

طراحی برنامه آماده سازی جسمانی کودکان مبتلا به فلج مغزی در کمپلکس « مربی - کودک - والدین »

سعید قائینی / استادیار دانشگاه کردستان

رامین بلوچی / استادیار دانشگاه ایلام

مقدمه

می‌شود که وظیفه آن بر دوش مربیان است (۴،۱۲). اما برنامه فعالیت‌های تربیت بدنی کودکان مبتلا به فلج مغزی وقتی دارای حداکثر بازدهی است که والدین از اهمیت آن آگاهی و به عملکرد مربیان اعتماد داشته باشند (۱،۱۴). تجربه نشان داده که تولد کودک بیمار برای والدین و نزدیکان او آنقدر مبهوت کننده است که تا مدت‌ها از پذیرش آن خودداری می‌کنند و حتی در مواردی، به امتناع آنها از سرپرستی فرزندشان ختم می‌شود. این مسئله بویژه با رواج این عقیده نادرست اجتماعی ارتباط دارد که «والدین کودکان معلول یا در گذشته مرتکب خطایی شده‌اند و یا به امراض مادرزادی مشابه مبتلا می‌باشند». بنابر این، در دوره حساسی که کودک مبتلا، برای پیشگیری از بروز انحراف‌های ثانویه ناشی از نقص اولیه به آموزش‌های تخصصی نیاز دارد، والدین رفتارهای او را طبیعی می‌پندارند و از مراجعه به متخصصان تعلیم و تربیت اجتناب می‌کنند زیرا در این صورت، این واقعیت تلخ را پذیرفته‌اند که فرزندشان معلول است و به آموزش‌های تخصصی نیاز دارد (۱،۱۶).

تجربه نشان داده که برخی از والدین کودکان مبتلا به فلج مغزی، عملکرد مربیان و متخصصان تعلیم و تربیت را جزئی از فرایند درمان می‌پندارند و

رشد و تکامل جسمی کودکان مبتلا به فلج مغزی، یکی از پیچیده ترین مشکلاتی است که با محدودیت امکان تحقق طیف وسیعی از فعالیت‌های حرکتی در این کودکان ارتباط دارد (۱،۶،۸،۱۰،۱۲،۱۳،۱۷).

پژوهش‌ها نشان داده که فقر حرکتی کودکان مبتلا به فلج مغزی، در نهایت بر تمامی جوانب رشدی آنها تأثیری منفی می‌گذارد (۱۶). حرکت یکی از مهم ترین نیازهای رشد طبیعی انسان محسوب می‌شود، بنابراین انجام مهارت‌های حرکتی پایه ای نظیر خزیدن، راه رفتن و پریدن برای هر کودکی رضایت بخش است، اما کودکانی که فاقد قابلیت‌های حرکتی می‌باشند از چنین نعمتی محرومند (۱،۱۸،۱۹).

وجود اختلال در عملکردهای مختلف سیستم حرکتی کودکان مبتلا به فلج مغزی، موجب کاهش ظرفیت کاری اندام‌های فوقانی، عملکردهای تحمل وزن و انتقالی اندام‌های تحتانی و محدودیت عملکردهای ایستا و پویای ستون فقرات می‌شود که در نهایت، به محدود شدن قابلیت‌های زیستی و انطباق اجتماعی آنان ختم می‌شود (۷).

تسریع فرایندهای ترمیمی و پیشگیری از خطر بروز معلولیت یا کاهش آن، از مسائل مهم رشد حرکتی کودکان مبتلا به فلج مغزی محسوب

اهمیت این پژوهش، طراحی روش‌های آماده‌سازی جسمانی کودکان مبتلا به فلج مغزی بر اساس نظریه متخصصان تعلیم و تربیتی نظیر ل.س. ویگوتسکی (۱۹۳۰) مبنی بر اولویت توجه به حیطه رشد آتی کودک (تمرین‌های بدنی که کودک با کمک دیگران قادر به اجرای آنهاست) نسبت به حیطه رشد موجود (تمرین‌های بدنی که کودک خود قادر به انجام آنهاست) در کمپلکسی به نام «مربی - کودک - والدین» است (۱۶). در این کمپلکس، مربی اهداف، برنامه‌ها، روش‌های کلی و اختصاصی را برای والدین تشریح و بر لزوم ادامه برنامه‌ها در منزل تأکید می‌ورزد و والدین نیز مربی را از پویایی رشد مهارت‌های حرکتی فرزند خود آگاه می‌سازند تا چشم‌انداز بعدی رشد حرکتی کودک تعیین شود (۱۱، ۹، ۱).

