

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

ГОНЧАРОВА АЛІНА БОРИСІВНА

ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ЖІНОК ПОХИЛОГО  
ВІКУ З НЕВРОТИЧНИМ РОЗЛАДОМ (НЕВРОЗ)

Кваліфікаційна робота

освітній рівень	<u>Другий (магістерський) рівень</u> <i>(назва освітнього рівня)</i>
галузь знань	<u>01 Освіта / Педагогіка</u> <i>(цифр і назва галузі знань)</i>
спеціальність	<u>017 Фізична культура і спорт</u> <i>(код і назва спеціальності)</i>
спеціалізація	<u>Фізкультурно-спортивна реабілітація</u> <i>(назва спеціалізації)</i>

Науковий керівник: Єфіменко Павло Богуславович, кандидат педагогічних наук, професор

Харків – 2026

## **АНОТАЦІЯ** **Кваліфікаційної роботи**

***Гончарова Аліна Борисівна* Фізкультурно-спортивна реабілітація жінок похилого віку з невротичним розладом.**

**Актуальність дослідження:** Сьогодні невротичний розлад у жінок похилого віку є актуальною медичною та соціально-економічною проблемою, що негативно впливає на якість життя та повсякденну функціональну активність. Часті прояви включають загальну слабкість, періодичний біль, головний біль та біль у області серця. Сучасні підходи до лікування невротичного розладу включають фармакологічну терапію, але зростає значення немедикаментозних методів, зокрема фізкультурно-спортивної реабілітації. Комплексний підхід, що включає кінезіотерапію, масаж, постізометричну релаксацію та фізіотерапевтичні процедури, сприяє покращенню психоемоційного стану, фізичної працездатності та загального самопочуття жінок похилого віку.

**Мета дослідження:** Науково обґрунтувати та оцінити ефективність фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку з невротичними розладами та визначити її вплив на психоемоційний і фізичний стан даної категорії.

**Завдання дослідження:**

- проаналізувати сучасний стан проблеми невротичних розладів у осіб середнього та похилого віку за даними наукової літератури;
- виявити особливості фізичного, психоемоційного та вегетативного стану осіб із невротичними розладами;
- визначити найбільш ефективні засоби фізкультурно-спортивної реабілітації для даної категорії населення;
- розробити комплексну програму реабілітації, спрямовану на зменшення проявів невротичних розладів;

– оцінити ефективність запропонованої програми та її вплив на загальний стан досліджуваних.

**Матеріал і методи:**

Дослідження було проведено з 01.11.2024р. по 01.11.2025р. на базі ДП «Клінічний санаторій «Роща»» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця». У дослідженні брали участь 30 жінок віком 60–75 років із підтвердженим лікарем діагнозом невротичний розлад. Методом рандомізованого розподілу, учасниць було розподілено на дві групи: Основна група (ОГ) — 15 осіб; контрольна група (КГ) — 15 осіб. Критеріями включення були: наявність клінічно підтвердженого невротичного розладу, здатність до самостійного пересування, відсутність гострих соматичних та психоневрологічних станів. Всі респондентки були обізнані про наукове дослідження. Конфіденційність інформації про респонденток було забезпечено.

Програма дослідження тривала 12 тижнів і включала три етапи: підготовчий, основний та контрольний. Заняття проводилися тричі на тиждень по 60 хвилин і містили: лікувальну гімнастику, дихальні вправи, елементи релаксаційної гімнастики, вправи на корекцію м'язового тону, тренування балансу та координації. В анотацію в результати

Оцінювали такі показники: оцінка за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ); частоту серцевих скорочень у стані спокою; індекс стійкості рівноваги; м'язовий тонус за клінічними тестами; суб'єктивний рівень самопочуття за опитувальником (0–10 балів).

**Методи дослідження:** Для досягнення мети використано комплексну методику діагностики та оцінки ефективності реабілітації: збір анамнезу, визначення скарг, оцінка інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), клінічний огляд, оцінка фізичної працездатності за допомогою 6-хвилинного тесту ходьби та аналіз впливу захворювання на повсякденну активність за шкалою Стратфорда-Лайкерта. Аналіз і узагальнення наукових джерел; психологічні тести та опитувальники;

функціональні проби; педагогічні методи спостереження; методи математичної статистики.

**Результати:** Програма дослідження тривала 12 тижнів і включала три етапи: підготовчий, основний та контрольний. Заняття проводилися тричі на тиждень по 60 хвилин і містили: лікувальну гімнастику, дихальні вправи, елементи релаксаційної гімнастики, вправи на корекцію м'язового тону.

Аналіз скарг досліджуваних до початку дослідження виявив, що в обох групах загальна слабкість, відчуття втоми, на головний скаржилося 85-100 %. На періодичний біль в області серця скаржились від 71,43% пацієнтів в ОГ та 75% в КГ У випробуваних основної групи спостерігалось зменшення скарг на загальну слабкість, головний біль та біль у області серця. Зокрема: в обох групах: Загальна слабкість – зменшилась у 46,67 % (за даними обстеження) Головний біль – зменшення у 66,96 % Біль у області серця – зменшення у 53,57 %

За шкалою Стратфорда-Лайкерта показник якості життя у ОГ збільшився з 22,3 до 47,8 балів (покращення на 107%), у КГ – з 22 до 43,4 балів (покращення на 97%), що було статистично достовірно ( $p < 0,05$ ).

Після фізичного навантаження у випробуваних обох груп, жінок похилого віку з невротичними розладами спостерігався статистично значуще більший час відновлювання ЧСС і АТ у порівнянні з належним показником ( $p < 0,05$ ).

За результатами дослідження показників функціонування досліджуваних у повсякденному житті до проведення фізкультурно-спортивної реабілітації, що відображені в таблиці, показує що в обох групах досліджуваних досліджуваний показник значно менше норми.

При визначенні величини болю за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) жінки похилого віку ОГ і КГ оцінювали в середньому на рівні 42,16% і 43,13% відповідно. При порівнянні між групами статистично значущої відмінності не виявлено ( $p < 0,05$ )

Дані 6-хвилинного тесту ходьби показали покращення фізичної працездатності в обох групах, але у ОГ результати були кращими статистично.

**Висновки:** Комплексна програма, що включає кінезотерапію, масаж, постізометричну релаксацію та фізіотерапевтичні методи, є ефективною, що підтверджено статистично. Після впровадження програми фізкультурно-спортивної реабілітації у жінок похилого віку з невротичними розладами спостерігали зменшення психоемоційних та соматичних проявів невротичного розладу, покращення показників фізичної працездатності та якості життя пацієнток. Проте, статистично значущі зміни спостерігали ОГ. Розроблену програму можна рекомендувати для впровадження в практичну діяльність реабілітаційних закладів та санаторіїв.

**Ключові слова:** фізкультурно-спортивна реабілітація, невротичний розлад, жінки похилого віку, масаж, постізометрична релаксація, якість життя, 6-хвилинний тест ходьби.

**ABSTRACT****final qualifying paper*****Honcharova Alina Borysivna. Physical Culture and Sports Rehabilitation of Elderly Women with Neurotic Disorders***

**Relevance of the study:** Today, neurotic disorder in elderly women is a relevant medical and socio-economic problem that negatively affects the quality of life and daily functional activity. Common manifestations include general weakness, periodic pain, headache, and pain in the heart area. Modern approaches to the treatment of neurotic disorder include pharmacological therapy, but the importance of non-drug methods, in particular physical and sports rehabilitation, is growing. A comprehensive approach, including kinesitherapy, massage, post-isometric relaxation, and physiotherapeutic procedures, helps improve the psycho-emotional state, physical performance, and general well-being of elderly women.

**Research objective:** To scientifically substantiate and evaluate the effectiveness of physical education and sports rehabilitation of elderly women with neurotic disorders and determine its impact on the psycho-emotional and physical state of this category.

**Research objectives:**

- to analyze the current state of the problem of neurotic disorders in middle-aged and elderly people according to scientific literature;
- to identify the features of the physical, psycho-emotional and vegetative state of people with neurotic disorders;
- to determine the most effective means of physical and sports rehabilitation for this category of the population;
- to develop a comprehensive rehabilitation program aimed at reducing the manifestations of neurotic disorders;
- to assess the effectiveness of the proposed program and its impact on the general condition of the subjects.

**Material and methods:**

The study was conducted from 01.11.2024 to 01.11.2025 on the basis of the State Enterprise "Clinical Sanatorium "Roscha"" of PJSC "Ukrprofozdorovnitsya". The study involved 30 women aged 60–75 years with a doctor-confirmed diagnosis of a neurotic disorder. By the method of randomized distribution, the participants were divided into two groups: Main group (MG) - 15 people; control group (CG) - 15 people. The inclusion criteria were: the presence of a clinically confirmed neurotic disorder, the ability to move independently, the absence of acute somatic and psychoneurological conditions. All respondents were informed about the scientific study. Confidentiality of information about the respondents was ensured.

The study program lasted 12 weeks and included three stages: preparatory, main and control. Classes were held three times a week for 60 minutes and included: therapeutic gymnastics, breathing exercises, elements of relaxation gymnastics, exercises to correct muscle tone, balance and coordination training. In the annotation in the results

The following indicators were evaluated: visual analog scale (VAS) score; resting heart rate; balance stability index; muscle tone according to clinical tests; subjective level of well-being according to a questionnaire (0–10 points).

**Research methods:** To achieve the goal, a comprehensive methodology for diagnosis and assessment of the effectiveness of rehabilitation was used: history taking, identification of complaints, assessment of pain intensity using the visual analog scale (VAS), clinical examination, assessment of physical performance using the 6-minute walk test and analysis of the impact of the disease on daily activity using the Stratford-Likert scale. Analysis and generalization of scientific sources; psychological tests and questionnaires; functional tests; pedagogical observation methods; methods of mathematical statistics.

**Results:** The study program lasted 12 weeks and included three stages: preparatory, main and control. Classes were held three times a week for 60 minutes and included: therapeutic gymnastics, breathing exercises, elements of relaxation gymnastics, exercises to correct muscle tone. Analysis of the complaints of the

subjects before the start of the study revealed that in both groups there was general weakness, a feeling of fatigue, and 85-100% complained of headaches. 71.43% of patients in the OG and 75% in the CG complained of periodic pain in the heart area. In the subjects of the main group, there was a decrease in complaints of general weakness, headache and pain in the heart area. In particular: in both groups: General weakness – decreased by 46.67% (according to the survey data) Headache – decreased by 66.96% Pain in the heart area – decreased by 53.57%

According to the Stratford-Likert scale, the quality of life index in the OG increased from 22.3 to 47.8 points (improvement by 107%), in the CG – from 22 to 43.4 points (improvement by 97%), which was statistically significant ( $p < 0.05$ ).

After physical exertion, the subjects of both groups, elderly women with neurotic disorders, had a statistically significantly longer recovery time for heart rate and blood pressure compared to the appropriate indicator ( $p < 0.05$ ).

According to the results of the study of the functioning indicators of the subjects in everyday life before physical education and sports rehabilitation, which are displayed in the table, it shows that in both groups of subjects the studied indicator is significantly lower than the norm.

When determining the magnitude of pain using the visual analog scale (VAS), elderly women in the OG and CG were estimated on average at 42.16% and 43.13%, respectively. When comparing between the groups, no statistically significant difference was found ( $p < 0.05$ )

The data of the 6-minute walk test showed an improvement in physical performance in both groups, but in the OG the results were statistically better.

**Conclusions:** The comprehensive program, which includes kinesiotherapy, massage, postisometric relaxation and physiotherapy methods, is effective, which is confirmed statistically. After the implementation of the physical and sports rehabilitation program in elderly women with neurotic disorders, a decrease in psychoemotional and somatic manifestations of the neurotic disorder, an improvement in the indicators of physical performance and quality of life of

patients was observed. However, statistically significant changes were observed in the OG. The developed program can be recommended for implementation in the practical activities of rehabilitation institutions and sanatoriums.

**Keywords:** physical and sports rehabilitation, neurotic disorder, elderly women, massage, postisometric relaxation, quality of life, 6-minute walking test.

## ЗМІСТ

ВСТУП	12
<b>РОЗДІЛ 1. ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ</b>	17
1.1. Клініко-фізіологічне обґрунтування лікувальної дії засобів фізкультурно-спортивної реабілітації на організм хворих на невротичні розлади	17
1.2 Сучасні підходи до комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації хворих на невротичні розлади на поліклінічному етапі фізичної реабілітації	23
1.3 Мета, завдання, засоби, форми, методи та методики фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку з невротичним розладом	27
1.4 Лікувальний масаж при невротичних розладах	32
1.5 Фізіотерапія при невротичних розладах	35
<b>РОЗДІЛ 2. МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ</b>	38
2.1. Методи дослідження	38
2.2. Організація дослідження	45
<b>РОЗДІЛ 3. ВПЛИВ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ І ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ФІЗИЧНУЇ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ</b>	47
3.1. Вихідні показники функціональних досліджень жінок похилого віку з невротичним розладом	47
3.2. Програма фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку з невротичним розладом	51
3.3. Динаміка функціональних показників жінок похилого віку з невротичним розладом	61

<b>РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОДЕРЖАНИХ ДАНИХ</b>	67
<b>ВИСНОВКИ</b>	70
<b>ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ</b>	73
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b>	74
<b>ДОДАТКИ</b>	81

## ВСТУП

У сучасних умовах розвитку суспільства питання збереження та зміцнення здоров'я осіб похилого віку набуває особливої актуальності. Зростання тривалості життя, збільшення частки людей старшого віку у демографічній структурі населення, погіршення рівня психоемоційної стійкості та інтенсивний темп життя призводять до поширення різноманітних нервово-психічних розладів. Серед них особливо значущими є невротичні розлади, які у жінок похилого віку часто проявляються у вигляді тривожних, астеничних, депресивних та соматовегетативних симптомів. Такі стани негативно впливають на повсякденну активність, соціальну взаємодію, працездатність, адаптаційні можливості організму та загальну якість життя [24,39,47].

Невротичні розлади в жінок похилого віку мають багатофакторне походження. На їх формування впливають вікові фізіологічні зміни, гормональний дисбаланс, хронічні соматичні захворювання, втрата соціальних ролей, психоемоційне виснаження, а також зниження толерантності до стресу. Все це потребує комплексного підходу до реабілітації, який враховує особливості функціонування організму жінок у старшому віці та специфіку проявів невротичних розладів [8,62,69].

Наукові дослідження свідчать, що фізкультурно-спортивні засоби здатні суттєво зменшувати інтенсивність проявів нервово-психічного напруження та сприяти підвищенню психофізіологічної стабільності. Значну роль у цьому відіграють лікувальна гімнастика, дихальні практики, масаж, вправи на розслаблення та відновлення, а також методи психодіагностики, які дозволяють контролювати динаміку емоційного та функціонального стану. Водночас застосування таких засобів у жінок похилого віку потребує адаптації за інтенсивністю, структурою занять і дозуванням, що не завжди враховується у традиційних програмах [3,21,37].

Аналіз літературних джерел показує, що більшість авторів приділяють увагу окремим аспектам реабілітації невротичних розладів — зокрема, психологічній підтримці або фізичним вправам. Проте праць, які комплексно розглядають можливості фізкультурно-спортивної реабілітації саме для жінок похилого віку, недостатньо. Бракує також практичних рекомендацій щодо поєднання лікувальної гімнастики, масажу та дихальних технік у межах єдиної програми, спеціально адаптованої до вікових показників та рівня психоемоційного напруження. У зв'язку з цим виникає потреба у розробці та науковому обґрунтуванні комплексного реабілітаційного підходу, який би охоплював фізичні, психологічні та функціональні аспекти здоров'я жінок похилого віку з невротичними розладами [11,38,49].

Отже, актуальність теми визначається високою поширеністю невротичних розладів серед жінок старшого віку, складністю їх перебігу, необхідністю багатокомпонентної корекції стану, а також недостатньою розробленістю практичних методичних рекомендацій для фахівців фізкультурно-спортивної реабілітації.

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

**Особистий внесок магістранта:** Внесок автора полягав в проведенні аналізу літературних джерел, постановці мети, завдань і організації дослідження, формулюванні конкретних висновків.

**Мета дослідження.** Науково обґрунтувати та оцінити ефективність фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку з невротичними розладами та визначити її вплив на психоемоційний і фізичний стан даної категорії.

### **Завдання дослідження**

1. Узагальнити наукові підходи до вивчення невротичних розладів у жінок похилого віку та засобів їх корекції.
2. Провести оцінку психофізіологічного стану жінок похилого віку з невротичними розладами до початку реабілітації.
3. Розробити комплекс фізкультурно-спортивної реабілітації із застосуванням лікувальної гімнастики, масажу, дихальних вправ та психодіагностичних методик та впровадити розроблений комплекс у практичних умовах та здійснити його педагогічну та функціональну оцінку.

**Об'єкт дослідження.** Фізкультурно-спортивна реабілітація жінок похилого віку з невротичним розладом.

**Предмет дослідження.** Зміст, методи та організаційні особливості застосування комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації у жінок похилого віку, що мають невротичні розлади.

