

КИЇВСЬКИЙ СТОЛИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ БОРИСА ГРІНЧЕНКА
ФАКУЛЬТЕТ ЗДОРОВ'Я, ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І СПОРТУ
КАФЕДРА ФІЗИЧНОГО ВИХОВАННЯ І ПЕДАГОГІКИ СПОРТУ

Титаренко Дмитро Юрійович
студент групи ФВм-1-24-1.4д

**ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА ЯК ЗАСІБ ПОДОЛАННЯ НАСЛІДКІВ
ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ В УМОВАХ КРИЗОВИХ СИТУАЦІЙ**

кваліфікаційна робота
здобувача вищої освіти
другого (магістерського) рівня
зі спеціальності 017 – Фізична культура і спорт

«ДОПУЩЕНО ДО ЗАХИСТУ»

Завідувач кафедри фізичного
виховання і педагогіки спорту

Олена Тімашева

Протокол засідання кафедри №17
«14» листопада 2025 р.

Науковий керівник:

Олена Тімашева,
кандидат наук з фізичного виховання
і спорту, доцент

Київ – 2025

ЗМІСТ

ВСТУП.....	4
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ.....	6
1.1. Визначення понять: «психологічна травма», «реабілітація», «фізична культура».....	6
1.2. Механізми впливу фізичної активності на нервову систему.....	9
1.3. Огляд наукових підходів щодо фізичної реабілітації.....	12
РОЗДІЛ 2. ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВІЙНИ В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ ДЛЯ СУСПІЛЬСТВА.....	16
2.1. Вплив війни на психіку цивільних і військових.....	16
2.2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військовослужбовців.....	19
2.3. Психоемоційний стан внутрішньо переміщених осіб, дітей, людей з інвалідністю.....	31
2.4. Необхідність фізичної та психологічної підтримки постраждалих.....	35
РОЗДІЛ 3. ПАРАОЛІМПІЙЦІ ЯК ПРИКЛАД ПОДОЛАННЯ ФІЗИЧНИХ І ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ.....	38
3.1. Роль спорту в адаптації осіб з інвалідністю.....	38
3.2. Історії українських параолімпійців як символів стійкості й мотивації.....	41
3.3. Параспорт як інструмент соціалізації та психоемоційного відновлення.....	46
3.4. Державна та громадська підтримка параспортсменів.....	48
РОЗДІЛ 4. ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА У СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ: ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ.....	51
4.1. Досвід реабілітаційних центрів для ветеранів.....	51
4.2. Приклади фізичних програм для військовослужбовців: йога, біг, силові вправи.....	53
4.3. Оцінка ефективності фізичної активності в процесі одужання.....	57
4.4. Роль тренерів, реабілітологів і психологів у роботі з військовими.....	61

РОЗДІЛ 5. ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА АВТОРСЬКА ПРОГРАМА.....	63
5.1. Розробка адаптивних програм фізичної активності для осіб із ПТСР.....	63
5.2. Принципи індивідуального підходу у фізичній культурі.....	66
5.3. Форми занять: групові, індивідуальні, рухливі ігри, арт-фізкультура.....	68
5.4. Впровадження фізичної активності в державні програми реабілітації....	71
ВИСНОВКИ.....	73
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	78
ДОДАТКИ	85

ВСТУП

Сучасні кризові ситуації, зокрема повномасштабна війна в Україні, залишають глибокий слід у фізичному та психічному здоров'ї людини. Мільйони українців зазнали втрат, вимушеного переселення, поранень і психологічних травм. Особливо гостро постає проблема посттравматичного стресового розладу (ПТСР), який значною мірою уражає військовослужбовців, ветеранів, а також цивільне населення, включно з дітьми та людьми похилого віку. В умовах тривалого стресу, тривоги та втрати соціальної стабільності виникає потреба у пошуку ефективних засобів відновлення психоемоційного стану особистості.

Одним із важливих інструментів подолання наслідків психологічних травм виступає фізична культура. Рухова активність позитивно впливає на нервову систему, сприяє зниженню рівня тривожності, покращує когнітивні функції, допомагає нормалізувати сон та емоційний стан. Крім того, фізичні вправи є потужним соціалізуючим фактором, який об'єднує людей, формує почуття підтримки та взаємодопомоги.

У світовій та українській науковій практиці накопичено значний досвід використання фізичної культури як засобу реабілітації осіб із психологічними та фізичними травмами. Особливо показовим є приклад параолімпійського спорту, де фізична активність виступає не лише інструментом відновлення, а й символом незламності, сили духу та мотивації.

Актуальність теми зумовлена необхідністю впровадження ефективних програм реабілітації для військовослужбовців, ветеранів, внутрішньо переміщених осіб та інших категорій населення, які зазнали психологічних і фізичних травм. З огляду на воєнні події в Україні, проблема відновлення психічного здоров'я набуває особливої державної та суспільної ваги.