روش‌شناسی پژوهش

الف) گروه‌های مورد مطالعه:

این پژوهش در مرکز علمی - پژوهشی توان‌بخشی جسمی کودکان معلول شهر مسکو انجام شد. جامعه آماری پژوهش را ۳۷ کودک دختر و پسر ۶ تا ۹ ساله مبتلا به فلج مغزی نوع دی‌پلژی اسپاستیک تشکیل می‌داد که تنها در حالت نشسته قادر به اجرای حرکات بودند. در ابتدا قابلیت‌های حرکتی این کودکان با استفاده از آزمون ۶ امتیازی «اجرای حرکات‌های پایه‌ای» ترومبلی (۱۹۸۳) اندازه‌گیری شد. براساس نتایج آزمون اولیه، ۱۶ نفر اول به‌طور تصادفی در دو گروه تجربی و کنترل قرار گرفتند. بررسی میانگین‌های دو گروه نشان داد که تفاوت معنی‌داری میان آنها از نظر متغیر وابسته وجود ندارد و گروه‌های تجربی و کنترل همگن به حساب می‌آیند.

انتظارهای آنها از برنامه‌های تربیتی در حد رفع کامل بیماری است. بنابر این، بتدریج اعتمادشان از مربیان سلب می‌شود و دیگر به سازمان‌های آموزشی - تخصصی مراجعه نمی‌کنند. در این رابطه باید به والدین توصیه نمود که برنامه تربیتی از برنامه درمانی متمایز است اما با آن منافاتی ندارد (۳، ۱).



جلب رضایت و مشارکت والدین در برنامه‌های تربیت بدنی، یکی از مسائل بسیار مهمی است که موفقیت برنامه‌ها و انطباق اجتماعی آتی کودک مبتلا به فلج مغزی به آن بستگی دارد. متأسفانه مربیان نیز اغلب در عمل، آمادگی لازم جهت همکاری با والدین را ندارند، زیرا گرچه مشکلات کودک را درک می‌کنند اما از وضعیت روانی والدین او بی‌اطلاعند. تجربه نشان داده، برخی از والدین، فرزند خود را با این اعتقاد مخفی به مراکز آموزشی - تخصصی می‌آورند که «موفقیت‌های تربیتی و رشدی کودک خود بخود تحقق می‌یابد و ربطی به کمک‌های تخصصی مربیان ندارد». بنابر این، گزارش‌های منظم از موفقیت‌های کودک به والدین (حتی موفقیت‌های ناچیز)، از یک طرف موجب ارتقای سطح اعتماد آنها به مربی می‌شود و از طرف دیگر، آنها را با پویایی رشد حرکتی فرزندشان آشنا می‌سازد تا از کسب موفقیت‌ها خرسند شوند (۱).

ب) برنامه تمرین‌های بدنی:

۶. کودک باید با کودکان سالم معاشرت داشته باشد.

۷. والدین باید بتدریج از میزان کمک خود به کودک بکاهند.

علاوه بر این، کودکان باید در کلیه امور روزانه زندگی نظیر کندن و پوشیدن لباس، شستشو و ... با توجه به قابلیت‌های خود، بیشترین مشارکت را داشته باشند تمرین‌های بدنی که مربی برای آنها طراحی می‌نمود عبارت بودند از:

ژیمناستیک صبحگاهی، تمرین‌هایی برای فراگیری آداب رفتن به توالت، تمرین‌هایی برای نشستن روی صندلی، بلند شدن و ایستادن، با گرفتن صندلی، بالا و پایین رفتن از صندلی، تمرین‌هایی برای عملکردهای دستیابی و اتکائی انگشتان و کف دست، جابجایی و حفظ تعادل در وضعیت‌های مختلف و کار بر روی رشد حرکتی هر کودک به طور اختصاصی. بعلاوه، تمرین‌های بدنی باید با گفتار و شمارش انجام می‌شد.

