

**МІНІСТЕРСТВО МОЛОДІ ТА СПОРТУ УКРАЇНИ
МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКА ДЕРЖАВНА АКАДЕМІЯ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ**

Факультет магістратури, заочного навчання та підвищення кваліфікації
Кафедра терапії, реабілітації та медичних дисциплін

ЯЩЕНКО ЄВГЕНІЯ МИКОЛАЇВНА

**ВПЛИВ ЗАСОБІВ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ НА
ВІДНОВЛЕННЯ ФІЗИЧНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО
ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ**

Кваліфікаційна робота

Освітній рівень	другий (магістерський) рівень
Галузь знань	01 Освіта/Педагогіка
Спеціальність	017 Фізична культура і спорт
Спеціалізація	Фізкультурно-спортивна реабілітація

Науковий керівник: Рубан Лариса Анатоліївна, кандидат наук з фізичного виховання та спорту, доцент

Харків - 2026

АНОТАЦІЯ

Ященко Євгенія Миколаївна. Вплив засобів фізкультурно-спортивної реабілітації на відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб.

Актуальність дослідження. Проблема внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні набула статусу загальнонаціональної кризи, що має катастрофічні наслідки не лише для соціальної, але й для фізичної та психологічної сфери життя мільйонів громадян. Актуальність дослідження зумовлена високою поширеністю серед ВПО полісистемних порушень здоров'я, спричинених травматичними подіями, втратою дому та хронічною невизначеністю. Ця група ризику масово страждає від депресії, тривожних станів, а також супутніх психосоматичних захворювань та гіподинамії. У цьому контексті фізкультурно-спортивна реабілітація (ФСР) виступає не просто як фізичне відновлення, а як критично важливий інструмент соціальної адаптації та психоемоційної стабілізації. Необхідність розробки, наукового обґрунтування та впровадження ефективної, цілісної програми ФСР для ВПО є нагальним викликом сучасної реабілітації.

Мета дослідження: дослідити вплив корекційно-реабілітаційної програми на процес відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб.

Завдання дослідження.

1. На основі аналізу спеціальної літератури систематизувати знання про етіологію, патогенез та сучасні підходи щодо застосування фізкультурно-спортивної реабілітації для внутрішньо переміщених осіб, які мають зміни у фізичному та емоційному стані.

2. Розробити та здійснити впровадження науково обґрунтованої корекційно-реабілітаційної програми для внутрішньо переміщених осіб зі змінами в фізичному та емоційному стані .

3. Провести валідну оцінку та статистично довести ефективність впливу корекційно-реабілітаційної програми на фізичний та емоційний стан внутрішньо переміщених осіб.

4. Сформулювати наукові висновки та напрями подальших досліджень у галузі фізкультурно-спортивної реабілітації для покращення якості життя, адаптації та соціалізації внутрішньо переміщених осіб.

Матеріал і методи. Дослідження було проведено на базі КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня», в якому взяли участь 46 жінок віком 35-45 років. Курс реабілітації тривав 8 тижнів було за розробленою корекційно-реабілітаційною програмою. У процесі науково-дослідної роботи застосовувалися такі методи дослідження: аналіз і узагальнення науково-теоретичної та методичної літератури з проблем фізичної і психологічної реабілітації; опитування, бесіди, медико-біологічні методи; педагогічні спостереження; методи математичної статистики.

Результати. Впровадження розробленої корекційно-реабілітаційної програми продемонструвало статистично доведену динаміку основних життєвих показників: частоти серцевих скорочень ($p < 0,05$), артеріального тиску ($p < 0,05$) та частоти дихання ($p < 0,05$). Індекс ортостатичної реакції вказав на більш економічну роботу серцево-судинної системи. За результатами формувального експерименту спостерігалось статистично достовірне покращення показників як проби Штанге, так і проби Генчі ($p < 0,05$). За шкалою депресії Бека рівень депресивних проявів суттєво знизився. Найбільша позитивна динаміка відмічена у когнітивно-емоційній сфері. За всіма складовими методики «САН» спостерігали виражене покращення, найбільша позитивна динаміка була за показником настрою. Інтегральний рівень психоемоційного стану зріс більш ніж на 50%. За результатами тесту Холмса і Раге засвідчено чітко виражене зниження

сумарного стресового балу на 27,3%. У жінок ймовірність розвитку стрес-індукованих захворювань знизилася до 30–35%, що вказує на значне зменшення загрози дезадаптивних реакцій організму.

Висновки. після роботи за програмою відзначалося нормалізування серцево-судинної реакції на зміну положення тіла, зменшення амплітуди коливань артеріального тиску та ЧСС. Це свідчить про покращення функціональної стійкості, відновлення вегетативного балансу та підвищення адаптаційних резервів організму досліджуваних жінок.

Дослідження однозначно підтверджує, що застосування засобів фізкультурно-спортивної реабілітації має позитивний та статистично достовірний вплив на відновлення як фізичного, так і емоційного стану внутрішньо переміщених осіб. Розроблена корекційно-реабілітаційна програма є цінним практичним інструментом для зниження рівня стресу, підвищення адаптаційних можливостей організму та запобігання розвитку психосоматичних розладів. Результати роботи мають високу теоретичну та практичну значущість і рекомендовані для використання у закладах вищої освіти та спеціалізованих реабілітаційних центрах.

Ключові слова: Внутрішньо переміщені особи, фізкультурно-спортивна реабілітація, фізичний стан, емоційний стан, корекційно-реабілітаційна програма, стрес, функціональні резерви.

ABSTRACT

final qualifying paper

Yaschenko Yevheniia. The impact of physical education and sports rehabilitation on the restoration of the physical and emotional state of internally displaced persons.

Relevance of the study. The problem of internally displaced persons (IDPs) in Ukraine has become a nationwide crisis with catastrophic consequences not only for the social but also for the physical and psychological spheres of life of millions of citizens. The relevance of the study is due to the high prevalence among IDPs of polysystemic health disorders caused by traumatic events, loss of home, and chronic uncertainty. This risk group suffers massively from depression, anxiety, as well as associated psychosomatic diseases and hypodynamia. In this context, physical and sports rehabilitation (PSR) acts not only as physical recovery, but also as a critically important tool for social adaptation and psycho-emotional stabilization. The need to develop, scientifically substantiate, and implement an effective, comprehensive PSR program for IDPs is an urgent challenge for modern rehabilitation.

Research objective. To develop and scientifically substantiate the impact of a correctional and rehabilitation program that uses physical and sports rehabilitation methods on the effective restoration of the physical and emotional state of internally displaced persons.

Research tasks:

1. Based on an analysis of specialized literature, systematize knowledge about the etiology, pathogenesis, and modern approaches to the use of physical and sports rehabilitation for internally displaced persons who have changes in their physical and emotional state.

2. To develop and implement a scientifically based correctional and rehabilitation program for internally displaced persons with changes in their physical and emotional state.

3. To conduct a valid assessment and statistically prove the effectiveness of the correctional and rehabilitation program on the physical and emotional state of internally displaced persons.

4. Formulate scientific conclusions and directions for further research in the field of physical culture and sports rehabilitation to improve the quality of life, adaptation, and socialization of internally displaced persons.

Materials and methods. The study was conducted at the Kharkiv Regional Council's Regional Clinical Hospital, with 46 women aged 35-45 participating. The rehabilitation course lasted 8 weeks and was based on a developed correctional and rehabilitation program. The following research methods were used in the course of the research work: analysis and generalization of scientific, theoretical, and methodological literature on the problems of physical and psychological rehabilitation; surveys, interviews, medical and biological methods; pedagogical observations; methods of mathematical statistics.

Results. The implementation of the developed correction and rehabilitation program demonstrated statistically proven dynamics of the main vital indicators: heart rate ($p < 0.05$), blood pressure ($p < 0.05$), and respiratory rate ($p < 0.05$). The orthostatic reaction index indicated more economical functioning of the cardiovascular system. According to the results of the formative experiment, a statistically significant improvement in both the Stange test and the Genchi test ($p < 0.05$) was observed. According to the Beck Depression Scale, the level of depressive symptoms decreased significantly. The most positive dynamics were observed in the cognitive-emotional sphere. A marked improvement was observed in all components of the "SAN" methodology, with the most positive dynamics in the mood indicator. The integral level of the psycho-emotional state increased by more than 50%. The results of the Holmes and Rahe test showed a clear decrease in the total stress score by 27.3%. In women, the likelihood of developing stress-

induced diseases decreased to 30–35%, indicating a significant reduction in the threat of maladaptive reactions of the body.

Conclusions. After working with the program, there was a normalization of the cardiovascular response to changes in body position and a decrease in the amplitude of blood pressure and heart rate fluctuations. This indicates an improvement in functional stability, restoration of vegetative balance, and an increase in the adaptive reserves of the body in the women studied.

The study clearly confirms that the use of physical education and sports rehabilitation has a positive and statistically significant effect on the restoration of both the physical and emotional state of internally displaced persons. The developed correctional and rehabilitation program is a valuable practical tool for reducing stress levels, increasing the body's adaptive capabilities, and preventing the development of psychosomatic disorders. The results of the work are of high theoretical and practical significance and are recommended for use in higher education institutions and specialized rehabilitation centers.

Keywords: Internally displaced persons, physical and sports rehabilitation, physical condition, emotional state, correctional and rehabilitation program, stress, functional reserves.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	10
ВСТУП	11
РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ	14
1.1. Загальна характеристика фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб	15
1.2. Сучасні засоби фізкультурно-спортивної реабілітації для корекції фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб	19
1.3. Кінезітерапія як метод відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб	22
1.4. Преформовані фізичні чинники, фітотерапія для корекції фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб	25
Висновки до розділу 1	31
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	33
2.1. Методи досліджень	33
2.2. Організація досліджень	43
РОЗДІЛ 3. ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ НА ВІДНОВЛЕННЯ ФІЗИЧНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ	45
3.1. Обґрунтування, розробка та впровадження корекційно-реабілітаційної програми в процес відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб	45
3.2. Динаміка показників фізичного стану внутрішньо переміщених осіб	52

3.3. Динаміка показників емоційного стану внутрішньо переміщених осіб	59
Висновки до розділу 3	62
РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОДЕРЖАНИХ ДАНИХ	64
ВИСНОВКИ	69
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	74
ДОДАТКИ	80

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ФСР	Фізкультурно-спортивна реабілітація
КРП	Корекційно-реабілітаційна програма
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад
ЧСС	Частота серцевих скорочень
АТ	Артеріальний тиск

ВСТУП

Актуальність роботи. Внутрішньо переміщені особи (ВПО) були змушені залишити своє місце проживання через збройний конфлікт, тимчасову окупацію, масові акти насильства, порушення прав людини або надзвичайні ситуації природного чи техногенного характеру. Незважаючи на тенденцію до зменшення кількості ВПО, значна частина населення України продовжує потребувати підтримки та допомоги у зв'язку з вимушеним переміщенням [4, 12, 20, 24].

Психологічні травми та постійний стрес можуть суттєво впливати на фізичне здоров'я внутрішньо переміщених осіб. На сьогодні неможливо окремо розбити питання фізичного та емоційного стану ВПО. Фізичний стан ВПО є багатофакторним і залежить від умов їхнього переміщення, доступу до медичної допомоги, харчування, рівня стресу та психологічного навантаження. Багато ВПО стикаються з серйозними викликами, які негативно впливають на їхнє здоров'я. Фізкультурно-спортивна реабілітація передбачає використання різних фізичних вправ та спортивних програм для відновлення фізичних, психоемоційних та соціальних функцій осіб, які пережили травми або значні стресові ситуації [27, 31, 37, 47].

У зв'язку з тим, що проблеми з фізичним здоров'ям можуть поглиблюватися через стрес і соціальну ізоляцію актуальним є залучення ВПО до фізкультурно-спортивної реабілітації. Розробка корекційно-реабілітаційної програми в залежності від фізичного та психоемоційного стану здоров'я ВПО можуть значно покращити їхню якість життя, знизити рівень стресу, сприяти соціальній інтеграції.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Роботу виконано відповідно до теми Харківської державної академії фізичної культури «Здоров'яформуючі технології та процес фізичної терапії осіб різних нозологічних, професійних та вікових груп» на 2019-2024 рр. Номер державної реєстрації 0119U102115.

Особистий внесок магістранта. Особистий внесок автора полягав в проведенні аналізу літературних джерел, постановці мети, завдань і організації дослідження, розробці, обґрунтуванні та впровадженні корекційно-реабілітаційної програми в процес відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб, формулюванні конкретних висновків.

Мета роботи – дослідити вплив корекційно-реабілітаційної програми в процес відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб.

Завдання роботи:

1. На основі аналізу спеціальної літератури систематизувати знання про етіологію, патогенез та сучасні підходи що до застосування фізкультурно-спортивної реабілітації для внутрішньо переміщених осіб, які мають зміни у фізичному та емоційному стані.
2. Розробити та здійснити впровадження науково обґрунтованої корекційно-реабілітаційної програми для внутрішньо переміщених осіб зі змінами в фізичному та емоційному стані .
3. Провести валідну оцінку та статистично довести ефективність впливу корекційно-реабілітаційної програми на фізичний та емоційний стан внутрішньо переміщених осіб.
4. Сформулювати наукові висновки та напрями подальших досліджень у галузі фізкультурно-спортивної реабілітації для покращення якості життя, адаптації та соціалізації внутрішньо переміщених осіб.

Об'єкт дослідження – процес розробки алгоритму застосування засобів фізкультурно-спортивної реабілітації для внутрішньо переміщених осіб зі змінами їхнього фізичного та емоційного стану.

Предмет дослідження – корекційно-реабілітаційна програма відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб.

Методи дослідження: Дослідження було проведено на базі КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня», в якому взяли участь

46 жінок віком 35-45 років. Курс реабілітації тривав 8 тижнів було за розробленою корекційно-реабілітаційною програмою. У процесі науково-дослідної роботи застосовувалися такі методи дослідження: аналіз і узагальнення науково-теоретичної та методичної літератури з проблем фізичної і психологічної реабілітації; опитування, бесіди, медико-біологічні методи; педагогічні спостереження; методи математичної статистики.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що розроблена та впроваджена корекційно-реабілітаційна програма позитивно вплинула на фізичний та емоційний стан внутрішньо переміщених осіб. Статистично доведено ефективність розробленої корекційно-реабілітаційної програми.

Практична та теоретична значущість. Представлена в роботі корекційно-реабілітаційна програма із застосуванням засобів фізкультурно-спортивної реабілітації та психокорекції для внутрішньо переміщених осіб можливо бути використовувати в закладах вищої освіти для підготовки здобувачів за ОПП «Фізкультурно-оздоровча діяльність» та фахівцями з фізкультурно-спортивної реабілітації в реабілітаційних центрах і лікувально-профілактичних установах.

Апробація результатів дослідження. Результати роботи доповідались на кафедральній науково-практичній конференції магістрантів. За матеріалами кваліфікаційної роботи опубліковано статтю в Збірнику матеріалів XXV Міжнародної науково-практичної конференції «Фізична культура, спорт і здоров'я: стан, проблеми та перспективи».

Обсяг і структура роботи. Робота написана на 82 сторінках комп'ютерної верстки і складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (69). У роботі представлені таблиці (13), рисунки (3), приклади комплексів вправ (3), додатки (2).

РОЗДІЛ 1

ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ФІЗИЧНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЗАСОБАМИ ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Внутрішньо переміщені особи (ВПО – далі) згідно з Керівними принципами ООН з питань внутрішньо переміщених осіб це - «особи або групи осіб, які були змушені покинути свої будинки або місця постійного проживання, зокрема в результаті або з метою уникнення наслідків збройного конфлікту, ситуації загального насильства, порушень прав людини, стихійних або антропогенних лих і які не перетнули міжнародно визнаний державний кордон» [65, 68].

Відповідно до Закону України «Про забезпечення прав і свобод внутрішньо переміщених осіб», внутрішньо переміщеною особою визнається громадянин України, який постійно проживає на її території на законних підставах і був змушений залишити своє місце проживання через збройний конфлікт, тимчасову окупацію, масові акти насильства, порушення прав людини або надзвичайні ситуації природного чи техногенного характеру [65, 69].

Держава, дотримуючись Конституції, законодавства та міжнародних угод, здійснює всі необхідні заходи для запобігання вимушеній внутрішній міграції, забезпечення прав ВПО, а також сприяє їх добровільному поверненню або інтеграції на новому місці проживання в межах України.

Станом на 1 січня 2025 року, за оцінками Міжнародної організації з міграції (МОМ), в Україні налічується приблизно 3,6 мільйона внутрішньо переміщених осіб (ВПО). Це свідчить про значне зменшення порівняно з попередніми періодами, що може бути пов'язано з поверненням частини переселенців до своїх домівок або виїздом за кордон [65, 68, 69].