Об'єкт дослідження – стан особистості в умовах кризових ситуацій.

Предмет дослідження – фізична культура як засіб покращення стану особистості в умовах кризових ситуацій.

Мета роботи – дослідити роль фізичної культури у покращення стану особистості в умовах кризових ситуацій та розробити практичні рекомендації щодо використання фізичної активності в системі реабілітації.

Для досягнення мети передбачено виконання таких **завдань**:

1. Розглянути теоретичні основи впливу фізичної активності на психоемоційний стан людини.
2. Проаналізувати психологічні наслідки війни в Україні та їхній вплив на різні категорії населення.
3. Дослідити приклади параолімпійців як символів подолання психологічних і фізичних травм.
4. Вивчити досвід реабілітаційних центрів та практичні методи фізичного відновлення військових.
5. Розробити авторську програму рекомендацій щодо впровадження фізичної активності в процес реабілітації осіб із ПТСР та іншими психологічними травмами.

Наукова новизна роботи полягає у систематизації сучасних наукових підходів до використання фізичної культури в умовах війни та розробці адаптивних рекомендацій для різних груп населення.

Практичне значення полягає у можливості застосування запропонованих програм у діяльності реабілітаційних центрів, спортивних організацій, закладів освіти та соціальної сфери.

Методи дослідження: включають в себе: теоретичні методи дослідження, аналіз літературних та спеціальних джерел інформації, системний аналіз, порівняльний аналіз.

Структура роботи і її обсяг: кваліфікаційна (магістерська) робота складається зі вступу, 5 розділів, висновків, списку використаних джерел з 56 найменування та додатків. Загальний обсяг магістерської роботи 86 сторінок.

РОЗДІЛ 1.

ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ ВПЛИВУ ФІЗИЧНОЇ КУЛЬТУРИ НА ПСИХОЕМОЦІЙНИЙ СТАН ОСОБИСТОСТІ

1.1. Визначення понять:

«психологічна травма», «реабілітація», «фізична культура»

Понятійно-категоріальний апарат цієї роботи спирається на сучасні міждисциплінарні підходи — психологічний, медичний, соціологічний та педагогічний. Чіткість дефініцій не є суто теоретичною вимогою: саме від коректного розуміння базових термінів залежать логіка дослідження, добір методів і валідність практичних рекомендацій.

Психологічна травма у широкому значенні описує глибоке порушення цілісності психіки, спричинене впливом стресора надмірної інтенсивності або тривалості, з яким індивід не може впоратися наявними механізмами адаптації. Вона може виникати раптово, як відповідь на одиничну подію катастрофічного масштабу, або формуватися кумулятивно внаслідок тривалого впливу загрозливих чинників. У сучасних діагностичних системах виділяють низку станів травматичного спектра: гостру стресову реакцію, посттравматичний стресовий розлад, комплексну (комплексну/продовжану) травму, вторинну травматизацію, а також пов'язані явища — моральну травму та вигорання. Ключовими феноменологічними ознаками травми є нав'язливі спогади чи флешбеки, уникнення нагадувань, негативні зміни когніцій і настрою, гіперзбудження з порушенням сну та уваги, соматичні прояви (головний біль, м'язова напруга, вегетативні розлади). Важливо підкреслити, що травма — не лише подія, а насамперед індивідуальна відповідь на подію, що залежить від віку, попереднього досвіду, соціальної підтримки, нейробіологічних чинників і культурного контексту.

Не можна не згадати про поняття психологічної резилієнтності — здатності відновлювати функціонування після стресу — та посттравматичного

зростання, коли, попри пережиті втрати, людина демонструє покращення в окремих сферах: глибше усвідомлення цінностей, зміцнення міжособистісних зв'язків, нові життєві стратегії. Ці явища не заперечують реальності страждання, але вказують на потенціал відновлення за наявності відповідних умов, серед яких — структурована рухова активність і соціально підтримувальні практики.

Реабілітація — це системний, цілеспрямований, міждисциплінарний процес відновлення або компенсації порушених функцій організму, психіки та соціальних ролей людини, спрямований на досягнення максимально можливого рівня автономності та якості життя. У біопсихосоціальній парадигмі реабілітація розглядається як безперервний цикл: оцінювання потреб і цілей, планування індивідуальної програми, реалізація мультикомпонентних втручань, моніторинг ефективності та корекція плану. Її складниками виступають медична (відновлення фізичних функцій, лікування супутніх станів), психологічна (психотерапевтична підтримка, тренування навичок саморегуляції), соціальна (відновлення соціальних зв'язків, участі у спільноті), професійна (перепідготовка, працевлаштування), освітня (формування навичок самодопомоги, здорової поведінки) та, що принципово для цієї роботи, фізична реабілітація як системно організована рухова активність із терапевтичною метою. Основними принципами реабілітації є індивідуалізація, доказовість, безпека, поступовість навантаження, мультидисциплінарність і партнерство з клієнтом. У випадку травматичних розладів реабілітація об'єднує фізичні, психотерапевтичні та соціальні інтервенції, вибудовуючи єдину траєкторію відновлення.