### **Матеріали та методи дослідження.**

Дослідження було проведено з 01.11.2024 по 01.11.2025 на базі ДП «Клінічний санаторій «Роща»» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця». У дослідженні брали участь 30 жінок віком 60–75 років із підтвердженим діагнозом: невротичний розлад. Методом рандомізованого розподілу учасниць було розподілено на дві групи: Основна група (ОГ) — 15 осіб; контрольна група (КГ) — 15 осіб. Критеріями включення були: наявність клінічно підтвердженого діагнозу невротичний розлад, здатність до самостійного пересування, відсутність гострих соматичних та психоневрологічних станів. Всі респондентки були обізнані про наукове дослідження. Конфіденційність інформації про респонденток було забезпечено.

Аналіз і узагальнення наукових джерел; вивчення теоретичних підходів і сучасного стану досліджуваної проблеми. Психологічні тести та опитувальники; визначення психологічних особливостей, емоційного стану та рівня психоемоційної напруги. Функціональні проби; оцінка

функціонального стану організму та адаптаційних можливостей. Педагогічні методи спостереження; виявлення поведінкових реакцій, емоційного стану та активності досліджуваних.

Анкетування; отримання суб'єктивних даних щодо самопочуття, рівня втоми та стресу. Оцінка фізичного стану; визначення рівня фізичного розвитку та загального стану здоров'я. Методики вивчення рівня тривожності та стресостійкості; оцінка рівня тривожності та здатності протистояти стресовим чинникам. Лікувальна гімнастика (ЛГ); покращення фізичного та функціонального стану, зниження м'язового напруження. Дихальні практики; нормалізація дихання та зменшення психоемоційної напруги. Відновлювальний та релаксаційний масаж; прискорення відновлення організму та зниження фізичної й емоційної втоми. Елементи психорелаксації; стабілізація психоемоційного стану та підвищення стресостійкості.

Методи математичної статистики; обробка результатів дослідження та перевірка їх достовірності.

**Наукова новизна одержаних результатів** полягає в тому, що удосконалено підхід до застосування фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку з невротичними розладами шляхом розробки комплексної програми, яка поєднує фізичні, фізіотерапевтичні. Вперше запропоновано структуру, тривалість, послідовність та інтенсивність занять, адаптованих до специфічних вікових та психофізіологічних особливостей цієї групи.

**Практична та теоретична значущість.** Запропонований комплекс сприяє зменшенню проявів тривожності, покращенню регуляції вегетативної нервової системи, підвищенню адаптаційних можливостей та загальної якості життя жінок похилого віку. Отримані результати можуть бути використані у діяльності фахівців центрів фізкультурно-спортивної реабілітації, освітніх закладів, санаторно-оздоровчих установ.

**Апробація результатів.** Основні положення та елементи реабілітаційної програми були випробувані у процесі практичної роботи, проведеної на базі практики Академії. Отримані дані підтвердили доцільність та ефективність застосування запропонованих методів.

За темою дослідження опубліковано одну наукову статтю на тему: «Фізкультурно-спортивна реабілітація жінок похилого віку з невротичними розладами».

**Обсяг і структура роботи.** Робота написана на 84 сторінку комп'ютерної верстки і складається зі вступу, чотирьох розділів, висновків, списку використаних джерел (73). У роботі представлені таблиці (6), рисунки (4) приклади комплексів вправ (2).

## РОЗДІЛ 1

### ОСНОВНІ ПІДХОДИ ДО ФІЗКУЛЬТУРНО-СПОРТИВНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ДЛЯ ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ

#### 1.1. Клініко-фізіологічне обґрунтування лікувальної дії засобів фізкультурно-спортивної реабілітації на організм хворих на невротичні розлади

Як відомо, в основі вищої нервової діяльності лежить взаємодія двох основних процесів: процесу збудження і процесу гальмування. При цьому і процес збудження, і процес гальмування в початковому періоді мають тенденцію до іррадіації, тобто широкому поширенню, що виходить далеко за межі функціонально-динамічного комплексу, в якому вони повинні були виникнути. Проте, потім іррадіюючий процес (збудження або гальмування) концентрується в певному функціонально-динамічному комплексі, при цьому довкола нього на більшому або меншому протязі виникає протилежний процес. Так, довколо концентрованого вогнища збудження виникає процес гальмування (це явище називається негативною індукцією), а довкола концентрованого вогнища гальмування, навпаки, виникає процес збудження (це називається позитивною індукцією). Індукційні взаємини виникають як між мікроскопічно малими відділами нервової системи (наприклад, індукційні взаємини між нервовими клітинами, що іннервують м'язи-антагоністи), так і між великими відділами нервової системи, аж до індукційних взаємин між корою і підкіркою.

Так буває завжди, коли на здорову нервову систему падає оптимальний по силі і тривалості подразник. При дії ж над оптимальних або дуже слабких подразників нервові процеси (збудження і гальмування) мають схильність до широкої іррадіації і мало або зовсім не концентруються [11].

Завдяки слабкості кіркових процесів для хворих на невротичні розлади багато звичайних подразників стають сильними, над оптимальними. В результаті цього порушується концентрація і взаємна індукція нервових процесів. Звідси - неухважність, відволікання хворих, неможливість сконцентрувати увагу на певному питанні.

Вища нервова діяльність тварин і людини підпорядкована закону «силових стосунків», або «закону сили». Єство його полягає в наступному. Умовно-рефлекторний ефект прямо пропорційний силі умовного подразника: чим сильніше умовний подразник, тим більше умовний рефлекс.

Проте ця залежність виявляється лише в певних межах. Якщо сила умовно-рефлекторного подразника виходить за межі витривалості, працездатності нервової клітини, то тоді з'являється позамежне, охоронне гальмування і умовний рефлекс знижується, або, в усякому разі, не збільшується.

Встановлено, що відхилення від закону силових стосунків в нормальних умовах спостерігаються в період переходу з безсонного стану в сон і навпаки. Вони протікають закономірно, у вигляді окремих фаз, в зв'язку, з чим І. П. Павлов і дав їм найменування гіпнотичних, або фазових, станів.

Розглянемо лише три фази, що мають найбільше значення для розуміння клініки невротичних розладів [11].

*Зрівняльна фаза* - такий стан нервової системи, коли всі умовні подразники, незалежно від сили (і сильні і слабкі) дають однаковий умовно-рефлекторний ефект.

*Парадоксальна фаза* характеризується тим, що слабкі подразники дають більший ефект, чим сильні. Вона спостерігається при глибшому

гальмівному стані кори головного мозку, чим це потрібно для зрівняльної фази.

*Ультрапарадоксальна фаза* характеризується тим, що на позитивний подразник умовно-рефлекторної відповіді немає, а на гальмівний подразник (наприклад, на дифференційний умовно-рефлекторний подразник) виходить позитивний ефект. У основі ультрапарадоксальній фазі лежить механізм взаємної індукції. Для ослабленої або загальмованої клітки і звичайний подразник є надсильним, тому замість збудження він веде до позамежного гальмування в тому функціонально-динамічному пункті, до якого він адресується. Виникає гальмування що, в даному пункті за законом позитивної індукції, викликає збудження в протилежному, пов'язаному з ним функціонально-динамічному пункті [60].

У здорової людини фазові стани спостерігаються нетривало, можливо, протягом декількох секунд або хвилин, в період засипання і пробудження, і тому проходять непомітно.

Фазові стани грають істотну роль в механізмі сновидінь. В стані парадоксальної фази слабкі зовнішні і внутрішні роздратування сприймаються як сильні (наприклад, слабкий звук може бути сприйнятий як постріл, і звідси починається певне сновидіння).

При слабкості кіркових процесів фазові стани можуть спостерігатися і в безсонному стані. Це яскраво виявляється у хворих на невротичні розлади, де відхилення від «закону сили», тобто фазові стани, спостерігаються протягом багатьох днів, тижнів, а то і місяців. Проте не слід розуміти це так, ніби то один і той же хворий безперервно знаходиться в одній і тій же фазі тривалий час. Тут можуть бути різні варіанти. У одного і того ж хворого фазові стани можуть змінювати один одного протягом дня або навіть меншого відрізання часу; за сприятливих умов вони можуть на якийсь час зникати, і вища нервова діяльність у хворого починає виявлятися відповідно до закону сили.

Фазові стани можуть поширюватися на всю кіркову діяльність або стосуватися лише певного динамічного комплексу. У останньому випадку вони виявляються лише, за певних умов. Це можна бачити, наприклад, у хворих з деякими нав'язливими станами, страх висоти, який виникає лише в разі, якщо йому доводиться піднятися на висоту. Фазовими станами пояснюється той факт, що люди, які страждають на невротичні розлади, неадекватно реагують і на звичайні подразники. В стані зрівняльної фази людина, що займається, наприклад, розумовою працею, не може відрізнити істотного (сильний подразник) від неістотного (слабкий подразник). В результаті його робота стає скрутною і малопродуктивною [11].

Наочніше виявляється парадоксальна фаза. Людина в стані парадоксальної фази сильніше звичайного реагує, дає спалахи гніву за дурниць, за дрібниць; його дратують, наприклад, слабкі звуки, тоді як на сильніші він реагує не так активно.

У хворих на невротичні розлади ультрапарадоксальна фаза може виявлятися за контрастом в явищах нав'язливості (деякі нав'язливі страхи і ідеї, думки).

Таким чином, вчення І. П. Павлова про фазові стани дає можливість зрозуміти патофізіологічні механізми невротичних симптомів, які раніше здавалися незрозумілими [11].

### ***Класифікація форм невротичних розладів:***

У сучасній психіатрії й клінічній психології виділяють три класичні форми невротичних розладів:

#### **1. Неврастенія (астенічний невроз)**

Характеризується прогресуючим виснаженням нервової системи та зниженням стійкості до стресу. Для неврастенії типовими є: підвищена втомлюваність, швидке виснаження; дратівливість, емоційна лабільність; головні болі напруження, відчуття «тягаря» у голові; порушення концентрації

уваги, зниження пам'яті; порушення сну (труднощі засинання, поверхневий сон); вегетативні прояви: тахікардія, пітливість, нестабільність тиску.

Цей тип невротичних розладів часто виникає у людей з тривалими перевантаженнями, хронічним стресом та виснаженням адаптаційних ресурсів.

## 2. Істеричний невроз (конверсійний розлад)

Відзначається переважанням емоційних і соматоформних проявів, які є реакцією на психоемоційний конфлікт. Характерні ознаки: схильність до емоційних вибухів, плаксивості, драматизації; рухові або сенсорні порушення (тремор, парези, відчуття клубка в горлі); короткочасні порушення голосу, ковтання, зору чи слуху без органічної причини; демонстративна поведінка як спосіб зняття внутрішньої напруги; тілесні симптоми, що виникають після стресу й не мають органічного пояснення.

Істеричний невроз часто формується у людей з підвищеною вразливістю, емоційністю та потребою у зовнішній підтримці.

## 3. Невротичні розлади нав'язливих станів (обсесивно-компульсивний невроз)

Характеризується появою нав'язливих думок, тривожних образів чи повторюваних дій, які людина усвідомлює як надмірні, але не може контролювати. Основні прояви: нав'язливі страхи (фобії); нав'язливі думки (обсесії) тривожного або нелогічного змісту; повторювані дії або ритуали (компульсії), спрямовані на зниження тривоги; підвищена тривожність, напруженість; соматовегетативні прояви (тремор, серцебиття, пітливість).

Невротичні розлади нав'язливих станів зазвичай пов'язаний із внутрішніми конфліктами, високою відповідальністю, ригідністю мислення та підвищеним рівнем тривожності. [32, 41]

Загальні синдроми, характерні для невротичних розладів

Незалежно від форми, невротичних розладів мають спектр типових синдромів, серед яких:

Астенічний синдром — виражена втомлюваність, слабкість, зниження працездатності.

Тривожний синдром — відчуття внутрішньої напруги, передчуття небезпеки.

Вегетативний синдром — коливання артеріального тиску, тахікардія, задишка, пітливість, порушення терморегуляції.

Соматоформний синдром — тілесні скарги без органічної патології.

Порушення сну — безсоння, поверхневий сон, нічні пробудження.

Емоційно-афективні порушення — дратівливість, апатія, подавлений настрій.

Особливості проявів невротичних розладів у жінок похилого віку

Для жінок старшого віку невротичні стани мають специфічні риси:

- підвищена тривожність, страх самотності;
- часті соматоформні та вегетативні прояви, схожі на хронічні соматичні хвороби;
- зниження толерантності до стресу;
- гормональні зміни, що посилюють емоційні коливання;
- схильність до порушень сну та втоми;
- вищий ризик депресивних реакцій.

Поєднання психоемоційних і соматичних змін робить цю групу особливо чутливою до психотравмуючих факторів та виснаження нервової системи [50].

## **1.2. Сучасні підходи до комплексної фізичної реабілітації хворих на невротичні розлади на поліклінічному етапі фізкультурно-спортивної реабілітації**

Збільшення захворюваності населення світу на церебро-васкулярні захворювання, збільшення частки осіб літнього віку обумовлює збільшення пацієнтів з когнітивними розладами та порушеннями вищих мозкових функцій. Для майбутніх реабілітологів є необхідним знайомство з основними групами дисфункцій вищої нервової діяльності, з можливими проблемами зі здоров'ям протягом життя; опанувати методи фізичної терапії при когнітивних порушеннях. Розуміння медичних станів при когнітивних порушеннях та причин їх виникнення допомагатиме будувати персональні стратегії щодо втручання засобами фізкультурно-спортивної реабілітації.

За даними інституту демографії в Україні нараховується 11 млн людей похилого віку, близько 7,8% мають захворювання нервової системи. У людей похилого віку, в яких часто буває зниження фізичної працездатності, будь-яке захворювання нервової системи може призвести до зниження функцій організму.

Малорухливий спосіб життя та перебування в лежачому положенні є загальними

наслідками хвороби, що сприяють і посилюють м'язову слабкість, виключаючи порушення функції ходьби [32,42].

Актуальною є здатність вирішення складних спеціалізованих задач, пов'язаних із реалізацією проблемно- та особистісно зорієнтованих алгоритмів фізкультурно-спортивної реабілітації з метою відновлення рухливих та морфофункціональних можливостей, підвищення ступеня соціальної адаптації, покращення якості життя пацієнтів різного віку із захворюваннями нервової системи на різних рівнях організації, когнітивними, емоційними розладами.

### Когнітивна реабілітація

Це вид реабілітаційних заходів у вигляді вправ для покращення уваги, пам'яті, мовлення, виконавчих функцій.

#### Когнітивний тренінг

Набір стандартизованих завдань, розроблених у відповідності до кожної з когнітивних функцій. Завдання можуть бути представлені на папері або комп'ютеризовані, або включати завдання з повсякденної діяльності.

Когнітивне функціонування корелює із навичками повсякденного життя; соціальною активністю (покупки, користування телефоном, транспортом, використання часу для відпочинку), роботою (трудові навички, рівень самостійності, пунктуальність), міжперсональними взаємовідносинами, (ініціювання, прийняття, підтримання соціальних контактів, ефективна комунікація).

На ранніх етапах: втручання, націлені на аспекти когнітивного функціонування, такі, як проблеми з пам'яттю та пов'язані з ними функціональні обмеження.

Кіпріані та Таласі зі співавторами випробували програмний пакет «нейропсихологічного тренінгу» (спочатку при афазії, а потім для деменції).

Навчання 3 тижні по 45 хвилин – 4 дні на тиждень. Спеціальні вправи спрямовані на поділ уваги, ідентифікацією об'єктів, послідовну пам'ять, робочу та просторову пам'ять, здатність розрізняти обличчя, звуки, розуміння слів. Поєднують з руховою активністю, або з практикою повсякденного життя.

Когнітивна реабілітація має ціллю не просто вплинути на конкретні когнітивні здібності, а пропонує модель лікування когнітивного дефіциту на основі корекції поточних поведінкових порушень та наявної соціальної дезінтеграції.

Перешкоди до когнітивної реабілітації:

1. Втрата когнітивних здібностей – пам'яті, мови, а потім виконавчих навичок, необхідних для виконання завдань щоденного життя, що перешкоджає пацієнтові отримати потенційну користь від когнітивної реабілітації.

2. Значні порушення робочої пам'яті ускладнюють отримання нової інформації, що є головною метою когнітивної реабілітації, вивчення нових або тільки адаптивних когнітивних навичок.

3. Заперечення з боку пацієнта наявності когнітивних порушень.

4. Навчальні вправи з когнітивної реабілітації є трудомісткими.

Етапи реабілітаційного втручання у осіб похилого віку:

1. Співбесіда з пацієнтом, визначення його сприйняття проблем.

2. Тестування фізичної активності та якостей.

3. Оцінювання сили, балансу, здатність до зміни положення тіла.

4. Наявність больових відчуттів.

5. Оцінка функціональних здатностей (шкали, тести).

6. Призначення фізичного навантаження, згідно стану людини.

7. Працетерапія.

Методи реабілітації при афазіях:

1. Психолого-педагогічні корекційні заняття.

2. Активне розгальмовування експресивної мови (спів, читання, віршів).

3. Робота над розумінням імпресивної мови (картинка-слово).

