наступний план тренувань щодо техніки метання м'яча та, по можливості, урізноманітнити спектр доступних спортсмену технік.

Кілька авторів пропонують методичні рекомендації щодо організації вступного навчання з бочче. Вступний курс бочче складається з дев'яти уроків, кожен з яких триває від 30 хвилин до однієї години. Тривалість курсу та кожного окремого уроку залежить від складу групи та цілей. Також рекомендується включати загальні та спеціалізовані вправи для запобігання травмам м'язів, розвитку координації, покращення м'язового тону та кровообігу.

Рекомендується використовувати методику тренування техніки кидка м'яча в бочче, засновану на врахуванні індивідуальних рухових дій

спортсменів, яка полягає в розподілі дії гри «кидок м'яча на поле» на дві фази: прийняття вихідного положення та виконання кидка, необхідний підбір специфічних вправ для розвитку відповідної рухової навички, а також використання додаткового обладнання, яке допомагає візуалізувати положення спортсмена в просторі відносно цілі та траєкторію м'яча.

Тому в контексті тривалої спортивної підготовки особливу увагу необхідно приділяти розвитку координаційних здібностей у спортсменів з травмами опорно-рухового апарату, тобто рівню розвитку різних видів координаційних здібностей: кінестетичних навичок, здатності координувати комбіновані рухи, статокінетичних навичок, здатності підтримувати рівновагу, темпо-ритмічних навичок, навичок реакції, навичок орієнтації, складних реакцій або реакцій вибору.

Цей метод спрямований на сприяння розвитку технічних, тактичних та соціальних навичок спортсменів з інвалідністю шляхом використання ігрових систем, що імітують умови бочча та дозволяють поступовий розвиток індивідуальних та колективних стилів змагань.

Впровадження запропонованої методики призводить до таких результатів: підвищення точності та узгодженості кидків; розвиток тактичної гнучкості; розвиток навичок командної роботи та комунікації; підвищення психологічної стійкості та впевненості в собі; а також глибша соціалізація спортсменів з інвалідністю через їх активну участь у групових іграх.

РОЗДІЛ 4. РЕЗУЛЬТАТИ ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

4.1 Цілі та характеристики експериментальних досліджень

Метою дослідження було визначення оптимальних підходів до тренувань та адаптації тренувального процесу з бочче для спортсменів з різними патологіями з метою покращення їхніх функціональних здібностей, техніко-тактичних навичок, а також якості життя.

Цілі дослідження:

1. Провести огляд літератури щодо особливостей викладання бочче в різних нозологіях та визначте основні фактори адаптації.
2. Розробити та протестувати навчальний модуль (базовий + нозологічні адаптації) для гри в бочче .
3. Визначити критерії включення/виключення та сформувати дослідні групи (для нозологічних груп та контрольних груп).
4. Оцінити початковий функціональний, руховий та техніко-тактичний стан учасників, використовуючи перевірені інструменти.
5. Здійснити пілотне впровадження навчального модуля протягом контрольованого періоду (від 8 до 16 тижнів).
6. Для визначення динаміки ключових показників порівняти результати між нозологічними групами та з контрольною групою.
7. Оцінити толерантність, безпеку та задоволеність учасників навчальної програми.
8. Розробити практичні рекомендації щодо персоналізації навчального процесу для різних нозологій.

Предмет дослідження: Характеристика організації, змісту та ефективності тренувального процесу з бочче для спортсменів, які страждають на різні нозологічні форми захворювань опорно-рухового апарату та нервової

систем (порівняльний аналіз адаптацій, динаміка функціональних, техніко-тактичних показників).

Об'єкт дослідження: спортсмени, що займаються бочче, різних нозологій, що беруть участь у тренувальному процесі в галузі реабілітації та спорту або в клубному контексті.

Характеристика експериментальних досліджень (методологія). Квазіекспериментальне / рандомізоване, контрольоване або проспективне порівняльне дослідження між групами з різними нозологіями. Можливі варіанти: паралельні групи (кожна нозологія + спільна контрольна група) або перехресне дослідження для окремих процедур (якщо етично прийнятно).

Відбір проб та формування груп

- Розмір вибірки визначається шляхом обчислення потужності (аналіз) з урахуванням очікуваного ефекту; в ідеалі, щонайменше від 12 до 20 осіб у підгрупі для основного дослідження.
- Стратегія відбору: стратифікація за нозологією, віком, статтю, ступенем функціональних порушень (з використанням клінічних шкал/класифікацій).
- Критерії включення: стабільний клінічний стан, здатність брати участь у навчанні, згода учасника та викладача.
- Критерії виключення: гострі захворювання, нестабільний стан здоров'я, протипоказання до фізичної активності.

Втручання (протокол навчання)

- Загальні вправи з бочче (техніка кидків, позиціонування, тактичні вправи), вправи на силу та координацію, вправи на гнучкість, специфічні ігрові ситуації.
- Нозологічні адаптації: положення тіла (сидячи/лежачи/відрегульований стілець), модифікація обладнання (легші/важчі м'ячі), використання допоміжних пристроїв, коригування обсягу/інтенсивності, довші перерви для втомлених учасників.

- Частота та тривалість: наприклад, від 2 до 4 тренувань на тиждень по 45-90 хвилин, тривалість курсу від 8 до 16 тижнів (параметри узгоджуються з урахуванням клінічної ситуації).
- Протокол має бути стандартизований у письмовій формі (один план на урок) та збережений для подальшого відтворення.

Вимірювані змінні (індикатори)

1. Основні (результати): техніко-тактичні показники ефективності (точність ударів, коефіцієнт успішності, результати матчів), функціональні тести (діапазон рухів, сила хвата, контроль тулуба).
2. Вторинні критерії: якість життя (методи анкетування), втома (шкали), рівень болю, мотивація та задоволення від тренувань.
3. Біомеханічні/кінематичні параметри (за наявності обладнання): траєкторія запуску, швидкість снаряда.
4. Клінічні параметри: м'язовий тонус, ступінь спастичності (за відповідними шкалами), наявність ускладнень.

Інструменти та методи оцінювання: Використання валідованих клінічних шкал та тестів (вказіть у протоколі такі інструменти: функціональні шкали на основі нозологічних критеріїв, стандартизовані тести для оцінки рухових функцій, анкети якості життя); відтворювані методи вимірювання (інструкції для дослідників, калібрування матеріалів); фото /відеоаналіз ігрових серій для незалежної оцінки методології.

Контрольні точки вимірювання були наступними: базове вимірювання (до початку втручання), вимірювання в середині курсу (через 4 та 8 тижнів), остаточне вимірювання (після закінчення курсу) та подальше спостереження через 1-3 місяці для перевірки збереження результатів (подальше спостереження).

Постійний моніторинг та стандартизація

- Стандартизація умов тренувань (покриття поля, обладнання, час доби).