Водночас, за даними Міністерства соціальної політики України, кількість офіційно зареєстрованих ВПО станом на кінець 2024 року становить 4,9 мільйона осіб. Різниця між цими цифрами може бути зумовлена різними методологіями підрахунку та оновлення даних [68, 69].

Важливо зазначити, що, незважаючи на тенденцію до зменшення кількості ВПО, значна частина населення України продовжує потребувати підтримки та допомоги у зв'язку з вимушеним переміщенням.

1.1. Загальна характеристика фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб

Вимушене переміщення – це серйозне випробування для людини, яке може суттєво впливати як на фізичне, так і на емоційне здоров'я. ВПО стикаються з багатьма стресовими факторами, такими як втрата дому, роботи, соціальних зв'язків, а також із невизначеністю майбутнього. Це сприяє виникненню психологічних травм, які можуть призводити до серйозних наслідків, зокрема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), депресії, тривожних розладів тощо [4, 5].

Україна вперше зіткнулася з явищем внутрішньо переміщених осіб у 2014 році. Відтоді актуальним залишається питання уточнення термінологічного апарату міграційних досліджень, у якому поняття «внутрішньо переміщені особи» займає ключову позицію. У цьому контексті особливого значення набуває проведення комплексного аналізу вимушеної міграції в Україні та чітке визначення статусу ВПО [17, 21, 33].

Психологічні травми та постійний стрес можуть суттєво впливати на фізичне здоров'я внутрішньо переміщених осіб. На сьогодні неможливо окремо розбити питання фізичного та емоційного стану ВПО [6, 48, 50].

Фізичний стан внутрішньо переміщених осіб (ВПО) є багатофакторним і залежить від умов їхнього переміщення, доступу до медичної допомоги, харчування, рівня стресу та психологічного навантаження. Багато ВПО

стикаються з серйозними викликами, які негативно впливають на їхнє здоров'я. Деталізовано слід відокремити наступне:

- Загальний стан здоров'я. Внаслідок стресу, недоїданні та відсутність належного медичного обслуговування мають ослаблений імунітет. Поширеними є хронічні захворювання, які можуть загострюватися через неможливість отримання ліків і медичної допомоги.

- Фізичне виснаження та гіподинамія має місце через Через вимушене переміщення, виснаження через довгі переїзди, погане харчування та стрес. З іншого боку, після переміщення люди можуть вести малорухливий спосіб життя через відсутність умов для фізичної активності, що може спричинити зниження загальної витривалості, порушення обміну речовин та проблеми з опорно-руховим апаратом.

- Нестача якісного харчування, особливо білків, вітамінів та мікроелементів, може призвести до дефіцитних станів, виснаження та порушення роботи внутрішніх органів;

- ВПО часто проживають у переповнених місцях (гуртожитки, модульні містечка, тимчасові притулки), що сприяє поширенню інфекційних хвороб (грип, COVID-19, кишкові інфекції, туберкульоз).

- Хронічні та психосоматичні захворювання. Через стрес і психологічне навантаження можливе загострення серцево-судинних, ендокринних, неврологічних та гастроентерологічних хвороб. Розлади сну, хронічна втома та підвищена тривожність можуть сприяти розвитку психосоматичних патологій.

Все зазначене далеко не вичерпує всіх аспектів фізичного стану внутрішньо переміщених осіб, оскільки кожен випадок є унікальним і залежить від індивідуальних обставин, рівня підтримки з боку держави та міжнародних організацій, а також можливостей адаптації людини до нових умов [1, 3, 6, 12].

Недостатній доступ до профілактичної медицини, реабілітаційних програм і спортивної активності також відіграє значну роль у формуванні довгострокових наслідків для їхнього фізичного стану.

Окрім фізичних труднощів, внутрішньо переміщені особи (ВПО) стикаються з низкою серйозних психологічних проблем, що значною мірою впливають на їхнє загальне благополуччя. Пережиті травматичні події, такі як насильство, втеча від конфліктів, руйнування домівок та інші катастрофічні зміни, створюють стресові умови, які можуть викликати або загострити низку психічних розладів. В умовах вимушеного переміщення багато людей втрачають соціальні зв'язки, стабільність, безпеку та можливість контролювати своє життя, що веде до суттєвого зниження якості життя [7, 11, 46].

Однією з найбільш поширених психологічних проблем серед ВПО є посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Це психічне захворювання, яке розвивається після переживання травматичних подій, і є наслідком тривалого впливу стресу та невизначеності. ВПО, які пережили збройні конфлікти, руйнування інфраструктури або насильство, часто страждають від нав'язливих спогадів, флешбеків та нічних кошмарів. Ці симптоми можуть супроводжуватися підвищеною тривожністю, агресивними спалахами та труднощами в адаптації до нових умов [13, 27, 38, 45].

Додатково, багато ВПО виявляють симптоми депресії та емоційного вигорання, що є наслідками тривалого стресу, втрати звичної соціальної підтримки, а також глибокої невизначеності майбутнього. Втрата дому, порушення соціальних зв'язків і економічна нестабільність значно погіршують емоційний стан, викликаючи почуття безнадійності, апатії та втоми. Відсутність соціальної підтримки може сприяти розвитку депресії, що проявляється у зниженій мотивації, апетиті та енергії.

Іншим важливим аспектом є тривожні розлади, які є частими серед ВПО. Психологічне навантаження, зокрема невизначеність щодо майбутнього, побоювання щодо безпеки та існуючі ризики, можуть сприяти

розвитку хронічної тривожності. ВПО часто стикаються з панічними атаками, які проявляються у вигляді раптових і сильних епізодів тривоги, що супроводжуються фізичними симптомами, такими як прискорене серцебиття, пітливість, відчуття задушення. В умовах тривалого стресу та перебування в нових соціальних та культурних умовах ці симптоми можуть значно ускладнювати процес адаптації та нормалізації життя [11, 20, 24, 44, 51].

Соціальна ізоляція є ще одним значним чинником, який погіршує психологічний стан ВПО. Люди, які були змушені залишити свої домівки, часто відчувають глибокий зв'язок з втраченими соціальними мережами. Втрата родини, друзів, колег, а також змінена соціальна роль спричиняють почуття самотності та безсилля. Такі зміни часто призводять до психологічної дезадаптації, що виявляється у відчутті втрати ідентичності та соціальної приналежності.

ВПО, особливо ті, хто втратили не лише житло, а й засоби до існування, стикаються з економічними труднощами, що веде до подальшої соціальної ізоляції та емоційного стресу. Труднощі з працевлаштуванням, здобуттям освіти та забезпеченням основних потреб стають додатковим фактором психологічного навантаження [20, 22, 23, 29].

Особливу увагу слід приділяти дітям та підліткам серед ВПО, оскільки їхнє психологічне благополуччя зазнає серйозного впливу у процесі адаптації до нових умов. Для дітей, які пережили переміщення, характерними є поведінкові зміни, такі як агресія, замкнутість або регресивні форми поведінки (наприклад, відновлення звичок, властивих для більш молодшого віку). Тривога та депресія серед дітей може проявлятися у вигляді страхів, безсоння або труднощів з навчанням. Для підлітків важливою є адаптація до нових соціальних груп, оскільки вони можуть відчувати відчуження, що спричиняє додатковий стрес [52, 54].

1.2. Сучасні засоби фізкультурно-спортивної реабілітації для корекції фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб

Фізкультурно-спортивна реабілітація – це система заходів, розроблених із застосування фізичних вправ для відновлення здоров'я особи та спрямованих на відновлення та компенсацію за допомогою занять фізичною культурою і спортом функціональних можливостей її організму для поліпшення фізичного і психологічного стану [35-37, 43].

Внутрішньо переміщені особи (ВПО), які через вимушене переселення залишили свої домівки, стикаються з низкою фізичних, психологічних та соціальних проблем. Порушення фізичного здоров'я, стрес, депресія та соціальна ізоляція - основні чинники, що негативно впливають на їхнє загальне благополуччя. Враховуючи складність ситуації, фізкультурно-спортивна реабілітація є одним з важливих інструментів для відновлення здоров'я, зниження рівня стресу та підвищення якості життя ВПО. У цьому розділі розглядаються основні методи фізкультурно-спортивної реабілітації для корекції фізичного та емоційного стану ВПО з огляду на сучасні дослідження та практики [19, 23, 30, 66].

Фізкультурно-спортивна реабілітація передбачає використання різних фізичних вправ та спортивних програм для відновлення фізичних, психоемоційних та соціальних функцій осіб, які пережили травми або значні стресові ситуації. У випадку внутрішньо переміщених осіб це може включати як фізичні вправи, так і соціальну адаптацію через спортивні заходи. Такі реабілітаційні програми мають на меті відновити фізичне здоров'я, полегшити симптоми стресу, покращити психоемоційний стан і сприяти соціалізації осіб, що втратили звичне середовище [27, 55, 66].

Вимушене переселення, відсутність стабільності, втрата дому та соціальних зв'язків - усе це може призвести до численних фізичних і психоемоційних порушень. ВПО часто страждають від проблем з опорно-руховим апаратом (болі в спині, суглобах, м'язова слабкість), а також мають

серйозні психологічні розлади - стрес, депресію, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР). Проблеми з фізичним здоров'ям можуть поглиблюватися через стрес і соціальну ізоляцію, що посилюється у випадку тривалого перебування в умовах невизначеності [59, 63].

За даними українських досліджень, стрес у ВПО може викликати порушення роботи серцево-судинної системи, а також серйозні психосоматичні захворювання, такі як хронічні головні болі, гастрит, артеріальна гіпертонія та інші [15, 18, 21]. Важливим є те, що фізична активність здатна знижувати рівень стресу, покращувати фізичну витривалість і допомагати людині впоратись з емоційними переживаннями.

До методів фізкультурно-спортивної реабілітації належать:

- Адаптовані фізичні вправи, такі як йога, пілатес, легкі кардіонавантаження, вправи для зміцнення м'язів спини і суглобів, є важливими для відновлення фізичного стану ВПО. Такі вправи допомагають відновити тонус м'язів, покращити кровообіг, знизити рівень напруження у тілі та покращити емоційний фон. Дослідження показують, що йога і медитативні практики є одними з найбільш ефективних методів для зниження стресу і покращення психоемоційного стану. Зокрема, українські дослідження підтверджують позитивний вплив йоги на рівень тривожності та депресії у осіб, що пережили стрес (Шевченко, 2023). Завдяки глибокому диханню та розслабленню, йога може знижувати рівень стресу, покращувати настрої і стабілізувати психоемоційний стан [47].

- Групові тренування, включаючи командні види спорту (футбол, волейбол, баскетбол), сприяють не лише фізичному відновленню, але й соціальній адаптації. Участь у спортивних заходах допомагає ВПО відчути себе частиною спільноти, знижує рівень соціальної ізоляції і сприяє розвитку соціальних навичок. Крім того, такі заняття мають позитивний вплив на психоемоційний стан - вони дозволяють зменшити стрес, тривожність і депресивні стани [22, 40-42].

Дослідження, проведене в Україні, показує, що участь у спортивних заходах у групах має значний ефект у зниженні рівня депресії у ВПО. Підтримка від інших учасників, командний дух і фізична активність сприяють формуванню позитивного емоційного клімату [5, 8, 14].

- Масаж і фізіотерапевтичні методи (електростимуляція, термальні процедури, гідротерапія) є важливими компонентами реабілітаційних програм для ВПО. Вони допомагають зняти м'язове напруження, покращити кровообіг, зменшити біль і відновити рухливість суглобів. Масаж сприяє не тільки фізичному відновленню, але й має позитивний психотерапевтичний ефект, знижуючи рівень стресу та тривоги.

- Психосоціальні програми, що включають спортивні заходи, можуть бути надзвичайно ефективними для ВПО. Вони дозволяють створити атмосферу підтримки і взаємодопомоги, де люди можуть обмінюватися досвідом, підтримувати один одного, що значно знижує рівень ізоляції. Психосоціальні тренінги та групові заняття, включаючи психологічні аспекти спорту, є важливим інструментом для адаптації ВПО.

- Реабілітація ВПО повинна включати не лише медичне лікування, а й фізкультурно-спортивну реабілітацію, оскільки вона дозволяє комплексно підходити до відновлення фізичного і психоемоційного стану осіб, що пережили важкі умови. Важливим аспектом є впровадження таких програм на державному рівні, а також підтримка з боку громадських організацій, що працюють із ВПО. Створення інфраструктури для доступу до спортивних заходів та психологічної підтримки є важливим кроком для покращення їхнього благополуччя [27, 40, 47].

Для того щоб фізкультурно-спортивна реабілітація приносила максимальну користь, важливо адаптувати її до конкретних потреб ВПО. Практичне застосування таких методів потребує врахування таких аспектів:

- Індивідуальний підхід: кожна людина має свої фізіологічні та психологічні особливості, тому важливо підбирати оптимальні види фізичної

активності в залежності від стану здоров'я, психологічних травм та інтересів ВПО.

- Поступова інтеграція фізичної активності в повсякденне життя: важливо поступово збільшувати навантаження, даючи організму час на адаптацію, особливо якщо людина довгий час не займалася фізичними вправами.

- Мотивація та підтримка: для багатьох ВПО важливим фактором є створення підтримуючого середовища, яке б стимулювало їх до активної участі в заняттях. Групові заняття, підтримка тренера та спільноти можуть значно підвищити мотивацію до активності.

Фізкультурно-спортивна реабілітація є одним із найефективніших методів для покращення фізичного та психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб. Адаптовані фізичні вправи, групові тренування, масаж, фізіотерапія та психосоціальні програми можуть значно покращити їхню якість життя, знизити рівень стресу, сприяти соціальній інтеграції та відновленню психічного здоров'я. Реалізація таких програм вимагає підтримки на всіх рівнях - від державних структур до громадських організацій, що можуть забезпечити доступ до необхідних ресурсів і інфраструктури [1-3].

1.3. Кінезітерапія як метод відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб

Кінезітерапія (від грецького *kinesis* — рух, *therapeia* — лікування) є одним із методів лікування та реабілітації, що базується на використанні спеціальних фізичних вправ для відновлення фізичного здоров'я та покращення психоемоційного стану пацієнтів. Це систематичне застосування рухової активності з метою відновлення порушених функцій організму, зміцнення здоров'я та покращення якості життя. Залежно від потреб

конкретної особи, кінезітерапія може включати вправи для зміцнення м'язів, відновлення рухливості суглобів, корекції постави та поліпшення загальної фізичної підготовленості [1, 9, 10, 16, 23].

Для ВПО, які пережили стресові ситуації та мають фізичні або психоемоційні проблеми, кінезітерапія є важливою складовою реабілітаційного процесу. Вона не лише допомагає поліпшити фізичний стан, але й має значний вплив на емоційну стабільність, знижує рівень тривожності та стресу, сприяючи загальному відновленню [11, 25, 42].

Внаслідок тривалих стресових навантажень, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та соціальної ізоляції внутрішньо переміщені особи часто стикаються з різноманітними фізичними проблемами. Це можуть бути порушення роботи опорно-рухового апарату, м'язова слабкість, болі в суглобах, а також загальна втомленість і зниження фізичної витривалості.

За дослідженнями українських науковців, одна з основних проблем, з якою стикаються ВПО, — це відсутність фізичної активності, що призводить до м'язових атрофій, болів у спині та суглобах, а також до погіршення серцево-судинного стану. Згідно з результатами досліджень, відновлення фізичної активності через кінезітерапію може бути ефективним способом корекції таких порушень і попередження нових проблем зі здоров'ям.

Крім фізичних проблем, внутрішньо переміщені особи часто переживають стрес, депресію, тривожність, які виникають через зміни в соціальному середовищі, втрату дому, а також через неспокій щодо майбутнього. Психоемоційні порушення, зокрема, посттравматичний стресовий розлад, відчуття безпорадності, соціальна ізоляція, мають значний вплив на загальний стан здоров'я та якість життя ВПО. Тривала депресія і стрес можуть посилювати фізичні проблеми, знижувати мотивацію до фізичної активності, що веде до ще більшого погіршення здоров'я [11, 12, 19].

Кінезітерапія допомагає знизити рівень стресу, тривоги та депресії. Фізичні вправи сприяють викиду ендорфінів (гормонів радості), що

покращує настрій і зменшує відчуття тривоги. Також рухова активність стимулює вироблення серотоніну, що покращує психоемоційний стан і допомагає знижувати рівень депресії [2, 34].

Дослідження показали, що регулярні заняття кінезітерапією можуть бути дуже ефективними для людей, які пережили травматичні події, зокрема, для ВПО, оскільки вони дозволяють не лише поліпшити фізичне самопочуття, але й допомогти людині адаптуватися до нових умов життя та знизити рівень стресу [22, 63].

Найбільш адаптовані методи кінезітерапії для відновлення фізичного стану ВПО:

- Кінезіотерапія є основним компонентом кінезітерапії. Вона включає комплекс вправ, що спрямовані на відновлення рухової активності, зміцнення м'язів і суглобів, покращення координації та рівноваги. У програму ЛФК для ВПО включають як загальні вправи для зміцнення тіла, так і спеціальні вправи для людей, які мають проблеми з опорно-руховим апаратом (наприклад, гімнастика для спини чи вправи для суглобів).