Фізична культура — багатовимірне соціально-педагогічне явище, що охоплює цінності, знання, практики, інституції та види діяльності, спрямовані на розвиток фізичних і психічних якостей людини, зміцнення здоров'я й формування здорової поведінки. На відміну від вузького розуміння «спорт» як конкурентної діяльності з акцентом на результат, фізична культура включає повсякденну рухову активність, фізичне виховання в освітніх закладах, фітнес

і рекреацію, оздоровчі й реабілітаційні програми, адаптивну фізичну культуру для осіб з інвалідністю, а також параспорт. Її зміст структурують кілька взаємопов'язаних компонентів: когнітивний (знання про тіло, рух, безпеку та саморегуляцію), діяльнісний (регулярна моторна практика у різних режимах інтенсивності), ціннісний (установки щодо здоров'я, тілесності, співпраці), соціальний (участь у спільнотах, групові форми занять, волонтерство й наставництво). Відповідно до вище зазначеного фізична культура є не лише сумою вправ, а системою формування стилю життя.

У контексті психічного здоров'я та травми фізична культура виконує декілька ключових функцій. По-перше, регуляторну: дозоване аеробне та силове навантаження модулює активність нервової системи, підтримує нейропластичність, покращує сон і знижує базовий рівень тривоги. По-друге, афективно-когнітивну: рухова активність слугує «якорем» уваги тут-і-тепер, знижує румінації, покращує виконавчі функції, сприяє відчуттю контролю й ефективності. По-третє, соціальну: групові форми занять створюють безпечний простір підтримки, нормалізують переживання, відновлюють довіру й належність до спільноти. По-четверте, ідентифікаційну: успішний руховий досвід допомагає перебудувати самообраз із «людини проблеми» на «людину можливостей», що особливо важливо для ветеранів і осіб із інвалідністю.

З огляду на це, доцільно розрізняти поняття «фізична активність» і «фізична культура». Перше описує будь-який рух, зумовлений скороченням скелетних м'язів і супроводжуваний енергетичними витратами. Друге — інституціалізована сфера життя й виховання, яка задає зміст, норми, освітні та ціннісні рамки для впорядкування цієї активності. У реабілітаційному контексті ми працюємо на перетині: використовуємо конкретні дози руху (аеробні, силові, гнучкість, рівновага) всередині культурно організованих програм із чіткими цілями, інструкціями, моніторингом і підтримкою.

Необхідно врахувати, що фізична культура як інструмент подолання наслідків психологічної травми має обмеження й потребує адаптації.

Травмоінформований підхід передбачає створення безпечного середовища, уникнення тригерів (гучні звуки, переповнені простори, певні пози або дотики), поступове підвищення інтенсивності, чутливість до соматичних сигналів і наявність альтернативних стратегій саморегуляції (дихальні техніки, тілесне сканування, усвідомленість у русі). Учасники програм можуть мати коморбідні стани — больові синдроми, черепно-мозкові травми, депресію, зловживання психоактивними речовинами; це потребує мультидисциплінарної координації з медиками та психологами. У свою чергу, належно структурована фізична культура стає інтегральним «мостом» між суто медичними та суто психотерапевтичними втручаннями.

Отже, психологічна травма — це наслідок надмірного стресу, який порушує адаптивні системи та може трансформуватися як у патологічні прояви, так і в зростання за умов підтримки. Реабілітація — керований процес відновлення функцій і ролей, який поєднує медичні, психологічні, соціальні та освітні засоби. Фізична культура — соціально організована сфера, що надає цим засобам форм і змісту, перетворюючи рух на ресурс для психічного здоров'я, автономності й соціальної інтеграції. Саме на перетині цих трьох понять вибудовується теоретична рамка дослідження, яка визначає подальший аналіз нейробіологічних механізмів впливу рухової активності на психіку та практичні стратегії реабілітації.

1.2. Механізми впливу фізичної активності на нервову систему

Фізична активність є одним із найбільш універсальних і водночас потужних чинників, які впливають на функціонування нервової системи людини. У сучасних наукових дослідженнях накопичено значну кількість доказів, що регулярні рухові навантаження здатні змінювати як структурні, так і функціональні характеристики мозку, формуючи сприятливі умови для психоемоційної стабільності, підвищення когнітивних можливостей та стійкості до стресу.