- Інструкції однакові для всіх інструкторів та включають використання контрольних списків для проведення курсів.
- Контроль супутніх факторів (модифікація медикаментозного лікування, фізіотерапія): визначення додаткових втручань .

Етичні міркування та безпека

- Отримання інформованої згоди учасників або їхніх законних представників.
- Протокол був схвалений етичним комітетом установи.
- Моніторинг побічних явищ та протокол припинення участі у разі погіршення стану.
- Забезпечити доступність та поважати права учасників з інвалідністю.

Статистична обробка даних

- Опис статистичного плану (дескриптивна статистика, тести нормальності розподілу, парні/непарні t-тести або аналогічні непараметричні тести, ANOVA/ANCOVA для порівняння груп з урахуванням коваріат , регресійний аналіз для виявлення предикторів успіху).
- Визначення рівня значущості (наприклад, $p < 0,05$) та використовуйте корекції для множинних порівнянь.
- Аналіз динаміки за допомогою кількох (змішаних) показників моделі), враховуючи відсутні дані (за необхідності, імпутацію).
- Розрахунок розміру ефекту (ефекту) розмір) для легшого отримання результатів.

Надійність та валідність

- Проведення пілотного дослідження для перевірки ефективності використаних тестів та протоколу.
- Оцінка надійності між оцінювачами (між оцінювачами / внутрі оцінювачами) надійність) для суб'єктивних оцінок.

Методологічні аспекти, специфічні для різних нозологій

- Стратифікація за ступенем погіршення (щоб уникнути плутанини щодо наслідків).
- Адаптація навантаження до свого індивідуального рівня відповідно до вашої витривалості та координації; людям, які страждають на спастичність, рекомендується використовувати техніки релаксації перед тренуванням.
- Тактичні вправи будуть адаптовані для учасників з вадами зору; для користувачів інвалідних візків особлива увага буде приділена правильному положенню тіла та передачі імпульсу.
- Введення додаткових допоміжних вправ для корекції асиметрії, порушень постави або контролю дихання.

Практичне впровадження та тиражування дослідження вимагають задокументованого протоколу та навчання тренерів, щоб забезпечити відтворюваність результатів. Слід надати шаблони планів уроків, форм збору даних та коду статистичного аналізу, щоб інші могли тиражувати дослідження.

Очікувані наукові та практичні результати включають визначення конкретних адаптацій та ефективних елементів тренування для кожної умови. Розроблено рекомендації щодо створення індивідуальних та групових планів тренувань з бочче. Практичний матеріал включає стандартизований навчальний модуль, рекомендації з безпеки та посібники з адаптації .

4.2. Результати експериментального дослідження

Для апробації початкової методики викладання боччі з вересня по грудень 2025 року в Регіональному центрі фізичної культури та спорту для людей з інвалідністю «Інваспорт» у Полтаві було проведено формувальний педагогічний експеримент.

У дослідженні брали участь дві групи молодих людей віком від 15 до 18 років, які ніколи не грали в бочча: експериментальна група та контрольна група, кожна з яких складалася з 10 спортсменів. Контрольна група тренувалася за стандартною методикою. Експериментальна група тренувалася за нашою власною методикою під назвою «Методологія використання спеціалізованих ігрових систем у *тренуванні спортсменів бочча*», яка враховує загальні тенденції, що спостерігалися під час дослідження.

Аналіз науково-методичної літератури показав, що ставлення до людей з інвалідністю є показником розвитку суспільної свідомості. Цей показник дещо покращився в Україні за останні роки. Однак, ізоляція дітей та дорослих з інвалідністю зберігається, а умови, що сприяють їхній соціальній інтеграції в різних установах, відсутні. У документах державної політики наголошується на необхідності гарантування якості та доступності реабілітаційних, рекреаційних та медичних послуг для найбільш вразливих верств населення в Україні.

Зведення цих літературних джерел та накопиченого досвіду показує, що ефективним фактором одужання інвалідів є їхня активна участь у заняттях фізичною культурою та реабілітацією, спортивно-масових заходах, а також спортивних змаганнях з доступних видів спорту.

Петанк може бути використаний для реабілітації пацієнтів з церебральним паралічем та нецеребральними порушеннями опорно-рухового апарату. Метою є більша участь пацієнтів у їх реабілітації через фізичне виховання та спорт, що допомагає запобігти атрофії м'язів, контрактурам та спастичності, сприяти розвитку компенсаторних рухових навичок та формувати позитивну, освітню та реабілітаційну мотивацію до регулярної фізичної активності [10, 27].

Бочча, вид спорту з м'ячем, адаптований для людей з порушеннями опорно-рухового апарату, є частиною програми літніх Паралімпійських ігор з 1984 року.

Бочча – це вид спорту, яким займаються люди з церебральним паралічем.

Результати опитування тренерів та спортсменів щодо розвитку бочче в Україні свідчать про наступне: більшість респондентів визначили неможливість транспортування спортсменів до тренувальних майданчиків як найважливішу проблему.

Гравці в бочча враховують наявність захворювання. Відсутність спеціально навчених тренерів з бочче, відсутність спонсорів, низькі зарплати тренерів, недостатність науково-методичної літератури з бочче, а також відсутність інформації про бочче в соціальних службах та міських і регіональних спортивних комітетах (Рисунок 4.1).