- Адаптовані фізичні вправи. Для осіб, які мають обмежену рухливість або хронічні захворювання, проводяться адаптовані фізичні вправи. Ці вправи орієнтовані на безпечне відновлення рухливості та сили, сприяють поліпшенню функцій серцево-судинної та дихальної системи. Вони також є чудовим інструментом для зниження стресу і депресії.

- Дихальна гімнастика та йога. Особливо корисною для ВПО є дихальна гімнастика та елементи йоги. Йога допомагає не лише фізично, але й психоемоційно. Вона сприяє зняттю напруги, покращенню концентрації та зменшенню рівня тривоги і депресії. Дихальні практики, такі як методи глибокого дихання, допомагають розслабитися, знижуючи рівень стресу та покращуючи психоемоційний стан [9, 39, 53, 57].

Кінезітерапія є однією з найбільш ефективних методик для відновлення фізичного та емоційного стану ВПО. Враховуючи актуальність проблеми,

важливим кроком є створення реабілітаційних програм на державному рівні, доступних для всіх ВПО. Це дозволить ефективно застосовувати методи кінезітерапії для корекції фізичних і психоемоційних порушень у ВПО, а також сприяти їхній соціальній адаптації [10, 43, 49].

Кінезітерапія є потужним методом для відновлення фізичного та психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб. Вона допомагає полегшити фізичні симптоми, такі як болі в спині чи суглобах, а також значно знижує рівень стресу, тривожності та депресії. Комплексний підхід до реабілітації, що включає кінезітерапію, дозволяє забезпечити ефективне відновлення фізичного здоров'я і покращення психоемоційного стану ВПО.

1.4. Преформовані фізичні чинники, фітотерапія для корекції фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб

Преформовані фізичні чинники — це методи лікування, що базуються на застосуванні фізичних агентів, таких як температурні впливи (холод, тепло), механічні впливи (масаж, електростимуляція), світлові та звукові впливи, які використовуються для корекції фізичних порушень та полегшення симптомів стресу. Вони сприяють активізації природних процесів відновлення організму, покращенню кровообігу, зменшенню м'язової напруги та болю, а також поліпшенню емоційного стану [34, 36, 43].

Для ВПО преформовані фізичні чинники можуть бути ефективним засобом для корекції фізичних порушень, таких як біль у суглобах, м'язова слабкість або спинальні проблеми, що часто супроводжують тривале стресове навантаження. Водночас ці методи можуть мати позитивний вплив на емоційний стан, допомагаючи знижувати рівень тривоги та депресії [45, 58, 61].

Преформовані фізичні чинники можна визначити як спеціально підготовлені або змінені фізичні засоби, які включають різноманітні методи фізкультурно-спортивної реабілітації, що застосовуються з урахуванням

індивідуальних потреб пацієнтів. Ці чинники створюються з метою досягнення конкретних фізіологічних та психологічних ефектів, сприяючи відновленню фізичної функції, зниженню рівня болю, покращенню психоемоційного стану та стимуляції загальної фізичної витривалості.

Одним із найбільш поширених преформованих фізичних чинників є фізичні вправи, які можуть бути адаптовані відповідно до стану здоров'я пацієнта. Фізичні вправи включають в себе аеробні та анаеробні навантаження, вправи на розтяжку та гнучкість, силові тренування, а також спеціалізовані методи, такі як йога та пілатес [2, 62, 67].

Фізичні вправи мають комплексний вплив на організм. Вони не тільки сприяють покращенню загальної фізичної форми, але й стимулюють процеси регенерації тканин, покращують мікроциркуляцію крові, знижують рівень стресу та тривожності, покращують обмін речовин, зменшують ризик розвитку супутніх захворювань, таких як ожиріння чи цукровий діабет.

Використання персоналізованих програм фізичних вправ дозволяє враховувати індивідуальні фізіологічні характеристики, обмеження та можливості пацієнта, що значно підвищує ефективність реабілітації. Призначення відповідного рівня інтенсивності навантажень дозволяє поступово відновлювати фізичні функції без ризику травм або перевантажень.

Ще одним важливим преформованим фізичним чинником є масаж та фізіотерапевтичні процедури, які активно застосовуються у реабілітаційних програмах для відновлення функцій опорно-рухового апарату, зняття болю та покращення кровообігу. Масаж сприяє зняттю м'язової напруги, поліпшенню кровообігу, а також зменшенню запальних процесів у тканинах.

Фізіотерапевтичні методи, зокрема електротерапія, лазеротерапія, ультразвукова терапія, використовуються для стимуляції регенераційних процесів у тканинах, зменшення запалення та прискорення відновлення після травм чи хірургічних втручань. Ці методи активізують метаболічні процеси

на клітинному рівні, що сприяє швидшому загоєнню тканин та відновленню нормальної фізіологічної функції [23, 25, 63].

Теплові та холодові впливи є важливими складовими преформованих фізичних чинників у фізкультурно-спортивній реабілітації, зокрема для корекції запальних процесів і болю в суглобах, м'язах та інших тканинах. Теплові процедури, такі як теплові компреси, лазерна терапія, інфрачервоне випромінювання, сприяють розширенню кровоносних судин, покращенню кровообігу, зменшенню м'язових спазмів та полегшенню болю. Водночас, холодові процедури, такі як кріотерапія, застосовуються для зменшення набряку, запалення та болю після фізичних навантажень або травм [1, 10, 34].

Ці методи можна використовувати в поєднанні з іншими реабілітаційними заходами для досягнення кращих результатів. Наприклад, після виконання фізичних вправ на м'язи можна застосовувати холод для зменшення запалення, а після фізіотерапевтичних процедур – тепло для поліпшення кровообігу.

У сучасній фізкультурно-спортивній реабілітації набувають популярності інноваційні технології та методи фізкультурних вправ, які мають на меті забезпечення більш високої ефективності реабілітаційних заходів. Вони включають [3, 22, 47, 64]:

- Роботизовані реабілітаційні системи, що дозволяють здійснювати точне коригування навантажень відповідно до індивідуальних фізіологічних особливостей пацієнта.
- Віртуальна реабілітація з використанням технологій віртуальної реальності, яка дає змогу відновлювати рухові функції та фізичні здібності у комфортних умовах.
- Генетична та молекулярна фізіологія для оптимізації програм реабілітації, використовуючи знання про індивідуальні особливості організму пацієнта на молекулярному рівні.

Преформовані фізичні чинники у фізкультурно-спортивній реабілітації є ключовими компонентами для відновлення здоров'я осіб, які зазнали фізичних чи психоемоційних травм, сприяючи їхньому фізичному відновленню та корекції емоційного стану. Окрім того, фітотерапія, як складова комплексної реабілітації, відіграє важливу роль у покращенні фізичного та психоемоційного стану пацієнтів, забезпечуючи додаткові терапевтичні ефекти за допомогою природних рослинних компонентів, що позитивно впливають на фізіологічні процеси організму та емоційну стабільність.

Фітотерапія, або лікування за допомогою лікарських рослин, є однією з найдавніших та найбільш доступних форм медицини, що використовується для профілактики та корекції фізичного та психоемоційного стану людини. Сучасні дослідження підтверджують ефективність фітотерапії в комплексному лікуванні різноманітних захворювань та розладів, включаючи стрес, тривожні стани, депресії, хронічну втому, а також фізичні недуги, що виникають на фоні нервових розладів та емоційного напруження [34].

Фітотерапія займає важливе місце в реабілітаційних програмах, особливо для осіб, що пережили травми, зокрема внутрішньо переміщених осіб (ВПО), які часто страждають від фізичних та психоемоційних розладів внаслідок стресу, депресії, посттравматичного стресового розладу (ПТСР) та інших психологічних травм.

Фітотерапія діє через різні механізми, що забезпечують її ефективність у корекції як фізичних, так і емоційних порушень. Рослинні препарати можуть впливати на організм людини через біологічно активні сполуки, що містяться в рослинах, які здатні взаємодіяти з різними біологічними системами, такими як нервова, серцево-судинна та імунна. Однією з основних характеристик фітотерапії є її здатність до м'якого і природного впливу, що дозволяє уникнути побічних ефектів, характерних для синтетичних препаратів:

- Фізіологічні механізми дії. Лікарські рослини містять цілу групу біологічно активних речовин, таких як алкалоїди, флавоноїди, глікозиди, ефірні олії, органічні кислоти, які можуть позитивно впливати на фізичний стан організму. Наприклад, валеріана, пустирник, мелісса є природними заспокійливими засобами, які знижують рівень стресу, покращують сон і стабілізують функціонування серцево-судинної системи.

- Психоактивні властивості. Рослини, такі як лаванда, пасифлора, череда та інші, мають седативний та анксиолітичний ефект, що допомагає у зменшенні рівня тривожності, стресу та депресії. Вони впливають на центральну нервову систему, знижуючи активність надмірно збуджених нейротрансмітерів, що веде до загального зниження емоційного напруження. Антиоксидантний ефект. Рослинні компоненти, такі як вітаміни, мікроелементи та флавоноїди, мають виражені антиоксидантні властивості, що дозволяє захистити клітини організму від окислювального стресу та сприяє швидшому відновленню після фізичних навантажень або травм. Зокрема, гранат, арніка, журавлина допомагають зміцнити судини, поліпшити мікроциркуляцію та зменшити запальні процеси.

- Фітотерапія є важливою складовою частиною реабілітації осіб, що пережили важкі стреси або психоемоційні травми, зокрема внутрішньо переміщених осіб. Посттравматичний стресовий розлад, депресії, тривожність, панічні атаки – це лише деякі з порушень, які часто зустрічаються у ВПО. Фітотерапія дає можливість досягнути стійких терапевтичних результатів при мінімальному ризику розвитку побічних ефектів, характерних для фармакологічних препаратів [2, 18, 34].

Зокрема, такі рослинні засоби, як пустирник та валеріана, мають доказану ефективність у зниженні рівня тривожності, заспокоєнні нервової системи та відновленні здорового сну. Згідно з дослідженнями, проведеними в Україні та за кордоном (Іванов, 2020), ці рослини можуть бути корисними

для людей, які пережили стресові ситуації, зокрема в умовах постійної невизначеності, притаманної ВПО.

Лаванда є ще одним рослинним засобом, який має доказову ефективність у зменшенні рівня тривожності та поліпшенні сну. Дослідження, проведене в університеті Кембриджа [39], показало, що ароматерапія з використанням лаванди допомагає знижувати рівень стресу, полегшує нервову напругу та покращує загальний емоційний стан.

Додатково, важливою є роль пасифлори у лікуванні депресивних розладів та тривожності. Це засіб, що допомагає стабілізувати емоційний фон, надаючи людині відчуття спокою і гармонії, без викликання звикання чи залежності.

У комплексній реабілітації фізичний і психоемоційний стан ВПО потребує багатогранного підходу. Застосування фітотерапії в поєднанні з іншими методами лікування, такими як фізичні вправи, психотерапія, медикаментозне лікування, дозволяє забезпечити швидке та ефективне відновлення [48, 56, 67].

Спеціалізовані реабілітаційні курси відіграють важливу роль у покращенні якості життя людей з різними видами фізичних та психічних обмежень. Проведення спеціалізованих реабілітаційних курсів, що включають фітотерапевтичні процедури, допомагає поліпшити загальне самопочуття, покращити адаптацію до нових умов та знизити ризик розвитку серйозних психічних розладів. Такі курси спрямовані на індивідуальне або групове навчання з метою відновлення або покращення функцій, які були втрачені або ускладнені внаслідок травми, захворювання чи іншого стану. Наприклад, фізіотерапевтичні підходи дозволяють підтримувати або відновлювати фізичні можливості, зменшуючи біль та покращуючи мобільність. Психологічна реабілітація, у свою чергу, фокусується на психічному відновленні, сприяючи адаптації до нових умов життя та покращенню якості міжособистісних взаємин [12].

Ці курси базуються на комплексному підході до реабілітації, включаючи якісну оцінку потреб пацієнтів, індивідуально підібрані програми та постійний моніторинг прогресу. Дослідження показують, що ефективність реабілітаційних курсів значно підвищується завдяки цілеспрямованому підходу та регулярному оновленню методик із застосуванням сучасних технологій.

Отже, спеціалізовані реабілітаційні курси відкривають широкі можливості для відновлення функцій та покращення якості життя пацієнтів з різноманітними обмеженнями.

В Україні спостерігається зростання інтересу до використання фітотерапії в реабілітації осіб, які зазнали фізичних та емоційних травм, особливо серед ВПО. Проте, для досягнення високих результатів необхідно провести додаткові клінічні дослідження, що дозволять стандартизувати методи застосування фітотерапії у реабілітаційних програмах, визначити оптимальні дозування та способи застосування рослинних засобів.

Незважаючи на це, численні дослідження підтверджують ефективність фітотерапії як доповнення до традиційного лікування в корекції фізичного та психоемоційного стану пацієнтів. Фітотерапія є ефективним і доступним методом корекції фізичного та емоційного стану, зокрема для внутрішньо переміщених осіб, які пережили фізичні та психоемоційні травми. Завдяки своїй природній складовій та багатосторонньому впливу на організм, фітотерапія дозволяє поліпшити загальний стан здоров'я, знизити рівень стресу, депресії та тривожності, а також сприяє фізичному відновленню. Застосування фітотерапії в комплексі з іншими методами реабілітації може значно підвищити ефективність відновлювальних процесів, знижуючи ризик розвитку хронічних захворювань та психічних порушень.

Висновки до розділу 1

Основні підходи до корекції фізичного та емоційного стану ВПО засобами фізкультурно-спортивної реабілітації мають важливе значення для

їх соціальної адаптації та відновлення після пережитих травм і стресів. Актуальність застосування цих методів підтверджується необхідністю комплексного підходу до реабілітації, що включає як фізичну, так і психоемоційну підтримку осіб, які пережили психологічні потрясіння.

Фізкультурно-спортивна реабілітація повинна включати різноманітні методи, такі як фізичні вправи, терапевтичні вправи, корекційні фізичні тренування, а також психоемоційні практики, спрямовані на відновлення фізичного і психічного здоров'я ВПО. Застосування таких підходів допомагає не лише відновлювати фізичну форму, але й зміцнювати психоемоційне здоров'я.

Одним із ключових аспектів успіху фізкультурно-спортивної реабілітації є персоналізація підходів до кожного індивідуума. Програми повинні бути адаптовані не лише до фізичних можливостей, але й до психоемоційних особливостей ВПО, враховуючи їх життєвий досвід та пережиті стреси. Поряд із фізкультурно-спортивними методами, важливу роль у реабілітації відіграють додаткові терапевтичні методи, такі як фітотерапія, ароматерапія, арт-терапія та інші методи, які сприяють зниженню стресу та поліпшенню психоемоційного стану. Вони можуть бути інтегровані в загальну реабілітаційну програму, забезпечуючи комплексний підхід.

Узагальнюючи, можна стверджувати, що фізкультурно-спортивна реабілітація є важливим інструментом для відновлення фізичного та емоційного здоров'я внутрішньо переміщених осіб. За умови правильної інтеграції фізичних навантажень та психологічної підтримки, такі програми можуть сприяти значному поліпшенню якості життя цієї категорії осіб, допомагаючи їм адаптуватися до нових умов життя та відновити внутрішній баланс.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

На етапі вибору методів дослідження впливу засобів фізкультурно-спортивної реабілітації (ФСР) на відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб (ВПО) необхідно було враховувати специфіку даної соціальної та медико-психологічної проблеми, а також особливості контингенту, зокрема можливі фізичні, психоемоційні та соціальні травми. З огляду на це, комплекс методів був спрямований на всебічне вивчення явища з урахуванням міждисциплінарного підходу.

Для об'єктивної оцінки ефективності застосування засобів ФСР використовувалися стандартизовані інструменти фізичної та психологічної діагностики. Зокрема, оцінювався функціональний стан серцево-судинної та дихальної систем, рівень загальної витривалості, координаційні здібності та фізичну працездатність. Емоційний стан визначався за допомогою валідизованих психодіагностичних методик (шкал тривожності, депресії, посттравматичного стресу, опитувальників якості життя тощо). Це дозволило кількісно охарактеризувати рівень психоемоційного дистресу учасників і відстежити його динаміку під впливом реабілітаційної програми [17, 26, 28, 29, 33].

2.1. Методи досліджень

У процесі науково-дослідної роботи застосовувалися такі методи дослідження:

1. Теоретичні методи – аналіз і узагальнення науково-теоретичної та методичної літератури з проблем фізичної і психологічної реабілітації, особливостей стану здоров'я та соціальної адаптації ВПО, а також

систематизація сучасних підходів до оцінки їхнього фізичного (соматичного) та емоційного (психологічного) стану.