Перш за все, варто звернутися до нейрохімічних процесів, які активуються під час фізичної активності. У м'язах і мозку збільшується синтез біологічно активних речовин — ендорфінів, енкефалінів, серотоніну, дофаміну, норадреналіну. Ендорфіни отримали назву «гормонів радості», оскільки вони здатні зменшувати відчуття болю, покращувати настрій і створювати відчуття внутрішнього задоволення. Серотонін бере участь у регуляції емоцій, сну та апетиту, і його підвищення сприяє зниженню рівня депресивних проявів. Дофамін відповідає за мотивацію, відчуття досягнення та навчання через винагороду, тоді як норадреналін активізує увагу, підвищує рівень зосередженості та реактивність нервової системи. Сукупна дія цих медіаторів забезпечує ефект так званої «психологічної ейфорії після тренування», відомої у спортивній фізіології як «runner's high».

Не менш важливим є вплив фізичної активності на нейропластичність мозку. Регулярні фізичні вправи стимулюють виділення нейротрофічного фактора мозку (BDNF — brain-derived neurotrophic factor), який сприяє росту та виживанню нейронів, формуванню нових синапсів, а також підвищенню ефективності передачі нервових імпульсів. Завдяки цьому покращується пам'ять, швидкість мислення, здатність до навчання, що особливо важливо для людей, які відновлюються після стресу чи травматичних подій. Саме BDNF вважається ключовим біологічним механізмом, через який фізична активність протидіє розвитку нейродегенеративних захворювань і депресивних станів.

Рухова активність також безпосередньо впливає на роботу гіпоталамо-гіпофізарно-надниркової системи — основного регулятора стресових реакцій організму. У процесі тренувань знижується базовий рівень кортизолу — гормону стресу, а одночасно підвищується ефективність негативного зворотного зв'язку в системі регуляції. Це означає, що організм після фізичного навантаження швидше «вимикає» стресову реакцію, не допускаючи її хронічної активації. У результаті формується підвищена стресостійкість: людина легше переносить психологічні та фізичні навантаження, а ризик розвитку тривожних і депресивних розладів зменшується.

Слід зазначити й вплив фізичної активності на структуру мозку. Дослідження з використанням нейровізуалізації довели, що регулярні тренування здатні збільшувати об'єм гіпокампа — ділянки, яка відповідає за формування нових спогадів та просторову орієнтацію. Крім того, зростає щільність сірої речовини у префронтальній корі, яка регулює процеси планування, самоконтролю й прийняття рішень. Це має особливе значення для осіб, що пережили травматичні події, оскільки саме ці ділянки мозку найбільше страждають від хронічного стресу та ПТСР.

Регулярна фізична активність також впливає на функціонування вегетативної нервової системи. Вона забезпечує баланс між симпатичним та парасимпатичним відділами, зменшує прояви гіперактивації, характерні для посттравматичних станів, нормалізує частоту серцевих скорочень і артеріальний тиск, стабілізує дихання. Люди, які займаються фізичними вправами, демонструють нижчий рівень серцево-судинної реактивності на стресові подразники, що в довготривалій перспективі знижує ризик розвитку серйозних захворювань.

Фізична культура виконує також важливу роль у регуляції сну. Після помірних навантажень підвищується кількість глибоких фаз сну, що сприяє якісному відновленню нервової системи. Для осіб із симптомами ПТСР це особливо значимо, адже безсоння та нічні кошмари є одними з найтяжчих проявів розладу. Відновлення нормального сну створює основу для загального покращення психічного стану.

Не можна оминати увагою і соціально-психологічний аспект: фізична активність, особливо у групових формах, стимулює міжособистісну взаємодію, активує ділянки мозку, пов'язані з відчуттям належності та соціальної підтримки. Наявність безпечного середовища і спільної діяльності допомагає зменшити відчуття ізоляції та самотності, які часто супроводжують осіб із травматичним досвідом.

Урешті-решт, вплив фізичної активності на нервову систему має багаторівневий характер: від нейрохімічних змін і структурної перебудови

мозку до нормалізації функціонування стресових механізмів та соціальної інтеграції. Сукупність цих процесів створює потужний біологічний і психологічний фундамент для відновлення психоемоційної рівноваги, підвищення когнітивних можливостей і розвитку стійкості особистості до викликів, зумовлених кризовими ситуаціями.

1.3. Огляд наукових підходів щодо фізичної реабілітації

Фізична реабілітація поступово набула статусу окремої міждисциплінарної галузі, яка поєднує медичні, психологічні та соціальні аспекти. Її концепція суттєво трансформувалася протягом останніх десятиліть: від вузько біомедичного підходу, що зосереджувався на відновленні уражених органів і систем, до біопсихосоціальної моделі, де людина розглядається як цілісність із власними цінностями, життєвими стратегіями та соціальними ролями.