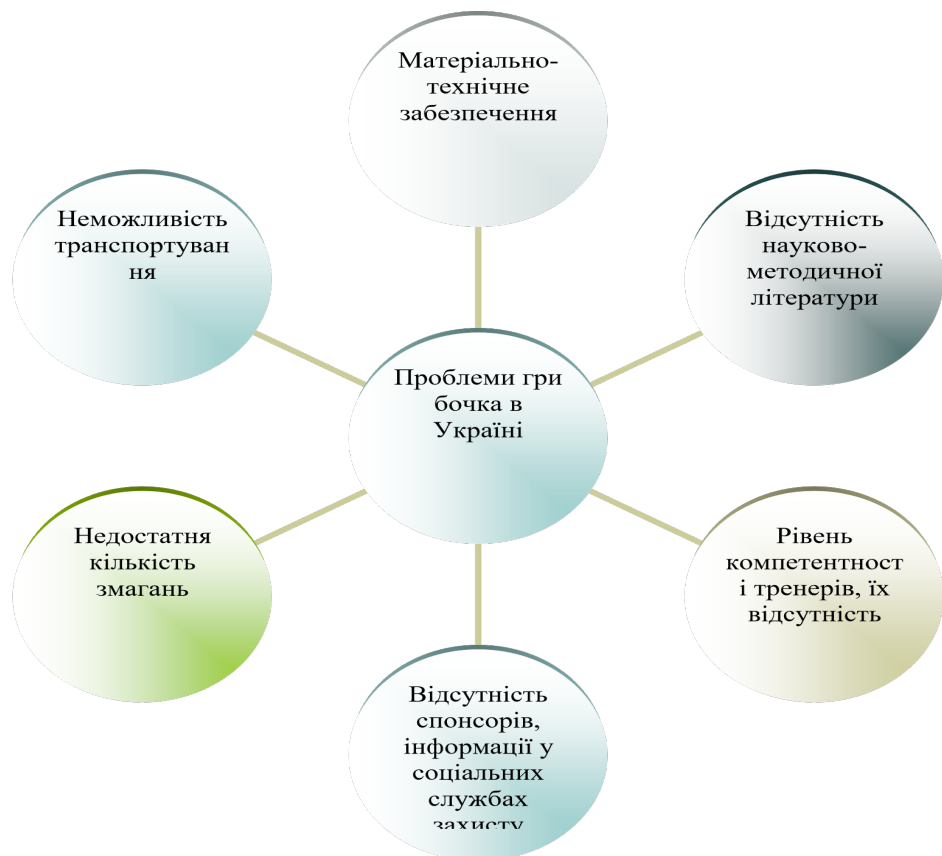


Рис.4.1 проблеми розвитку бочче в Україні

На завершення, ми вважаємо, що для більш ефективного розвитку боче необхідно: популяризувати цей вид спорту серед людей, які страждають на порушення опорно-рухового апарату; покращити фізичну інфраструктуру майданчиків для боче в регіонах, зокрема шляхом забезпечення безбар'єрного доступу до спортивних споруд для людей з інвалідністю; залучити більше волонтерів, спонсорів та меценатів для організації тренувань та змагань; а також створити та вдосконалити систему наукової підготовки тренерів та спортсменів цього виду спорту.

Після проведених досліджень було встановлено наступний перелік причин, які мотивують людей з порушеннями опорно-рухового апарату грати в боулінг :

- отримати нові враження (відчуття захоплення, боротьби, перемоги);
 - розвивати моральні та вольові якості;
 - бажання знайти друзів, товаришів;
 - бажання продемонструвати свої здібності;
 - бажання знайти заняття поза домом;
 - створити потребу в регулярних заняттях;
 - фізичні вправи та спорт;
 - бажання вести здоровий спосіб життя;
 - покращити здоров'я;
 - можливість вибратися з «чотирьох стін»;
 - Бажання довести, що людина здатна на більше («перевершити себе»).
- себе");
- прагнення до самоствердження (отримання титулу);
 - бажання бути корисним суспільству;
 - Бочча — єдиний адаптований вид спорту, в якому я можу самовиражатися.

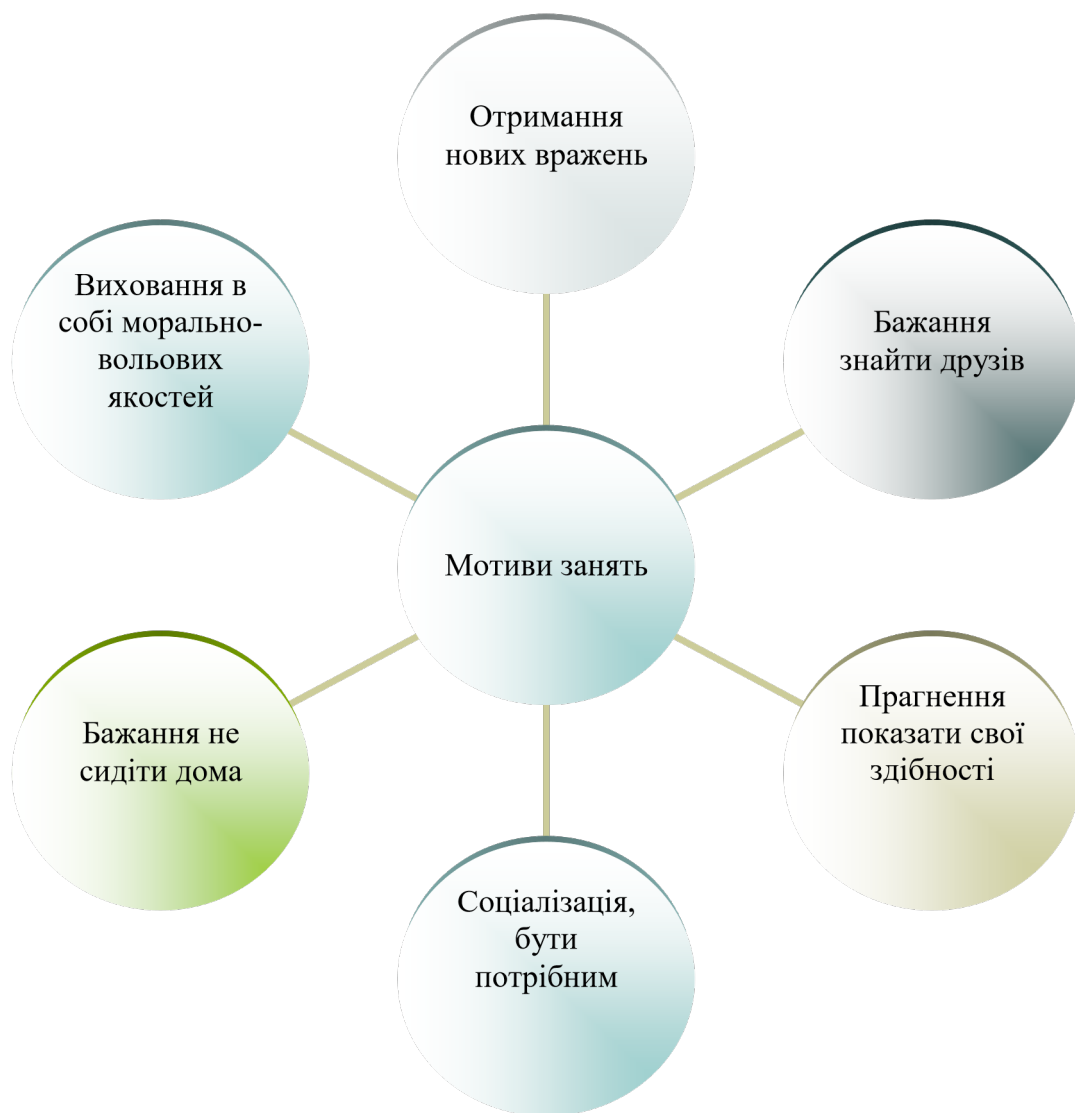


Рис. 4.2. Основні мотиви спортсменів грати в боччу.

Загалом, найважливішими мотиваціями є такі: «здобуття нових вражень (відчуття хвилювання, боротьби, перемоги)», «розвиток моральних та вольових якостей», «бажання заводити друзів, товаришів», «бажання демонструвати свої здібності», «бажання знаходити заняття поза домом», тобто мотивації самоствердження, соціалізації та спілкування.