4. Робота над артикуляцією.

5. Робота з розширення обсягу розуміння зверненої мови.

6. Відновлення писемного мовлення.

7. Відновлення читання, письма.

Реабілітація при немовних порушеннях вищих психічних функцій

1. Відновлення константності і узагальненості зорового сприйняття (при агнозіях, аграфіях, акалькалії).

2. Метод реконструкції. Полягає на рівні, що усвідомлюється, спирається на ряд довільно виконуваних операцій: доповнення фрагменту заданого образу до цього (спочатку за зразком, потім за поданням) відсутніми елементами.

3. При агресії – адресація до збережених аналізаторних систем.

4. При ураженні лобових систем – відновлення орієнтовно-дослідницької діяльності, вироблення стратегії діяльності та контролю за її реалізацією. [45, 26]

У сучасній медицині завжди застосовується комплексне лікування, оскільки жоден метод лікування, узятий окремо, не може забезпечити одужання хворого і повноцінне відновлення його працездатності. Елементами комплексного лікування є: лікувальний режим, дієтотерапія, медикаментозне лікування, фізіотерапія, психотерапія, масаж, лікувальна гімнастика і ін.

*Дієтотерапія* забезпечує хворому раціональне харчування відповідно до особливостей захворювання [1]. Рекомендується їжа, відповідна смаку хворого. Дуже важливо, щоб хворі отримували достатню кількість повноцінної їжі, багатою на вітаміни [1,13].

*Медикаментозне лікування* є використанням лікарських речовин для дії на організм в цілому або переважно на його окремі системи і органи.

*Фізіотерапія* використовує для лікування хвороб як природні чинники (сонячні промені, повітря, воду), так, і штучні (електричний струм, променеву терапію, джерела світла, ультразвук, теплові процедури).

*Психотерапія* полягає у дії на психіку хворого навколишнього оточення, режиму лікувальних установ, позитивних емоцій, доброзичливого відношення медичного персоналу, навіювання і бесід, які сприяють появі впевненості у одужанні [26].

*Масаж* надає позитивну дію на відновлення порушених функцій і тому знаходить широкого вживання у комплексному лікуванні при функціональних захворюваннях нервової системи [12].

*Лікувальна гімнастика* поєднується зі всіма перерахованими елементами комплексного лікування [13,25].

Разом з повноцінним застосуванням лікувальної фізичної культури прискорюється процеси регенерації, укріплюється мускулатура, а при дієтичному харчуванні (обмеження калорійності) в разі ожиріння підвищуються енерговитрати та витрачаються надлишки жиру.

При поєднанні з медикаментозним лікуванням досягаються дві мети: ліки готують хворого до занять фізичними вправами; фізичні вправи сприяють посиленню дії лікарських речовин.

Всіляка дія надає поєднання лікувальної фізичної культури і фізіотерапевтичних процедур. Воно залежить від вихідного стану організму, послідовності вживання цих двох елементів комплексного лікування, інтенсивності фізичного навантаження і ін. [13].

### **1.3. Мета, завдання, засоби, форми, методи та методики фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку з невротичним розладом**

Мета фізкультурно-спортивної реабілітації — відновлення та/або підтримка фізичного, психоемоційного та функціонального стану жінок похилого віку з проявами невротичних розладів з метою підвищення їхньої якості життя, самостійності в побуті й зниження інтенсивності тривожно-депресивних симптомів.

#### **Завдання**

1. Зменшити соматичні та вегетативні прояви невротичних розладів (серцебиття, тремор, порушення сну тощо) шляхом адаптованої рухової активності.

2. Покращити витривалість, силу, гнучкість і рівновагу для підвищення автономії в повсякденних функціях.

3. Знизити рівень тривоги та депресивних симптомів за допомогою психофізичних (mind-body) технік і релаксаційних методик.

4. Забезпечити профілактику падінь і соматичних ускладнень, навчити поведінковим та само-регуляційним стратегіям.

5. Розробити індивідуальну програму з урахуванням супутньої соматичної патології, вікових особливостей і рівня фізичної підготовки.

#### Засоби фізкультурно-спортивної реабілітації

Аеробні навантаження помірної інтенсивності широко рекомендуються у програмах лікувальної фізичної культури та кінезітерапії. Так, Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO) зазначає, що регулярна аеробна активність помірної інтенсивності (швидка ходьба, велотренування, плавання) сприяє нормалізації діяльності серцево-судинної та нервової систем, зниженню тривожності та покращенню психоемоційного стану. Jansson та Anderssen у своїх рекомендаціях з лікувальної фізичної активності підкреслюють, що помірні аеробні навантаження позитивно впливають на вегетативну регуляцію та підвищують стресостійкість, що особливо важливо при невротичних розладах.

Силові вправи низької та середньої інтенсивності є важливим компонентом кінезітерапії. Єфіменко П.Б. у працях з лікувальної фізичної культури при захворюваннях нервової системи рекомендував використання дозованих силових вправ з власною масою тіла та легким опором, зазначаючи їх позитивний вплив на м'язовий тонус, загальну працездатність і стабілізацію нервових процесів. Taylor N. та співавтори в оглядах доказової фізіотерапії вказують, що силові вправи помірної інтенсивності покращують функціональний стан, зменшують соматичні прояви тривоги та сприяють підвищенню впевненості пацієнтів у власних рухових можливостях.

Вправи на гнучкість займають важливе місце у відновлювальних програмах. За даними Physio-Pedia (Hampton та співавт.), регулярні вправи на розтягнення сприяють зниженню м'язового напруження, покращенню рухливості суглобів та зменшенню психосоматичних проявів стресу. Дорошенко Е.Ю. у навчально-методичних матеріалах з фізичної терапії наголошує, що вправи на гнучкість мають виражений релаксуючий ефект і доцільні при функціональних розладах нервової системи, у тому числі при неврозах.

Вправи на баланс і координацію рекомендовані для комплексного впливу на центральну нервову систему. ВООЗ у рекомендаціях для осіб середнього та похилого віку зазначає, що тренування рівноваги знижує ризик падінь, покращує нейром'язову координацію та сприяє формуванню впевненості у рухах. Sherrington та співавтори у дослідженнях з реабілітації підкреслюють, що баланс-тренування позитивно впливає на когнітивні та психоемоційні функції, що є важливим при тривалих невротичних станах.

Релаксаційні техніки займають важливе місце у структурі лікувальної гімнастики при невротичних і тривожно-депресивних розладах, оскільки спрямовані на зниження психоемоційного та м'язового напруження, нормалізацію функціонального стану центральної і вегетативної нервової системи та підвищення адаптаційних можливостей організму. Прогресивна м'язова релаксація використовується в лікувальній гімнастиці як метод свідомого контролю м'язового тону шляхом поетапного напруження і наступного розслаблення окремих м'язових груп. Такий підхід сприяє усвідомленню пацієнтом стану власного тіла, зменшенню соматичних проявів тривоги та формуванню навичок саморегуляції психоемоційного стану. Єфіменко П.Б. зазначає, що включення елементів м'язової релаксації у заняття лікувальною гімнастикою сприяє стабілізації нервових процесів, зниженню рівня збудження та загальному заспокійливому ефекту.

Важливу роль у системі лікувальної гімнастики відіграють дихальні вправи, які застосовуються як самостійний релаксаційний засіб і як складова інших вправ. Контрольоване повільне дихання з подовженим видихом сприяє активізації парасимпатичного відділу вегетативної нервової системи, зниженню частоти серцевих скорочень і нормалізації артеріального тиску. За даними Нечипоренко Л.В., у осіб із тривожно-депресивними розладами дихальні вправи сприяють зменшенню внутрішньої напруги, покращенню емоційної стабільності та підвищенню ефективності психологічної адаптації, що робить їх доцільними у структурі лікувальної гімнастики.

Медитативні рухові практики, такі як йога, тай-чи та цигун, розглядаються як засоби лікувальної гімнастики м'якої дії, що поєднують рух, дихання та концентрацію уваги. Практика йоги позитивно впливає на психоемоційний стан за рахунок зниження рівня нервового напруження, покращення якості сну та формування навичок усвідомленого розслаблення. Тай-чи характеризується плавними, ритмічними рухами, що виконуються у повільному темпі, завдяки чому відбувається гармонізація процесів збудження і гальмування в центральній нервовій системі, покращується координація рухів та емоційна рівновага. Цигун сприяє нормалізації дихання, зниженню рівня тривожності та досягненню стану глибокого психофізичного розслаблення, що особливо важливо при хронічному стресі та невротичних станах.

Особливе місце в лікувальній гімнастиці займає постізометрична релаксація, яка широко застосовується для зниження м'язового гіпертонусу та усунення функціональних обмежень рухів. За Єфіменком П.Б., постізометрична релаксація ґрунтується на виконанні короткочасного ізометричного напруження м'яза з подальшим його повільним пасивним або активним розтягненням у фазі розслаблення. Така методика сприяє зменшенню рефлексорного м'язового спазму, покращенню кровообігу та трофіки тканин, а також нормалізації нервово-м'язової регуляції. Єфіменко

П.Б. підкреслює, що застосування постізометричної релаксації у заняттях лікувальною гімнастикою має не лише локальний, але й загальний заспокійливий ефект, оскільки зменшення м'язового напруження супроводжується зниженням психоемоційної напруги. Використання даної методики є особливо доцільним при функціональних розладах нервової системи, тривожних станах і психосоматичних проявах, оскільки вона сприяє формуванню відчуття тілесного комфорту, розслаблення та внутрішньої рівноваги.

#### Форми (організаційні)

Індивідуальні заняття з фізіотерапевтом (клініка, вдома) — коли потрібна адаптація під супутні хвороби.

Групові заняття (фізкультура, йога для літніх, групи релаксації) — для соціальної підтримки й мотивації.

Амбулаторні програми і домашні комплекси з контролем (телемоніторинг або періодичні огляди).

Кінезітерапія: систематично підібрані вправи для розвитку сили, витривалості, координації і гнучкості; поступове нарощування навантаження.

Аеробні тренування помірної інтенсивності (ходьба, статична і динамічна ходьба, велотренажер) для зниження тривожності й покращення фізичної толерантності.

Силові вправи з малою вагою або опором для збереження м'язової маси й функції.

Релаксаційні та психофізичні методики: йога, цігун, прогресивна м'язова релаксація, дихальні практики — як засіб регуляції автономної нервової системи.

Комбіновані підходи: поєднання рухової активності з психотерапевтичними інтервенціями (когнітивно-поведінкова терапія, тілесно-орієнтована терапія) для кращих результатів у зниженні симптомів невротичних розладів. [36]

Методики (практичні рекомендації для програми)

1. Оцінка перед початком: функціональний стан, серцево-судинний ризик, медикаментозна терапія, рівень тривожності/депресії (шкали), рівень фізичної активності. На підставі оцінки — індивідуалізація програми.

2. Початкова фаза (2–4 тижні): низька інтенсивність, акцент на навчанні техніки вправ, дихальних вправах і релаксації; тривалість сеансу 20–30 хв.

3. Основна фаза (6–12 тижнів): помірна аеробна активність 3–5 разів на тиждень по 30–45 хв (з урахуванням переносимості), силові заняття 2 рази на тиждень, регулярна практика релаксації.

4. Підтримувальна фаза: перехід до домашніх програм або групових занять, періодичний медичний і функціональний контроль.

5. Безпека й адаптація: враховувати супутні хвороби (серцево-судинні, опорно-рухові), уникати надмірного навантаження, обов'язково проводити інструктаж і контроль показників (ЧСС, самопочуття) [50].

Коротке резюме доказовості

Останні систематичні огляди та мета-аналізи показують, що регулярна фізична активність і психофізичні практики (йога, релаксація, цигун) знижують симптоми тривоги у людей похилого віку і є безпечними, якщо їх правильно адаптувати під вікові особливості й супутні хвороби. Українські роботи також підкреслюють ефективність комбінованого підходу (кінезітерапія, релаксація, тілесно-орієнтовані методики) при невротичних розладів у жінок зрілого і похилого віку.

#### **1.4 Лікувальний масаж при невротичних розладах**

Масаж є одним із ефективних методів фізкультурно-спортивної реабілітації, який спрямований на покращення кровообігу, зміцнення м'язового тону та нормалізацію функцій нервової системи. Він може застосовуватися як для профілактики розвитку невротичних розладів, так і

для покращення самопочуття осіб, які вже мають психоемоційні порушення [25].

Дія масажу на нервову систему полягає у роздратуванні периферичних рецепторів, через які здійснюється вплив на центральну нервову систему та провідні шляхи. Ще Е. Дюбуа-Реймон вказав, що механічне подразнення призводить нерв у стан збудження; такий стан полегшує як винекнення, так і проведення збудження. Масаж - це як би пасивна гімнастика нервової системи. При масажі і пасивних рухах в шкірі, м'язах, сухожиллях і суглобах виникають аферентні імпульси і потоки нервових збуджень, що йдуть у відповідні центри спинного та головного мозку і спонукають їх до діяльності. До цього слід додати рефлекторний вплив масажу на різні системи [31].

Вплив масажу на ЦНС залежить від його методики. Так, змінюючи характер, силу і тривалість масажу, можна змінювати функціональний стан кори головного мозку, знижувати або підвищувати загальну нервову збудливість.

Лікувальний масаж застосовують для покращення настрою і самопочуття хворого, підвищення або зменшення процесів збудження і гальмування в ЦНС, її функціональної здатності; підготовки до занять фізичними вправами.

*Завдання масажу:*

- нормалізація психоемоційного стану, сну;
- поліпшення обмінних процесів;
- поліпшення метаболізму тканин;
- поліпшення крово-і лімфообігу;
- зняття гіпертонусу м'язів.

*Методика масажу.* При ах масаж проводять у поєднанні з світломузикою (у затемненій кімнаті) і аероіонізацією. Масажують потилицю і коміркову область, спину (особливо паравертебральні області), нижні кінцівки, живіт. При гіперстенічній формі неврастенії і у разі збудження

хворого використовують легкі погладження і розтирання, виключають прийоми: рубління, постукування, поплескування, а при гіпостенічній – масаж проводять енергійно з використанням всіх прийомів. Тривалість масажу 15-20 хвилин щодня. Курс 10-15 процедур [12].

*Масаж спини* починають з погладження. В залежності від завдань масажу застосовують різні різновиди цього прийому. За погладженням йде вижимання. Після вижимання переходять до розминання довгих м'язів спини. Потім переходять до розтирання. Починають його з поперекової зони. Після розтирання на попереку рекомендують провести пасивні рухи. Потім приступають до розтирання межреберних промежутків, а потім – до розтирання фасції трапецивидного м'яза. Потім розтирають підлопаточну зону. Після цього виконують розтирання вздовж хребта, від тазу до коміркової зони. Закінчують масаж погладженням.

*Масаж комірної зони.* Лежачи на животі, покласти чоло на кісті, підборіддя підтягнути до грудей. Починають рухи з середини потилиці, а при довгому волоссі від лінії його росту, закінчують – на ключично-акроміальному з'єднанні над плечовим суглобом. Рухи, пасивні та активні, у шийному відділі хребта виконують у різноманітних напрямках: нахили уперед, назад, у боки, а також повороти та обертання.

*Масаж живота.* Живіт масажують у вихідному положенні лежачи на спині, під голову підкладають невеличку подушечку, а під колінні суглоби – валик. Масаж живота починають з погладження. Рухи спрямовані від правої пахвової зони вгору до правого підребер'я, потім поперек живота до лівого підребер'я та униз до пахвової зони. Після погладження проводять розминання від мечоподібного відростка униз до сечового міхура (сечовий міхур повинен бути спороджений). На косих м'язах живота напрям руху – від гребня клубової кістки уверх, до широких м'язів спини. Розтирання проводять під підреберним кутом. Закінчують масаж живота прогладженням [16].

## 1.5. Фізіотерапія при невротичних розладах

У практичній медицині широкого застосування набувають фізичні чинники. Це пов'язано насамперед із значними досягненнями у вивченні їх лікувального впливу, із створенням нових методів, у тому числі лікувальних методик, а також із постійно зростаючою потребою практичної медицини у немедикаментозних засобах лікування. Якщо раніше фізичні чинники розглядалися як не-специфічні подразники, то тепер почали виділяти і підкреслювати специфічну, характерну лише для певного чинника, дію. Як правило, вона виявляється при невеликій інтенсивності впливу і невеликих дозах. Орієнтація на специфічну дію при лікуванні хворих, застосування імпульсних режимів, прицільні локальні або сегментарні впливи допомогли лікарям значно зменшити навантаження на серцево-судинну і нервову системи хворих, зняти численні протипоказання для застосування фізичних чинників, які існували раніше. Таким чином, показання для застосування фізіотерапії значно розширилися [49].

Задачі фізіотерапії при гіперстенічна і перехідною формах неврастенії:

- надати загальнозміцнюючу, заспокійливу і симптоматичну дію,
- нормалізувати функціональний стан основних нервових процесів і, зокрема, посилити гальмівні й послабити збуджувальні процеси.