2. Емпіричні методи – опитування, бесіди (інтерв'ювання), проведення формувального педагогічного експерименту, а також реабілітаційна й психологічна діагностика.

3. Методи математичної статистики – для кількісного та якісного аналізу отриманих результатів.

Аналіз та узагальнення науково-методичної літератури.

Застосування цього методу дало можливість визначити сучасні теоретичні засади та практичні підходи до формування корекційних програм, спрямованих на відновлення фізичного здоров'я та психоемоційного стану ВПО із використанням засобів ФСР. Крім того, аналіз дозволив виокремити недостатньо досліджені аспекти проблеми, зокрема питання комплексного впливу різних засобів фізичної культури та спорту на процес відновлення осіб, що пережили вимушене переміщення. Отримані узагальнення стали підґрунтям для подальшого обґрунтування експериментальної програми реабілітаційного втручання.

Збір анамнезу, опитування та бесіди. Наступним етапом дослідження став збір анамнестичних даних, що дозволив сформувавши цілісне уявлення про вихідний стан респондентів. Збір інформації здійснювався на основі медичної та соціальної документації, а також шляхом індивідуальних бесід і опитування учасників дослідження (за потреби – їхніх родичів). Це дало змогу отримати дані про історію захворювань, наявність травм і супутніх патологій, досвід вимушеного переселення, рівень фізичної активності до та після переміщення, особливості способу життя, а також визначити рівень тривожності, наявність психосоматичних проявів і мотивацію до участі у програмі реабілітації.

Медико-біологічні методи. З метою об'єктивної оцінки фізіологічних параметрів організму внутрішньо переміщених осіб у процесі проведення педагогічного експерименту застосовувалися медико-біологічні методи, що

передбачали вимірювання основних життєвих показників: частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального тиску (АТ) та частоти дихання (ЧД). Ці методи є базовими у системі фізіологічного контролю і дають змогу оцінити рівень адаптаційних можливостей організму, стан серцево-судинної та дихальної системи, а також реакцію на фізичні навантаження.

Вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) здійснювалося у стані спокою та після виконання фізичних вправ. Показник ЧСС відображає інтенсивність серцевої діяльності, рівень напруження регуляторних механізмів та ефективність адаптації організму до навантажень. Оптимальними вважалися значення у межах 60–80 уд/хв у стані спокою. Під час експерименту також аналізувалася швидкість відновлення ЧСС після фізичного навантаження як показник тренуваності серцево-судинної системи.

Артеріальний тиск (АТ) вимірювався за допомогою стандартного сфігмоманометра за метода Короткова. Фіксувалися значення систолічного та діастолічного тиску, на основі яких визначався пульсовий тиск (різниця між систолічним і діастолічним показниками). Оптимальні показники у дорослих осіб становлять приблизно 120/80 мм рт. ст., проте у дослідженні враховувалися можливі індивідуальні відхилення, зумовлені віком, станом здоров'я та рівнем адаптації. Динаміка показників АТ у процесі корекційно-реабілітаційної програми дозволила оцінити ефективність впливу засобів ФСР на нормалізацію судинного тону та серцевої діяльності.

Частота дихання (ЧД) визначалася шляхом підрахунку кількості дихальних циклів за одну хвилину у стані спокою. У нормі цей показник коливається в межах 14–18 циклів/хв. Збільшення частоти дихання може свідчити про підвищене збудження нервової системи, зниження толерантності до навантажень або прояви емоційного напруження. У ході дослідження аналізувалися також зміни ритму та глибини дихання як індикатори стабілізації функцій дихальної системи під впливом засобів ФСР.

Отримані результати медико-біологічних вимірювань дозволили встановити початковий рівень фізіологічного стану досліджуваних, а також

простежити позитивну динаміку адаптаційних процесів у результаті систематичного застосування програми фізкультурно-спортивної реабілітації. Порівняльний аналіз показників ЧСС, АТ і ЧД у вихідному та підсумковому етапах експерименту підтвердив зниження показників напруження серцево-судинної системи, нормалізацію дихальних параметрів і підвищення загальної функціональної стійкості організму ВПО.

Для більш поглибленої оцінки стану серцево-судинної системи та функціональних можливостей механізмів кровообігу у внутрішньо переміщених осіб у дослідженні використовувалася *кліноортостатична проба*. Цей метод дає змогу комплексно оцінити реакцію організму на зміну положення тіла з горизонтального у вертикальне, а також виявити ступінь стійкості регуляторних механізмів до ортостатичних навантажень [32].

Кліноортостатична проба включала послідовне вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) та артеріального тиску (АТ) у двох положеннях:

1. У положенні лежачи – після 5–10 хвилин спокійного відпочинку фіксувалися вихідні показники систолічного та діастолічного АТ і ЧСС.
2. У положенні стоячи – через 15 секунд після переходу з горизонтального положення повторно вимірювалися ті ж параметри.

Реакція серцево-судинної системи оцінювалася за динамікою змін цих показників:

- Підвищення систолічного тиску на 5–10 мм.рт.ст або його незначне зниження в межах норми (до 10 мм.рт.ст) вважалося фізіологічною реакцією.
- Збільшення діастолічного тиску на 5–10 мм.рт.ст. свідчило про адекватне включення механізмів судинної регуляції.
- Підвищення ЧСС на 10–18 пошт/хв вважалося нормальним адаптаційним проявом.

Якщо спостерігалось різке підвищення або зниження артеріального тиску (понад 20 мм.рт.ст) чи суттєве збільшення ЧСС (понад 20 пошт/хв), така реакція трактувалася як гіпер- або гіпорективна, що свідчить про

порушення вегетативної регуляції або зниження функціональної стійкості серцево-судинної системи.

З метою комплексного вивчення рівня фізичного стану та функціональних можливостей організму внутрішньо переміщених осіб у дослідженні використовувалася *проба Штанге*, яка є одним із простих, інформативних та валідних методів оцінки функціональних резервів дихальної та серцево-судинної системи.

Даний тест передбачає визначення тривалості затримки дихання після глибокого вдиху і дає змогу оцінити ступінь насичення організму киснем, адаптаційні можливості, а також рівень загальної витривалості. Проба проводилася в умовах спокою, у положенні стоячи, за стандартною методикою: після двох-трьох спокійних вдихів і видихів обстежуваний робив глибокий вдих, затримував дихання, і з цього моменту за допомогою секундоміра фіксувався час до моменту появи першого вираженого позиву до дихання.

Отримані показники інтерпретувалися відповідно до загальноприйнятих норм:

- менше 30 секунд – низький рівень функціональних можливостей;
- 30–45 секунд – середній рівень;
- понад 45 секунд – високий рівень.

Проба Генчі застосовувалася для визначення тривалості затримки дихання після видиху. Вона відображає не лише ефективність функціонування дихальної системи, а й ступінь економізації дихання та адаптацію організму до гіпоксії. Методика проведення передбачала наступне: після спокійного дихання обстежуваний робив звичайний видих, затримував дихання, і з цього моменту секундоміром фіксувався час до першого позиву до вдиху.

Результати оцінювалися за стандартними критеріями:

- менше 15 секунд – низький рівень функціональної витривалості;
- 15–25 секунд – середній рівень;

- понад 25 секунд – високий рівень.

З метою оцінки психоемоційного стану та рівня адаптації ВПО у процесі ФСР були застосовані психодіагностичні методи, що дали змогу комплексно вивчити індивідуально-психологічні особливості учасників дослідження, рівень їхньої тривожності, стресостійкості, мотивації до занять та суб'єктивного самопочуття.

Психологічна складова є важливим аспектом у системі реабілітації, оскільки емоційні та стресові фактори безпосередньо впливають на функціональний стан організму, процеси відновлення та соціальну адаптацію. З огляду на це, для діагностики психічного стану були використані такі методики:

Шкала депресії Бека (Beck Depression Inventory, BDI) запропонована американським психіатром Аароном Т. Беком у 1961 році. Перероблений варіант BDI-1 був опублікований в 1978, остання версія BDI-II датується 1996 роком. Методика розроблена на основі клінічних спостережень, дозволяє виявити обмежений набір найбільш релевантних і значущих симптомів депресії і найбільш часто пред'явленими пацієнтами скарг. Опитувальник складається з 21 пункти, кожен із яких описує симптоми депресії (афективні, когнітивні та соматичні прояви). Результати: 0–9 бали – відсутність депресивних синдромів; 10–15 – легка депресія; 16–19 – помірна депресія; 20–29 – виражена депресія; 30–63 – важка депресія. Максимальна сума балів — 63, що відповідає найвищому рівню депресивних проявів.

Процедура проходження тесту (табл. 2.1).

1. Респонденту пояснюють мету опитування: оцінка емоційного стану, без діагностичного ярлика.
2. Кожен пункт читається уважно; учасник обирає один варіант відповіді, який найбільш відповідає його самопочуттю за останні два тижні.
3. Під час самостійного заповнення досліджуваний може уточнювати зміст тверджень у психолога або дослідника.

4. Після заповнення опитувальник перевіряється на повноту відповідей; сума балів підсумовується.

Таблиця 2.1

Інтерпретація результатів BDI у ВПО

Сума балів BDI	Рівень депресії	Характерні прояви	Коментар щодо ВПО
0-9	Відсутня/ мінімальна	Задовільний настрій, нормальна емоційна стабільність	Депресивні симптоми відсутні або незначні; фізичне та емоційне самопочуття стабільне
10-18	Легка депресія	Пригніченість, зниження настрою, підвищена втомлюваність, незначні порушення сну та апетиту	Можливий вплив стресу, адаптаційних труднощів; потребує підтримки та участі у реабілітаційних заходах
19-29	Помірна депресія	Виражені афективні симптоми, тривога, зниження мотивації, порушення сну, апетиту та працездатності	Слід проводити систематичну психоемоційну підтримку; поєднувати фізичні та психологічні методи реабілітації
30-63	Тяжка депресія	Стійкі негативні емоції, відчуття безпорадності, серйозні порушення сну, апетиту, соціальної та функціональної активності	Потребує комплексного втручання психотерапевта та реабілітаційних програм; фізичні навантаження під контролем спеціаліста

Методика «САН» (самопочуття, активність, настрій). Використовувалася для щоденного моніторингу суб'єктивного стану учасників дослідження. Ключові моменти щодо використання методики «САН» у контексті моніторингу ефективності фізкультурно-спортивних засобів. Типова карта методики САН. Ця таблиця відображає 30 пар протилежних характеристик, що використовуються для оцінки стану (додаток А)

Обробка та інтерпретація за методикою «САН». При обробці ці цифри перекодовуються в такий спосіб. Негативні стани за шкалою САН

приймаються за 1 бал, наступний за ним за 2 бали і так далі. Слід ураховувати те, – що полюси шкали постійно змінюються. Позитивні стани завжди одержують високі бали, а негативні низькі. За цими балами розраховується середнє арифметичне як загалом, так і окремо за активністю, самопочуттям і настроєм. Зразок перекодування наведений у таблиці 2.2.

Таблиця 2.2

Обробка результатів за методикою «САН»

Показник у карті САН	Перекодований бал
3 (Позитивний полюс)	7 балів
2	6 балів
1	5 балів
0	4 бали (Нейтрально)

Але, полюси (позитивний і негативний) постійно змінюються. Якщо позитивна характеристика знаходиться ліворуч (наприклад, п. 1 "Самопочуття добре"), то цифра 3 ліворуч перекодується у 7, а 3 праворуч — у 1. Якщо позитивна характеристика знаходиться праворуч (наприклад, п. 3 "Активний"), то цифра 3 праворуч перекодується у 7, а 3 ліворуч — у 1.

Ключ для обробки результатів. Ключ показує, які пункти (номери питань) належать до кожного з трьох індексів: Самопочуття, Активність, Настрій (табл. 2.3).

Таблиця 2.3

Ключ для обробки результатів за методикою «САН»

Індекс	Номери питань	Кількість питань
Самопочуття (С)	1, 2, 7, 8, 13, 14, 19, 20, 25, 26	10
Активність (А)	3, 4, 9, 10, 15, 16, 21, 22, 27, 28	10
Настрій (Н)	5, 6, 11, 12, 17, 18, 23, 24, 29, 30	10

Розрахунок показників. Обчислення ґрунтується на усередненні перекодованих балах, отриманих після заповнення анкети.

Індивідуальні показники: Після перекодування балів за 30 питаннями, розраховується середнє арифметичне для кожного з трьох індєксів (С, А, Н).

$$\text{➤ } C = \frac{\text{Сума балів питань } C}{10}; A = \frac{\text{Сума балів питань } A}{10}; H = \frac{\text{Сума балів питань } H}{10}$$

Загальний показник функціонального стану може бути розрахований як середнє арифметичне трьох індєксів: $ЗП = \frac{C+A+H}{3}$

Інтерпретація отриманих значень. Отримані середні бали (С, А, Н та ЗП) інтерпретуються відповідно до наступних зон в табл. 2.4.

Таблиця 2.4

Інтерпретація отриманих значень за методикою «САН»

Діапазон балів	Категорія стану	Характеристика
5.0 і вище	Позитивний (Сприятливий)	Відображає оптимальний функціональний стан, високий рівень психічного тону су та емоційного благополуччя.
4.1 – 4.9	Нейтральна зона	Свідчить про середній, нормативний стан, без виражених ознак втоми чи емоційного підйому.
4.0 і нижче	Незадовільний (Несприятливий)	Вказує на наявність втоми, напруги, зниженого психічного тону су або пригніченого настрою, що може вимагати корекції режиму.

Тест стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

Алгоритм методики Холмса і Раге (Шкала соціальної реадптації)

1. Підготовчий етап (Ознайомлення). Надання інструкції: Учаснику пояснюється, що тест містить перелік життєвих подій, яким присвоєно певна "вага" умовних одиниць зміни життя (ОЗЖ), що відображає рівень стресу та необхідності соціальної адаптації.

Завдання: Інструктується про необхідність відзначити ті події, які сталися в його/її житті протягом останніх 12 місяців (або іншого

релевантного періоду, залежно від цілей дослідження, але стандартно 12 місяців).

2. Етап проведення (Заповнення). Надання списку: Учаснику надається повний список із 43 життєвих подій, від найвагоміших, наведені в *додатку Б*.

Фіксація подій: Учасник ретельно переглядає список і позначає кожен подію, що відбулася в його житті за вказаний період.

Врахування повторів: Якщо певна подія (наприклад, "Зміна роботи" або "Сімейні сварки") відбувалася кілька разів протягом року, її слід врахувати стільки разів, скільки вона повторилася.

3. Етап обробки (Підрахунок балів).

Визначення ОЗЖ: Психолог/дослідник виписує бали ОЗЖ для кожної відзначеної учасником події.

Множення: Якщо подія повторювалася, її бали ОЗЖ множаться на кількість повторів.

Сумування: Обчислюється загальна сума балів ОЗЖ — це сукупний показник стресу та потреби в соціальній реадaptaції, накопичений за рік.

$$\text{Загальна сума ОЗЖ} = \sum (\text{ОЗЖ події} * \text{на кількість повторів})$$

Етап інтерпретації (Оцінка ризику). Отримана загальна сума ОЗЖ використовується для оцінки ризику розвитку психосоматичних захворювань та необхідності втручання. Оцінка мотивації до занять фізичними вправами. Для вивчення рівня мотивації застосовувалася модифікована анкета самооцінки мотиваційних чинників, що дозволила з'ясувати провідні мотиви участі у програмі — оздоровчі, соціальні, емоційні чи саморозвиткові. Підвищення внутрішньої мотивації у динаміці дослідження розглядалося як важливий показник успішної психоемоційної адаптації (табл. 2.5).

Оцінка ризику розвитку психосоматичних захворювань

Сума балів ОЗЖ	Рівень стресу та ризику	Рекомендації для програми реабілітації
Менше 150	Низький	Низька ймовірність виражених стресових реакцій. Стан адаптивний.
150 – 199	Легкий	Ймовірність захворювань (стресових реакцій) становить $\approx 37\%$.
200 – 299	Середній (Помітний)	Ймовірність захворювань (стресових реакцій) становить $\approx 51\%$. Потребує уваги та профілактики.
300 і більше	Високий (Критичний)	Ймовірність захворювань (стресових реакцій) становить $\approx 80\%$ і більше. Потребує негайної індивідуалізації та інтенсифікації психорелаксаційних практик і контролю навантажень.

Для обробки та аналізу отриманих даних застосовувалися *методи математичної статистики*, що забезпечували об'єктивну оцінку впливу фізкультурно-спортивної реабілітації на фізичний та психоемоційний стан ВПО. Всі отримані дані були оброблені за допомогою пакету «Описова статистика» в Excel 2013. Результати дослідження оброблялися за допомогою методів варіаційної статистики. Було визначено такі показники: середнє значення величини – M ; стандартна помилка середнього арифметичного – m ; середнє квадратичне відхилення – σ ; дисперсія вибірки – D ; критерій достовірності Стьюдента – t ; ступінь істотності – p . У випадках відмінності груп при $p < 0,05$ ми оцінювали як статистично значущі, при $p > 0,05$ – статистично незначущі.