ج) متغیرهای وابسته و ابزار اندازه‌گیری آن‌ها:

اندازه‌گیری قابلیت‌های حرکتی کودکان در پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از آزمون ۶ امتیازی «اجرای حرکت‌های پایه‌ای» (تروبلی س.آ، ۱۹۶۳) انجام گرفت (جدول شماره ۱). این آزمون شامل ۲۰ تکلیف حرکتی در بخش‌ها و اندام‌های مختلف بدن است (که با احتساب ۹ حرکت در دست‌ها و پاهای راست و چپ، تعداد کل حرکت‌ها به ۲۹ می‌رسد) و جمع کل امتیازهای آن برای کودکان سالم بر اساس جدول شماره ۱، ۱۴۵ می‌باشد.

کل مدت تمرین آزمودنی‌های هر دو گروه ۶ ماه بود. تمرین‌های گروه کنترل، مطابق برنامه‌های معمول پایگاه توان‌بخشی ۳ بار در هفته (به طور متوسط ۶۰-۴۵ دقیقه در هر جلسه با تجویز پزشک) انجام می‌شد. اهداف تمرین‌ها (شامل ۳ بخش مقدماتی، اصلی و پایانی) عبارت بودند از: بهبود عملکرد تنفسی، اصلاح قامت، بهبود حرکت‌های ارادی اندام‌های فوقانی و تحتانی، اصلاح حرکت‌های ظریف و عملکرد دست‌ها در گرفتن و رها کردن، اصلاح اختلال‌های حسی، پیشگیری و اصلاح کوتاهی مرضی عضله‌ها و مفاصل، فعال‌سازی فرایندهای روانی و فعالیت ادراکی.

اما برنامه تمرینی کودکان گروه تجربی، تنها در شرایط خانگی و در کمپلکس تمرینی «مربی - کودک - والدین» به شکل اطلاع‌رسانی متقابل والدین و مربی (ملاقات در مرکز توان‌بخشی) از طریق گفتگو، نمایش و ارائه شکل‌ها و تصاویر پی‌گیری می‌شد. در این کمپلکس، اصولی را که مربی و والدین در تربیت کودک باید از آن تبعیت نمایند عبارت بودند از:

۱. وضعیت کودک بیمار باید با شرایط واقعی زندگی منطبق شود.
۲. این انطباق از طریق آموزش مهارت‌های حرکتی تحقق می‌یابد.
۳. کودک باید بر عملکردهایی که مختل نشده‌اند تسلط کامل داشته باشد.
۴. اعمالی که در شرایط عملی و کاربردی توسعه می‌یابند باید تثبیت شوند.
۵. باید بر روی پیشگیری و رفع مجموعه نارسایی‌ها کار شود.

جدول شماره ۱. مقیاس سنجش قابلیت‌های حرکتی پایه‌ای در آزمون ترومبلی

اجتماعی هر کودک بیمار را بیان می‌کنند و به دو صورت امتیاز گذاری می‌شوند: می‌توانند (نمره ۱) و نمی‌توانند (نمره صفر). برای اندازه‌گیری قدرت پنجه‌های دست چپ و راست از دینامومتر استفاده شد.

یافته‌های پژوهش

تجزیه و تحلیل نتایج آزمون اجرای حرکت‌های پایه‌ای ترومبلی بیانگر عدم وجود تفاوت معنادار در میانگین امتیازهای دو گروه در پیش‌آزمون بود ($P=0/332$) اما مقایسه نتایج در پس‌آزمون نشان داد که پس از اجرای کار تجربی، هر دو گروه در این مورد پیشرفت معنی داری داشته‌اند، اگرچه میانگین پیشرفت امتیازات گروه تجربی به میزان ۷/۶۹ امتیاز بالاتر از گروه کنترل بود (جدول شماره ۲).