Усі люди з інвалідністю, які віддають перевагу спорту, більш мотивовані до спілкування, що дуже позитивно впливає на їхню соціалізацію.

Таким чином, дослідження показало, що мотивація спортсменів, які страждають від травм опорно-рухового апарату, грати в петанк Це

визначається не характеристиками конкретного виду адаптованого спорту, а особливостями способу життя, пов'язаного з цим захворюванням.

Як згадувалося раніше, переважна більшість гравців у петанк мають церебральний параліч. Для них особливо важливо працювати над такими рухами, як розгинання, відведення та супінація верхньої кінцівки, розгинання пальців, особливо мізинця, та повна опора на стопу. Гра в петанк дозволяє їм відпрацювати всі ці рухи .

Під час кидка м'яча зверху, через голову або знизу, відводячи руку назад і обертаючи її долонею вгору, спортсмен одночасно виконує рухи розгинання, відведення та супінації у плечовому та ліктьовому суглобах відповідно.

Під час фази прицілювання гравець утримує м'яч у точному положенні або спрямовує його за заданою траєкторією, розвиваючи таким чином свої моторні навички. Під час кидка, контролюючи траєкторію та швидкість м'яча, гравець у бочче свідомо координує роботу згиначів та розгиначів, супінаторів та пронаторів , регулюючи силу скорочення м'язів. Ловлячи та відпускаючи м'яч, який має відносно велику масу (275 ± 12 грамів при окружності 270 ± 8 мм), гравець тренує координацію м'язів пальців. Для досягнення точного та потужного кидка необхідно контролювати положення тіла в просторі, використовуючи одну ногу для опори. Таким чином, бочче , у поєднанні з фізіотерапією, може сприяти корекції рухових функцій, оскільки техніка цієї гри розвиває силу, витривалість, координацію та точність.

Таким чином, основою виду спорту бочча є виконання кидків або запусків куль вагою « $275 \text{ г} \pm 12 \text{ г}$ та з окружністю $270 \text{ мм} \pm 8 \text{ мм}$ » у ціль.

Таким чином, основа технічної підготовки спортсменів лежить на практиці кидків. Структурно рухові дії, що виконуються гравцями в бочче , подібні до

тих, що використовуються для кидка малого м'яча. Тому необхідно визначити, який термін «кидок» є доречним для опису рухових дій гравців у бочче .

Термін «метання» зазвичай використовується для опису таких видів спорту: метання списа, метання молота, метання гранати та метання диска. У теорії та методиці фізичного виховання метання вважається « ациклічним рухом, що характеризується швидкістю та силою . Вправи з метання розвивають усі групи м'язів, але особливо м'язи плечового пояса . Вони також сприяють розвитку спритності, зору, гнучкості, швидкості та рівноваги. Метання виконується на відстань і до цілі; тренування з метання на далекі відстані передують тренуванню з метання в ціль».

У бочче кидок полягає у виштовхуванні м'яча з зони кидка на ігрове поле. Гравець може виконати цей кидок кількома способами: рукою, розмахуючи нею, а потім швидко рухаючись вперед і випускаючи м'яч кінчиками пальців; ногою, відштовхуючись назад, згинаючи коліно, а потім різко випрямляючи його; або за допомогою пристрою для випуску м'яча, випускаючи м'яч так, щоб він скотився по спеціальному пандусу. Кидок рукою в бочче принципово схожий на кидання малих м'ячів, будь то кидок через плече, кидок під плече чи кидок вперед-назад. Тому при розробці методів навчання техніці кидка в бочче доцільно черпати натхнення з методів, що використовуються для навчання кидку малих м'ячів дітям дошкільного та молодшого шкільного віку .

Важливо наголосити, що розвиток необхідних рухових навичок відбувається в цікавій та веселій формі.

Водночас, цей вид адаптивного спорту практично безризиковий та підходить для людей будь-якого віку, незалежно від початкового рівня фізичної підготовки.

Корекція рухової функції допомагає покращити мобільність людей з травмами опорно-рухового апарату, дозволяючи їм опанувати види роботи, раніше недоступні, що сприяє соціальній реінтеграції інваліда.

У боулінгу є три типи позицій перед кидком:

- Атлет стоїть, не фіксуючи своє тіло;
- з опорою на спинку стільця;
- Воно не може існувати самотійно.

Кидок можна виконувати рукою або ногою, незалежно від положення інвалідного візка. Кидки рукою класифікуються як низькі або високі, а техніка залежить від тяжкості стану (часткова іммобілізація руки).

Метання стріли використовується гравцями зі спастичною квадриплегією, які не можуть згинати плече в сагітальній площині.

У бочче м'яч зазвичай тримають двома способами: переплетеними пальцями та непереплетеними пальцями.

Найпоширеніший варіант навчання (той, який ми використовували в нашому дослідженні) такий:

- Підготовчий етап, тривалістю від 3 до 5 хвилин: розміщення спортсмена(ів) на відповідних ігрових майданчиках, обговорення майбутніх дій зі спортсменами, підготовка тренувального матчу.
- Основна частина, тривалістю від 40 до 90 хвилин: серія тренувальних матчів між спортсменами або між спортсменом та тренером чи партнером.
- Заключна частина, тривалістю від 3 до 5 хвилин, включає аналіз дій спортсменів під час тренувального матчу.

Методи навчання боччі включають тренувальні вправи: змагання (тренувальні матчі), спеціальне тренування та, меншою мірою, загальне тренування.

У навчально-тренувальному процесі зазвичай використовуються такі методи: від методів, спрямованих на формування знань (пояснення, інструкції, рекомендації, усні оцінювання), до методів, спрямованих на розвиток навичок та рухових здібностей (цілісний метод вправ) та методів, спрямованих на покращення рухових здібностей (змагальний метод).

Інструменти для відпрацювання техніки бочче включають наступне:

- котити м'яч до воріт - ворота, коридор, блок (парами), захист (парами по черзі);

- Кидання м'яча у ворота - баскетбол, кенгуру, сквош .

Для оцінки техніки кидка було визначено наступні тести:

- виконати далекий кидок (відстань між переднім краєм майданчика та м'ячем);

- відновити положення м'яча на полі (відстань від початкового положення м'яча);

- Зробіть точний кидок прямо вперед (на відстань від цілі);

- виконати точний кидок, розташувавши інвалідний візок обличчям до робочої руки (на відстані від цілі);

- Виконайте точний кидок, повернувши інвалідний візок обличчям до нефункціональної руки.