У сучасних умовах фізична реабілітація розглядається як багатогранний процес, у якому поєднуються кілька взаємопов'язаних напрямів. Вона спрямована на відновлення фізичних функцій організму за допомогою цілеспрямованих вправ, що поступово повертають людину до оптимального рівня рухової активності. Водночас важливим завданням є стабілізація психоемоційного стану, оскільки саме гармонійне поєднання фізичного і психологічного відновлення створює умови для подальшої адаптації. Не менш значущим аспектом виступає відновлення соціальної активності й професійної реалізації, що дозволяє людині повернутися до повноцінного життя в суспільстві. Завершальною складовою є формування стійких навичок здорового способу життя, які забезпечують довготривалу підтримку досягнутих результатів і зменшують ризик повторного загострення чи виникнення нових проблем зі здоров'ям.

У міжнародній практиці активно розробляються програми реабілітації ветеранів та цивільних осіб, постраждалих від воєнних дій, терористичних

актів і стихійних лих. Наприклад, у США діє програма VA Adaptive Sports Program, спрямована на залучення ветеранів до адаптивних видів спорту. Дослідження, опубліковані у *Journal of Traumatic Stress* (2018–2022), показують, що участь у фізичній активності не лише зменшує симптоматику ПТСР, але й покращує здатність до соціальної інтеграції.

У Канаді та Великій Британії розробляються комплексні мультидисциплінарні програми, які поєднують фізичні вправи з психотерапією. Наприклад, методика «Trauma-Sensitive Yoga» отримала позитивні результати у дослідженнях ветеранів з бойовим досвідом, підтверджуючи зниження рівня тривожності та поліпшення регуляції емоцій.

Досвід країн ЄС, зокрема Німеччини та Польщі, доводить ефективність інтеграції фізичної активності у систему державної охорони здоров'я. Там широко застосовуються реабілітаційні програми, що включають фізичні вправи середньої інтенсивності, скандинавську ходьбу, групові заняття з пілатесу чи йоги. Дослідження німецьких науковців (*European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 2020) підтвердило, що програми аеробних тренувань тривалістю 12 тижнів знижують симптоми депресії у пацієнтів із хронічним стресом.

В Україні після 2014 року та особливо після 2022 року питання фізичної реабілітації набуло стратегічного значення. Міністерство охорони здоров'я України затвердило низку нормативних актів щодо інтегрованої медико-психологічної допомоги ветеранам і постраждалим цивільним. При цьому наголошується, що фізична активність повинна бути невід'ємною складовою реабілітаційних програм.

Науковці Національного університету фізичного виховання і спорту України (НУФВСУ) активно досліджують вплив адаптивної фізичної культури на психоемоційний стан військовослужбовців. У працях українських авторів (2021–2023 рр.) доведено, що регулярні фізичні тренування зменшують прояви тривожності й депресії у ветеранів, а також сприяють відновленню когнітивних функцій. Львівський державний університет фізичної культури у

співпраці з реабілітаційними центрами для ветеранів пропонує авторські програми фізичної активності, які включають йогу, рухливі ігри та лікувальну гімнастику, орієнтовану на розвиток гнучкості та балансу.

Окремої уваги заслуговує роль параспорту в Україні. Успіхи національної параолімпійської збірної, яка залишається однією з найсильніших у світі, підтверджують значення фізичної культури для ресоціалізації осіб з інвалідністю. Практика показує, що заняття спортом формують у ветеранів та цивільних із травмами нову ідентичність — ідентичність людини, здатної перемагати попри обмеження. Наукова література виокремлює кілька провідних моделей фізичної реабілітації.

По-перше, клініко-функціональна модель орієнтується на відновлення рухових функцій організму за допомогою індивідуально підібраних програм лікувальної фізичної культури. У центрі цієї моделі перебуває поступове повернення пацієнта до фізіологічної норми та підвищення його функціональної спроможності.

По-друге, психологічно орієнтована модель підкреслює значення рухової активності у сфері регуляції емоційного стану. Вона спрямована на зниження рівня тривоги, депресивних проявів та відновлення емоційної рівноваги шляхом використання фізичних вправ як складової тілесно-орієнтованої терапії.

По-третє, соціально-інтегративна модель розглядає фізичну активність як чинник ресоціалізації особи. Вона акцентує увагу на можливості за допомогою спільних занять спортом та рухливих практик відновлювати соціальні зв'язки, відчуття довіри та належності до колективу.

По-четверте, інтегрована модель поєднує всі зазначені вище підходи, передбачаючи мультидисциплінарну взаємодію лікарів, психологів, тренерів, соціальних працівників та педагогів. Саме цей підхід вважається найбільш ефективним у сучасних умовах, адже він враховує цілісність особистості та багатовимірність процесу реабілітації.

Фізична реабілітація сьогодні постає як складний, багатокомпонентний процес, який виходить далеко за межі медицини. Вона охоплює нейробіологічні, психологічні та соціальні аспекти життя людини. Рухова активність є ключовим чинником, який запускає механізми відновлення нервової системи, формує нові адаптаційні стратегії та сприяє відновленню соціального статусу. Для України, що переживає масштабні виклики війни, фізична культура стає не лише засобом реабілітації, але й важливим ресурсом суспільної стійкості та консолідації.