جدول شماره ۲. مقایسه آماری نتایج آزمون اجرای حرکت‌های پایه‌ای دو گروه تجربی و کنترل در پیش و پس از اجرای کار تجربی

گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	سطح معنی‌داری آزمون t
تجربی	$45/8 \pm 52/56^*$	$2/9 \pm 12/93$	۰۰۲/۰
کنترل	$64/7 \pm 76/52$	$7/8 \pm 67/81$	۰۱/۰
سطح معنی‌داری	۳۳۲/۰	۰۱/۰	

* میانگین \pm انحراف استاندارد

وضعیت	امتیازها
اتخاذ وضعیت لازم حتی با کمک سایرین به هیچ وجه امکان پذیر نیست.	۰
امکان اتخاذ وضعیت لازم با کمک سایرین وجود دارد اما حفظ آن ممکن نیست.	۱
امکان اتخاذ وضعیت لازم با کمک سایرین وجود دارد و برای مدتی قادر به حفظ آن است.	۲
به تنهایی قادر به اتخاذ وضعیت می‌باشد اما قادر به حفظ آن نیست.	۳
به تنهایی قادر به اتخاذ وضعیت می‌باشد و برای مدتی آن را حفظ می‌کند.	۴
تکلیف حرکتی را به طور کامل انجام می‌دهد.	۵

برای اندازه‌گیری متغیر «عقیده والدین در مورد برنامه‌های تمرین‌های بدنی» از پرسشنامه‌ای متشکل از بیست سوال با پاسخ‌های سه‌گزینه‌ای «بلی»، «خیر»، «نمی‌دانم» و امتیاز گذاری صفر تا ۲ استفاده شد که بهره‌برداری از آن پس از اعمال نظرات اصلاحی ۸ تن از متخصصان و صاحب‌نظران روان‌شناسی و تربیت بدنی انطباقی روسیه (برای کسب اطمینان بیشتر از روایی آن)، در دستور کار قرار گرفت.

برای اندازه‌گیری مهارت‌های خودیاری از آزمون خودیاری «اشتراس مایر» استفاده شد. این آزمون جمعا شامل ۶۰ تکلیف از دوره سنی ۱ تا ۵ سالگی (۱۲ تکلیف برای هر سال) یعنی دوره شکل‌گیری و توسعه اساسی‌ترین مهارت‌هایی است که میزان رشد

تجزیه و تحلیل آماری مهارت‌های خود یاری در پیش و پس از بکارگیری کار تجربی در این پژوهش، نشان داد که میزان پیشرفت کودکان گروه تجربی در کسب مهارت‌های جدید به طور معنی‌دار تا ۲۵ درصد افزایش یافته است. این در حالی است که کودکان گروه کنترل پیشرفت غیرمعنی‌داری در حد ۱۳ درصد داشتند (نمودار شماره ۱).

نمودار شماره ۱. مقایسه نتایج مهارت‌های خود یاری کودکان دو گروه، پیش و پس از بکارگیری تمرین‌های در کمپلکس «مربی - کودک - والدین» برای گروه تجربی

پیش آزمون		پس آزمون	
می توانست	هنوز نمی تواند	اینک می تواند	

نتایج ثبت شده در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که در پیش آزمون، دو گروه در توانایی انجام درصد تکلیف‌ها، با یکدیگر تفاوت معناداری ندارند ($P=0/763$) اما در پس آزمون، کودکان گروه تجربی توانسته‌اند در مقایسه با گروه کنترل، به طور معناداری ($p=0/12$) در ۲۵ درصد از تکلیف‌ها، توانایی اجرا کسب کنند و تنها در ۱۷ درصد از اجراها ناتوان باقی مانده‌اند (به ترتیب کسب توانایی ۱۳ درصدی و ناتوانی ۲۷ درصدی در پس آزمون برای گروه کنترل).