Техніка гри в бочче :

- Для ефективного розвитку техніки кидка м'яча в грі бочче необхідно враховувати індивідуальні особливості рухових дій даного спортсмена, такі як наявність та вираженість мимовільних рухів, спричинених спастичними скороченнями м'язів рук, ніг, тулуба та шиї, активних та неактивних; наявність та вираженість атетозу ; наявність та вираженість різких рухів, спричинених низьким ступенем роз'єднання частин тіла;

- Для забезпечення більшої кількості ефективних кидків кожен спортсмен повинен обрати індивідуальне вихідне положення перед кидком, спосіб ловлі м'яча та спосіб виконання кидка, виходячи зі своїх індивідуальних рухових дій;

- Щоб пом'якшити негативний вплив потенційних змін в індивідуальних рухових показниках спортсмена під час тренувань та урізноманітнити спектр доступних їм технік, початкову процедуру технічної оцінки слід, якщо можливо, повторювати принаймні один раз на рік.

- Для ефективного навчання спортсмена пересування по полю та підтримки зорового контакту з ціллю, включаючи позначену ціль (до першого кидка), необхідно використовувати засоби візуалізації, щоб побачити оптимальну траєкторію руху м'яча до цілі, а також орієнтири, якими можуть бути певні точки на тілі спортсмена або розмітка на полі.

- Для розвитку навичок, необхідних для самостійного або за допомогою помічника керування інвалідним візком під час кидка, необхідно використовувати вправи, в яких спортсмен повинен повертатися до цілі та візуалізувати корекцію обертання та прийняття вихідного положення перед кидком .

- У процесі розвитку техніки метання м'яча необхідно використовувати пасивно-активні рухи, що дозволяють спортсмену краще зрозуміти та запам'ятати положення руки та тіла в просторі на різних етапах кидка.

- Для розвитку навичок точної стрільби необхідні вправи на точність, причому основною мішенню в кожній вправі є патрон для дробовика . Відстань до мішені необхідно коригувати принаймні один раз після серії з шести пострілів, незалежно від того, чи влучено в мішень чи ні.

- Для мотивації спортсменів до послідовного та правильного виконання всіх фаз кидка м'яча необхідно на кожному занятті використовувати тренувальну гру, під час якої слід звертати увагу на правильні та неправильні рухові дії гравців, що вплинули на результат гри.

- Для розвитку цілісної структури рухових дій та того, що називається «відчуттям м'яча» у спортсмена не бажано використовувати інші м'ячі, мішки з піском чи подібне спорядження; також краще використовувати м'яч для кидання або м'яч як мішень.

Висновки до четвертого розділу

Дієвим фактором реабілітації осіб з інвалідністю є їх активна участь у фізичному вихованні та реабілітації, масових спортивних заходах та доступних спортивних змаганнях.

Бочче може бути використаний для реабілітації пацієнтів з церебральним паралічем та нецеребральними опорно-руховими розладами.

Опитування тренерів та спортсменів щодо проблем розвитку боччі в Україні показало наступне: для більшості респондентів основною проблемою є неможливість транспортування спортсменів до тренувальних центрів. Серед інших згаданих проблем – брак волонтерів, відсутність змагань на муніципальному та регіональному рівнях, брак тренувальної інфраструктури та відсутність спеціально розробленої методики тренувань з боччі, зокрема щодо лікування травм. Спостерігається нестача спеціально навчених тренерів з бочче, брак спонсорів, низька заробітна плата тренерів, недостатня кількість науково-методичної літератури з бочче та брак інформації про бочче в соціальних службах та міських і регіональних спортивних комітетах.

Ми вважаємо, що для більш ефективного розвитку боче необхідно: популяризувати цей вид спорту серед людей, які страждають на порушення опорно-рухового апарату; покращити технічну та матеріальну базу кортів для боче в регіонах, зокрема, гарантуючи безбар'єрний доступ для людей з інвалідністю; залучити більше волонтерів, спонсорів та меценатів для організації тренувань та змагань; створити та вдосконалити систему наукової підготовки тренерів та спортсменів цього виду спорту.

Очікувані наукові та практичні результати нашого дослідження включають визначення специфічних адаптацій та ефективних елементів тренування для кожної умови. Також розроблено методологію створення індивідуальних та групових планів тренувань з боччі . Практичний матеріал включає стандартизований навчальний модуль та рекомендації щодо безпеки та адаптації .

ВИСНОВКИ

Рекреаційний спорт вважається однією з найефективніших форм соціальної реінтеграції для людей з інвалідністю, оскільки він поєднує фізичні, психологічні та соціальні переваги. На відміну від професійного спорту, рекреаційна діяльність менш конкурентна та більше зосереджена на здоров'ї та соціальній взаємодії. Її головна мета — сприяти фізичній активності, відновлювати фізичні та емоційні ресурси, а також розвивати соціальні зв'язки.

Заняття рекреаційним спортом мають загальний вплив на процес соціальної реінтеграції: освітні аспекти : розвиток знань та навичок, пов'язаних зі збереженням здоров'я, безпечними заняттями фізичною активністю та правилами командної роботи; психологічні аспекти: зміцнення самооцінки, розвиток позитивного самосприйняття та стійкості до стресу; соціальні аспекти: створення комунікаційних мереж, сприятливого середовища та взаємопідтримки; та культурні аспекти: прихильність до спортивних традицій, участь у рекреаційних заходах та фестивалях, що сприяють соціальній інтеграції.

Рекреаційний спорт є ефективним інструментом соціальної реінтеграції людей з інвалідністю, оскільки він поєднує фізичний розвиток та соціальну інтеграцію.

Технічна підготовка для спортсменів, які страждають на травми опорно-рухового апарату. Доцільно зосередитися не лише на оволодінні технікою змагальної діяльності, а й на вдосконаленні необхідних рухових компенсацій з урахуванням їх нозологічних та індивідуальних особливостей. Серед інших труднощів, гравці в бочче стикаються із соціальним середовищем, яке погано адаптоване до їхніх потреб. Заняття бочче дозволяють спортсменам з порушеннями опорно-рухового апарату покращити свої рухові навички та задовольнити свою потребу в соціальній взаємодії, позитивних емоціях та

збагачувальних враженнях. Участь у соціально значущих заходах дозволяє їм усвідомити свою важливість та цінність у суспільстві.

Аналіз багатьох літературних джерел та накопиченого досвіду показує, що ефективним фактором одужання інвалідів є їхня активна участь у заняттях фізичною культурою та реабілітацією, спортивно-масових заходах, а також спортивних змаганнях з доступних видів спорту.

Бочче може використовуватися для реабілітації пацієнтів з церебральним паралічем та нецеребральними порушеннями опорно-рухового апарату. Мета полягає в тому, щоб активніше залучати їх до реабілітації через фізичне виховання та спорт, пропонуючи їм можливість запобігти атрофії м'язів, контрактурам та спастичності, сприяти розвитку компенсаторних рухових навичок та стимулювати їхню мотивацію — як освітню, так і реабілітаційну — до регулярної фізичної активності. Бочче є частиною програми літніх Паралімпійських ігор з 1984 року.

Є значна кількість гравців в бочче, які страждають на церебральний параліч. Опитування тренерів та спортсменів щодо розвитку бочче в Україні показало, що для більшості респондентів основною проблемою є неможливість транспортувати спортсменів до тренувальних центрів.