Хворим призначають [22]:

1) бром-електрофорез загальний за Вермелем, тривалість процедури 20 хв. Щодня або через день чергують з діадинамотерапією або дарсонвалізацією;

2) діадинамотерапія (СМП-терапію) області шийних симпатичних вузлів - при болі в області чола і темени; чи вплив на область шийного відділу хребта при болю в ділянці потилиці, щодня, або через день. Або:

3) дарсонвалізацію області голови і потилиці, тривалість процедури 5 хв, щодня або через день. Або:

4) франклінізація коміркової зони, тривалість процедури 15 хв. Щодня або че-рез день;

5) електросон (частота 5 -10 Гц), тривалість процедури 20-40 хв. Щодня або через день (при безсонні). На курс лікування 12-20 процедур;

6) бром-електрофорез трансорбітально, тривалість процедури 15-20 хв. Щодня або через день чергують з загальним бром-електрофорезом;

7) аміназін-електрофорез на коміркову зону, тривалість процедури 15-20 хв. Щодня або через день - при вираженому, тривалому порушенні сну і підви-щенної дратівливості; бром-електрофорез - при вазомоторному головному бо-лю, припливах до голови та розладах сну; магній або еуфілін-електрофорез - при вегетативно-вазомоторних розладах ангіоспастичного характеру, підви-щенні очного тиску, виражений головний біль та біль в області серця; йод-електрофорез - при атеросклерозі, гіперфункції щитовидної залози; новокаїн-електрофорез - при церебральних ангіоспазмах, головному болю і порушенні сну; кальцій - електрофорез - при алергічних реакціях або виражених вегетативних розладах, зумовлених черепно-мозковою травмою; платифілін-електрофорез - при неприємних відчуттях в області серця; атропін-електрофорез - при вираженому загальному чи місцевому гіпергідрозе; гепа-рин електрофорез - при церебральному атеросклерозі зі схильністю до судин-них криз і депресії протизгортальної системи крові. За допомогаю роздвійного комірчого електрода можна відразу вводити два розчину, наприклад платифілін і новокаїн;

8) новокаїн-електрофорез ендоназального, тривалість процедури 10-20 хв. Щодня або через день;

9) електричне поле УВЧ на область шийних симпотичних вузлів, тривалість процедури 8-10 хв. Щодня або через день (при явищах ангіоспазму);

10) УФО загальне за повільною схемою, через день (як десенсибілізуючу при алергічному стані);

11) УФО коміркової зони, 2-3 біодози. Через 2-3 дні (при розладах мозкового кровообігу);

12) підводно-кишкові промивання, тривалість процедури 30-40 хв, 2 рази на тиждень (при кишковій інтоксикації);

13) новокаїн-електрофорез на область чревного сплетіння. Анод розташовують в області TVII-TXII. Через день;

14) хвойні або прісні ванни (температура 35-36 ° C), тривалість процедури 10 хв з наступним віялових душем слабкого тиску (температура 33-34 ° C), тривалість процедури 2 хв (чергують з аміназін-електрофорезом коміркової зони, застосовують при статевих розладах); кисневі (температура 35-36 ° C), тривалість процедури 10-12 хв; сульфідні середньої концентрації (температура 35-37 ° C), тривалість процедури 8-12 хв; радонові ванни середньої концентрації (температура 35 -36 ° C), тривалість процедури 10-15-20 хв, через день або щодня (для зниження збуджувального процесу). Або:

15) укутування вологі загальні, тривалість процедури 30-40 хв, з наступним дощовим душем (температура 33-34 ° C), тривалість процедури 1 хв. Через день (бажано робити на ліжку перед сном, водолікування поєднують з електро-лікування);

16) кліматолікування: повітряні ванни при температурі повітря 22-23 ° C від 15 до 60-90 хв, щоденно; сонячні - при тій же температурі по делікатній схемі; лежання на повітрі, нічний сон або цілодобове перебування на відкритому повітрі.

## РОЗДІЛ 2

### МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

#### 2.1. Методи дослідження

Для досягнення поставленої мети і завдань у магістерському дослідженні використовували такі методи: аналіз спеціальної науково-методичної літератури та інформаційних джерел; клінічні методи дослідження (огляд, анкетування, опитувальники психоемоційного стану); педагогічні методи – констатувальний і формувальний педагогічні експерименти, спостереження.

У роботі було застосовано методи оцінки функціонального та психоемоційного стану, а саме: 6-хвилинний тест ходьби для визначення толерантності до фізичного навантаження, анкета якості життя, оцінка рівня тривоги та напруги за шкалою HADS, вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) у спокої а також суб'єктивна оцінка самопочуття за візуально-аналоговою шкалою (0–10 балів).

Для обробки результатів дослідження використовували методи математичної статистики.

Аналіз літературних даних з даної теми дослідження проводився впродовж всього періоду роботи. Було проведено роботу з аналізу й узагальнення спеціальної літератури з неврології, психофізіології, геронтології, спортивної медицини та фізкультурно-спортивної реабілітації. Були проаналізовані сучасні вітчизняні та зарубіжні літературні джерела, що дозволило оцінити стан проблеми, обґрунтувати актуальність дослідження, сформулювати завдання та підібрати адекватні методи його проведення.[22]

У зв'язку з питаннями, що пов'язані з темою кваліфікаційної роботи, нами був проведений аналіз робіт вітчизняних і закордонних авторів, а саме дисертаційних досліджень, монографій, статей, публікацій у збірниках

наукових праць та матеріалах конференцій. Результати аналізу дозволили систематизувати наукові дослідження та методичні положення щодо особливостей реабілітації жінок похилого віку з проявами невротичних розладів, а також визначити роль психофізичних методів і фізкультурно-спортивної реабілітації в корекції емоційного стану пацієнток.

Педагогічне спостереження – це цілеспрямоване та організоване фіксування змін у стані учасників під час реабілітаційного процесу. Воно проводиться за заздалегідь складеним планом, має визначену мету, об'єкт та очікуваний результат. Спостереження повинно бути систематичним, тривалим та об'єктивним, а всі результати фіксуються у спеціальних листах спостереження чи технічними засобами. Підсумком є оцінка ефективності реабілітації та аналіз отриманих змін.

Педагогічне спостереження здійснювалося протягом усього періоду реабілітації. Об'єкт спостереження — жінки похилого віку з проявами невротичних розладів.

Вивчалось їхнє ставлення до занять, рівень залученості та активності. Спостерігалася динаміка емоційного стану, рівень тривоги й напруги до, під час та після виконання психофізичних вправ. Фіксувалася реакція на навантаження, зміни самопочуття та інтерес до подальшого відновлення.

Вивчалось їхнє ставлення до занять фізичними вправами та інших методів лікування, спостерігалася динаміка змін самопочуття до фізичного навантаження, під час та після закінчення занять. Було проведено спостереження за зацікавленістю учасниць у власному відновленні.

Педагогічний експеримент.

Педагогічний експеримент передбачає активний вплив на педагогічний процес чи явище шляхом створення спеціальних умов, що відповідають меті дослідження. Сутність експерименту полягає у розкладанні цілісного педагогічного явища на окремі компоненти; відслідковуванні досліджуваних змін; внесенні корекцій у умови, в яких ці елементи проявляються; а також у

фіксації результатів навчально-реабілітаційного процесу в умовах експерименту.

У дослідженні експеримент проводився серед жінок похилого віку з проявами невротичних розладів, з метою визначення ефективності застосованих методів фізкультурно-спортивної реабілітації та оцінки динаміки їх психоемоційного і функціонального стану.

З цього виходить, що за допомогою експерименту було узагальнено методи дослідження, які допомагають встановити наукові факти, пояснити та узагальнити нові дані. У ході дослідження використовувався констатувальний експеримент, суть якого полягає в тому, що експериментальним шляхом встановлюється лише стан програм фізкультурно-спортивної реабілітації, що вивчається: було констатовано наявність зв'язків і залежностей між явищами, визначено вихідні дані для подальшого дослідження.

Педагогічний експеримент передбачав проведення занять з основною та контрольною групами жінок похилого віку з проявами невротичних розладів для перевірки ефективності розробленої програми фізкультурно-спортивної реабілітації. У програмі застосовувалися психофізичні методи, дихальні вправи, релаксаційні техніки, елементи кінезотерапії та вправи для нормалізації м'язового тону, спрямовані на зниження рівня тривоги, напруги та покращення загального психофізичного стану учасниць.

Формувальний етап експерименту передбачав дослідження ефективності розробленої програми фізкультурно-спортивної реабілітації, спрямованої на зниження проявів невротичних розладів у жінок похилого віку. До програми були включені психофізичні вправи, дихальні техніки, методи релаксації, вправи для нормалізації м'язового тону та елементи кінезіотерапії, що забезпечували комплексний вплив на емоційний та функціональний стан учасниць.

Проведення експерименту як важливого засобу наукового пізнання вимагало послідовного впровадження нових умов, чіткого планування,

визначення кількісних та якісних змін, а також усунення сторонніх факторів, що могли впливати на перебіг реабілітаційного процесу. Усі етапи спрямовувалися на об'єктивну оцінку результатів фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку з проявами невротичних розладів.[49]

Вимірювання частоти серцевих скорочень (ЧСС) проводилося у стані спокою, перед початком заняття, після виконання психофізичних вправ та наприкінці заняття для визначення реакції серцево-судинної системи на навантаження. Показники ЧСС використовувалися для оцінки адаптації організму до виконуваних вправ та корекції інтенсивності фізкультурно-спортивної реабілітації.

Оцінка рівня тривоги та напруги за шкалою HADS здійснювалася в стандартизованих умовах, у спокійному середовищі, без зовнішніх подразників. Дослідження включало визначення субшкал тривоги (HADS-A) та депресії (HADS-D), що давало можливість оцінити психоемоційний стан жінок похилого віку до і після реабілітаційної програми. Заповнення шкали проводилось під наглядом спеціаліста для забезпечення об'єктивності.

6-хвилинний тест ходьби (6MWT) застосовувався для оцінки загальної витривалості та функціонального стану кардіореспіраторної системи. Тест проводився у рівному коридорі довжиною 30 метрів. Учасницям пропонувалося пройти якомога більшу дистанцію за 6 хвилин у комфортному темпі. Фіксувалася пройдена відстань, ЧСС до та після тесту, рівень втоми та суб'єктивні відчуття. Даний метод дозволив оцінити толерантність до навантаження та динаміку покращення фізичної працездатності під впливом реабілітаційної програми [7].

Суб'єктивна оцінка самопочуття проводилася за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ, 0–10 балів), де учасниці відзначали рівень напруги, втоми, дискомфорту або емоційного перевантаження. Порівняння показників до і після занять дозволяло визначити безпосередній ефект реабілітаційних заходів [8],[22].

### *Соціологічні методи*

У нашому дослідженні для оцінки функціональної активності респондентів було використано соціологічний метод анкетування з застосуванням 5- бальної шкали Лайкерта. Такий підхід дозволяє оцінювати ступінь здатності виконувати різні види діяльності у повсякденному житті та отримати кількісні показники для подальшого аналізу.

Шкала була адаптована за прикладом медичних функціональних шкал (Stratford P., Riddle D. L., 2000), але орієнтована на соціальний контекст і включає найбільш типові види активності сучасної людини. Респондентам пропонувалося оцінити свою здатність виконувати такі дії без сторонньої допомоги або труднощів за п'ятибальною системою:

- 1 – зовсім не можу / дуже важко;
- 2 – можу з великими труднощами;
- 3 – можу частково / з деякими труднощами;
- 4 – можу добре / незначні труднощі;
- 5 – можу повністю / без труднощів.

Оцінювані види діяльності включали:

1. Виконання звичайної роботи по дому;
2. Активний відпочинок (прогулянки, легка фізична активність);
3. Важка фізична робота вдома (перенесення речей, прибирання);
4. Хобі та творчі заняття;
5. Надягання шкарпеток або взуття;
6. Нахили вперед та підйом речей з підлоги;
7. Сон та відпочинок;
8. Стояння протягом однієї години;
9. Підйом на другий поверх;
10. Положення сидючи протягом однієї години;
11. Водіння автомобіля протягом однієї години.

Для обробки результатів було підраховано індивідуальні бали за кожним пунктом, які сумувалися для отримання загального індексу функціональної активності респондента. Також здійснювався розподіл на підкатегорії: фізична активність, повсякденні дії, відпочинок та сон, що дозволяє проводити більш детальний аналіз змін у поведінці та діяльності респондентів.

Використання цього методу дає змогу не лише оцінити об'єктивні аспекти функціональної активності, але й дослідити суб'єктивне сприйняття респондентами власних можливостей, що є важливим для соціологічного аналізу поведінкових та життєвих патернів.

Для оцінки фізичних параметрів респондентів проводили стандартні антропометричні вимірювання: зросту, маси тіла та розмірів тіла (наприклад, ширини плечей і плечової дуги) за допомогою сантиметрової стрічки. Ці показники дозволяють оцінити загальний фізичний стан та враховуються при аналізі результатів тесту 6- хвилинної ходьби.

#### Тест фізичної працездатності – 6- хвилинна ходьба

Для визначення рівня фізичної витривалості та толерантності до навантаження застосовували тест 6- хвилинної ходьби (6MWT), що проводився на біговій доріжці або спеціально відведеному коридорі. Учасники протягом 6 хвилин виконували ходьбу, підтримуючи власний темп, а завдання дослідження полягало у вимірюванні максимальної дистанції, яку респондент здатен подолати за цей час.

Під час тесту здійснювали:

1. Вимір частоти серцевих скорочень (ЧСС) та артеріального тиску до початку ходьби.
2. Контроль ЧСС та тиску на 1-й хвилині відновлення після завершення тесту, а потім щохвилино до повного відновлення.
3. Фіксацію подоланої дистанції (метри).

Результати оцінювали за таблицею стандартів для 6- хвилинної ходьби, що дозволяє визначити ступінь фізичної підготовленості та рівень витривалості респондентів.

#### *Методи математичної статистики*

Для об'єктивної оцінки ступеня надійності та вірогідності отриманих результатів дослідження, а також для виявлення закономірностей у рівні фізичної активності та витривалості респондентів, були використані методи математичної статистики.

Зокрема, для обробки даних застосовувалися:

Середнє арифметичне ( $M$ ) – для визначення середнього рівня функціональної активності респондентів за 5- бальною шкалою Лайкерта, а також для оцінки середньої дистанції, пройденої за тест 6- хвилинної ходьби;

Стандартне відхилення ( $\sigma$ ) – для оцінки розсіювання даних і визначення ступеня варіативності показників між учасниками;

Рівень значущості ( $p$ ) – для перевірки вірогідності виявлених різниць між підгрупами респондентів та встановлення статистично достовірних закономірностей у фізичній активності, витривалості та толерантності до навантажень.

Використання цих методів дозволило:

1. Об'єктивно оцінити середній рівень функціональної активності та витривалості серед респондентів;
2. Виявити динаміку та закономірності у зміні фізичної активності та результатів тесту 6- хвилинної ходьби залежно від віку, статі або професійної діяльності;
3. Забезпечити надійність і вірогідність висновків дослідження, що підвищує якість та достовірність отриманих результатів.

Таким чином, застосування методів математичної статистики забезпечує комплексну і кількісну оцінку стану фізичної активності

респондентів, їхньої витривалості та толерантності до навантажень у контексті соціологічного та фізіологічного дослідження [2, 69].

## **2.2. Організація дослідження**

Дослідження було проведено з 01.11.2024р. по 01.11.2025р. на базі ДП «Клінічний санаторій «Роша»» ПРАТ «Укрпрофоздоровниця». У дослідженні брали участь 30 жінок віком 60–75 років із підтвердженим лікарем діагнозом невротичний розладу. Методом рандомізованого розподілу, учасниць було розподілено на дві групи: Основна група (ОГ) — 15 осіб; контрольна група (КГ) — 15 осіб. Критеріями включення були: наявність клінічно підтвердженого невротичного розладу, здатність до самостійного пересування, відсутність гострих соматичних та психоневрологічних станів. Всі респондентки були обізнані про наукове дослідження. Конфіденційність інформації про респонденток було забезпечено.

На першому етапі дослідження здійснювався аналіз і узагальнення науково-методичної літератури з питань фізичної реабілітації та лікувальної гімнастики при невротичних розладах, вивчалися сучасні підходи до немедикаментозної корекції психоемоційного стану. На цьому етапі було сформульовано мету і завдання дослідження, визначено об'єкт і предмет роботи, а також підібрано методи дослідження відповідно до поставлених завдань.

На другому етапі проводилося практичне дослідження, яке включало анкетування жінок з діагнозом невротичний розлад з метою визначення основних скарг та особливостей психоемоційного стану. Було здійснено аналіз медичної документації для уточнення основного діагнозу та супутніх захворювань, зібрано анамнестичні дані, проведено візуальний огляд і реабілітаційне обстеження. За результатами констатуючого експерименту учасниці були розподілені на дві групи: контрольну (КГ) та основну (ОГ), по

15 осіб у кожній групі. Учасниці контрольної групи займалися за традиційною програмою реабілітації, тоді як для жінок основної групи була розроблена та впроваджена корекційна програма лікувальної гімнастики з використанням релаксаційних технік, дихальних вправ, медитативних рухових практик і постізометричної релаксації з урахуванням індивідуальних психофізичних особливостей. Тривалість програми становила 12 тижнів, заняття проводилися 2-3 рази на тиждень. При підборі засобів лікувальної гімнастики, тривалості занять і дозування вправ враховували клінічний стан жінок, вираженість невротичних проявів та загальний фізичний стан. Після завершення програми було проведено формуючий експеримент.