2.2. Організація дослідження

Дослідження проводили з листопада 2024 р. по травень 2025 р. на базі КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» відповідно до договору про науково-практичне співробітництво. У роботі брали участь 28

жінок віком від 35 до 50 років, які потребували комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації для відновлення фізичного та психоемоційного стану після стресових та травматичних подій, пов'язаних з вимушеним переміщенням.

На першому етапі здійснювався системний аналіз науково-методичної літератури що до фізичної та психоемоційної реабілітації ВПО, сучасних підходів до застосування засобів фізкультурно-спортивної реабілітації. Формувалися мета та завдання дослідження, визначалися методологічні та емпіричні підходи до оцінки фізичного й психоемоційного стану респондентів.

Другий етап включав анкетування та інтерв'ювання учасників для визначення скарг та суб'єктивних відчуттів, проведення констатуючого експерименту. На другому етапі на базі КНП Харківської обласної ради «Обласна клінічна лікарня» було складено корекційно-реабілітаційну програму. У дослідженні взяли участь 46 жінок віком 35-45 років. Курс реабілітації тривав 8 тижнів. Після чого проведено було формувальний експеримент, що дозволило з'ясувати дієвість розробленої програми.

На третьому етапі провели статистичну обробку отриманих даних, проводився порівняльний аналіз результатів, формулювалися висновки щодо ефективності застосованих засобів ФСР у відновленні фізичного та психоемоційного стану ВПО. На підставі отриманих даних нами були надані рекомендації для респондентів, зроблені обґрунтовані висновки та кінцеве оформлення дослідження.

РОЗДІЛ 3

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ КОРЕКЦІЙНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ НА ВІДНОВЛЕННЯ ФІЗИЧНОГО ТА ЕМОЦІЙНОГО СТАНУ ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

Процес фізкультурно-спортивної реабілітації має чітку періодизацію, що забезпечує системність і безперервність відновлення функціональних можливостей організму.

У структурі ФСР етапність і послідовність періодів фізкультурно-спортивної реабілітації забезпечують повноцінне відновлення функцій організму, поступовий перехід від лікування до самостійної рухової активності, а також профілактику повторних порушень здоров'я. У ФСР прийнято виділяти періоди, за якими розробляються корекційні програми та підбираються засоби для відновлення функціональних можливостей організму.

3.1. Обґрунтування, розробка та впровадження корекційно-реабілітаційної програми в процес відновлення фізичного та емоційного стану внутрішньо переміщених осіб

Корекційно-реабілітаційну програму для наших респондентів розробляли в функціонально-відновному, тренувально-адаптаційному та підтримувально-профілактичному [1, 10, 23].

Загальні положення програми: *Тривалість програми:* 8 тижнів

Кількість занять: 3 рази на тиждень (усього 24 заняття); *Тривалість одного заняття:* 60 хв; *Форма занять:* групова (3–4 особи)

ЛПС: перед початком — огляд, контроль ЧСС, АТ, самопочуття

Місце проведення: зал для занять лікувальною гімнастикою ОКЛ.

Програма фізкультурно-спортивної реабілітації внутрішньо переміщених осіб

Функціонально-відновний період (1–2 тиждень) характеризується поступовим розширенням рухового режиму та підвищенням фізичної активності. Основним завданням є нормалізація координації, сили, витривалості, відновлення амплітуди рухів і тренування серцево-судинної системи. Використовуються вправи середньої інтенсивності — кінезітерапія, ходьба, вправи з предметами, елементи спортивних ігор. Для оцінки ефективності застосовують функціональні проби.

Мета: нормалізація функціонального стану, зниження тривожності, адаптація до навантажень.

Засоби: дихальні вправи, вправи на розтягнення, розслаблення, мобілізацію суглобів. Ходьба у повільному темпі, коригуюча гімнастика. Психофізичні вправи: аутогенне тренування, короткі сесії медитації.

Пульсовий режим: 50–60 % від ЧСС_{тах}.

Таблиця 3.1

Структура заняття з фахівцем фізкультурно-спортивної реабілітації (60 хв):

Частина	Зміст	Тривалість
Підготовча	Повільна ходьба по колу, вправи для суглобів, дихальні вправи (вдих носом — видих ротом)	10–15 хв
Основна	Виконання лікувально-гімнастичного комплексу, легкі вправи на координацію, вправи з м'ячами	35–40 хв
Заключна	Релаксаційні вправи, аутогенне тренування, спокійне дихання	5–10 хв

Комплекс вправ (приклад заняття):

Вправи для шиї та плечового пояса:

Колові рухи головою, плечима — по 6–8 разів.

Плавні нахили голови вперед–назад, у сторони — по 6 разів.

Вправи для верхніх кінцівок:

Махові рухи руками вперед–назад.

Згинання–розгинання рук у ліктях із легкими гантелями (0,5 кг).

Вправи для тулуба:

Повільні нахили вперед, у сторони, обертання тулуба — по 6 разів.

Вправа «Кішка» (вигинання та прогинання спини).

Вправи для ніг:

Піднімання на носки, переكاتи з п'ятки на носок — 10–12 разів.

Присідання до кута 90°, руки вперед — 6–8 разів.

Дихальні вправи:

Глибокий вдих через ніс – видих через рот, з легким нахилом тулуба вперед.

Вправа «Хвиля»: вдих — живіт вперед, видих — втягування живота.

Релаксація:

Лежачи на килимку, заплющити очі, уявити спокійне дихання, тиху музику.

Структура заняття з психологом (1 раз на тиждень)

Мета: оцінити психоемоційний стан, рівень стресу та соціальної адаптації.

Методи: Індивідуальна бесіда, психоемоційне анкетування.

• Опитувальники:

- тест САН (самопочуття–активність–настрій);
- шкала депресії Бека;
- тест стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

Результат: визначення індивідуальних особливостей, зон психологічної вразливості, групування учасниць за рівнем адаптації.

У тренувально-адаптаційному періоді (3–5 тиждень) метою є підвищення фізичної працездатності та формування стійких адаптаційних реакцій до навантажень. Застосовуються комплекси загальної фізичної підготовки, силові та швидко-силові вправи, циклічні навантаження (біг, плавання, велосипед, тренажери), елементи спортивного тренування. Інтенсивність навантаження поступово наближається до вікової норми.

Мета: підвищення загальної працездатності, активація серцево-судинної та дихальної систем, формування позитивного емоційного стану.

Засоби:

- Ритмічна гімнастика, танцювально-рухова терапія.
- Аеробні вправи: ходьба з елементами бігу, вправи на координацію та баланс.
- Вправи з гімнастичними палицями, еластичними стрічками, малими м'ячами.
- Рухливі ігри, парні вправи (соціальна взаємодія).
- Релаксаційні техніки в кінці заняття.

Пульсовий режим: 60–70 % від ЧСС_{тах}.

Таблиця 3.2

Структура заняття з фахівцем фізкультурно-спортивної реабілітації у тренувально-адаптаційному періоді (60 хв):

Частина	Зміст	Тривалість
Підготовча	Рухлива розминка під музику (ритмічна гімнастика, легкий степ)	10–12 хв
Основна	Аеробні вправи, силові вправи з власною вагою, парні вправи, рухливі ігри	40 хв
Заклучна	Дихальні вправи, стрейчинг, коротка медитація або групова релаксація	8–10 хв

Комплекс вправ

(приклад заняття у тренувально-адаптаційному періоді):

Аеробні вправи:

Ходьба з високим підйомом стегна — 2 хв.

Кроки вбік із рухами рук — 2 хв.

Степ-вправи (на платформі або сходинці) — 3 хв.

Силові вправи:

Згинання та розгинання рук від стіни — 8–10 разів.

Присідання з руками вперед — 10–12 разів.

Підйом таза в положенні лежачи («місток») — 8–10 разів.

«Планка» — 15–20 с.

Парні вправи:

Передача м'яча з поворотом тулуба (по 10 разів у кожен бік).

Вправа «дзеркало» (один виконує рух, інший повторює) 8–10 разів.

Рухливі ігри:

«Передай м'яч», «Хвиля», «Зміна місць» — 7–10 хв.

Релаксація:

Вправа «Дихання спокоєм» — повільне вдихання через ніс на рахунок 1-4, тривала пауза на рахунок 1-4, повільний видих через рот на рахунок 1-8.

Легка розтяжка для спини, ніг, плечей 5–7 хв.

Структура заняття з психологом у тренувально-адаптаційному періоді

Мета: формування емоційної стабільності, розвиток навичок саморегуляції, створення підтримувальної атмосфери.

Форми роботи:

1. Групові заняття (1 раз на тиждень, 45–60 хв):
 - Тема 1: «Я і мій стан». Психосвіта, розпізнавання емоцій, техніка «емоційного щоденника».
 - Тема 2: «Дихання спокою». Техніки дихальної релаксації (поєднання з дихальними вправами на заняттях фізкультури).
 - Тема 3: «Моє тіло – мій ресурс». Тілесно-орієнтована терапія, усвідомлення відчуттів, вправа «сканування тіла».
 - Тема 4: «Контакт і довіра». Ігри на взаємодію, невербальне спілкування, парні вправи.
 - Тема 5: «Мої ресурси і підтримка». Вправи на пошук внутрішніх ресурсів, групова рефлексія, створення «карти ресурсів».
2. Релаксаційно-медитативні практики (1 раз на тиждень, 45–60 хв):
 - «Дихання квадратом» (вдих–затримка–видих–затримка по 4 секунди).

- Прогресивна релаксація за Джекобсоном.
- Візуалізація позитивних образів (“місце сили”, “світло в серці”).
- Музикотерапія, ароматерапія (за бажанням групи).

Підтримувально-профілактичний період (6–8 тиждень) спрямований на закріплення досягнутих результатів, профілактику рецидивів і підтримання оптимального функціонального стану організму. У цей період рекомендуються самостійні або групові заняття оздоровчими видами рухової активності — скандинавська ходьба, плавання, йога, фітнес, пілатес. Важливою складовою є формування мотивації до здорового способу життя та психоемоційна стабілізація.

Мета: стабілізація фізичних показників, розвиток сили, витривалості, координації, підвищення стійкості до стресу. Засоби:

- Комплекс вправ силової спрямованості з власною вагою (присідання, віджимання, планка, випад).
- Функціональні тренування з елементами фітнесу.
- Командні ігри (волейбол, бадмінтон, настільний теніс).
- Психофізичні практики: йога, стрейчинг, релаксаційне дихання.
- Психологічний тренінг саморегуляції.

Пульсовий режим: 70–80 % від ЧСС_{max}.

Таблиця 3.3

Структура заняття з фахівцем фізкультурно-спортивної реабілітації у підтримувально-профілактичному періоді

Частина	Зміст	Тривалість
Підготовча	Розминка (динамічна й ритмічна), легкий біг або марш	10–12 хв
Основна	Функціональний тренінг, командні вправи, вправи на координацію, ігрові елементи	40 хв
Заключна	Стрейчинг, дихальна гімнастика, релаксація	8–10 хв

Комплекс вправ

(приклад заняття у підтримувально-профілактичному періоді):

1. Функціональний блок:

- ✓ Присідання + підйом рук — 12–15 разів.
- ✓ Випади вперед, руки на поясі — 10 разів на кожен ногу.
- ✓ «Планка» — 30 с.
- ✓ Згинання та розгинання рук від лави — 10–12 разів.
- ✓ «Велосипед» лежачи — 20 с.

2. Кардіо-блок:

- ✓ Біг підтюпцем — 2 хв.
- ✓ Переступання через перешкоди (конуси, лавки).
- ✓ Стрибки через скакалку або імітація — 30 с × 3.

3. Командні ігри:

Міні-волейбол, бадмінтон, рухливі естафети (5–7 хв).

4. Стрейчинг:

Вправи на розтягування основних груп м'язів (спина, стегна, плечі).

5. Психофізичний блок:

- ✓ Йога-елементи: «дерево», «кошка», «дитяча поза».
- ✓ Медитація з акцентом на диханні (3–5 хв).

Структура заняття з психологом у підтримувально-профілактичному періоді (1 раз на тиждень)

Мета: підвести підсумки, оцінити позитивні зміни, зміцнити віру в себе й соціальну активність.

Зміст роботи: Психологічна рефлексія: обговорення досягнень, виявлення змін у самопочутті.

Повторне тестування за тестом САН (самопочуття–активність–настрій); шкалою депресії Бека; тестом стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

Форми роботи: Вправа «Дерево змін»: учасниці позначають свої особисті зрушення («листки» – успіхи, «коріння» – ресурси). Ритуал завершення програми – спільна гра, подяка, релаксація.

Психологічні техніки, що поєднуються з фізичною активністю

✓ М'язова релаксація + дихання – після фізичних вправ для зняття напруги.

✓ Аутогенне тренування – у заключній частині заняття («Я спокійна, я сильна, я відновлююсь»).

✓ Елементи арт-терапії – малювання емоцій, створення колажу «Мій новий шлях».

✓ Музично-рухова терапія – танцювальні або ритмічні вправи для емоційного розвантаження.

✓ Психогімнастика – вправи на міміку, жести, рухи, що відображають емоційні стани («радість», «спокій», «впевненість»).

Методичні рекомендації при проведенні занять з фахівцем фізкультурно-спортивної реабілітації

❖ Проводити заняття під спокійну музику.

❖ Використовувати елементи арт-терапії (рухи з емоційним вираженням, кольорові м'ячі, стрічки).

❖ Забезпечити позитивну атмосферу підтримки й безоціночного спілкування.

❖ Вести щоденник самопочуття: учасники оцінюють свій стан за шкалою 1–5 після кожного заняття.

3.2. Динаміка показників фізичного стану внутрішньо переміщених осіб

Педагогічний експеримент складався із констатувального та формувального. В дослідженні брали участь 46 жінок віком 35-45 років. Курс реабілітації тривав 8 тижнів. Після чого проведено було проведено

формувальний експеримент, що дозволило з'ясувати дієвість розробленої програми.

Під час констатувального експерименту проводили бесіди з жінками, з яких з'ясували особливості умов переміщення, підвищення стресового навантаження та змін способу життя жінок. У жінок ВПО були скарги на певні зміни у фізичному та психологічному стані, зумовлені зміною способу життя, стресом та порушенням харчової поведінки. Фізичний стан жінок ВПО характеризується зниженням функціональних резервів серцево-судинної та дихальної систем; низьким рівнем рухової активності та фізичної працездатності; високим психоемоційним навантаженням, що погіршує соматичні показники.

Переміщення, хронічний стрес та зниження рухової активності у жінок ВПО 35-45 років вплинули на показники функцій серцево-судинної системи. Скарги жінок були на підвищення ЧСС в спокої, підвищення ЧД та АТ, що підтверджено результатами констатувального педагогічного експерименту.

Результати формувального експерименту вказали на позитивну статистично значущу динаміку основних життєвих показників: частоти серцевих скорочень (ЧСС), артеріального тиску (АТ) та частоти дихання (ЧД) Результати формувального експерименту підтвердили дієвість корекційно-реабілітаційної програми. Так, у жінок ВПО відбулося статистично значущі зміни, а саме зниження показника ЧСС ($p < 0,05$), зниження показника ЧД ($p < 0,05$), зниження показника АТ систолічного ($p < 0,05$), зниження показника АТ діастолічного ($p < 0,05$), зниження показника пульсового тиску ($p < 0,05$) (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

Динаміка показників частоти серцевих скорочень (ЧСС), частоти дихання (ЧД), артеріального тиску (АТ) жінок ВПО 35-45 років (n=46),

M±m

Показник	жінки ВПО 35-45 років (n=46)		Динаміка t, p
	до реабілітації	після реабілітації	
ЧСС, пошт./хв	85,31±0,26	78,42±0,43	2,14; <0,05
ЧД, раз/хв	18,22±0,63	15,25±0,66	3,26; <0,05
АТ систолічний, мм.рт.ст.	138,66±2,81	126,32±2,36	3,36; <0,05
АТ діастолічний, мм.рт.ст.	87,91±4,25	76,76±3,46	2,03; <0,05
Пульсовий тиск, мм.рт.ст.	58,11±2,13	44,21±2,42	4,31; <0,05

Застосування кліноортостатичної проби в даному дослідженні було обґрунтованим, оскільки вона дозволяє не лише оцінити рівень фізіологічної адаптації, але й виявити приховані ознаки вегетативних дисфункцій, які часто зустрічаються у внутрішньо переміщених осіб внаслідок тривалого психоемоційного стресу, порушення сну, тривожних станів і гіподинамії. Якщо спостерігалось різке підвищення або зниження артеріального тиску (понад 20 мм.рт.ст) чи суттєве збільшення ЧСС (понад 20 пошт/хв), така реакція трактувалася як гіпер- або гіпореактивна, що свідчить про порушення вегетативної регуляції або зниження функціональної стійкості серцево-судинної системи. Реакція серцево-судинної системи оцінювалася за динамікою змін цих показників:

- Підвищення систолічного тиску на 5–10 мм.рт.ст або його незначне зниження в межах норми (до 10 мм.рт.ст) вважалось фізіологічною реакцією.
- Збільшення діастолічного тиску на 5–10 мм рт. ст. свідчило про адекватне включення механізмів судинної регуляції.
- Підвищення ЧСС на 10–18 пошт/хв вважалось нормальним адаптаційним проявом.