Основні причини для гри в бочче: «переживання нових відчуттів (відчуття азарту, боротьби, перемоги)», «розвиток моральних та вольових якостей», «бажання заводити друзів, товаришів», «бажання продемонструвати свої навички», «бажання знайти заняття поза домом», тобто причини для самоствердження, соціалізації та спілкування.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аксельсон П., Чесни Д.Я., Мінкель Ж., Перр А. Посібник для підготовки користувача інвалідним візком з ручним приводом. Санта Круз : ПАКС Прес, 1998. 170 с.
2. Адирхаєв С. Г., Адирхаєва Л. В. Організаційні аспекти фізкультурно-спортивного супроводу навчання студентів з особливими потребами Університету «Україна». Актуальні проблеми навчання та виховання людей з особливими потребами. (ap.uu.edu.ua)
3. Артамонова Л.Л. Панфілов О.П., Борисова В.В. Лікувальна і адаптивно-оздоровча фізична культура. К.: ВОК, 2014. 400 с.
4. Байда Л. Інвалідність та суспільство / Ольга Красюкова–Енс, Сергій Буро, Володимир Азін, Ярослав Грибальський, Юлія Найда. навч. посібник. – К : ВГСПО Національна Асамблея інвалідів України. – 2011. – 188 с.
5. Байкіна Н.Г., Крет Я.В., Силантьєв Д.О. Методика викладання фізичної культури та спорту інвалідів: навч.-метод, посіб. Запоріжжя : ЗДУ, 2002.
6. Базильчук О. Роль адаптивного спорту у соціалізації ветеранів із фізичними травмами. *Physical Culture and Sport: Scientific Perspective*. 2025. (pcs.khmnu.edu.ua)
7. Бочча в Україні. URL: <https://www.boccia.org.ua/about-boccia/> (дата звернення: 10.10.2019).
8. Бріскін Ю.Л. Спорт інвалідів у міжнародному олімпійському русі. Львів : Край, 2006. 346 с.
9. Ветвицка Т.В. Психологічний супровід спортсменів гри в бочча. Матеріали XIII Міжнародної науково-практичної конференції психологів фізичної культури і спорту (2017 г.). Д. : ДУФКСМиТ, 2017. С. 120-125.

10. Герасименко С., Михаць Л. Адаптивне фізичне виховання : методичні матеріали до семінарських занять. Дрогобич : Видавничий відділ Дрогобицького державного педагогічного університету імені Івана Франка, 2014. 76 с.
11. Гончарук О.М. Застосування гри бочча для людей з ураженнями опорнорухового апарату. Збірник студент. наук. праць. 2019. Вип. 2 (12). С. 254–259.
12. Гревцева Ю. BISFed Міжнародні Правила Бочча. 2017. V 1. URL : <https://paralymp.ru/upload/iblock/74d/74d7521c55635714c082d6626612065b>
13. Гузій О.В., Куц О.С. Засоби фізичного виховання у фізичній реабілітації дітей з церебральним паралічем. Львів : Українські технології, 2002. 97 с.
14. Деделюк Н.А. Теорія і методика адаптивної фізичної культури : навч.метод. посібник для студентів. Луцьк : Вежа-Друк, 2014. 68 с.
15. Жеребцова Е.Д. Історія розвитку гри бочча. 2020. С. 108-109.
16. Загальна гігієна : пропедевтика гігієни / [Є. Г. Гончарук, Ю. І. Кундієв, В. Г. Бардов та ін.]; за ред. Є. Г. Гончарука. – К.: Вища школа, 1995. – 530 с.
17. Казакова Т.Е. Мотиви спортсменів з ураженням опорно-рухового апарату до занять бочча. *Ізмаїльський науковий Вісник*. 2005. № 4(141). С. 209-211.
18. Казакова Т.Е. Оцінка ступені підготовленості спортсменів з ураженням опорно-рухового апарату до занять бочча. *Ізмаїльський науковий Вісник* 2015. № 6 (124). С. 83-87.
19. Казакова Т.Е., Махов А.С. Формування техніки кидків м'яча в грі бочча у спортсменів класів ВС1 и ВС2: монографія. Дніпро: Вд-ДУ, 2017. 112 с.
20. Кіссе А. І. Самостійні заняття в системі фізичного виховання інвалідів з порушеннями опорно-рухового апарату : автореф. дис.... канд. пед. наук: 13.00.03. Південноукр. держ. пед. ун-т ім. К.Д. Ушинського. О., 1999. 19 с.

21. Крет Я.В. Критерії діагностики психофізичного розвитку дітей і підлітків у системі корекційної роботи : навч. посіб. Запоріжжя: ЗДУ, 2003. 92 с.
22. Крушельницька Я. В. Фізіологія і психологія праці: Підручник. – К.: КНЕУ, 2003. — 367 с.
23. Коллегаєв М. Ю. Особливості та перспективи реабілітації ветеранів війни засобами спортивно-оздоровчого туризму в Україні. *Фізичне виховання та спорт*, 2024. (journalsofznu.zp.ua)
24. Лікувальна фізична культура: Довідник/За ред. Проф. В.А.Епіфанова. - М.: Медицина, 2004. - 78 с.
25. Лянной Ю. О. Професійна підготовка майбутніх магістрів з фізичної реабілітації у вищих навчальних закладах: теоретико-методичний аспект: монографія. Суми: Вид-во СумДПУ імені А. С. Макаренка, 2016. 566 с.
26. Матвєєв Л.П. Фізична культура і реабілітація людини: [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <<http://ukrkniga.org.ua/ukroniga-text/818/>>.
27. Мерзлікіна О.А. Корекція фізичних вад підлітків 15-17 років з церебральним паралічем засобами фізичного виховання : автореф. дис....канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.02. Львів, 2002. 20 с.
28. Мудрік В.І. Міжнародний спортивний рух інвалідів. Київ : Нора-прінт, 2001. 38 с.
29. Мудрік В. І. Історичні особливості виникнення деяких назв міжнародних організацій спорту інвалідів / В. І.Мудрік // Спортивна наука України. – 2006. – № 2(3). – С. 10-12.
30. Мудрік В. І. Міжнародний спортивний рух інвалідів. (Перше, скорочене видання) / В. І. Мудрік. – К. : “Нора-прінт”, 2001. – 39 с.
31. Мудрік В. І. Міжнародні засади формування соціально-правового ставлення до умов життя, реабілітації й спорту інвалідів / В. І. Мудрік // Оздоровча і спортивна робота з неповносправними: Збірник наукових статей з