На третьому етапі здійснювалася обробка, аналіз та узагальнення отриманих результатів дослідження, проводилося порівняння показників контрольної та основної груп, сформувались висновки та здійснювалося оформлення кваліфікаційної роботи.

Оцінювали такі показники: оцінка за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ); рівень тривоги і напруги за шкалою HADS; частоту серцевих скорочень у стані спокою; індекс стійкості рівноваги; м'язовий тонус за клінічними тестами; суб'єктивний рівень самопочуття за опитувальником (0–10 балів).

Отримані дані дозволили встановити взаємозв'язок між фізичною активністю, витривалістю та проявами невротичних розладів, що є важливим для подальшого планування комплексної фізкультурної та психофізіологічної реабілітації жінок похилого віку.

## РОЗДІЛ 3

**ВПЛИВ КОРЕКЦІЙНОЇ ПРОГРАМИ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ, ФУНКЦІОНАЛЬНИЙ І ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН, ФІЗИЧНУ ПРАЦЕЗДАТНІСТЬ ТА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ЖІНОК ПОХИЛОГО ВІКУ З НЕВРОТИЧНИМИ РОЗЛАДАМИ**

**3.1. Вихідні показники функціональних досліджень фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку при невротичних розладах**

Аналіз скарг досліджуваних до початку дослідження виявив, що в обох групах загальна слабкість, відчуття втоми, на головний скаржилося 85-100 %. На періодичний біль в області серця скаржились від 71,43% пацієнтів в ОГ та 75% в КГ (табл. 3.1).

*Таблиця 3.1.*

**Скарги та особливості анамнезу хвороби жінок похилого віку обох груп при первинному обстеженні**

Показник	ОГ, М±m (n=15)	КГ, М±m (n=15)	Статистичний показник
	%	%	
Загальна слабкість	100,0	100,0	p>0,05
Періодичний біль в області серця	71,43	75,0	p>0,05
Головний біль	85,71	100,0	p>0,05
3-4 роки	57,24	37,50	p>0,05
4-5 років	42,86	62,50	p>0,05

*Вплив захворювання на функціонування досліджуваних у повсякденному житті* проводиться за допомогою оцінки якості життя. Випробуваням обох груп до застосування ФТ був проведений тест за допомогою шкали Стратфорда (рис.3.1.).

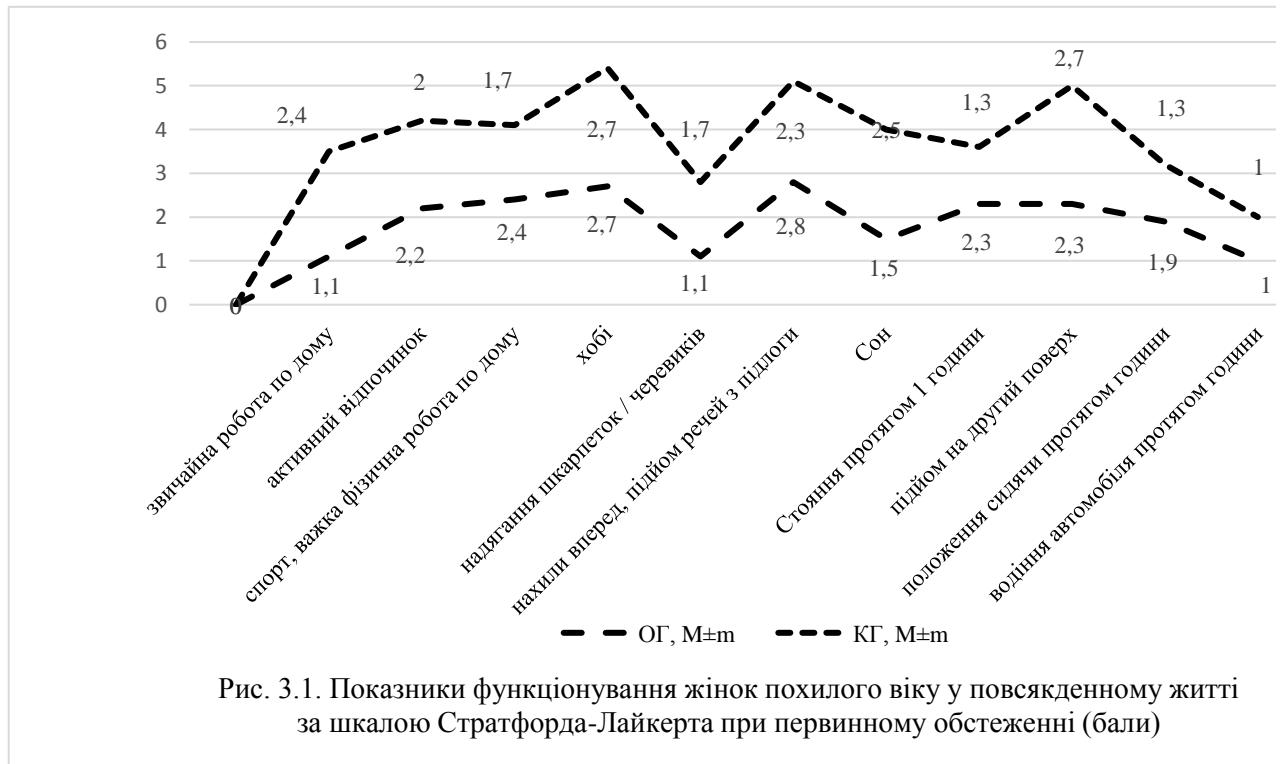


Рис. 3.1. Показники функціонування жінок похилого віку у повсякденному житті за шкалою Стратфорда-Лайкерта при первинному обстеженні (бали)

За результатами дослідження показників функціонування досліджуваних у повсякденному житті до проведення фізкультурно-спортивної реабілітації, що відображені в таблиці, показує що в обох групах досліджуваних досліджуваний показник значно менше норми.

При визначенні величини болю за візуальною аналоговою шкалою жінки похилого віку ОГ і КГ оцінювали в середньому на рівні 42,16% і 43,13% відповідно. При порівнянні між групами статистично значущої відмінності не виявлено ( $p > 0,05$ ) (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

**Результати опитування жінок похилого віку за візуальною аналоговою шкалою**

показник	групи	$\bar{x}$	S	Min	Max
шкала болю, мм	ОГ (n=15)	38,78	2,42	31,60	47,60
	КГ (n=15)	42,67	2,40	31,50	49,70

Для вивчення ступеня фізичної підготовленості нами був використаний 6-хвилинний тест ходьби.

При визначення ступеня фізичної підготовленості досліджувані обох груп (ОГ і КГ) відповідали віковій групі 60-75 років. Ступень фізичної підготовленості за віковими ознаками надано в таблиці 3.3.

Таблиця 3.3.

**Ступень фізичної підготовленості за віковими ознаками**

Ступінь підготовленості	ОГ (n=15)	КГ (n=15)
	% особи	
погано	5/33,03%	6/40,00%
задовільно	8/53,03%	7/46,07%
добре	2/13,03%	2/13,03%

Таким чином, результати вивчення навантажувального тесту на витривалість у жінок похилого віку з невротичним розладом вказують на те, що більшість випробуваних мають задовільну ступінь фізичної підготовленості.

Загально визнано, що достовірним показником функціонального стану серцево-судинної системи є пульс. Оцінку реакції пульсу на фізичне навантаження можна провести методом зіставлення даних частоти серцевих скорочень у спокої (до навантаження) і після навантаження. Отримані параметри величини пульсу дозволяють оцінити раціональність роботи серцево-судинної системи та пристосованість її до фізичних навантажень. Але не тільки пульсу варто приділяти увагу. Про пристосованість серцево-судинної системи до фізичних навантажень можна судити і за показниками артеріального тиску. Хороша пристосованість серцево-судинної системи характеризується збільшенням частоти пульсу і підвищенням систолічного і пульсового артеріального тиску. Якщо частота серцевих скорочень значно підвищується, а систолічний артеріального тиску збільшується незначно, то це свідчить про погіршення пристосованості серцево-судинної системи.

Поява гіпотонічної та гіпертонічної реакцій на фізичне навантаження вказує на крайнє погіршення пристосованості організму до фізичного навантаження.

Результати інструментальних досліджень виявили прогностично несприятливі зміни у функціональному стані серцево-судинної системи у жінок похилого віку (рис. 3.2).

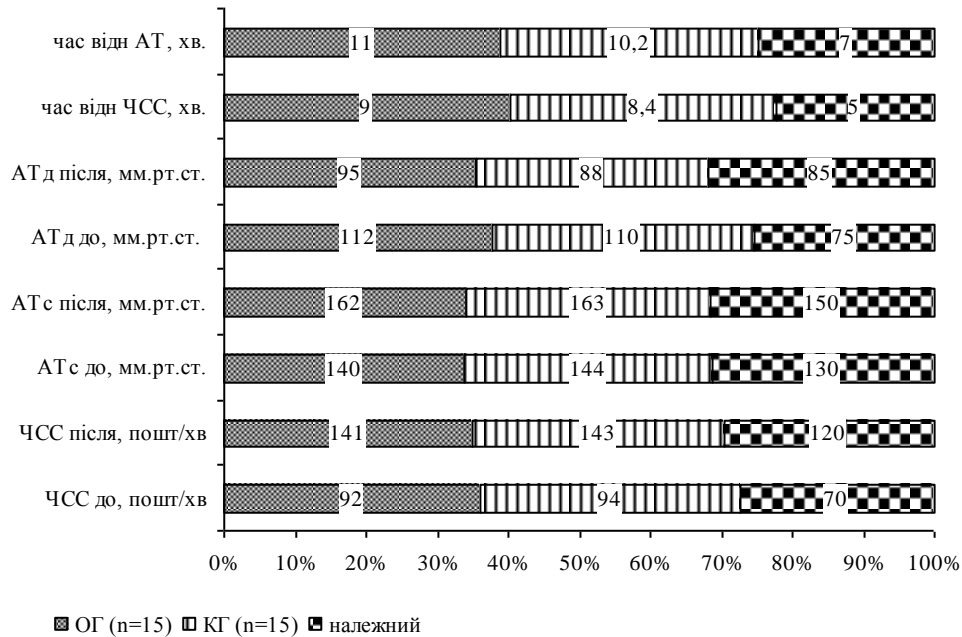


Рис 3.2. Показники функціонального стану серцево-судинної системи у жінок похилого віку обох груп ОГ (n=15) і КГ (n=15)

Після фізичного навантаження у випробуваних обох груп, жінок похилого віку з невротичними розладами спостерігався статистично значуще більший час відновлювання ЧСС і АТ у порівнянні з належним показником ( $p < 0,05$ ).

Таким чином, вищевикладене дає підстави стверджувати, що у жінок похилого віку спостерігається зниження функціональної здатності серцево-судинної системи, що потребує відповідної корекції способу життя та оптимізації фізичних навантажень.

### **3.2. Обґрунтування та розробка корекційної програми жінок похилого віку при невротичних розладах фізкультурно-спортивної реабілітації**

Програма фізкультурно-спортивної реабілітації у жінок похилого віку з невротичними розладами.

На сучасному етапі розвитку фізкультурно-спортивної реабілітації проблема невротичних розладів у жінок похилого віку набуває особливої актуальності, що зумовлює необхідність застосування комплексних програм фізкультурно-спортивної профілактики. Сьогодні використовується широкий спектр засобів і методів, серед яких важливе місце займають кінезіотерапевтичні методики, що можуть реалізовуватися як у динамічному, так і в статичному режимах, із застосуванням локальних м'язових скорочень, елементів активної самостійної діяльності під контролем фахівця, а також допоміжних технічних засобів.

Провідним компонентом програм корекції невротичних розладів у системі фізкультурно-спортивної реабілітації залишається лікувальна гімнастика, яка передбачає використання спеціально підібраних фізичних вправ з урахуванням вікових, функціональних та психоемоційних особливостей жінок похилого віку. Значна увага приділяється дихальним вправам, які застосовуються з метою регуляції діяльності вегетативної нервової системи, покращення функції зовнішнього дихання, зниження рівня психоемоційного напруження та оптимізації дозування фізичного навантаження під час занять. Важливим терапевтичним ефектом дихальних вправ є їх здатність опосередковано впливати на зменшення проявів тривожності, нормалізацію м'язового тону та покращення загального самопочуття.

Значна увага приділяється дихальним вправам, які застосовуються з метою регуляції діяльності вегетативної нервової системи, покращення функції зовнішнього дихання, зниження рівня психоемоційного напруження

та оптимізації дозування фізичного навантаження під час занять. Важливим терапевтичним ефектом дихальних вправ є їх здатність опосередковано впливати на зменшення проявів тривожності, нормалізацію м'язового тону та покращення загального самопочуття.

Розробка програми корекції неврозів у жінок похилого віку здійснювалася на основі узагальнення даних сучасної наукової, методичної та спеціальної літератури, результатів клінічного, педагогічного та функціонального обстеження контингенту досліджуваних. У процесі роботи проаналізовано досвід вітчизняних і зарубіжних науковців щодо застосування засобів лікувальної фізкультурно-спортивної реабілітації, кінезіотерапії та релаксаційних методик у профілактиці та корекції невротичних розладів у осіб похилого віку.

Таблиця 3.4.

**Програми фізкультурно-спортивної реабілітації основної (n=15) та контрольної (n=15) груп**

<b>Компоненти програми</b>	<b>Основна група</b>	<b>Контрольна група</b>
<b>Кінезіотерапія + Вестибулярна гімнастика</b>	Кожен день по 35-40 хв	Кожен день по 35-40 хв
<b>Постізометрична релаксація</b>	Кожен день 5-10 хв	---
<b>Самомасаж</b>	---	Кожен день 5-10 хв
<b>Масаж</b>	Масаж комірцевої зони+верхніх кінцівок 20 хв	Масаж комірцевої зони 20хв
<b>Електросон</b>	Через день по 30 хв	Через день по 20 хв
<b>Гальванізація</b>	---	Через день по 10 хв
<b>Дарсонвалізація (волосистої частини голови)</b>	Через день по 7хв	---
<b>Магнітотерапія</b>	Через день по 10 хв	Через день по 10 хв

## **Алгоритм процесу фізкультурно-спортивної реабілітації при невротичних розладах МКФ (Міжнародна класифікація функціонування)**

При роботі з жінками 60-75 років дотримувались SMART-цілей.

При зверненні хворого на невротичні розлади у відділення лікарні стаціонару, фізичному терапевту потрібно дотримуватися алгоритму проведення заходів відновлення фізичного та психоемоційного стану здоров'я. Перед побудовою індивідуальної програми для пацієнта на невротичні розлади фізіотерапевту потрібно провести всебічне обстеження, використовувати МКФ, поставити SMART-цілі, визначити методи й засоби ФСР.

Застосування МКФ у практичній діяльності дозволяє:

- провести всебічний аналіз наявних обмежень життєдіяльності;
- змінити рівень і вектор побудови програм фізкультурно-спортивної реабілітації;
- уточнити послідовність відновлювальних заходів;
- провести аналіз факторів контексту (особистісних і зовнішнього середовища);
- оцінити ефективність проведеної фізкультурно-спортивної реабілітації.

Використання характеристик SMART-цілей при побудові програми фізкультурно-спортивної реабілітації при невротичних розладах на різних етапах реабілітації:

- «Конкретність» (Specific) - чіткі та зрозумілі формулювання;
- «Вимірність» (Measurable) - описуються в цифрах або якісних показниках;

- «Досяжність» (Attainable, Achievable) - пов'язані з реабілітаційним прогнозом, ресурсами пацієнта та реабілітаційним потенціалом;

- «Відповідність» (Relevant) - узгодженість із стратегічними цілями лікувально-реабілітаційного процесу та їх підпорядкованість меті фізкультурно-спортивної реабілітації;

- «Визначеність у часі» (Time-bound) - встановлення конкретних термінів досягнення результатів.

*SMART- цілі при невротичних розладах на щадно-руховому режимі реабілітації*

*( 12 тижнів):*

1. Нормалізація нервових процесів (збудження\гальмування).
2. Зміцнення серцево-судинної та дихальної систем.
3. Нормалізація м'язового тону (активізація або розслаблення).
4. Відновлення сну та харчування\режим дня.
5. Покращення психоемоційного стану.
6. Ознайомлення с технікою виконання вправ

*SMART- цілі при невротичних розладах на щадно-тренуючому руховому режимі реабілітації (30 днів):*

1. Подальша нормалізація нервових процесів.
2. Активізація обмінних процесів.
3. Підвищення адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень.

4. Загальне зміцнення організму.

*SMART- цілі при невротичних розладах на тренуючому руховому режимі реабілітації (40 днів):*

1. Стабілізація психоемоційного стану
2. Розширення функціональних можливостей систем організму.
3. Покращення якості життя.