При проведенні кліноортостатичної проби під час констатувального експерименту у жінок ВПО спостерігали наступні зміни: підвищення ЧСС у спокої в положенні лежачи, значне підвищення ЧСС, АТ систолічного та диастолічного при переході в положення стоячи. Тобто, результати проби вказали на гіпертонічний і гіперкінетичний тип системи кровообігу (табл. 3.5).

Результати формувального педагогічного експерименту у жінок ВПО вказали на позитивну динаміку результатів ортостатичної проби. Після роботи за корекційно-реабілітаційною програмою у жінок відбулося статистично значуще покращення ЧСС ($p < 0,05$), АТ систолічного ($p < 0,05$) та диастолічного ($p < 0,05$) при переході в положення стоячи. Індекс ортостатичної реакції вказав на більш економічну роботу серцево-судинної системи (табл. 3.5).

Тобто, після роботи за програмою відзначалося нормалізування серцево-судинної реакції на зміну положення тіла, зменшення амплітуди коливань артеріального тиску та ЧСС. Це свідчить про покращення функціональної стійкості, відновлення вегетативного балансу та підвищення адаптаційних резервів організму досліджуваних жінок.

Таблиця 3.5

Динаміка показників кліноортостатичної проби у жінок ВПО (n=46), M±m

Показник	Положення тіла	До реабілітації	Після реабілітації	Δ, зміна	Інтерпретація
ЧСС, уд/хв	лежачи	88,32±4,31	78,23±3,12	-10	Зниження тахікардії у спокої
	стоячи	108,27±5,45	92,28±4,36	-16	Нормалізація ортостатичної реакції
АТ сист., мм.рт.ст.	лежачи	138,24±6,24	126,32±5,28	-12	Зменшення підвищеного систолічного тиску
	стоячи	148,26±7,24	134,28±6,34	-14	Покращення тону та реактивності судин
АТ діаст., мм.рт.ст.	лежачи	92,46±4,38	84,36±3,32	-8	Нормалізація діастолічного тиску
	стоячи	98,24±5,22	88,26±4,68	-10	Зниження гіпертензивної реакції
Індекс ортостатичної реакції (ІОР), %	—	28±3	17±2	-11	Перехід до більш економічної роботи серцево-судинної системи

Враховуючи, що у внутрішньо переміщених осіб часто спостерігається підвищений рівень психоемоційного напруження, проба Штанге має додаткове значення для оцінки взаємозв'язку між соматичним і психічним компонентами їхнього стану.

До проведення реабілітаційного втручання у 28 жінок спостерігали середній рівень функціональних можливостей дихальної системи, у 13 жінок - низький рівень, лише у 5 жінок затримка дихання на вдиху вказало на 45-50 сек, що відповідає високому рівню.

Результати проведення проби під час формувального експерименту продемонстрували, що після участі в корекційно-реабілітаційній програмі рівень функціональних можливостей дихальної системи жінок покращився. Так, 10 жінок показали результат, що відповідає високому рівню функціональних можливостей дихальної системи, у 36 жінок значення проби відповідає середньому рівню. На рисунку 3.1 представлено середні значення проби Штанге до та після проведення реабілітаційного втручання.

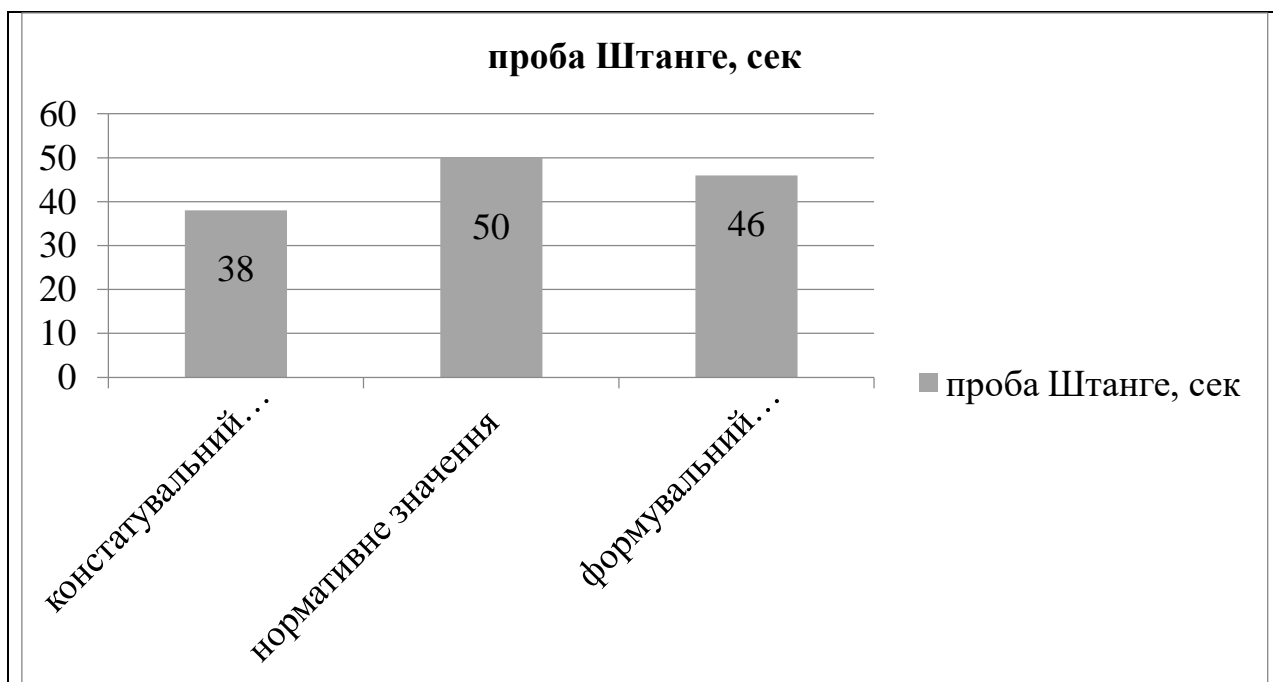


Рис. 3.1 Динаміка результатів проби Штанге жінок ВПО (n=46)

Аналіз результатів проби Штанге дозволив зробити висновки щодо підвищення ступеня насичення організму киснем, адаптаційні можливості, а

також здатності організму до адаптації в умовах стресу та фізичного навантаження ($p < 0,05$).

Пробу Генчі проводили з метою з'ясування ступеню економізації дихання та адаптацію організму до гіпоксії. До проведення реабілітаційного втручання у 16 жінок спостерігали низький рівень функціональних можливостей дихальної системи, у 20 жінок - середній рівень. Результати проведення проби під час формувального експерименту продемонстрували, що після участі в корекційно-реабілітаційній програмі рівень функціональних можливостей дихальної системи жінок покращився. Так, 8 жінок показали результат, що відповідає високому рівню функціональних можливостей дихальної системи, у 38 жінок значення проби відповідає середньому рівню, але результати проби коливалися від 18 до 25 секунд. На рисунку 3.2 представлено середні значення проби Генчі до та після проведення реабілітаційного втручання.

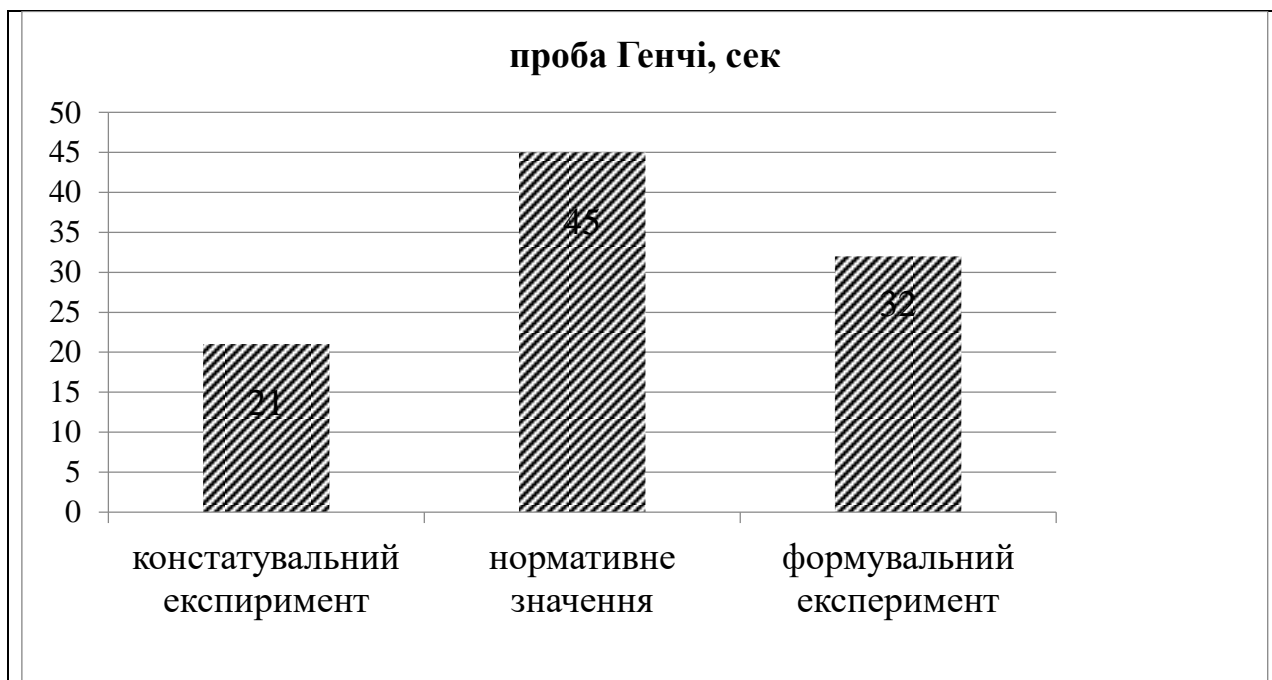


Рис. 3.2 Динаміка результатів проби Штанге жінок ВПО (n=46)

Поєднане використання проб Штанге та Генчі забезпечило можливість більш точного визначення функціональних резервів організму, стану дихальної системи, толерантності до гіпоксії та рівня тренуваності. Отримані

показники були використані для порівняльного аналізу динаміки змін упродовж експериментального періоду.

За результатами повторного тестування після завершення програми фізкультурно-спортивної реабілітації спостерігалось статистично достовірне покращення показників як проби Штанге, так і проби Генчі, що підтвердило позитивний вплив розробленої корекційно-реабілітаційної програми із застосуванням засобів ФСР на підвищення адаптаційних можливостей, функціональної стійкості до гіпоксії та загальної працездатності внутрішньо переміщених осіб.

3.3. Динаміка показників емоційного стану внутрішньо переміщених осіб

Після проходження реабілітаційної програми рівень депресивних проявів за *Шкалою депресії Бека (BDI)* суттєво знизився. Найбільша позитивна динаміка відмічена у когнітивно-емоційній сфері. Частка жінок з клінічно значущою депресією зменшилась більш ніж удвічі (табл. 3.6).

Таблиця 3.6

Динаміка показників рівень депресивних проявів за Шкалою депресії Бека у жінок ВПО (n=46), M±m

Показник / Група	До реабілітації	Після реабілітації	Зміна, Δ	Зміни, %
Сумарний бал за BDI	22,8 ± 1,4	14,2 ± 1,1	-8,6	-37,7%
Рівень депресії	Помірна депресія	Легкі депресивні прояви	-	-
Емоційно-когнітивні симптоми	11,6 ± 0,9	7,1 ± 0,8	-4,5	-38,8%
Соматичні симптоми	9,3 ± 0,7	5,8 ± 0,6	-3,5	-37,6%
Відсоток жінок з клінічно значущою депресією (≥20 балів)	62%	28%	-34%	-54,8%

Після роботи за корекційно-реабілітаційною програмою спостерігали виражене покращення за всіма складовими методики «САН». Найбільша позитивна динаміка була за показником настрою. Інтегральний рівень психоемоційного стану зріс більш ніж на 50% (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Динаміка показників за методикою «САН» у жінок ВПО (n=46) до та після реабілітації, M±m

Показники «САН»	До реабілітації	Після реабілітації	Δ Зміна	% Зміни
Самопочуття	4,1 ± 0,3	6,2 ± 0,3	+2,1	+51,2%
Активність	4,4 ± 0,4	6,7 ± 0,4	+2,3	+52,3%
Настрій	4,0 ± 0,3	6,5 ± 0,3	+2,5	+62,5%
Інтегральний показник САН	4,2 ± 0,3	6,5 ± 0,3	+2,3	+54,8%

За результатами констатувального експерименту показники тесту Холмса і Раге надали можливості виявити ступінь впливу життєвих подій на емоційне самопочуття жінок ВПО та оцінити ризик розвитку стресових реакцій. Отримані дані використовувалися для індивідуалізації програми реабілітації - підбору інтенсивності фізичних навантажень, темпу відновлення та психорелаксаційних практик. Результати констатувального та формульовального експерименту жінок ВПО за тестом Холмса і Раге представлені в таблиці 3.5. Таблиця демонструє зміни рівня стресового навантаження у жінок ВПО за результатами тесту Холмса і Раге до та після проходження реабілітаційної програми. Отримані дані свідчать про чітко виражене зниження сумарного стресового балу: показник зменшився з 245 до 178 балів, що становить зниження на 27,3%. Це свідчить про зменшення інтенсивності впливу життєвих стресорів та підвищення адаптаційних можливостей респонденток (табл. 3.8).

Таблиця 3.8

Динаміка показників за тестом Холмса і Раге у жінок ВПО (n=46) до та після реабілітації, $M \pm m$

Показники тесту Холмса і Раге	До реабілітації	Після реабілітації	Зміна, Δ	Зміни, %
Сумарний стресовий бал	245 ± 12	178 ± 10	-67	-27,3%
Категорія ризику за шкалою	Високий ризик (≥ 200 балів)	Помірний ризик (150–199 балів)	–	–
Ймовірність розвитку стрес-індукованих розладів	50–60%	30–35%	-20–25%	–
Кількість жінок з високим рівнем стресу (%)	68%	37%	-31%	-45,6%

Зміни відзначено і за категорією ризику: якщо до реабілітації більшість жінок належали до групи високого ризику розвитку стрес-індукованих психосоматичних порушень (≥ 200 балів), то після проведення відновлювальних заходів їхній рівень стресу відповідав помірному ризику (150–199 балів). Відповідно, ймовірність розвитку стрес-індукованих захворювань знизилася приблизно з 50–60% до 30–35%, що вказує на значне зменшення загрози дезадаптивних реакцій організму.

Також спостерігається суттєве зменшення частки жінок із високим рівнем стресу: з 68% до 37%, що становить зниження на 45,6%. Це підкреслює ефективність реабілітаційної програми у зниженні гострого та хронічного стресового навантаження.

У цілому результати демонструють, що запропонована програма сприяла зменшенню рівня життєвого стресу, підвищенню адаптаційних резервів та покращенню психологічного благополуччя жінок ВПО.

Висновки до розділу 3

Процес фізкультурно-спортивної реабілітації має чітку періодизацію, що забезпечує системність і безперервність відновлення функціональних можливостей організму. Педагогічний експеримент складався із констатувального та формувального. В дослідженні брали участь 46 жінок віком 35-45 років. Курс реабілітації тривав 8 тижнів. Після чого проведено було формувальний експеримент, що дозволило з'ясувати дієвість розробленої програми.

Корекційно-реабілітаційну програму для жінок ВПО розробляли в функціонально-відновному, тренувально-адаптаційному та підтримувально-профілактичному. Метою роботи було нормалізація функціонального стану, зниження тривожності, адаптація до навантажень. дихальні вправи, Застосовували вправи на розтягнення, розслаблення, мобілізацію суглобів. Ходьба у повільному темпі, коригуюча гімнастика. Психофізичні вправи: аутогенне тренування, короткі сесії медитації.

Результати формувального експерименту підтвердили дієвість корекційно-реабілітаційної програми. Так, у жінок ВПО відбулося статистично значущі зміни, а саме зниження показника ЧСС ($p < 0,05$), зниження показника ЧД ($p < 0,05$), зниження показника АТ систолічного ($p < 0,05$), зниження показника АТ діастолічного ($p < 0,05$), зниження показника пульсового тиску ($p < 0,05$).