- проблем фізичного виховання і спорту та фізичної реабілітації неповносправних. – Львів : “Кварт”, 2005. – С. 34-42.
32. Мудрік В. І. Спеціальні Олімпіади. Special Olympics / В. І. Мудрік. – К. : “Нора-прінт”, 2001. – 42 с.
33. Національна доктрина розвитку освіти України у XXI столітті. Київ : Шкільний світ, 2001. 22 с.
34. Національний комітет спорту інвалідів України URL : <http://www.paralympic.org.ua>
35. Осадченко Т. М., Семенов А. А., Ткаченко В. Т. Адаптивне фізичне виховання. Навчальний посібник УДК 796.011.3(073) ББК 75.1р30, 2014.-64с.
36. Папуша В. Г. Методика фізичного виховання школярів : форми, зміст, організація / В. Г. Папуша – Тернопіль : Підручники і посібники, 2006. – 192 с.
37. Положення про Центр інвалідного спорту Волині (нова редакція). – Луцьк, 2004. – 4 с.
38. Правовий захист осіб з функціональними обмеженнями : збірка нормативних документів / за ред. О. Й. Дем’янюка. – Луцьк : РВЦ ЛІРоЛ, 2008. – 214 с.
39. Приступа Є. Н. Напрями і тенденції розвитку спорту вищих досягнень інвалідів / Є. Н. Приступа // Тези доповідей ІХ Міжнародного наукового конгресу “Олімпійський спорт і спорт для всіх”. – К., 2005. – С. 522.
40. Передерій А. Проблема технічної підготовки спортсменів-інвалідів з дитячим церебральним паралічем з урахуванням особливостей рухової пам'яті. *Молода спортивна наука України*: наук. ст. з галузі фіз. культури і спорту. Львів, 2001. Вип. 5. Т.2. С.267-268.
41. Передерій А.В. Особливості методики технічної підготовки спортсменів-інвалідів з пошкодженнями опорно-рухового апарату. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*: наук. пр. / за ред. С.С.Єрмакова. Харків : ХХПІ, 1999. № 11. С. 9-12.

42. Пристинський В.Н., Трададюк А.А., Пристинська Т.М., Клименко Ю.С. Науково-практичні основи розробки програм фізичної і соціальної реабілітації інвалідів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. Харків: ХДАДМ (ХХПІ). 2006. № 5. С. 98–102.
43. Приступа Є., Болях Е. Спортивні ігри у програмах паралімпійських ігор *Оздоровча і спортивна робота з неповносправними*: Зб. наук. ст. з проблем фіз. виховання і спорту та фіз. реабілітації неповносправних. Львів : Ахіл, 2003. Вип.1. С. 75-80.
44. Професійна реабілітація інвалідів: Довідково – методичний посібник /Упоряди. Іпатов А.В., Сергієні О.В., Войтчак Т.Г. та ін. /За редакцією Маруніча В.В. – Дніпропетровськ: Пороги, 2005. – 227 с.
45. Римар О.В. Історико-соціальні аспекти розвитку параолімпійського руху в Україні : дис.... канд. наук з фіз. виховання і спорту: 24.00.01. ЛДІФК. Львів. 2002. 212 с.
46. Серков Я.О. Основи охорони праці : Навч. посіб. для студ. вищ. закладів освіти / Я.О. Серков. – Харків, ХНМАГ, 2007. – 227 с.
47. Сколімовський Т. Підготовка фахівців для інвалідного спорту у вищих закладах освіти Польщі / Т. Сколімовський, Є. Приступа, Є. Болах // Молода спортивна наука України : зб. наук. праць з галузі фізичної культури та спорту. Вип. 6 : У 2-х т. – Львів : Вид. дім “Панорама”, 2002. – Т.2. – С.569-571.
48. Соколенко О. І. Адаптивна фізична культура : навч.-метод. посібн. для магістрантів спеціальності «Фізичне виховання» / О. І. Соколенко. – С. : Вид-во ДЗ «ЛНУ імені Тараса Шевченка», 2015. – 154 с.
49. Спенсер Г.І. Адаптація до фізичних навантажень: [Електронний ресурс]. - Режим доступу: <<http://www.horting.org.ua/nzde/165>>.

50. Сущенко Л. П. Професійна підготовка майбутніх фахівців фізичного виховання та спорту (теоретико-методологічний аспект) : [монографія] / Запоріжжя : Запорізький державний університет, 2003. – 442 с.
51. Строкатов В., Сапронов М. Спортивна підготовка інвалідів з пошкодженнями опорно-рухового апарату. *Оздоровча і спортивна робота з неповносправними* / за заг. ред. Ю. Бріскіна Львів : Видавець Тарас Сорока, 2004. С. 44-48.
52. Строкатов В.В., Бріскін Ю.А. Задачі занять спортом з інвалідами, що мають пошкодження опорно-рухового апарату. *Актуальні проблеми розвитку фізичної культури і спорту у ВНЗ України*: Всеукр. наук.-метод. конф. Львів, 1998. С. 133-134.
53. Федорович О. Методичне забезпечення проведення занять рекреаційним спортом з неповносправними різних нозологій / О. Федорович // *Оздоровча і спортивна робота з неповносправними* : збірник наукових статей з проблем фізичного виховання і спорту та фізичної реабілітації неповносправних. – Львів : “Ахіл”, 2003. – Вип.1.– С. 87-88.
54. Фазан В. *Підготовка студентів фізичного виховання в ЗВО до інтеграції та соціалізації людей з інвалідністю засобами адаптивного спорту.* (pednauki.pnpu.edu.ua)
55. Чайковський М. Є. Соціально-педагогічні умови реабілітації студентів з особливими потребами : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. пед. наук : спец. 13.00.05 / М. Є. Чайковський. – К., 2006. – 20 с.
56. Чудна Р.В. Теорія адаптивного фізичного виховання : підр. Київ : Наукова думка, 2003. 270 с.
57. Чудна Р. В. Стан і актуальні питання галузі фізичного виховання неповносправних в Україні / Р. Чудна // *Теорія і методика фізичного виховання*. Наукова думка, 2013. 220 с.

58. Чудна Р. В. Теорія адаптивного фізичного виховання / Р. В. Чудна. – К. : Наукова думка, 2003. – 270 с.

59.Шуба Л., Шуба В. Спорт, як чинник соціальної адаптації для людей з інвалідністю // *Матеріали XII Міжнародної науково-практичної конференції «Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення»*. Львів, 2020. ([Репозитарій ЛДУФК](#))

60.Юшкевич Д.Б. Развитие точности движений у детей дошкольного возраста на основе использования упражнений в метаниях : автореф. дис.... канд. пед. наук. Ярославль: ЯГПУ, 2006. 24 с.

61.Ярославська Л.П. До питання зародження, розвитку та становлення паралімпійського руху: історія та сучасний стан. *Гуманітарний Вісник*. 2014 Вип. 5(1). С. 171-185. URL :

http://nbuv.gov.ua/UJRN/Gvi_2014_21_5%281%29__19

62.Himmelman K., Uverbrant P. Function and neuroimaging in cerebral palsy: a population- based study. *Developmental medicine and child neurology*. 2011. Vol. 53, № 6. P. 516-521.