4. Підвищення рівня фізичної працездатності.
5. Підвищення стресостійкості
6. Високий рівень задоволеності учасниць

### **СХЕМА ПРОГРАМИ**

Вестибулярна гімнастика - гімнастика для вестибулярного апарату, що є ефективною складовою частиною комплексного лікування, застосовується на перших етапах реабілітації, для включення в систему відновлення сенсорних органів, що надалі значно полегшує фізичний стан людини у більш складних комплексах вправ. Людині з наявністю дегенеративно-дистрофічних порушень шийного відділу хребта із залученням до процесу компресії, обструкції або стенозу хребтових артерій, використання даної гімнастики є дуже доречною.

Вестибулярна гімнастика виконує багато завдань: забезпечує адаптацію вестибулярного апарату до просторового положення тіла; зменшує відчуття дискомфорту від нападів запаморочення; знижує ймовірність травм і падінь; відновлює контроль над положенням тіла у просторі; попереджає прогресування дорсопатії і супутніх їй захворювань; відновлює тонус судин, зокрема хребтової, базилярної і кохлеарної артерій.

Спеціальна методика кінезотерапії. Кінезотерапія застосовувалася з метою покращення крово- та лімфообігу, зменшення макро- та мікротравматизації шийного відділу хребта і периферичних тканин, зменшення компресії спинно-мозкових корінців, збільшення сили та силової витривалості м'язів верхнього плечового поясу та інших основних м'язових груп, відновлення фізіологічних вигинів хребта, покращення загальної працездатності.

*Постізометрична релаксація (ПІР).*

Постізометрична релаксація – це нова методика м'якої мануальної терапії, в основі якої лежить поєднання короткочасного (5-10сек.)

напруження м'язів мінімальної інтенсивності та подальшого пасивного розтягування м'язів (5-10 сек.).

Переваги методу постізометричної релаксації: метод є безпечним; доступним; має високу стійку ефективність; надає анальгезуючу дію; релаксує м'язи. Завдання постізометричної релаксації: загальнотонізуючий вплив, покращити трофіку переартикулярних тканин, зниження гіпертонусу м'язів.

Основні загальні рекомендації під час проведення прийомів: попередній, поетапний інструктаж випробуваних. Коротко пояснювали суть методу лікування, а також попросили досліджуваного повідомляти фахівцю про можливу зміну самопочуття в процесі відновлення (поява або посилення болю, запаморочення тощо). Створювали необхідне зручне положення для пацієнта, з метою повного розслаблення м'язової системи і контролювати цей стан. Фахівець займав зручне положення і здійснював пасивне розтягування патологічно зміненої м'язової групи у бік обмеження руху до появи перших ознак болю і її напруження. Пасивне розтягнення в фазі релаксації виконувалося без зусилля, безболісно. Пасивне розтягнення припинялося в момент появи опору розслаблених м'язів. Повторні ізометричні скорочення проводили в новому вихідному положенні з урахуванням збільшеного обсягу пасивних рухів. У період одного сеансу проводити 5-7 мобілізаційних прийомів в режимі постізометричної релаксації в даному напрямку або на даному м'язі.

Перша фаза короткочасного напруження виконувалася на вдиху та затримці дихання, друга фаза пасивного розтягнення – на видиху. Реабілітолог просив пацієнта виконати статичне напруження під час повного вдиху протягом всієї I фази, та затримати дихання до кінця фази напруження. Під час ізометричного напруження реабілітолог надавав команду пацієнту перевести погляд в бік умовного руху.

Лікувальний масаж. Завдання: масаж спрямований на ліквідацію неврологічних проявів шийно-грудного остеохондрозу, покращення крово- та

лімфообігу на ділянці дегенеративно-дистрофічних змін міжхребцевих дисків, здійснення знеболюючої, розсмоктуючої дії та нормалізації тону у м'язах.

В залежності від симптоматики, пацієнти отримували масаж м'язів верхньої кінцівки, шийно-комірцевої зони, міжлопаткової ділянки (вихідне положення – сидючи) та грудної клітки (вихідне положення – лежачи на спині). Курс складав 12 сеансів тривалістю 15-20 хв.

Масаж верхньої кінцівки.

При масажі кисті застосовували погладження плоскісне, щипцеподібне по тильній поверхні кисті, починаючи від кінчиків пальців до середньої третини передпліччя, потім окремо кожного пальця по напрямку від основної фаланги до нігтьової по тильній, долонній та боковій поверхням. Розтирання – кругове, прямолінійне, штрихування, пиляння, гребнеподібне; розминання – щипцеподібне, надавлювання, здвигання, розтягнення; вібрація – пунктирування, поколачування, встряхування.

Масаж передпліччя. Погладження – плоскісне, охоплююче, гребнеподібне, щипцеподібне, граблеподібне, глажіння; розтирання – прямолінійне, кругове, спіралеподібне, пиляння, пересікання, штрихування, строгання; розминання – повздовжнє, поперечне, валяння, надавлювання, здвигання, розтягнення; вібрація – поколачування, плескання, рубання, встряхування, безперервна стабільна та лабільна вібрація. Всі прийоми проводились від периферії до центру.

Масаж ліктьового суглобу. Погладження – кругове та плоскісне, потім розтирання – прямолінійне, кругове, спіралеподібне, штрихування, надавлювання; розминання – щипцеподібне, здвигання, розтягнення, надавлювання; вібрація – точкова та пунктирування.

Масаж плеча. Погладження по напрямленню до підпахової западини – плоскісне, охоплююче, щипцеподібне; розтирання – прямолінійне, кругове, спіралеподібне, пересікання, пиляння, штрихування, строгання; розминання –

валяння, поперечне, повздовжнє, розтягування, здвигання, щипцеподібне, надавлювання; вібрація – потряхування, пунктирування, поколачування, похлопування, потряхування.

Масаж плечового суглобу. Масували спочатку дельтоподібний м'яз, а потім плечовий суглоб. Якщо масажист знаходився перед пацієнтом, то для кращого доступу закладали його руку за спину. Якщо позаду – то пацієнт клав руку на інше плече.

Погладжування – плоскісне, охоплююче, щипцеподібне, глажіння, граблеподібне; розтирання – кругове, прямолінійне, спіралеподібне, штрихування; розминання – подвійне кільцеве, подвійний гриф, ординарне, надавлювання; вібрація – точкова та пунктирування.

Масаж шийно-комірцевої зони та міжлопаткової ділянки. При масажі шиї використовували плоскісне, охоплююче, гребнеподібне, щипцеподібне, напрямок всіх рухів – зверху вниз; розтирання – прямолінійне, кругове, пиляння, пересікання, штрихування; розминання – поперечне, повздовжнє, надавлювання, щипцеподібне, здвигання, розтягнення; вібрація пунктирування, поколачування, похлопування, точковий масаж.

Масуючи ділянку надпліч застосовували охоплююче, щипцеподібне, гребнеподібне погладжування; розтирання – пересікання, щипцеподібне, гребнеподібне по спіралі; розминання – ординарне, щипцеподібне, натискання, гребнеподібне, розтягування із щипцеподібним захватом, вижимання обхватом, розминання подушечкою великого пальця; вібрація – поколачування подушечками пальців, точкова вібрація одним пальцем, безперервна вібрація долонею, пальцевий душ.

Масаж паравертебральних ділянок. Погладжування – площинне; розтирання – пиляння, гребнеподібне, граблеподібне; розминання – гребнеподібне по спіралі, подушечкою великого пальця з обтяженням, натискання, вижимання ребром долоні, повздовжнє розминання; вібрація така ж, як і при масажі надпліч.

## **Методи фізіотерапії, рекомендовані жінкам похилого віку при невротичних розладах**

### **1. Електросон**

Дозування та методика застосування:

Тривалість процедури — 20–40 хвилин; сила струму індивідуально підбирається до відчуття легкої вібрації; частота імпульсів — 5–20 Гц. Курс лікування складає 10–15 процедур, що проводяться щоденно або через день.

Вплив: Метод сприяє гальмуванню процесів у корі головного мозку, нормалізації діяльності центральної нервової системи та вегетативної регуляції.

Очікувані покращення: Зменшення рівня тривожності та дратівливості, покращення якості сну, зниження психоемоційного напруження, стабілізація загального психічного стану.

### **2. Гальванізація (загальна або комірцевої зони за Щербаком)**

Дозування та методика застосування:

Сила струму — 5–10 мА; тривалість процедури — 10–15 хвилин. Курс — 10–12 процедур щоденно або через день.

Вплив: Покращує кровообіг у ділянці головного мозку, нормалізує тонус судин, позитивно впливає на функціональний стан нервової системи.

Очікувані покращення: Зменшення головного болю, нормалізація артеріального тиску, покращення самопочуття, зниження вегетативних проявів невротичних розладів.

### **3. Магнітотерапія (низькочастотна)**

Дозування та методика застосування:

Індукція магнітного поля — 20–40 мТл; тривалість процедури — 10–20 хвилин. Курс — 10–15 процедур.

Вплив: Чинить седативну дію, покращує мікроциркуляцію, сприяє зниженню тонуусу симпатичної нервової системи.

Очікувані покращення: Зменшення тривожності, покращення сну, зниження втомлюваності, стабілізація емоційного фону.

#### 4. Дарсонвалізація (загальна або волосистої частини голови)

Дозування та методика застосування:

Тривалість процедури — 5–10 хвилин; курс — 10–15 процедур, що проводяться щоденно або через день.

Вплив: Покращує трофіку тканин, стимулює кровообіг, впливає на нервові закінчення та вегетативну нервову систему.

Очікувані покращення: Зменшення головного болю, нормалізація сну, зниження нервового напруження, покращення загального самопочуття.

#### 5. Теплолікування (парафіноterapia, озокерит)

Дозування та методика застосування:

Температура аплікацій — 45–50 °С; тривалість процедури — 15–20 хвилин; курс — 8–12 процедур.

Вплив: Сприяє розслабленню м'язів, покращенню місцевого кровообігу, зниженню м'язово-тонічного напруження.

Очікувані покращення: Зменшення м'язової скутості, зниження соматичних проявів невротичних розладів, покращення фізичного та емоційного комфорту.

#### 6. Водні процедури (теплі заспокійливі ванни)

Дозування та методика застосування:

Температура води — 36–37 °С; тривалість — 10–15 хвилин; 2–3 рази на тиждень; курс — 10–12 процедур.

Вплив: Сприяють активації парасимпатичної нервової системи, знижують збудливість нервових процесів.

Очікувані покращення: Релаксація, зниження рівня тривожності, покращення сну, загальне заспокоєння організму.

#### 7. Ароматерапія (як допоміжний метод)

Дозування та методика застосування:

Тривалість — 15–30 хвилин; 2–3 рази на тиждень; використання ефірних олій лаванди, меліси, валеріани.

Вплив: Чинить м'яку седативну та анксиолітичну дію через нюховий аналізатор і центральну нервову систему.

Очікувані покращення: Зменшення емоційної напруги, покращення настрою, підвищення психоемоційної стабільності.

### **3.3. Динаміка функціональних показників жінок похилого віку при невротичних розладах**

Для оцінки ефективності впливу запропонованої програми фізкультурно-спортивної реабілітації у жінок похилого віку з невротичними розладами було проведено порівняльний аналіз динаміки функціональних показників, показників серцево-судинної системи та суб'єктивного самопочуття в основній (ОГ) і контрольній (КГ) групах.

Аналіз результатів 6-хвилинного тесту ходьби та тесту на рівновагу свідчить про статистично достовірне покращення функціональних можливостей у жінок обох груп ( $p < 0,05$ ). Показники пульсу та артеріального тиску під час фізичних навантажень перебували в межах вікової норми, що підтверджує адекватність та безпечність застосованих навантажень.

При порівняльному аналізі скарг було встановлено статистично достовірне зменшення. На початку дослідження скарги на загальну слабкість відмічались у 75% обстежених жінок проявів головного болю та болю в ділянці серця у жінок ОГ. Також на початку дослідження скарги на загальну слабкість відмічались у 75% обстежених жінок. Зокрема, скарги на головний біль зменшилися на 71,42%, а біль у ділянці серця — на 57,14% ( $p < 0,05$ ).

У жінок КГ також відмічалась позитивна динаміка, однак вона була менш вираженою: зменшення скарг на головний біль становило 62,5%, а болю в ділянці серця — 50%, а прояви загальної слабкості знизилися на

53,33% що не мало статистично достовірного підтвердження ( $p > 0,05$ ). При порівнянні результатів між групами більш виражене зниження зазначених скарг спостерігалось у жінок основної групи ( $p < 0,05$ ).

Суб'єктивна оцінка якості життя підтверджує отримані об'єктивні дані: більшість учасниць відзначили покращення сну, зниження м'язової напруги, підвищення настрою та загального самопочуття, що свідчить про позитивний вплив програми спортивно-фізкультурної реабілітації на фізичний і психоемоційний стан жінок похилого віку з невротичними розладами.

Таблиця 3.5.

**Динаміка скарг та особливості анамнезу хвороби пацієнтів  
обох груп при повторному обстеженні**

Показник	ОГ, М±m (n=15)	ОГ, М±m (n=15)	КГ, М±m (n=15)	КГ, М±m (n=15)	Статисти- чний показник
	ДО	Після	ДО	Після	
	%	%	%	%	
Загальна слабкість	100,0	14,29	100,0	12,50	$p > 0,05$
Періодичний біль в області серця	71,43	28,57	75,0	12,50	$p > 0,05$
Головний біль	85,71	14,29	100,0	12,50	$p > 0,05$

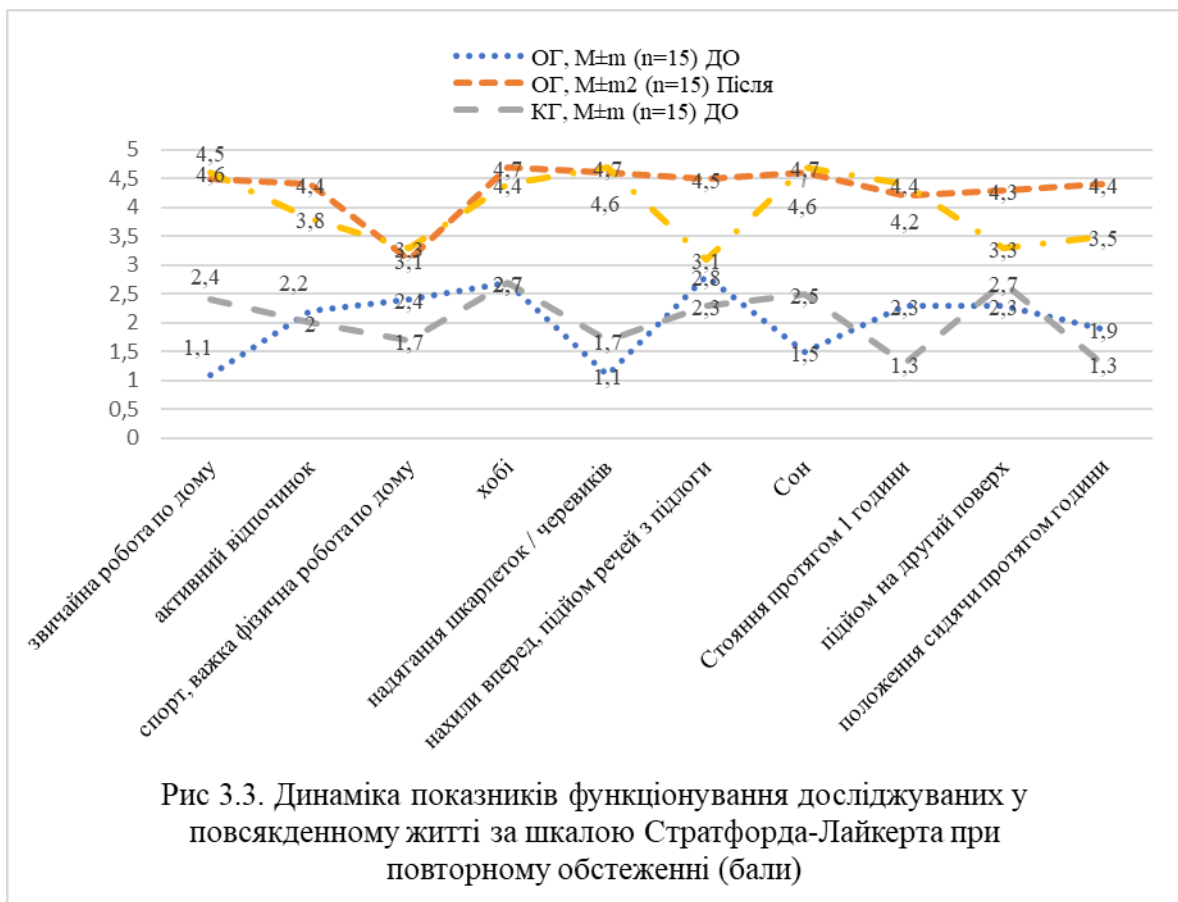
За результатами повторного обстеження у пацієток обох груп відзначено позитивну динаміку скарг. Зокрема, рівень загальної слабкості значно знизився як в основній групі — зі 100,0% до 14,29%, так і в контрольній групі — зі 100,0% до 12,50%.