Після роботи за корекційно-реабілітаційною програмою у жінок відбулося статистично значуще покращення ЧСС ($p < 0,05$), АТ систолічного ($p < 0,05$) та діастолічного ($p < 0,05$) при переході в положення стоячи. Індекс ортостатичної реакції вказав на більш економічну роботу серцево-судинної системи.

Аналіз результатів проби Штанге дозволив зробити висновки щодо підвищення ступеня насичення організму киснем, адаптаційні можливості, а також здатності організму до адаптації в умовах стресу та фізичного навантаження ($p < 0,05$).

Результати проведення проби Генчі продемонстрували, що у жінок ВПО рівень функціональних можливостей дихальної системи покращився.

Рівень депресивних проявів за BDI суттєво знизився. Найбільша позитивна динаміка відмічена у когнітивно-емоційній сфері. Частка жінок з клінічно значущою депресією зменшилась більш ніж удвічі. Спостерігали виражене покращення за всіма складовими методики «САН». Найбільша позитивна динаміка була за показником настрою. Інтегральний рівень психоемоційного стану зріс більш ніж на 50%. Отримані дані за тестом Холмса і Раге свідчать про чітко виражене зниження сумарного стресового балу на 27,3%. Це свідчить про зменшення інтенсивності впливу життєвих стресорів та підвищення адаптаційних можливостей респонденток.

Отримані результати формувального експерименту підтвердили дієвість розробленої корекційно-реабілітаційної програми з застосуванням засобів фізкультурно-спортивної реабілітації та психокорекції.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОДЕРЖАНИХ ДАНИХ

Проведене дослідження дозволило всебічно охарактеризувати вплив корекційно-реабілітаційної програми, побудованої на засадах фізкультурно-спортивної реабілітації, на фізичний та емоційний стан внутрішньо переміщених осіб. У цьому розділі здійснено розширений аналіз кількісних та якісних показників, порівняння динамічних змін, оцінку вираженості отриманих ефектів та узагальнення закономірностей, які формують теоретичне й практичне підґрунтя для удосконалення реабілітаційної роботи з ВПО [24, 30].

Важливість ґрунтового аналізу обумовлена мультифакторністю проблем внутрішньо переміщених осіб, в яких фізичні, емоційні та соціально-психологічні чинники тісно переплетені й формують комплексну дезадаптивну відповідь організму. У межах роботи оцінювалися фізіологічні показники (ЧСС, АТ, частота дихання, проби Штанге та Генчі, кліноортостатична реакція), дані суб'єктивного самопочуття, результати психодіагностики стресового навантаження та рівня емоційної стабільності. Комплексність аналізу дозволила сформувати інтегральне уявлення про вплив програми на різні складові функціонування організму [28, 31].

На стартовому етапі більшість учасниць продемонстрували типові для ВПО прояви фізіологічної та психоемоційної дезадаптації. Для вихідного стану характерними були:

- ✓ підвищена частота серцевих скорочень;
- ✓ нестабільний артеріальний тиск;
- ✓ знижена толерантність до гіпоксії;
- ✓ низькі показники функціональних проб;
- ✓ порушені механізми ортостатичної регуляції;
- ✓ високий рівень емоційного напруження;

✓ поширені психосоматичні скарги.

Відповідно до зібраних даних, частина учасниць перебувала у стані хронічного стресового виснаження. Психологічні опитувальники засвідчили dominance високих показників тривожності, напруженості та фіксації на стресових переживаннях. Це корелювало з фізіологічними змінами, підтверджуючи цілісність психофізіологічної картини [60, 64, 67].

Показники проб Штанге переважно знаходилися в діапазоні нижчих значень, характерних для осіб із зниженими функціональними резервами дихальної системи. Проба Генчі також демонструвала низьку толерантність до гіпоксичних впливів. Кліноортостатична реакція у багатьох учасниць відповідала нестійкому типу, що свідчить про порушення регуляції судинного тону та уповільнені механізми компенсації.

Отримані результати підтвердили актуальність розробки та впровадження комплексної корекційної програми, спрямованої на відновлення багаторівнево порушених функцій.

Порівняльний аналіз початкових і підсумкових даних показав виражене покращення показників серцево-судинної та дихальної систем, що підтверджує ефективність запропонованої програми.

Показники ЧСС у стані спокою наблизилися до фізіологічної норми. Це свідчить про зниження симпатичного напруження, стабілізацію автономної регуляції та зменшення впливу стресових факторів.

Артеріальний тиск став більш стабільним, зменшилися перепади систолічного та діастолічного компонентів, що характерно для зниження емоційного та соматичного стресу. Пульсовий тиск нормалізувався у значній частині учасниць, що відображає покращення еластичності судин та зменшення реактивності судинної стінки.

Після втручання більшість учасниць продемонстрували адекватну фізіологічну реакцію на зміну положення тіла — підвищення ЧСС і АТ знаходилося в межах норми. Кількість гіперреактивних та гіпореактивних відповідей суттєво зменшилася.

Це є індикатором покращення регуляції серцево-судинної системи, зміцнення барорефлекторних механізмів та оптимізації функціональної відповіді організму.

Тривалість затримки дихання зросла в середньому на 20–35%, що свідчить про:

- підвищення дихальної ефективності;
- кращу взаємодію між дихальною та серцево-судинною системами;
- покращення адаптації до гіпоксії;
- підвищення загальної фізичної витривалості.

Такі зміни можуть бути зумовлені як фізичними вправами, так і дихальними практиками, які посилюють ефективність газообміну та оптимізують дихальний патерн.

Важливим результатом стало суттєве зниження рівня стресу та нормалізація емоційного стану внутрішньо переміщених жінок.

Кількість осіб, що перебували в зоні високого стресу, знизилася майже удвічі. Спостерігалася позитивна динаміка за такими параметрами:

- зменшення емоційної напруги;
- покращення настрою;
- зниження проявів тривожності;
- відновлення емоційної стабільності;
- зменшення соматичних проявів стресу (головний біль, серцебиття, порушення сну).

Психологічні тести засвідчили перехід значної частини учасниць із групи високого ризику до групи помірною або низького ризику. Це свідчить про ефективність інтегрованої програми, в основі якої є поєднання фізичних вправ, дихальних технік та елементів психокорекції.

Отримані дані підтверджують системний характер впливу програми. Поліпшення фізичного стану супроводжувалося покращенням психологічного, що свідчить про:

- зниження активності симпатичної нервової системи;
- підвищення стійкості до стресових подразників;
- нормалізацію регуляції гіпоталамо-гіпофізарно-наднирникової осі;

- зменшення м'язової та емоційної напруги;
- зміцнення адаптаційних можливостей організму.

Таким чином, дія програми мала інтегральний характер, залучаючи фізичні, психологічні та нейрофізіологічні механізми.

Комплексна оцінка дозволяє сформулювати такі науково обґрунтовані положення:

1. Фізкультурно-спортивна реабілітація є ефективним засобом підвищення резервних можливостей організму ВПО. Дані проб свідчать про достовірне збільшення витривалості та функціональної стійкості.

2. Зниження рівня стресу є не побічним, а прямим результатом впливу програми. Дихальні й релаксаційні техніки підвищують парасимпатичну активність.

3. Покращення функціональних показників серцево-судинної системи корелює зі зниженням тривожності та психоемоційного дискомфорту.

4. Зростає мотивація до подальшого залучення в активний руховий режим, що є важливою умовою довгострокового відновлення.

5. Сформовані адаптаційні механізми мають пролонгований ефект, що підвищує якість життя ВПО.

Застосована корекційно-реабілітаційна програма забезпечує:

- багаторівневий вплив на організм;
- синергію фізичних та психологічних компонентів;
- відновлення систем автономної регуляції;
- формування стійкої адаптаційної відповіді;
- запобігання розвитку психосоматичних порушень;

- підвищення функціональних резервів дихальної та серцево-судинної систем.

Реабілітаційна програма позитивно вплинула й на фізіологічні показники, що є важливим маркером загального функціонального стану.

Спостерігалось:

зниження частоти серцевих скорочень (ЧСС) до показників, ближчих до вікової норми, що вказує на зменшення напруження вегетативної нервової системи та покращення серцево-судинної регуляції;

нормалізація артеріального тиску (АТ) – зменшення як систолічного, так і діастолічного тиску, що свідчить про зниження судинного напруження та покращення гемодинамічних механізмів;

зниження частоти дихання (ЧД), що відображає зменшення рівня психоемоційного напруження та підвищення ефективності зовнішнього дихання.

Комплексне покращення психологічних і фізіологічних параметрів підтверджує високу ефективність запропонованої програми реабілітації, яка сприяє зниженню рівня стресу, нормалізації вегетативних реакцій та підвищенню загального рівня здоров'я та адаптації жінок ВПО.

Психоемоційний стан жінок ВПО зазнав суттєвого покращення після проходження корекційно-реабілітаційної програми. Усі досліджувані методики продемонстрували позитивну динаміку, що свідчить про ефективність застосованих відновлювальних заходів.

Отримані результати підкреслюють доцільність подальшого впровадження комплексних психофізіологічних реабілітаційних програм для внутрішньо переміщених осіб, особливо жінок, які перебувають у тривалих стресових умовах.

Таким чином, результати дослідження підтверджують наукову та практичну ефективність програми, її доцільність для впровадження у реабілітаційні центри, заклади охорони здоров'я та освітні установи.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження, присвячене вивченню впливу фізкультурно-спортивної реабілітації на фізичний та емоційний стан внутрішньо переміщених осіб, дало змогу комплексно осмислити природу адаптаційних порушень, що виникають унаслідок травматичного досвіду вимушеного переміщення, і водночас продемонструвало ефективність системного реабілітаційного підходу, здатного відновлювати функціональну цілісність організму та підсилювати психологічну стійкість. Узагальнення результатів дослідження показало, що фізкультурно-спортивна реабілітація відіграє ключову роль у поверненні внутрішньо переміщених осіб до стану гармонійного фізичного, емоційного та соціального функціонування.

Насамперед встановлено, що фізіологічні зміни, характерні для ВПО, мають багатофакторне походження й охоплюють дисрегуляцію серцево-судинної та дихальної систем, зниження толерантності до фізичних навантажень, порушення вегетативного балансу та низку психосоматичних проявів. Результати початкового діагностичного етапу підтвердили, що більшість учасниць перебували у стані хронічного стресу, для якого типовими є динамічна виснаженість, напруження симпатичної ланки нервової системи, нестабільні реакції на гіпоксію та знижені функціональні резерви. Такі відхилення є природною реакцією організму на тривалу дію стресогенних чинників, пов'язаних із втратою дому, невизначеністю, розривом соціальних зв'язків та порушенням звичного укладу життя.

Запропонована корекційно-реабілітаційна програма спрямовувалася на усунення цих порушень шляхом цілісного впливу на фізичний, психологічний та емоційний аспекти здоров'я. Комплекс вправ, що включав дихальну, моторну, релаксаційну та психоемоційну складові, створив умови для оптимізації регуляторних механізмів організму. У результаті зафіксовано суттєве покращення функціонування дихальної системи, зокрема зростання тривалості затримки дихання за пробами Штанге та Генчі, що свідчило про

підвищення толерантності до гіпоксичних навантажень і стабілізацію взаємодії серцево-судинної та дихальної систем. Такі зміни важливі, оскільки регуляція дихання є базовим елементом стресостійкості, а адаптовані дихальні патерни забезпечують економнішу роботу організму в ситуаціях психофізичного напруження.

Значущих результатів вдалося досягти й щодо показників серцево-судинної системи: нормалізація частоти серцевих скорочень, вирівнювання реакції на ортостатичні зміни та зменшення проявів вегетативної нестабільності вказують на відновлення балансу між симпатичною та парасимпатичною регуляцією. Відновлення вегетативної рівноваги є важливим маркером того, що організм поступово повертається до стану функціональної стабільності після пережитого стресу.

Аналіз психоемоційного стану учасниць продемонстрував ще більш показові результати. Високий рівень стресу, зафіксований на початковому етапі, значною мірою визначав загальну картину порушень. Проте після завершення реабілітаційної програми частка осіб із високим рівнем стресу суттєво знизилася, що є прямим доказом ефективності програмних заходів. Важливо, що зниження стресу супроводжувалося зменшенням кількості психосоматичних скарг, поліпшенням якості сну, зниженням тривожності та емоційною стабілізацією. Ці зміни свідчать про формування нових, більш адаптивних моделей реагування на стресові стимули, що забезпечує тривалу психоемоційну стійкість.

З позиції соціальної психології важливою складовою ефективності програми стало групове середовище, у якому працювали учасниці. Саме спільна діяльність, взаємопідтримка та відчуття приналежності до групи сприяли зменшенню переживань ізоляції, формуванню позитивних емоційних зв'язків і відновленню соціальної взаємодії, що є невід'ємною складовою повноцінного життя людини. Таким чином, реабілітаційна програма виконувала не лише суто фізкультурну функцію, а й соціально-

психологічну, компенсуючи ті сфери, що були порушені внаслідок вимушеної міграції.

Загальна оцінка результатів дозволяє стверджувати, що фізкультурно-спортивна реабілітація є ефективним, науково обґрунтованим та гнучким інструментом відновлення фізичного й психоемоційного здоров'я внутрішньо переміщених осіб. Її ефективність зумовлена комплексністю впливу, що поєднує рухову активність, регуляцію дихання, релаксацію та психоемоційну підтримку, а також створює умови для відновлення гомеостатичного балансу організму.

Результати роботи також відкривають низку важливих перспектив. По-перше, програма може бути масштабована для використання у реабілітаційних центрах, закладах охорони здоров'я, освітніх установах та громадських організаціях, що працюють із ВПО. По-друге, її структура дозволяє адаптувати формат для різних вікових груп і станів фізичної підготовленості, що робить програму універсальною. По-третє, отримані результати підтверджують доцільність інтеграції психофізіологічних методів у систему допомоги постраждалим від війни та кризових подій, оскільки вони сприяють поступовому відновленню здатності організму до саморегуляції.

Системність змін, простежених у результаті педагогічного експерименту, свідчить про те, що фізкультурно-спортивна реабілітація не лише компенсує наслідки втрати, стресу й адаптаційного виснаження, а й формує фундамент для довготривалого, стійкого відновлення. Це вказує на те, що реабілітаційні програми мають розглядатися не як разовий комплекс заходів, а як стратегія супроводу ВПО на шляху до повернення контролю над власним тілом, емоціями та життям загалом.

Узагальнюючи все вищевикладене, можна стверджувати, що проведене дослідження підтвердило високу результативність фізкультурно-спортивної реабілітації в роботі з внутрішньо переміщеними особами. Програма сприяє відновленню функціональних резервів, оптимізації роботи серцево-судинної

та дихальної систем, зниженню рівня стресу, покращенню психоемоційного стану та підвищенню загальної адаптаційної спроможності. Одержані результати мають вагомое теоретичне та практичне значення й можуть бути використані як підґрунтя для подальших наукових досліджень, удосконалення реабілітаційних методик і створення комплексних програм підтримки ВПО на державному та міжнародному рівнях.

Враховуючи отримані результати, доцільно сформулювати низку практичних рекомендацій, спрямованих на підвищення ефективності фізкультурно-спортивної реабілітації внутрішньо переміщених осіб у сучасних соціальних, психологічних та медико-біологічних умовах.

1. Рекомендації щодо впровадження комплексних реабілітаційних програм у закладах освіти, медицини та соціального захисту.

Організаціям, які працюють із ВПО, доцільно інтегрувати цілісні корекційно-реабілітаційні програми, що поєднують рухову активність, дихальні практики, релаксаційні техніки та методи розвитку емоційної стабільності. Комплексність таких програм має стати стандартом, оскільки саме багатовимірний підхід забезпечує системне відновлення фізіологічних функцій і психоемоційної рівноваги. Особливо актуальним є створення міждисциплінарних команд (реабілітолог, психолог, фахівець із фізичного виховання), здатних забезпечити науково обґрунтовану корекцію індивідуальних потреб ВПО.

2. Рекомендації щодо тривалості, структури та інтенсивності реабілітаційного впливу.

З метою досягнення стійких результатів рекомендовано застосовувати програми тривалістю не менше 8–12 тижнів із частотою занять 2–3 рази на тиждень. Тривалість одного заняття оптимально становить 45–60 хвилин із чітким чергуванням активних, дихальних та релаксаційних компонентів. Практика показала, що надмірна інтенсивність може викликати втому та зниження мотивації, тоді як адаптоване, поступове навантаження сприяє

формуванню довготривалої прихильності до фізичної активності та стійкому покращенню функціональних резервів.

3. Рекомендації щодо індивідуалізації програм для різних підгруп ВПО.

Оскільки внутрішньо переміщені особи становлять неоднорідну групу за рівнем стресового навантаження, віковими показниками, станом фізичного здоров'я та емоційної стабільності, програми повинні передбачати індивідуальні маршрути реабілітації. Доцільно проводити попереднє діагностичне оцінювання (ЧСС, АТ, проби Штанге і Генчі, психологічний профіль), за результатами якого вибудовується персоналізована траєкторія: оптимальний обсяг навантаження, відповідні методи дихальної корекції, емоційно-розвантажувальні вправи та тривалість реабілітації.