63.Miller F. Cerebral palsy. New York : Springer Science and business media inc., 2005. 1070 p.

ДОДАТКИ
ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова Територіальної
організації ГО «ВФСТ
«Колос» у Полтавській області
_____ **А.ГОЛОВАНЬ**

ЗАТВЕРДЖУЮ
Начальник регіонального
Центру «Інваспорт»

ЗАТВЕРДЖУЮ
Голова ПОО ВОІ СОІУ

_____ **О.ВЕРЕЩАКА**

_____ **С.ЧУМАК**

ПОЛОЖЕННЯ

обласні спортивні змагання з рекреаційних видів спорту

1 Цілі та завдання:

- популяризація рекреаційних видів спорту, як ефективного способу оздоровлення та реабілітації людей з інвалідністю та залучення їх до активного способу життя;
- залучення людей з інвалідністю до регулярного заняття рекреаційним спортом;
- встановлення дружніх стосунків між людьми з інвалідністю різних регіонів України;
- виявлення здібних та обдарованих спортсменів.

2. Керівництво змаганнями

Загальне керівництво здійснює оргкомітет ПОО ВОІ СОІУ, ТО ГО «ВФСТ «Колос» у Полтавській області, регіональний центр «Інваспорт». Безпосереднє проведення змагань покладається на головну суддівську колегію.

3. Учасники змагань

- До участі в змаганнях допускаються люди з інвалідністю 2006 р.н. та старші. Склад команди –11 осіб (2 представника, 9 спортсменів) бажано: 2 з ураженням опорно-рухового апарату, 2 – загального захворювання.

4. Термін проведення змагань

Змагання проводяться 18 вересня 2025 р. в місті Полтава на спортивних базах Національного університету «Полтавська політехніка ім. Ю. Кондратюка», Першотравневий проспект, 24

Приїзд команд до 9 годин 30 хв. На кафедру фізичної культури і спорту.

Реєстрація учасників – 09-30-10-00 год.

Початок змагань – 10-00 год.

5. Заявки.

Попередні заявки подаються не пізніше **13 вересня 2025 року** на електронну пошту kolos.ob@ukr.net. Контактний телефон **0665086232** **Анатолій Головань, 0503460963** **Сергій Чумак**

В день приїзду до мандатної комісії подається іменна заявка по формі. Іменні заявки подаються з довідками від лікаря за місцем проживання або індивідуальними допусками з фіздиспансеру, завіреними лікарем.

На кожного учасника копія посвідчення про інвалідність, копію довідки МСЕК.

6. Програма змагань.

Змагання проводяться в командному заліку (дартс, баскетбол (закидання м'яча в кільце), боча, шашки, корнхол.

Командний залік:

Дартс:

Відстань між лінією кидка до мішені -2.37 м. Висота мішені для стоячих гравців 1,73 м, для сидячих 1,5 м. Система проведення визначається суддівською колегією залежно від кількості заявлених учасників. Змагання проводяться окремо серед жінок і чоловіків.

Бомбаскет (баскетбол):

Закидання м'яча в кільце з відстані 4 м 80 см від баскетбольного кільця. Змагання проводяться по схемі: 3 пробних + 8 залікових. У разі бажання спортсмен може відмовитись від пробних кидків.

Боча:

Система проведення змагань визначається на технічній нараді суддівської колегії і представників команд згідно правил Міжнародної федерації Петанку. У змаганнях приймають участь по три учасника від команди незалежно від статі. Всі учасники грають в положенні сидячи. В змаганнях будуть застосовуватись спрощення, які матимуть рівну силу для всіх учасників.

Шашки:

Система проведення змагань визначається суддівською колегією залежно від кількості заявлених учасників .

Корнхол

Система проведення змагань визначається суддівською колегією залежно від кількості заявлених учасників.

Дозволяється одному учаснику брати участь у змаганнях з корнхолу і бомбаскету.

7. Умови проведення змагань.

Змагання особисто-командні. Особиста першість визначається за найкращими результатами.

Командна першість серед громад визначається по найменшій сумі очок набраних в командному заліку у 5-ти видах змагань. (У випадку відсутності у

команд необхідної кількості результатів, за кожний результат, якого не достає, додається останнє місце в виді програми з найбільшою кількістю учасників з додатком одного штрафного очка).

У випадку однакової кількості набраних очок у командному заліку перевага віддається команді, яка посіла більше 1,2,3 місць.

Кожен учасник має право брати участь лише у двох видах змагань з корнхолу і бомбаскету.

8. Безпека під час проведення змагань

Змагання проводяться за умови виконання заходів правового режиму воєнного стану, введеного в Україні відповідно до Указу Президента України від 24.12.2022 р. №64/2022 «Про введення воєнного стану в Україні».

Підготовка місць проведення змагань здійснюється відповідно до постанови Кабінету Міністрів України від 18.12.1998 р. №2025 «Про порядок підготовки спортивних споруд та інших спеціально відведених місць для проведення масових спортивних та культурно-видовищних заходів».

Підготовка спортивних споруд до змагань покладається на їх власників. Власник спортивної споруди перед початком змагань зобов'язаний подати акт про готовність до проведення змагань.

Під час організації та проведення змагання головний суддя забезпечує учасників заходу інформацією про найближче укриття, до якого необхідно слідувати під час повітряної тривоги. Учасники змагань несуть особисту відповідальність за своє життя, здоров'я, безпеку та в обов'язковому порядку повинні бути застраховані

9. Медичне забезпечення змагань

У відповідності до положення про медичне забезпечення спортивно-масових заходів, що затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України від 27.10.2008 р. № 614 медичне забезпечення спортивно-масових

заходів здійснюється Українським центром спортивної медицини, обласними та міськими диспансерами. Лікар змагань входить до складу суддівської колегії на правах заступника головного судді. Всі його рішення в межах компетенції обов'язкові для учасників, суддів, організаторів змагань.

За чергування на змаганнях медичного працівника відповідальність покладається на Національний університет «Полтавська Політехніка ім. Ю. Кондратюка та обласний фіздиспансер.

10. Нагородження.

Спортсмени, які посіли перші, другі, треті місця нагороджуються грамотами та медалями. В загальнокомандному заліку команди нагороджуються кубками та грамотами. Можливі додаткові нагороди від спонсорів.

11. Фінансування.

Витрати на харчування суддівської колегії, нагородження переможців, придбання канцтоварів та інші витрати – за рахунок ТО ГО «ВФСТ «Колос» у Полтавській області. Витрати на проїзд та добові представників, учасників змагань, водія – за рахунок відряджуючих організацій.

Забезпечення автотранспортом учасників змагань і представників покладається на територіальні центри соціального обслуговування (надання соціальних послуг), регіональний центр «Інваспорт».

Дане положення є викликом на змагання.