Частота скарг на періодичний біль у ділянці серця зменшилася в основній групі з 71,43% до 28,57%, а в контрольній — з 75,0% до 12,50%.

Скарги на головний біль також мали виражену тенденцію до зниження: в основній групі — з 85,71% до 14,29%, у контрольній групі — зі 100,0% до 12,50%.

Отримані результати свідчать про позитивний вплив фізкультурно-спортивної реабілітації на клінічні прояви невротичних розладів у жінок похилого віку, однак статистично достовірних відмінностей між групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Після проведення програми фізкультурно-спортивної реабілітації був проаналізований показник впливу захворювання на функціонування пацієнтів у повсякденному житті в обох групах за шкалою Стратфорда (див. рис. 3.3.).



За результатами дослідження показників функціонування пацієнтів у повсякденному житті після проведення програми фізкультурно-спортивної реабілітації стає доведеним те, що в обох групах досліджуваних показники, що були менший норми – збільшився. Так, у досліджуваних ОГ (норма 60 балів) показник виріс з 22,3 до 47,8 балів, покращення на 107%, у пацієнтів

КГ показник виріс з 22 до 43,4 балів, або збільшився на 97%. В обох групах покращення статистично достовірне ( $p < 0,05$ ).

При порівнянні динаміки показників ступеню болю за візуальною аналоговою шкалою ВАШ у жінок похилого віку з невротичними розладами и спостерігали статистично значуще зменшення у порівнянні з показником випробуваних КГ.

Динаміка результатів визначення болю за візуальною аналоговою шкалою **ВАШ** у жінок похилого віку з невротичними розладами ОГ і КГ надано на рисунку 3.4.

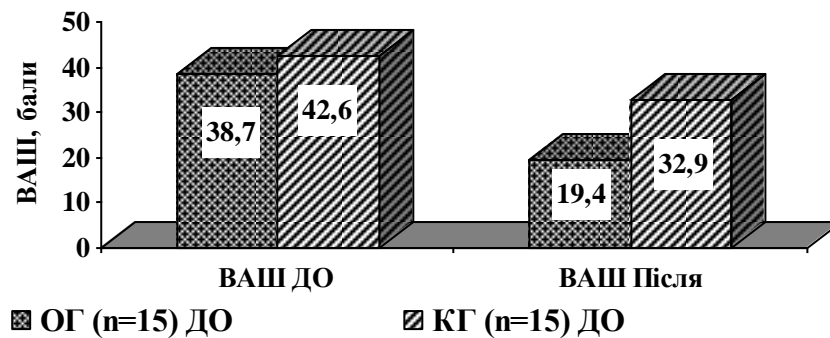


Рис. 3.4. Динаміка результатів визначення болю за візуальною аналоговою шкалою ВАШ

Таблиця 3.6.

**Динаміка результатів 6-хвилинного тесту у жінок похилого віку при невротичних розладах обох груп після проведеної програми фізкультурно-спортивної реабілітації**

Показники	Етапи	ОГ (n=15)	КГ (n=15)	p
		$\bar{x} \pm m$	$\bar{x} \pm m$	
6 хвилинний тест, м	ДО реабілітації	420,05±1,52	380,00±1,68	>0,05
6 хвилинний тест, м	ПІСЛЯ реабілітації	480,33±1,49	430,00±1,73	>0,05

За результатами 6-хвилинного тесту ходьби після проведеної програми фізкультурно-спортивної реабілітації у жінок похилого віку обох груп відзначено покращення показників фізичної працездатності.

В основній групі середня дистанція, пройдена за 6 хвилин, збільшилася з  $430,00 \pm 1,73$  м до  $480,33 \pm 1,49$  м, тоді як у контрольній групі — з  $380,00 \pm 1,68$  м до  $420,05 \pm 1,52$  м.

Отримані зміни свідчать про позитивну динаміку функціонального стану серцево-судинної та дихальної систем у досліджуваних, однак статистично достовірних відмінностей між групами не виявлено ( $p > 0,05$ ).

За результатами аналізу показників серцево-судинної системи у жінок похилого віку з невротичними розладами відзначалася загальна тенденція до покращення реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження в основній групі. При цьому статистично значущих змін набули показники систолічного та діастолічного артеріального тиску після фізичного навантаження, а також час відновлення артеріального тиску до вихідного рівня.

Отримані результати дають підстави стверджувати, що застосування фізкультурно-спортивної реабілітаційної програми сприяло формуванню позитивних адаптаційних змін серцево-судинної системи та підвищенню її толерантності до фізичних навантажень у жінок похилого віку з невротичними розладами.

Аналіз отриманих даних свідчить, що включення дихальних вправ до комплексної програми фізкультурно-спортивної реабілітації чинить тренувальний вплив на серцево-судинну систему, покращує процеси відновлення та загальний функціональний стан організму досліджуваних.

### Висновки до розділу 3

Первинне обстеження жінок похилого віку обох груп включало аналіз скарг та особливостей анамнезу захворювання, оцінку гемодинамічних показників (частоти серцевих скорочень, систолічного та діастолічного артеріального тиску), показників функціонального стану та толерантності до фізичного навантаження (6-хвилинний тест ходьби), інтенсивності больового синдрому, а також показників якості життя. Вихідні показники в основній та контрольній групах статистично достовірно не відрізнялися, що свідчить про однорідність досліджуваних груп ( $p > 0,05$ ).

Для жінок похилого віку обох груп були запропоновані відповідні програми фізкультурно-спортивної реабілітації. Основна група проходила розроблену програму фізкультурно-спортивної реабілітації, яка включала лікувальну гімнастику, дихальні вправи, елементи релаксації, вправи на розвиток рівноваги та координації, дозовану ходьбу та засоби психоемоційного розвантаження.

Порівняльний аналіз динаміки показників скарг, функціонального стану, гемодинамічних показників, толерантності до фізичного навантаження, рівноваги та якості життя засвідчив більш виражене покращення у жінок основної групи ( $p < 0,05$ ). Отримані результати підтверджують достатню ефективність розробленої програми фізкультурно-спортивної реабілітації, яка сприяє покращенню адаптації серцево-судинної системи до фізичних навантажень, зменшенню клінічних проявів невротичних розладів та підвищенню якості життя жінок похилого віку.

## РОЗДІЛ 4.

### АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ ОДЕРЖАНИХ ДАНИХ

Невротичні розлади належать до поширених функціональних розладів нервової системи, що супроводжуються порушеннями психоемоційного стану, зниженням адаптаційних можливостей організму та погіршенням якості життя, особливо у жінок похилого віку. Фізкультурно-спортивній реабілітації осіб з невротичними розладами присвячена значна кількість наукових досліджень, у яких переважно висвітлюються медичні та психотерапевтичні аспекти проблеми. Водночас засоби фізкультурно-спортивної реабілітації розглядаються як неспецифічні терапевтичні чинники, що сприяють підвищенню адаптаційних можливостей організму, нормалізації функціонального стану нервової та серцево-судинної систем, зменшенню проявів психоемоційного напруження та формуванню стійких механізмів адаптації до навантажень.

Дослідницька частина роботи проводилась на базі Клінічного санаторію «Роща», що є клінічною базою ХДАФК.

У дослідженні брали участь 30 жінок похилого віку (60–75 років) із встановленим діагнозом невротичні розлади, які за принципом однорідності за віком і клінічними проявами були розподілені на дві групи: основну (ОГ) та контрольну (КГ).

На початку та наприкінці дослідження проводилося комплексне обстеження учасниць, які перебували під медичним наглядом фахівців закладу. Формулювання діагнозу здійснювалося відповідно до чинних клінічних рекомендацій та стандартів Міністерства охорони здоров'я України.

При обстеженні жінок похилого віку з невротичними розладами застосовувався поетапний алгоритм комплексної діагностики, який включав збір анамнестичних даних, аналіз скарг, визначення інтенсивності больового синдрому за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ), клінічний огляд, оцінку

функціонального стану серцево-судинної системи, визначення фізичної працездатності за допомогою 6-хвилинного тесту ходьби, а також оцінку впливу захворювання на повсякденну життєдіяльність за показниками якості життя.

Дослідження проводилося поетапно протягом визначеного періоду. Первинне обстеження учасниць обох груп включало вищезазначені показники, аналіз яких засвідчив відсутність статистично достовірних відмінностей між групами, що підтверджувало їх однорідність ( $p > 0,05$ ).

Для жінок основної групи була розроблена програма фізкультурно-спортивної реабілітації, яка включала лікувальну гімнастику з елементами дихальних вправ, вправи на розвиток рівноваги та координації рухів, дозовану ходьбу, релаксаційні вправи, масаж, елементи постізометричної релаксації та фізіотерапевтичні методи, такі як електросон, гальванізація, магнітотерапія, дарсонвалізація, тепловікування, водні процедури та ароматерапія. Застосування цих методів було спрямоване на нормалізацію тону м'язів, зменшення проявів вегетативних порушень та покращення загального функціонального стану організму. Реабілітаційні заходи добиралися з урахуванням вікових особливостей, функціонального стану та клінічних проявів невротичних розладів у жінок похилого віку.

Досліджувані контрольної групи займалися за загально прийнятою програмою фізкультурно-спортивної реабілітації. Програма фізкультурно-спортивної реабілітації для обох груп досліджуваних була розрахована на 12 тижнів.

Слід зазначити, що після застосування фізкультурно-спортивної реабілітації в загальному стані досліджуваних обох груп відбулися позитивні зміни. Так, за даними скарг, у випробуваних основної групи показник періодичного болю в області серця зменшився з 71,43 % до 28,57 %, головний біль – з 85,71 % до 14,29 % ( $p < 0,05$ ). У контрольній групі періодичний біль в області серця знизився з 75 % до 12,5 %, головний біль – з 100 % до 12,5 %

( $p > 0,05$ ). Таким чином, при порівнянні результатів зменшення скарг кращі показники спостерігалися у пацієток основної групи.

Аналіз показника впливу захворювання на функціонування пацієток у повсякденному житті за шкалою Стратфорда також підтвердив позитивні зміни. У основній групі показник збільшився з 22,3 до 47,8 балів (покращення на 107 %), у контрольній групі – з 22 до 43,4 балів (збільшення на 97 %). В обох групах покращення статистично достовірне ( $p < 0,05$ ).

Отже, результати свідчать, що у пацієток основної групи після проведення програми фізкультурно-спортивної реабілітації показники зменшення головного болю та болю в області серця, а також якість життя, були значно кращими, ніж у пацієток контрольної групи.

Аналіз больового синдрому за ВАШ після проведення ФТ показав, що показники інтенсивності болю у пацієнтів ОГ та КГ значно зменшилися. Так, у пацієнтів ОГ показник зменшився до 19,4 а у пацієнтів КГ до 32,9, але результати пацієнтів ОГ були значно кращими ( $p < 0,05$ ).

За даними аналізу показників серцево-судинної системи спостерігали тенденцію до збільшення всіх вихідних показників жінок похилого віку ОГ, але статистичної значущості набули тільки: систолічний артеріальний тиск після навантаження, діастолічний артеріальний тиск після навантаження, час відновлювання артеріального тиску.

Сукупність отриманих у динаміці дослідження результатів дає підстави стверджувати, що впровадження програми фізкультурно-спортивної реабілітації у жінок похилого віку з невротичними розладами має виражений позитивний ефект у порівнянні з традиційними методами відновлення. Доведена достатньо висока ефективність розробленої програми фізкультурно-спортивної реабілітації, що дозволяє зменшити прояви головного болю та болю в області серця, нормалізувати психоемоційний стан, підвищити адаптаційні можливості серцево-судинної системи та покращити якість життя жінок похилого віку з невротичними розладами.

## ВИСНОВКИ

1. Проведено аналітичний огляд літературних та інформаційних джерел з теми кваліфікаційної роботи, отримано повний обсяг сучасної інформації щодо фізкультурно-спортивної реабілітації жінок похилого віку з невротичними розладами. Вивчено стан питання та систематизовано науково-методичні знання про причини виникнення невротичних розладів, їх клінічні прояви, особливості функціонування серцево-судинної системи та психоемоційного стану. Розглянуто шкали оцінки якості життя та інтенсивності больового синдрому, а також основні підходи до фізкультурно-спортивної реабілітації, що потребують подальшого удосконалення та адаптації для жінок похилого віку.

2. З'ясовано місце та роль методів фізкультурно-спортивної реабілітації у комплексному відновному лікуванні жінок похилого віку з невротичними розладами, зокрема їх вплив на зниження головного болю, болю в області серця та загальної слабкості, нормалізацію психоемоційного стану та підвищення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. Окреслено основні принципи застосування вправ, масажу, постізометричної релаксації та фізіотерапевтичних методів для досягнення стабільного терапевтичного ефекту.

3. Аналіз сучасних методів реабілітаційного втручання при невротичних розладах у жінок похилого віку показав, що фізкультурно-спортивна реабілітація забезпечує покращення функціонального стану, скорочує терміни відновлення та підвищує якість життя, що підтверджується збільшенням показників 6- хвилинного тесту ходьби та шкали Стратфорда, а також зменшенням частоти головного болю та болю в області серця у пацієнток основної групи порівняно з контрольними.

4. Учасниками дослідження стали 30 жінок похилого віку (60–75 років) із діагнозом невротичний розлад, які методом випадкового розподілу були поділені на основну групу (ОГ, n=15) та контрольну групу (КГ, n=15). На

початку та наприкінці дослідження проводилось комплексне обстеження всіх учасниць, яке включало збір анамнезу, аналіз скарг (головний біль, біль у області серця, загальна слабкість), визначення фізичної працездатності за 6-хвилинним тестом ходьби, оцінку психоемоційного стану та якості життя за шкалою Стратфорда. При первинному обстеженні показники обох груп статистично не відрізнялися, що підтверджувало однорідність досліджуваних груп за віком, клінічними проявами та функціональним станом ( $p > 0,05$ ).

5. Для обох груп досліджуваних (ОГ та КГ) була розроблена програма фізкультурно-спортивної реабілітації тривалістю 12 тижнів, яка включала лікувальну гімнастику з елементами дихальних вправ, вправи на розвиток рівноваги та координації, релаксаційні вправи, масаж, елементи постізометричної релаксації та фізіотерапевтичні методи (електротерапія, ударно-хвильова терапія, магнітотерапія, грязелікування, бальнеотерапія, ультразвукова терапія). Комплекс заходів підбирали з урахуванням вікових особливостей учасниць, функціонального стану та клінічних проявів невротичних розладів у жінок похилого віку.

Після проведення фізкультурно-спортивної реабілітації в обох групах спостерігалися позитивні зміни у загальному стані: зменшилися скарги на головний біль та біль у області серця. У основній групі (ОГ) покращення було статистично достовірним ( $p < 0,05$ ), у контрольній групі (КГ) також відбулося зменшення проявів, але достовірної статистичної різниці порівняно з початковим рівнем не виявлено ( $p > 0,05$ ).

Аналіз впливу захворювання на функціонування пацієнток у повсякденному житті за шкалою Стратфорда показав позитивну динаміку в обох групах: у ОГ показник зріс із 22,3 до 47,8 балів (покращення на 107%), у КГ – з 22 до 43,4 балів (збільшення на 97%). В обох групах покращення було статистично достовірним ( $p < 0,05$ ), проте у ОГ результати виявилися значно кращими, що свідчить про вищу ефективність комплексної фізкультурно-спортивної реабілітації.

Динаміка показників інтенсивності больового синдрому за ВАШ підтвердила зменшення больових відчуттів у обох групах: у ОГ показник знизився до 19,4 балів, у КГ – до 32,9 балів, при цьому покращення у ОГ було статистично значущим ( $p < 0,05$ ). Порівняння функціональної мобільності та показників серцево-судинної системи свідчить про позитивний тренувальний ефект програми фізкультурно-спортивної реабілітації, особливо у учасниць основної групи.

6. Сукупність результатів, отриманих у динаміці проведеного дослідження, свідчить про виражений позитивний ефект від впровадження програми фізкультурно-спортивної реабілітації у жінок похилого віку з невротичними розладами основної групи (ОГ) порівняно з традиційними засобами відновлення у контрольній групі (КГ). Застосування комплексної 12-тижневої програми сприяло значному зменшенню головного болю та болю в області серця, покращенню функціонального стану серцево-судинної системи, збільшенню фізичної працездатності за 6-хвилинним тестом ходьби та підвищенню якості життя за шкалою Стратфорда. Дані показники демонструють, що фізкультурно-спортивна реабілітація є ефективним засобом комплексної відновної терапії у жінок похилого віку з невротичними розладами, забезпечуючи стабілізацію психоемоційного стану, зниження симптоматики захворювання та підвищення загальної функціональної активності пацієнток.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. При фізкультурно-спортивній реабілітації жінок похилого віку з невротичними розладами рекомендується застосовувати лікувальну гімнастику з дихальними та релаксаційними вправами, масаж, елементи постізометричної релаксації та фізіотерапевтичні методи, відповідно до розробленої програми терміном 12 тижнів.