РОЗДІЛ 2.

ПСИХОЛОГІЧНІ НАСЛІДКИ ВІЙНИ В УКРАЇНІ: ВИКЛИКИ ДЛЯ СУСПІЛЬСТВА

2.1. Вплив війни на психіку цивільних і військових

Війна — це один із найбільш травмуючих факторів, які здатні вплинути на психіку людини. Вона порушує базове відчуття безпеки, підриває довіру до світу, формує новий досвід існування, який виявляється надзвичайно важким для інтеграції у повсякденне життя. Умови збройного конфлікту ставлять перед психікою людини надмірні виклики, з якими вона часто не може впоратися звичними механізмами адаптації. Це стосується як цивільного населення, так і військовослужбовців, хоча характер і масштаб психологічних наслідків для цих категорій мають суттєві відмінності.

Для цивільних війна означає руйнування звичного способу життя. Люди опиняються у стані постійної небезпеки, піддаються обстрілам, стають свідками смерті та руйнувань. Вони переживають втрату близьких, домівок, роботи, соціального оточення. Цей досвід трансформується у комплексну психологічну травму, що поєднує елементи гострої стресової реакції, тривожних розладів, депресивних станів і посттравматичного стресового розладу.

Особливо вразливою категорією є діти. Дитяча психіка не має достатніх механізмів для переробки настільки інтенсивних стресових подій. Тому війна для них часто стає причиною глибоких змін у розвитку. У дітей фіксуються нічні кошмари, страхи, регресивні прояви, емоційна замкнутість, проблеми з навчанням і концентрацією. За даними UNICEF та українських психологічних служб, у дітей, які пережили евакуацію, втрату батьків або перебування у зоні бойових дій, у кілька разів вищий ризик формування ПТСР та стійких тривожних розладів.

Дорослі цивільні також страждають від хронічної тривоги, безсоння, панічних атак, відчуття безсилля. Багато людей відчувають екзистенційну кризу — руйнування базових уявлень про стабільність життя та власну безпеку. Втрата житла й роботи породжує відчуття соціальної деградації та невпевненості у завтрашньому дні. Сотні тисяч українців стали внутрішньо переміщеними особами. Для них характерним є синдром «подвійної втрати»: з одного боку, вони втрачають дім, звичні соціальні зв'язки та уклад життя, з іншого — стикаються з труднощами адаптації на новому місці, де часто відчувають себе чужими. Це призводить до посилення депресивних настроїв, ізоляції та соціального відчуження.

Травматичними є випадки безпосереднього свідчення актів насильства, бомбардувань чи загибелі людей. Дослідження, проведені в Україні у 2022–2023 роках (зокрема на базі Інституту соціальної та політичної психології НАПН України), підтверджують, що у тих, хто пережив такі події, у кілька разів зростає ймовірність розвитку стресових розладів. У цивільних формується так званий «синдром вижившого», коли людина постійно відчуває провину за те, що залишилася живою, тоді як інші загинули. Це ускладнює процес адаптації і може стати причиною суїцидальних тенденцій.

Для військових психічний тягар війни має інший характер. Якщо цивільні переважно страждають від руйнування соціального середовища і втрати базових орієнтирів, то військовослужбовці стикаються з прямим досвідом смертельної небезпеки, необхідністю вбивати, втратою побратимів, фізичними пораненнями і тривалим перебуванням у стані бойового напруження.

У військових одним із найбільш поширених наслідків є посттравматичний стресовий розлад. Його прояви включають флешбеки — раптові нав'язливі відтворення травматичних подій, нічні кошмари, гіперзбудження, підвищену агресивність або, навпаки, емоційну «замороженість». Такі симптоми ускладнюють виконання службових завдань, а після повернення з фронту — інтеграцію в мирне життя. Багато військових

зізнаються, що навіть у безпечних умовах вони відчують себе так, ніби війна триває, і не можуть «відключити» стан постійної готовності до бою.

Крім класичного ПТСР, у військових поширена так звана моральна травма. Вона виникає тоді, коли людина стикається з подіями, що суперечать її глибинним моральним переконанням: участь у боях, які призвели до загибелі цивільних, втрата побратимів, неможливість врятувати поранених. Відчуття провини, сорому чи безпорадності часто переслідують військових роками після завершення служби, і ця травма може мати ще тяжчі наслідки, ніж класичний ПТСР.

Додатковим фактором ризику для психічного здоров'я військових є хронічне бойове виснаження. Тривале перебування у стані небезпеки виснажує нервову систему, призводить до синдрому емоційного вигорання, знижує здатність концентруватися й приймати рішення. У багатьох військовослужбовців розвивається підвищена чутливість до різких звуків, світла, несподіваних рухів — усе це є проявами «бойової настороженості», яка в умовах мирного життя заважає нормальному функціонуванню.