در بررسی فرضیه پژوهش (کار در کمپلکس «مربی - کودک - والدین» موجب تغییر عقیده والدین نسبت به برنامه‌های تربیت بدنی می‌شود) برخلاف نتایج گروه کنترل که در آن، تفاوت معنی‌داری میان میانگین امتیازهای پیش آزمون و پس آزمون مشاهده نشد، مقایسه نتایج والدین گروه تجربی، بیانگر وجود تفاوت معنی‌دار در میانگین امتیازها بود. با توجه به همگن بودن نظرات والدین دو گروه تجربی و کنترل در پیش آزمون ($P=0/125$) و ایجاد تغییر در نظرات والدین گروه تجربی در پس آزمون ($P=0/013$) می‌توان نتیجه گرفت که نظر والدین گروه تجربی نسبت به نقش مربیان و تاثیرات برنامه‌های تمرینی، تغییر مثبت معنی‌داری داشته است (جدول شماره ۳).

جدول شماره ۳. مقایسه آماری

داده‌های پرسشنامه‌ای والدین کودکان دو گروه، پیش و پس از بکارگیری تمرین‌ها در کمپلکس «مربی - کودک - والدین» برای گروه تجربی

گروه‌ها	پیش آزمون	پس آزمون	سطح معنی‌داری آزمون t
تجربی	$5/3 \pm 16$ *	$6/4 \pm 4/37$	۰/۱۰
کنترل	$75/3 \pm 5/15$	$7/2 \pm 2/17$	۷۶۴/۰
سطح معنی‌داری	۱۲۵/۰	۰/۱۳/۰	

* میانگین \pm انحراف استاندارد

جدول شماره ۴. مقایسه آماری توانایی انجام درصد مهارت های خود یاری در پیش آزمون و پس آزمون

پس آزمون		پیش آزمون	گروه‌ها
اینک می‌تواند	هنوز نمی‌تواند	می‌توانست	
٪۲۵	٪۱۷	٪۵۸	تجربی
٪۱۳	٪۲۷	٪۶۰	کنترل
۰/۱۲	۰/۴۰	۰/۷۶۳	سطح معنی داری برای تفاوت درصدها (آزمون Z)

مقایسه داده‌های مربوط به شاخص‌های دینامومتری پنجه‌های دست راست و چپ کودکان گروه تجربی و کنترل نشان داد که میزان قدرت دست راست و چپ هر دو گروه از پیشرفت معنی داری برخوردار است (جدول شماره ۵).

جدول شماره ۵. پویایی توسعه قدرت پنجه‌های دست راست و چپ کودکان گروه تجربی و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

سطح معنی داری (آزمون t)	دینامومتری (کیلوگرم)				تعداد	گروه‌ها	شاخص‌ها
	پس آزمون		پیش آزمون				
	SD	میانگین	SD	میانگین			
۰/۳۳	۶/۰	۶	۳/۰	۵/۲	۸	تجربی	قدرت دست راست
۰/۴۵	۴/۰	۴	۴/۰	۲۵/۲	۸	کنترل	
۰/۳۸	۸/۰	۵	۳/۰	۲	۸	تجربی	قدرت دست چپ
۰/۴۸	۶/۰	۲۵/۳	۶/۰	۷/۱	۸	کنترل	

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش، وجود تفاوت معنی دار در نتایج آزمون اجرای حرکت‌های پایه‌ای ترومبلی در دو گروه تجربی و آزمایش، می‌تواند با این نظریه همخوانی داشته باشد که رشد حرکتی سرکوب شده



عکس از: عزت میرمعصومی

چنانچه مریان، والدین را نیز در برنامه فعالیت‌های بدنی فرزندشان شرکت دهند، این امر منجر به آگاهی بیشتر و تغییر نگرش آنها نسبت به تمرین‌های بدنی می‌شود. اهمیت این مسئله بویژه وقتی مشخص می‌شود که بپذیریم، تعلیم و تربیت کودکان مبتلا به اختلال‌های رشدی به شدت تحت تاثیر محیط خانوادگی است که اعضای آن، در لزوم اتخاذ تدابیر آموزشی-پرورشی برای کودک با یکدیگر تفاهم داشته باشند (۱، ۱۶). اسمیرنوا (۲۰۰۳)، در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسید که اطلاع رسانی متقابل مربی و والدین جهت تنظیم برنامه‌های تربیتی، موجب افزایش سطح اعتماد والدین به مریان می‌شود و حضور مداوم کودکان در محیط آموزشی را تضمین می‌کند (۱).