4. Рекомендації щодо подальшої підтримки та профілактики після завершення основного курсу реабілітації.

Після досягнення первинної стабілізації доцільно запроваджувати програми довготривалої підтримки, спрямовані на закріплення позитивних змін. Підтримувальні заняття можуть проводитися раз на тиждень або щонайменше двічі на місяць, включаючи адаптовані комплекси вправ, техніки управління диханням та короткі психологічні практики саморегуляції. Це знижує ризик рецидиву стресу, сприяє стабільності психофізіологічного стану та формує культуру здоров'язбереження, що є критично важливим для ВПО, які перебувають у стані тривалої соціальної невизначеності.

5. Рекомендації щодо подальшого наукового супроводу, моніторингу та удосконалення програм ФСР.

Дослідження підкреслює необхідність регулярного моніторингу фізичних та психоемоційних показників для підтримання ефективності реабілітаційних заходів. Рекомендовано впроваджувати стандартизовані діагностичні протоколи, які дозволяють об'єктивно оцінювати динаміку стану, коригувати програму в реальному часі та проводити доказове удосконалення методик.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Адашевський В. М. Теорія і методика фізичної реабілітації: підручник. Київ : НУФВСУ, 2021. 420 с.
2. Апанасенко Г. Л. Медична валеологія: підручник. Київ : Здоров'я, 2017. 490 с.
3. Артюх В. О., Гуніна Л. М. Фізична реабілітація у системі оздоровчої фізичної культури. Харків : ХДАФК, 2019. 300 с.
4. Бабій Р. В. Психосоціальна підтримка внутрішньо переміщених осіб: методи та моделі. Соціальна політика і соціальна робота. 2022. № 1. С. 55–65.
5. Баталов О. О., Приходько В. В. Фізична культура у відновленні психосоціального здоров'я. Київ : Освіта, 2020. 290 с.
6. Безпала Н. В., Смірнова О. В. Дихальні вправи в корекції вегетативних порушень. Науковий часопис НПУ. 2022. № 1. С. 130–138.
7. Бойко С. В. Психосоматичні аспекти вегетативної дисфункції в умовах хронічного стресу. Медична психологія. 2021. № 3. С. 45–52.
8. Борисова О. В. Фізична реабілітація при порушеннях сну. Житомир : Вид-во ЖДУ, 2019. 180 с.
9. Бубнова Н. В. Фізична реабілітація при захворюваннях серцево-судинної та дихальної систем: навчальний посібник. Львів : Магнолія, 2020. 250 с.
10. Ванке А. А., Болотов А. П. Основи кінезіотерапії: монографія. Київ : Центр навчальної літератури, 2022. 350 с.
11. Вплив аеробних навантажень на рівень тривожності у студентської молоді / Л. С. Міщенко та ін. Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми. 2020. № 3. С. 45–52.
12. Гайдук С. І., Лавренюк В. О. Особливості фізичної та психологічної реабілітації ветеранів та постраждалих від військових дій. Київ : Дім, 2023. 280 с.

13. Глушко О. В., Кузьменко А. І. Застосування ігрових методів ФСР для соціальної адаптації. Спортивний вісник Придніпров'я. 2021. № 2. С. 60–67.
14. Григор'єва Н. І. Досвід використання тілесно-орієнтованих практик у роботі з травмою. Вісник психології. 2021. № 2. С. 88–95.
15. Демчук М. О. Нейробиологічні маркери посттравматичного стресового розладу та методи їх корекції. Журнал психіатрії та медичної психології. 2022. № 1. С. 60–68.
16. Денисенко А. І. Фізична культура як засіб формування резильєнтності. Молодь і ринок. 2020. № 11. С. 110–116.
17. Діагностика функціонального стану організму спортсменів / В. В. Єрмаков та ін. Київ : Олімпійська література, 2020. 300 с.
18. Іванов П. С. Вплив йоги та пілатесу на зниження м'язової напруги при хронічному стресі. Фізична культура, спорт та здоров'я. 2021. № 1. С. 70–76.
19. Захарова Ю. О. Оцінка ефективності реабілітаційних програм для ВПО. Наукові записки. 2022. № 3. С. 44–50.
20. Катеринчук І. С. Фізична активність як засіб зменшення тривожності у ВПО. Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві. 2022. № 3. С. 154–160.
21. Козіна Ж. Л. Фізіологічні механізми впливу фізичних навантажень на гормональний статус при стресі. Спортивна медицина. 2019. № 2. С. 15–22.
22. Козлова Т. В., Дмитренко В. А. Групові заняття у фізкультурно-спортивній реабілітації: соціально-психологічний аспект. Педагогіка формування творчої особистості. 2022. № 4. С. 190–197.
23. Кольцов М. В., Євтушенко О. В. Адаптивне фізичне виховання: методичні рекомендації. Харків : ХНПУ, 2019. 150 с.
24. Комплексна реабілітація ВПО в Україні: проблеми та перспективи / С. О. Коваленко та ін. Науковий вісник Ужгородського університету. 2023. № 1. С. 120–128.
25. Коробейніков Г. В. Фізіологія спорту та фізичної активності: підручник. Київ : Олімпійська література, 2018. 480 с.

26. Король В. В. Методи математичної статистики у фізкультурно-спортивних дослідженнях. Львів : ЛДУФК, 2021. 190 с.
27. Литвиненко А. М., Мельник В. В. Психологічні наслідки внутрішнього переміщення: механізми формування резильєнтності. Соціальна педагогіка. 2021. № 4. С. 77–85.
28. Лисенко А. М., Петренко А. В. Використання проб Штанге та Генчі для оцінки функціональних резервів. Спортивна медицина та фізична реабілітація. 2019. № 1. С. 88–95.
29. Ляхова А. В. Методики оцінки функціональних резервів організму у реабілітації. Дніпро : Наука і освіта, 2020. 220 с.
30. Максименко І. В., Поліщук С. О. Концептуальні підходи до реабілітації осіб з ПТСР. Збірник наукових праць. 2023. № 1. С. 15–22.
31. Мануйленко О. А. Динаміка психоемоційного стану ВПО в процесі фізкультурно-оздоровчої діяльності. Науковий вісник. 2021. № 5. С. 88–95.
32. Мартинюк В. Ю., Бачинська Н. Ю. Автономна нервова система: фізіологія та патологія. Київ : Здоров'я, 2018. 380 с.
33. Мороз О. І. Критерії достовірності Стьюдента у педагогічних та медико-біологічних дослідженнях. Науковий вісник. 2018. № 4. С. 112–120.
34. Мухін В. М. Фізична реабілітація: підручник. Київ : Олімпійська література, 2021. 472 с.
35. Омельченко А. В., Ніколаєнко Л. С. Використання методів релаксації у реабілітації. Київ : НУФВСУ, 2020. 160 с.
36. Петренко М. Ю. Фізична реабілітація та адаптивний спорт. Львів : Магнолія, 2022. 340 с.
37. Приходько І. В. та ін. Оцінка ефективності соціальної адаптації ВПО засобами фізичної культури. Спортивний вісник Придніпров'я. 2022. № 1. С. 140–146.
38. Пундєв В. В., Вольська К. В. Психологічна допомога внутрішньо переміщеним особам в адаптації до нових умов життя Ментальне здоров'я. 2024. № 3. С. 68-73.

39. Романенко В. А., Артамонова С. В. Психофізіологічні основи фізичної реабілітації. Київ : Освіта України, 2018. 320 с.
40. Сальніков В. М., Щербина С. М. Оцінка функціонального стану організму за показниками кардіореспіраторної системи. Спортивна медицина. 2020. № 4. С. 101–108.
41. Семірог З. Ю. Вплив помірних фізичних навантажень на якість життя осіб з тривожними розладами. Наука і освіта. 2022. № 2. С. 115–122.
42. Серета В. П., Коваленко О. І. Моніторинг та корекція психоемоційного стану засобами фізичної активності. Фізичне виховання у школі. 2021. № 6. С. 40–47.
43. Сокрут В. П., Кашуба В. О., Авраменко О. В. Фізична реабілітація у комплексному відновленні здоров'я: монографія. Житомир : Вид-во ЖДУ, 2019. 330 с.
44. Ткаченко О. М. та ін. Сучасні концепції аллостатичного навантаження та їх роль у формуванні соматичної патології. Актуальні проблеми медицини. 2023. № 4. С. 101–110.
45. Ткачук В. П. Адаптивна фізична культура: теоретичні основи. Київ : Знання, 2019. 370 с.
45. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги. Посттравматичний стресовий розлад. Наказ МОЗ України від 23.02.2015 № 86.
46. Федорова Л. С. Використання елементів східних практик у ФСР. Молодий вчений. 2020. № 10. С. 155–160.
47. Шевченко О. П., Бондаренко Р. О. Використання групових занять ФСР для відновлення соціальної когезії у постраждалих від війни. Актуальні питання фізичного виховання. 2023. № 2. С. 98–105.
48. Швець В. В. Психосоматика та реабілітація: сучасні підходи. Одеса : Астропринт, 2022. 260 с.
49. Шиян О. А., Романенко А. С. Основи фізичної терапії: теоретичні аспекти. Київ : Медкнига, 2020. 310 с.

50. Ярещенко Ю. М., Ковальчук Н. В. Формування стресостійкості засобами фізичного виховання. Педагогічний вісник. 2021. № 7. С. 88–94.
51. American Psychiatric Association. Clinical practice guideline for the treatment of posttraumatic stress disorder. Washington, DC : APA, 2022. 180 p.
52. Biddle, S. J. H., Mutrie, N. Psychology of physical activity: Determinants, consequences, and interventions. London : Routledge, 2007. 450 p.
53. Ehlers, A., Clark, D. M. A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behaviour Research and Therapy. 2000. Vol. 38. P. 319–345.
54. Exercise and the regulation of emotion / M. A. Dishman et al. Medicine and Science in Sports and Exercise. 2006. Vol. 38, № 8. P. 1380–1388.
55. Exercise as an intervention for PTSD: a systematic review / J. A. Rosenbaum et al. Journal of Psychiatric Research. 2021. Vol. 139. P. 450–460.
56. Harvey, A. G., Clark, D. M., Clark, M. S. The role of sleep in mental health: implications for the use of exercise as therapy. Lancet Psychiatry. 2014. Vol. 1, № 2. P. 133–143.
57. Impact of physical activity on anxiety and depression / J. L. Salmon et al. Journal of Behavioral Medicine. 2003. Vol. 26, № 3. P. 177–187.
58. Ledoux, J. E. The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. New York : Simon & Schuster, 1996. 448 p.
59. Managing Stress with Physical Activity: A Systematic Review and Meta-Analysis / C. E. Gordon et al. Health Psychology Review. 2020. Vol. 14, № 1. P. 1–25.
60. Nguyen K. B. et al. The effects of yoga on PTSD: a systematic review and meta-analysis. Journal of Clinical Psychiatry. 2021. Vol. 82, № 6. P. 20m13620.
61. Physical activity for the prevention and treatment of depression / S. A. G. Biddle et al. Lancet Psychiatry. 2019. Vol. 6, № 1. P. 36–45.
62. Porges, S. W. The Polyvagal Theory: New insights into adaptive reactions of the autonomic nervous system. Cleveland Clinic Journal of Medicine. 2005. Vol. 72, suppl 2. P. 99–104.

63. Sapolsky, R. M. Why Zebras Don't Get Ulcers: The Acclaimed Guide to Stress, Stress-Related Diseases, and Coping. New York : Holt Paperbacks, 2004. 476 p
64. Van der Kolk, B. A. The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma. New York : Penguin Books, 2014. 464 p.
65. World Health Organization. Displacement and health. Technical paper. Geneva : WHO, 2022. 50 p.
66. Zaitsev O. B. The role of group physical exercises in reducing social isolation of IDPs. International Journal of Rehabilitation Research. 2022. Vol. 45, № 3. P. 250–258.
67. Yarmak O. V., Sychov A. P. Physical activity as a protective factor against stress-related disorders in displaced populations. European Journal of Sport Science. 2023. Vol. 23, № 1. P. 101–110.
68. Інтернет-ресурс <https://dtm.iom.int/data-and-analysis/dtm-api>
69. Інтернет-ресурс <https://www.msp.gov.ua/otrymuvacham-soc-pidtrymky/vnutrishno-peremishchenym-osobam>

ДОДАТОК А

Прізвище, ім'я _____

Стать _____, вік _____

Дата _____ Час початку _____

п/п	Лів. Полюс (Позитивний/Перший)	Шкала	Прав. Полюс (Негативний/Другий)
	Самопочуття добре	3 2 1 0 1 2 3	Самопочуття погане
	Почуваюся сильним	3 2 1 0 1 2 3	Почуваюся слабким
	Пасивний	3 2 1 0 1 2 3	Активний
	Малорухливий	3 2 1 0 1 2 3	Рухливий
	Веселий	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
	Добрий настрої	3 2 1 0 1 2 3	Поганий настрої
	Працездатний	3 2 1 0 1 2 3	Малопрацездатний
	Сповнений сил	3 2 1 0 1 2 3	Знесилений
	Повільний	3 2 1 0 1 2 3	Швидкий
	Бездіяльний	3 2 1 0 1 2 3	Дієвий
	Щасливий	3 2 1 0 1 2 3	Нещасний
	Життєрадісний	3 2 1 0 1 2 3	Похмурий
	Напружений	3 2 1 0 1 2 3	Розслаблений
	Здоровий	3 2 1 0 1 2 3	Хворий
	Безініціативний	3 2 1 0 1 2 3	Захоплений
	Байдужий	3 2 1 0 1 2 3	Схвильваний
	Сповнений сподівань	3 2 1 0 1 2 3	Зневірений
	Радісний	3 2 1 0 1 2 3	Сумний
	Добре відпочив	3 2 1 0 1 2 3	Стомлений
	Свіжий	3 2 1 0 1 2 3	Виснажений
	Сонливий	3 2 1 0 1 2 3	Збуджений
	Бажання відпочити	3 2 1 0 1 2 3	Бажаю працювати
	Спокійний	3 2 1 0 1 2 3	Стурбований
	Оптимістичний	3 2 1 0 1 2 3	Песимістичний
	Витривалий	3 2 1 0 1 2 3	Маловитривалий
	Бадьорий	3 2 1 0 1 2 3	Млявий
	Розмірковувати важко	3 2 1 0 1 2 3	Розмірковувати легко
	Розсіяний	3 2 1 0 1 2 3	Уважний
	Сповнений надій	3 2 1 0 1 2 3	Розчарований
	Задоволений	3 2 1 0 1 2 3	Незадоволений

Прізвище, ім'я _____

Стать _____, вік _____

Дата _____ Час початку _____

Тест стресостійкості та соціальної адаптації Холмса і Раге.

	Життєві події
	Смерть чоловіка (дружини)
	Розлучення
	Роз'їзд подружжя (без оформлення розлучення)
	Тюремне ув'язнення
	Смерть близького члена родини
	Травма чи хвороба
	Одруження, весілля
	Звільнення з роботи
	Примирення подружжя
	Вихід на пенсію
	Зміна в стані здоров'я членів родини
	Вагітність
	Сексуальні проблеми
	Поява нового члена родини, народження дитини
	Реорганізація на роботі
	Зміна фінансового стану
	Смерть близького друга
	Зміна професійної орієнтації, зміна місця роботи
	Посилення конфліктності стосунків з чоловіком (дружиною)
	Позичка чи позика на велику покупку (наприклад, будинку)
	Закінчення терміну виплати позички чи позики, збільшення боргів
	Зміна посади, підвищення службової відповідальності
	Син чи дочка залишають родину
	Проблеми з родичами чоловіка (дружини)
	Видатне особисте досягнення, успіх
	Чоловік (дружина) кидає роботу (чи стає до роботи)
	Початок або закінчення навчання
	Зміна умов життя
	Відмова від певних звичок
	Проблеми з начальством, конфлікти
	Зміна умов чи годин роботи
	Зміна місця проживання
	Зміна місця навчання

	Життєві події
	Зміна звичок, пов'язаних із проведенням дозвілля чи відпустки
	Зміна звичок, пов'язаних з віросповіданням
	Зміна соціальної активності
	Позичка чи позика для покупки не дуже великих речей (машини, телевізора)
	Зміна індивідуальних звичок, пов'язаних зі сном, порушення сну
	Зміна членів родини, зміна характеру і частоти зустрічей з іншими членами родини
	Зміна звичок, пов'язаних з харчуванням (кількість споживаної їжі, дієта, відсутність апетиту тощо).
	Відпустка
	Різдво, зустріч Нового року, День народження
	Незначне порушення правопорядку (наприклад, штраф за порушення правил вуличного руху)