Повернення військових до цивільного життя — окрема проблема. Бійці часто відчують, що мирне суспільство не здатне зрозуміти їхній досвід. Вони втрачають відчуття належності, що породжує відчуження, агресивність або ізоляцію. Для багатьох важко знайти роботу чи відновити стосунки з родинами, що може штовхати їх до зловживання алкоголем або іншими психоактивними речовинами.

Попри відмінності між цивільними й військовими, існують і спільні риси їхнього психологічного досвіду. І ті, й інші стикаються з підвищеним рівнем тривожності, депресивними проявами, проблемами зі сном, відчуттям втрати контролю над власним життям. Проте акценти різні: цивільні найбільше страждають від втрати домівки, соціальних зв'язків і стабільності, тоді як військові — від безпосереднього контакту зі смертю та необхідності інтегрувати травматичний досвід у власну ідентичність.

Ці відмінності визначають різні підходи до допомоги. Якщо цивільним першочергово потрібні програми соціальної підтримки, інтеграції у нові громади та психологічна допомога з подолання втрат, то військовим — структуровані програми реабілітації, які поєднують психотерапію, фізичну активність і підтримку з боку держави та суспільства.

Вплив війни на психіку є багаторівневим і тривалим. Він охоплює всі сфери життя людини, від індивідуальної психіки до соціальної взаємодії. Цивільні стикаються з втратою базової безпеки та стабільності, військові — з травматичним досвідом бою та складнощами повернення до мирного життя. Ці категорії потребують різних, але взаємодоповнювальних форм допомоги. Своєчасна психологічна підтримка, соціальна інтеграція та програми реабілітації, в яких важливе місце займає фізична культура, стають запорукою збереження психічного здоров'я суспільства загалом.

2.2. Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) у військовослужбовців

Посттравматичний стресовий розлад (ПТСР) розглядається сучасною клінічною психологією як складний психічний стан, що виникає внаслідок дії екстремальних подій, які виходять за межі звичайного людського досвіду. За визначенням Американської психіатричної асоціації (DSM-5-TR), він формується у випадку, коли індивід пережив, став свідком або дізнався про ситуації, що становили серйозну загрозу для життя чи безпеки [42, с. 8]. У Міжнародній класифікації хвороб 11-го перегляду (МКХ-11) ПТСР віднесено до групи «розладів, пов'язаних із травмою та стресом», що свідчить про його універсальність у різних культурах та контекстах [14].

Військовослужбовці належать до найбільш уразливої категорії щодо розвитку ПТСР, оскільки їхня професійна діяльність безпосередньо пов'язана з контактом із ситуаціями смерті, поранення, руйнувань та страждань цивільного населення. Як зазначає Дж. Герман, бойова травма є однією з найбільш руйнівних форм психотравматизації, адже вона не лише загрожує

фізичному існуванню, а й підриває базове відчуття безпеки та довіри до світу [8, с. 112].

За даними численних досліджень, поширеність ПТСР у військових значно перевищує показники серед цивільного населення. У мирних умовах ПТСР діагностується у 3–6 % осіб, тоді як серед учасників бойових дій цей показник сягає 20–30 % [36, с. 52]. Після тривалих військових кампаній або повторних ротацій частка військових із клінічно значимими симптомами може перевищувати 40 %. У США серед ветеранів війни у В'єтнамі частота ПТСР становила понад 30 %, а серед учасників воєн в Іраку й Афганістані — 15–20 % [42, с. 10]. В Ізраїлі, де військові дії є регулярними, вчені також відзначають високий рівень поширеності цього розладу серед військовослужбовців, особливо у тих, хто мав безпосередній бойовий контакт [53].

В українському контексті дослідники констатують значне зростання кількості випадків ПТСР після 2014 року, коли почалися бойові дії на сході країни [23, с. 29]. Вже після перших місяців повномасштабного вторгнення 2022 року психологи та психіатри відзначили різке зростання кількості військових і ветеранів із вираженою симптоматикою, що підтверджується статистикою Міністерства охорони здоров'я та незалежними науковими опитуваннями [37]. Українське суспільство зіткнулося з викликом, масштаб якого можна порівняти лише з досвідом держав, що вели довготривалі війни.

Симптоматика ПТСР у військовослужбовців має багатокомпонентний характер і охоплює когнітивні, емоційні, поведінкові та соматичні прояви. Одним із центральних симптомів є нав'язливе повторне переживання травматичних подій у формі флешбеків, нічних кошмарів або несподіваних спогадів, які виникають під впливом тригерів (звуків, запахів, образів, що нагадують про війну) [10, с. 30].

Другою групою симптомів є уникання — відмова від контактів із людьми чи ситуаціями, які асоціюються з травмою. Це проявляється в емоційній холодності, ізоляції від соціуму, небажанні говорити про пережите. Часто

ветерани відчувають втрату інтересу до діяльності, яка раніше була для них значущою [8, с. 127].