بیشرفت معنادار آزمودنی‌های گروه تجربی در اجرای مهارت‌های خودیاری نسبت به گروه کنترل، می‌تواند با رعایت اصولی توجیه شود که مربی و والدین گروه تجربی در جریان برنامه‌ریزی تمرین‌های بدنی و فرایند انجام فعالیت‌ها توسط کودک، موظف به رعایت آن بودند. این اصول که در بخش روش‌شناسی این پژوهش و در قسمت تمرین‌های بدنی گروه تجربی به آن اشاره شد، توسط آندریاس پتوس مجاری سازمان‌دهی شده و هدف اصلی آن، آماده سازی کودکان مبتلا به فلج مغزی برای زیستن مستقل است.

علاوه بر این، امروزه بسیاری از متخصصان معتقدند: رشد مهارت‌های خودیاری بعنوان یکی از مهم‌ترین عناصر انطباق اجتماعی کودک مبتلا به فلج مغزی، از مواردی است که در برنامه‌ریزی فعالیت‌های بدنی، حتما باید به آن توجه شود (۱۶، ۱۴، ۷، ۶، ۳، ۱).

کودک مبتلا به اختلال‌های رشدی، در هر صورت (شرایط تمرینی پایگاهی و خانگی)، در پی جبران فقر حرکتی ناشی از فرصت‌هایی بوده که قبلا برایش فراهم نشده است (۱۶، ۱۸، ۱۹). بنابر این، در فرایند رشد نابهنجار، نه فقط جوانب منفی، بلکه جوانب مثبت نیز پدیدار می‌شود (ویگوتسکی، ۱۹۳۰). در نتیجه، ارگانیزم کودکان مبتلا به فلج مغزی، بشدت در پی رفع وقفه‌های رشد حرکتی از طریق پاسخ به محرک‌های خارجی (به شکل تمرین‌های بدنی) است، اگر چه این به معنای عدم نیاز به جستجوی روش‌های برتر در تربیت جسمانی این کودکان نیست.

ایجاد تغییرهای مثبت و معنادار در میانگین امتیازهای پرسشنامه‌ای ("عقیده والدین نسبت به تمرین‌های بدنی") والدین گروه تجربی و عدم وجود تفاوت معنی دار در عقیده والدین گروه کنترل در پیش و پس از دوره پژوهش، بیانگر آن است که

تجزیه و تحلیل آماری داده‌های دینامومتری پنجه‌های دست راست و چپ کودکان گروه‌های تجربی و کنترل این پژوهش، بر وجود تفاوت معنادار در هر دو دست آزمودنی‌های دو گروه، تحت تاثیر برنامه‌های پایگاهی برای گروه کنترل و برنامه‌های خانگی برای گروه تجربی دلالت داشت. لازم به ذکر است، بنا به گزارش برخی پژوهشگران، روش دینامومتری اندازه‌گیری قدرت پنجه‌های دست کودکان مبتلا به فلج مغزی، از روایی و اعتبار چندان زیادی برخوردار نیست (۱۲)، اما بخاطر حضور مهارت گرفتن و رهاکردن (دینامومتر) که در مهارت‌های خودیاری زندگی روزمره بسیار معمول است، در این پژوهش مورد استفاده قرار گرفت. وینتروپ م. فلپس در پژوهش‌های خود به این نتیجه رسید که استفاده از تمرین‌های قدرتی زمانی مثرتر است که کودکان مبتلا به فلج مغزی، با متمرکز نمودن توجه خود قادر باشند، تنش عضلات خود را بطور ارادی افزایش و کاهش دهند و این مهارت تنها از طریق تمرین و آموزش قابل حصول است (۱).