2. Програма фізкультурно-спортивної реабілітації повинна включати:

- комплекси кінезотерапії з елементами постізометричної релаксації;
- дозовану ходьбу та вправи на розвиток рівноваги та координації рухів;
- масаж шийно-грудного відділу хребта;

-фізіотерапевтичні процедури (електротерапія, магнітотерапія, ультразвукова терапія, дарсонвалізація, теплові процедури, водні заспокійливі процедури, ароматерапія) для зниження тривожності, поліпшення сну та загального функціонального стану організму.

3. Результати дослідження можуть бути використані у практичній роботі фахівців з фізкультурно-спортивної реабілітації у медичних та реабілітаційних закладах, а також в навчальному процесі студентів закладів вищої освіти для формування компетентностей у сфері комплексної реабілітації жінок похилого віку з невротичними розладами.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абсалямова Л. М. Гендерні відмінності якості життя та харчової поведінки невротично хворих. 2017. С. 48–52.
2. Арнтц А., Якоб Г. Практичне керівництво зі схема-терапії. 2016. 320 с.
3. Актуальні проблеми медико-біологічного забезпечення фізичної культури, спорту та фізичної реабілітації. 2019. 278 с.
4. Батхудінова Н. О. Роль української жінки в сім'ї та суспільстві. 2015. С. 62–84.
5. Бедан В. Б. Схильність до переживання самотності: компонентний склад показників. 2018. С. 204–209.
6. Белікова Н. О., Сущенко Л. П. Основи фізичної реабілітації в схемах і таблицях. 2009. 74 с.
7. Белікова Н. О. Підготовка майбутніх фахівців з фізичної реабілітації до здоров'язбережувальної діяльності. 2012. 584 с.
8. Бірюкова Т. В. Комплексні реабілітаційні програми у лікуванні хворих із неврозами. 2018. С. 167–170.
9. Бірюкова Т. В. Застосування комплексу засобів фізичної реабілітації при захворюванні на неврастенію. 2018. С. 158–161.
10. Богдановська Н. В. Фізична реабілітація різних нозологічних груп. 2012. 136 с.
11. Бондаренко Г. С. Синдром відтермінованого життя – сучасні можливості терапії. 2022. С. 524–525.
12. Вакуліч Т. М. Психологічні фактори формування віктимної поведінки жінок в Україні. 2018. С. 16–22.
13. Вестбрук Д., Кеннерлі Г., Кірк Дж. Вступ у когнітивно-поведінкову терапію. 2014. 410 с.

14. Возний С. С. Проблеми сучасної валеології, фізичної культури та реабілітації. 2013. 245 с.
15. Волков К. М. Травма в ракурсі асоціальної поведінки. 2023. С. 85–89.
16. Гаврилук І. О., Борисенко В. В. Особливості сексуальної дисгармонії подружніх пар. 2017. С. 24.
17. Герасименко Л. О. Комплексна та персоніфікована система реабілітації внутрішньо переміщених осіб. 2021. С. 35–38.
18. Герасименко Л. О. Психотерапевтична корекція, фармакотерапія та психосоціальна реабілітація жінок. 2015. 18 с.
19. Герцик А. М. Ресурси системи фізичної реабілітації. 2016. С. 22–27.
20. Глоба Ю. О. Вплив психогенних факторів на оцінку якості життя особистості. 2021. 36 с.
21. Гарднер Г. Рамки розуму. 2018. 512 с.
22. Грігус І. М. Ефективність фізичної реабілітації хворих на невроз. 2011. С. 146–154.
23. Гулько Г. О. Невротичні властивості особистості як предмет психологічного вивчення. 2015. С. 26–35.
  
24. Діденко Г. О., Шебанова Г. О. Копінг-поведінка у сучасних психологічних дослідженнях. 2018. С. 368–379.
25. Єфіменко П.Б. Масаж дітей та дорослих різного віку: навчальний посібник /П.Б. Єфіменко, О.П. Каніщева, О.В. Без'язична. Харків: 2021. - 304 с. ISBN 978-617-8009-04-5
26. Гоулман Д. Емоційний інтелект. 2022.
27. Живцова Г. А. Психосоматичні розлади у жінок. 2019. С. 102–110.
28. Журавльова Н. В. Психологічні особливості емоційної сфери осіб із невротичними розладами. 2018. С. 105–114.

29. Заболотна О. В. Фізіологія психічної діяльності. 2010. 272 с.
30. Іванова Н. Л. Роль психологічної травми в етіології тривожних розладів. 2015. С. 43–48.
31. Качур І. Ю. Психологія травми. 2019. 264 с.
32. Кірсанов Д. В. Сучасні методи психотерапії неврозів. 2020. С. 25–33.
33. Клименко І. О. Основи психосоматичної медицини. 2014. 176 с.
34. Ковальчук І. М. Когнітивно-поведінкова терапія тривожних розладів. 2017. 224 с.
35. Козяр М. Ю. Невротичні розлади: сучасний стан проблеми. 2016. С. 134–137.
36. Кучеренко В. І. Стрес і адаптація: психологічні аспекти. 2015. 192 с.
37. Лапченко С. А. Використання фізичних вправ у реабілітації осіб з розладами психіки. 2021. С. 59–63.
38. Літвінова О. М. Психогігієна. 2013. 112 с.
39. Макаренко С. І. Превентивна психотерапія: сучасні підходи. 2020. С. 44–52.
40. Москалець В. В. Терапія травматичного досвіду. 2020. 312 с.
41. Нечипоренко Л. В. Особливості особистості хворих з тривожно-депресивними розладами. 2019. С. 28–32.
42. Омельченко Л. О. Гендерні аспекти психологічної травми. 2017. С. 45–52.
43. Петренко Т. В. Психологія хронічного стресу. 2018. 288 с.
44. Петрук Н. П. Особистісні риси як фактор ризику виникнення неврозів. 2020. С. 94–100.
45. Пінчук І. Ю., Губар О. С. Актуальні питання організації психотерапевтичної допомоги в Україні. 2019. С. 12–17.
46. Рожнов В. Є. Основи психотерапії. 2016. 368 с.

47. Савчук О. В. Вплив сімейного виховання на формування невротичних рис особистості. 2021. С. 183–192.
48. Сидоренко Т. Є. Роль тілесно-орієнтованої терапії у роботі з психосоматичними розладами. 2022. С. 141–146.
49. Сікорська М. В., Візір І. В., Лапонов О. А. Фізична терапія в неврології : навч.-метод. посіб. для здобувачів другого (магістерського) рівня вищої освіти спец. 227 «Фізична терапія, ерготерапія», спец. 227.1 «Фізична терапія». Запоріжжя : ЗДМУ, 2023. 213 с.
50. Скугаревський О. І. Психосоматика: базові знання. 2017. 144 с.
51. Слободяник О. В. Актуальні проблеми психофізіології травми. 2020. С. 103–110.
52. Bradley T., Campbell E., Dray J., Bartlem K., Wye P., Hanly G., Gibson L., Fehily C., Bailey J., Wynne O., Colyvas K., Bowman J. Systematic review of lifestyle interventions to improve weight, physical activity and diet among people with a mental health condition. 2022. Art. 198. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-022-02067-3>
53. Holubova M., Prasko J., Ociskova M., Kantor K., Vanek J., Slepecky M., Vrbova K. Quality of life, self-stigma, and coping strategies in patients with neurotic spectrum disorders. 2019. P. 81–95. DOI: <https://doi.org/10.2147/PRBM.S179838>
54. Jadhav C., Kamble P., Mundewadi S., Jaiswal N., Mali S., Ranga S., Suvvari T. K., Rukadikar A. Clinical applications of EEG as an excellent tool for event related potentials in psychiatric and neurotic disorders. 2022. P. 73–83.
55. James A. C., Reardon T., Soler A., James G., Creswell C. Cognitive behavioural therapy for anxiety disorders in children and adolescents. 2020. Art. CD013162. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013162.pub2>

56. Kampling H., Baumeister H., Bengel J., Mittag O. Prevention of depression in adults with long-term physical conditions. 2021. Art. CD011246. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011246.pub2>
57. Kim J. I., Han C. H., Jeon J. H., Kim J. Y., Kwon O., Jung S. Y., Lee J. H., Yang C., Kim E., Kim Y. I. Effectiveness and safety of polydioxanone thread embedding acupuncture compared to physical therapy in patients with non-specific chronic neck pain. 2021. P. 201–211. DOI: <https://doi.org/10.2147/JPR.S276941>
58. Kurose S., Funayama M., Takata T., Shimizu Y., Mimura Y., Kudo S., Ogino S., Mimura M. Symptom changes in patients with pre-existing psychiatric disorders in the initial phase of the COVID-19 pandemic. 2022. Art. 102966. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102966>
59. Larun L., Brurberg K. G., Odgaard-Jensen J., Price J. R. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome. 2017. Art. CD003200. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003200.pub7>
60. Larun L., Brurberg K. G., Odgaard-Jensen J., Price J. R. Exercise therapy for chronic fatigue syndrome (updated). 2019. Art. CD003200. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD003200.pub8>
61. Matsumoto H., Uchino T., Funatogawa T., Mizuno M., Nemoto T. Characteristics of patients with neurotic disorders requiring long-term treatment. 2024. Art. e70039. DOI: <https://doi.org/10.1002/pcn5.70039>
62. Mayer S. F., Corcoran C., Kennedy L., Leucht S., Bighelli I. Cognitive behavioural therapy added to standard care for first-episode and recent-onset psychosis. 2024. Art. CD015331. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD015331.pub2>
63. Mathew B. Effectiveness of psychological intervention package on anxiety and wellness level among patients with anxiety disorders. 2022. P. 6704–6713. DOI: [https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc\\_561\\_21](https://doi.org/10.4103/jfmmpc.jfmmpc_561_21)

64. Orzechowska A., Maruszewska P., Gałęcki P. Cognitive Behavioral Therapy of Patients with Somatic Symptoms: Diagnostic and Therapeutic Difficulties. 2021. Art. 3159. DOI: <https://doi.org/10.3390/jcm10143159>
65. Purgato M., Gastaldon C., Papola D., van Ommeren M., Barbui C., Tol W. A. Psychological therapies for the treatment of mental disorders in low- and middle-income countries affected by humanitarian crises. 2018. Art. CD011849. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD011849.pub2>
66. Samuel B., Wang H., Shi C., Pan Y., Yu Y., Zhu W., Jing Z. The effects of coloring therapy on patients with generalized anxiety disorder. 2022. P. 502–512. DOI: <https://doi.org/10.1002/ame2.12256>
67. Suszek H., Holas P., Wyrzykowski T., Lorentzen S., Kokoszka A. Short-term intensive psychodynamic group therapy versus cognitive-behavioral group therapy in day treatment of anxiety disorders. 2015. Art. 319. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13063-015-0827-6>
68. Tramontano M., Haijoub S., Lacour M., Manzari L. Updated Views on Vestibular Physical Therapy for Patients with Vestibular Disorders. 2025. Art. 492. DOI: <https://doi.org/10.3390/healthcare13050492>
69. Uphoff E., Ekers D., Robertson L., Dawson S., Sanger E., South E., Samaan Z., Richards D., Meader N., Churchill R. Behavioural activation therapy for depression in adults. 2020. Art. CD013305. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013305.pub2>
70. Vaishnav M., Saha G., Mukherji A., Vaishnav P. Principles of Marital Therapies and Behavior Therapy of Sexual Dysfunction. 2020. P. S213–S222. DOI: [https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry\\_19\\_20](https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_19_20)
71. Vousoura E., Gergov V., Tulbure B. T., Camilleri N., Saliba A., Garcia-Lopez L., Podina I. R., Prevendar T., Löffler-Stastka H., Chiarenza G. A., Debbané M., Markovska-Simoska S., Milic B., Torres S., Ulberg R., Poulsen S. Predictors and moderators of outcome of psychotherapeutic interventions for

mental disorders in adolescents and young adults. 2021. Art. 239. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13643-021-01788-1>

72. Usmani Z. A., Carson K. V., Heslop K., Esterman A. J., De Soyza A., Smith B. J. Psychological therapies for the treatment of anxiety disorders in chronic obstructive pulmonary disease. 2017. Art. CD010673. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD010673.pub2>

73. Zhang D., Wang Y., Li H., Ma J., Sun J., Wu Z., Zhang G., Jin S. The central-peripheral coupling effect of ocular acupuncture kinesitherapy in post-stroke dyskinesia. 2022. Art. 977112. DOI: <https://doi.org/10.3389/fneur.2022.977112>

## ДОДАТКИ

Додаток А

## Комплекс фізкультурно-спортивної реабілітації для випробуваних з невротичними розладами (ОГ)

№	Зміст вправи	Дозування	Методичні рекомендації
1	Спробувати максимально розслабити м'язи шиї, плечового пояса і верхніх кінцівок.	2 хв.	Спокійне дихання, налаштуватися на релаксацію.
2	В.п. — лежачи на спині, руки вздовж тулуба. Піднімання рук через сторони вгору, повернутися у вихідне положення.	5 разів	Темп повільний, рухи плавні, дихання довільне.
3	В.п. — лежачи на спині Підтягування коліна до грудей (почергово).	3 хвилини	Вдих під час підтягування, видих при поверненні.
4	В.п. стоячі Нахили тулуба в сторони з ковзанням рук.	5-7 разів	Видих під час нахилу, вдих при поверненні.
5	В.п. стоячі Повороти голови вправо та вліво з паузою.	3 хв.	Зупинка голови у проміжному положенні 1 секунда; темп повільний.
6	Стискання грудної клітки руками з розведенням рук.	3 хвилини	Видих при стисканні грудної клітки, вдих при розведенні.
7	В.п. лежачи на спині, ноги зігнуті, руки вздовж тулуба Вправа «напівміст»	3 хвилини	Піднімати таз у комфортному діапазоні, вдих під час піднімання, видих при поверненні.

## Продовження Додатку А

<b>8</b>	В.п стоячі Піднімання та випрямлення ніг	8 разів	Рухи плавні, без ривків; контроль дихання.
<b>9</b>	В.п лежачі Піднімання голови і тулуба	3 хвилини	Затримка 3–5 секунд; видих під час піднімання, вдих при опусканні.
<b>10</b>	В. П. - лежачи на правому боці, права долоня під головою, випрямити ногу і руку, підняти вгору і прогнутися. Теж на лівому боці	4-6 разів	Затриматися на 3-5 сек. в цьому положенні
<b>11</b>	В. П. - лежачи на животі, руки зігнуті в ліктях з упором на долоні. Підняти голову і опустити	3-4 рази	Темп повільний, дихання довільне
<b>12</b>	В. П. - лежачи на правому боці, Діафрагмальне дихання лежачи на боці.	4 хвилини	Вдих-випинання живота, видих-втягування; темп повільний.
<b>13</b>	В. П. - лежачи на боці, долоня знаходиться на животі. Повільний вдих, повільний видих	4-6 разів	Випнути живіт. Втягнути стінку черевного преса
<b>14</b>	В.п лежачі потягнутися, витягнути руки за голову - вдих. Руки вздовж тулуба - видих	3-4 рази	Темп повільний
<b>15</b>	В. П. - лежачи на спині, Потягування лежачи на спині.	3 хвилини	Затриматися на 3-5 сек. в цьому положенні

**Комплекс фізкультурно-спортивної реабілітації для випробуваних з невротичними розладами II (ОГ)**

№	Зміст вправи	Дозування	Методичні рекомендації
1	В.П. - сидячи на стільці, руки опущені уздовж тулуба. Повороти голови вліво і вправо	6-8 разів	Темп повільний. З максимально можливою амплітудою
2	В. П. - те саме. Опустити голову вниз, дістати підборіддям груди	6-8 разів	Темп повільний
3	3. В. П. - те саме. Закинути голову назад, одночасно витягуючи підборіддя	5-10 разів	Темп повільний
4	Покласти долоню на чоло. Тиснути чолом долоню, що чинить опір. Голова і долоня нерухомі. Те ж з іншого боку	5 разів	Тиск - 10 сек., Відпочинок - 20 сек.
5	В.П. - те саме. Руки опущені вздовж тулуба. Підняти плечі і утримувати в такому положенні 10 с, розслаблення - 15с	6 разів	Плечі підняти з максимально можливою амплітудою
6	В.П. - те саме. Покласти долоню на ділянку скроні. Тиснути скронею опір на долоню	5 разів	Тиск - 10 сек., Відпочинок - 20 сек
7	Самомасаж шиї, плечових суглобів, трапецеподібного м'язу.	2-3 хв.	Дихання повільне
8	В.П. - лежачи на спині. Руки на поясі. Почергове згинання та розгинання ніг, не применшуючи прогину попереку	10 разів	Стопи від підлоги не відривати
9	В.П. - те саме. Руки на поясі, ноги зігнуті. Прогнутися, піднімаючи таз - видих, в.п. - вдих	10 разів	Прогнутися по максимально можливою амплітуді

*Продовження Додатку Б*

10	В. П. - те саме. Зігнути ноги і притиснути до живота, обхопити їх руками, голову до колін - видих, в.п. - вдих	6-8 разів	Затриматися в цьому положенні 3-5 сек.
11	В. П. - те саме. Руки за голову. Ліва нога і рука в сторону - вдих, в.п. - видих. Те ж іншою ногою і рукою	6-8 разів	Рух руки через низ в бік