منابع:

۱. اسمیرنوی. آ. (۲۰۰۳)؛ آموزش استثنائی کودکان مبتلا به فلج مغزی در سنین پیش دبستانی. ترجمه سعید قائینی، رامین بلوچی؛ انتشارات دستوا - پرس - سنت پترزبورگ
۲. اسمیرنوف. ی. ی. پالوشیکوف م.م. (۲۰۰۰)؛ متروپوزی ورزشی. ترجمه سعید قائینی، رامین بلوچی، انتشارات آکادما - مسکو
۳. بارودولینا س. ی. (۲۰۰۴)؛ تعلیم و تربیت اصلاحی، ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات ینکس - مسکو
۴. پوپوف س. ن. (۱۹۹۹)؛ توانبخشی جسمانی، ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات ینکس - مسکو
۵. خالمسکی گ. آ. (۲۰۰۲)؛ تربیت بدنی کودکان مبتلا به اسکولیوز و اختلالات قامتی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات تنس اناس - مسکو
۶. زوزلیا ت. و.، سویستونوای. گ.، چشخیخنا و. و.، کاوکین س. ن.، سوکولوا و. س.، ددوف ن. ب.، بازویف و. ز. (۲۰۰۵)؛ توان‌بخشی جامع معلولین. ترجمه سعید قائینی، رامین بلوچی؛ انتشارات آکادما - مسکو
۷. سیمونوا ک. آ. (۱۹۹۹)؛ درمان ترمیمی کودکان مبتلا به فلج مغزی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات آنتیدور - مسکو
۸. شابکوال. و. (۲۰۰۴)؛ روش‌های اختصاصی تربیت بدنی انطباقی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات ساوتسکی اسپورت - مسکو
۹. شوو میخائیل (۲۰۰۳)؛ بازی‌های ورزشی و حرکت برای کودکان و نوجوانان با اختلالات سیستم حرکتی. ترجمه سعید قائینی، رامین بلوچی؛ انتشارات آکادما - مسکو
۱۰. کرونتسیت. تی. (۲۰۰۳)؛ تنوری و روش‌های تربیت بدنی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات المپسیکایا لیتراتورا - کیف
۱۱. کوزنتسوف و. س.، کالودنیتسکی گ. آ. (۲۰۰۳)؛ کار تربیت بدنی - اصلاحی در مدرسه. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات تنس اناس - مسکو
۱۲. گروس ن. ا. (۲۰۰۰)؛ توان‌بخشی جسمانی کودکان با اختلالات سیستم حرکتی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات ساوتسکی اسپورت - مسکو
۱۳. گروس ن. ا. (۲۰۰۵)؛ روش‌های معاصر توانبخشی جسمانی کودکان با اختلالات سیستم حرکتی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات ساوتسکی اسپورت - مسکو
۱۴. گریبونوالد ک. (۲۰۰۰)؛ طرز آموزش و پرورش کودکان با اختلالات رشدی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات رانوا و مشتلسنوا سنت پترزبورگ
۱۵. لانداب. ب. خ. (۲۰۰۵)؛ روش‌های ارزیابی جامع رشد جسمانی و آمادگی بدنی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات ساوتسکی اسپورت - مسکو
۱۶. لیتوش ن. ل. (۲۰۰۲)؛ تربیت بدنی انطباقی - ویژگی روانی - تربیتی کودکان با اختلالات رشدی. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات اسپورت آکادم پرس - مسکو
۱۷. لیسوفسکی و. آ.، یوسیف س. پ.، گالوفسکی و. ی.، میرونکو آن. (۲۰۰۱)؛ پیشگیری جامع از بیماری‌ها و توانبخشی بیماران و معلولین. ترجمه سعید قائینی؛ انتشارات ساوتسکی اسپورت - مسکو
۱۸. یوسیف س. پ.، شابکوال. و. (۲۰۰۰)؛ تربیت بدنی انطباقی. ترجمه سعید قائینی، رامین بلوچی؛ انتشارات ساوتسکی اسپورت - مسکو
۱۹. یوسیف س. پ. (۲۰۰۵)؛ تنوری و سازماندهی تربیت بدنی انطباقی. ترجمه سعید قائینی، رامین بلوچی؛ انتشارات ساوتسکی اسپورت - مسکو