Третьою групою є симптоми гіперзбудливості: підвищена настороженість, постійне відчуття небезпеки, проблеми зі сном, дратівливість, труднощі з концентрацією уваги [21, с. 47]. Такі прояви у військових часто поєднуються з агресивною поведінкою, що ускладнює їхню адаптацію до мирного життя.

Крім того, ПТСР супроводжується високою коморбідністю. У багатьох випадках він поєднується з депресивними та тривожними розладами, зловживанням алкоголем або психоактивними речовинами, що додатково поглиблює стан [7, с. 15]. Дослідження українських психологів також вказують на значний вплив ПТСР на соматичне здоров'я ветеранів, зокрема розвиток психосоматичних розладів, серцево-судинних проблем і хронічних больових синдромів [40, с. 6].

У науковій літературі існує декілька моделей пояснення динаміки розвитку посттравматичного стресового розладу. Зокрема, Дж. Герман, одна з провідних дослідниць у сфері психології травми, описує три основні фази ПТСР, які характерні й для військовослужбовців [8, с. 156]. Перша з них — гостра реакція на стрес, що виникає відразу після травматичної події та триває від кількох днів до місяця. Вона супроводжується станом шоку, розгубленістю, порушеннями сну, кошмарами та соматичними симптомами.

Другою є фаза формування розладу, коли симптоми стають стабільними: з'являється виражене уникання контактів, емоційна відстороненість, дратівливість і підвищена збудливість [21, с. 48]. Якщо на цьому етапі військовослужбовець не отримує кваліфікованої психологічної допомоги, розлад переходить у хронічну фазу, яка може тривати місяцями чи навіть роками. Вона проявляється стійким погіршенням соціального функціонування, зниженням працездатності, руйнуванням сімейних стосунків та деструкцією особистісної ідентичності, що часто потребує тривалої комплексної терапії.

При цьому у військових часто спостерігається кумулятивна травматизація, коли серія стресових подій накладається одна на одну, формуючи більш стійкий і важкий перебіг ПТСР [31, с. 166].

ПТСР у військовослужбовців виходить далеко за межі індивідуального досвіду. Ветерани, які повертаються до цивільного життя, часто стикаються з нерозумінням, байдужістю або навіть стигматизацією з боку суспільства. Це створює ефект «подвійної травматизації»: перша — бойовим досвідом, друга — невдалою соціальною інтеграцією [25, с. 35]. У сім'ях військових поширеними є конфлікти, руйнування подружніх стосунків, вторинна травматизація дітей [16, с. 144].

Не всі військовослужбовці з травматичним досвідом розвивають ПТСР. Важливу роль відіграють індивідуальні копінг-стратегії та рівень психологічної стійкості. Дослідження показують, що високий рівень соціальної підтримки, релігійні або духовні практики, регулярна фізична активність знижують ризик формування тяжкого ПТСР [22, с. 95]. Водночас уникання проблем і залежності від психоактивних речовин поглиблюють симптоматику [41, с. 97].

У США система допомоги ветеранам ґрунтується на поєднанні медичної терапії, психотерапії (CBT, EMDR), груп підтримки та спортивних програм. Дослідження доводять, що участь у програмі Adaptive Sports Program при Департаменті у справах ветеранів знижує інтенсивність симптомів ПТСР і сприяє соціальній інтеграції [29, с. 54]. В Ізраїлі функціонує комплексна модель реабілітації військових із психотравмами, що включає не лише медичні й психологічні інтервенції, а й підтримку у сфері освіти та працевлаштування [42, с. 11]. У країнах НАТО існують спеціальні «центри травми», де військові проходять як індивідуальну, так і сімейну терапію [53].

підходи в Україні.

В Україні законодавчі та відомчі документи визначають реабілітацію ветеранів як пріоритетну сферу. Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020) закріпив міждисциплінарний підхід, що включає медичну,

психологічну та соціальну допомогу [14]. Національна програма з психічного здоров'я (2022) орієнтується на інтеграцію міжнародних стандартів у практику надання послуг [17]. Міністерство у справах ветеранів розробило стандарти та дорожню карту послуг, спрямованих на комплексну підтримку осіб із ПТСР [34; 35]. Окремі українські дослідження акцентують на ефективності адаптивного спорту та фізичної активності у процесі реабілітації військових [31, с. 169].

Отже, ПТСР у військовослужбовців є складним і багатовимірним феноменом, що включає психологічні, нейробіологічні та соціальні аспекти. Його динаміка пов'язана як із глибиною травматичного досвіду, так і з рівнем соціальної підтримки та доступністю реабілітаційних ресурсів. Зарубіжний досвід демонструє ефективність інтегрованих моделей допомоги, а українська система поступово розвивається у цьому напрямі. Подолання ПТСР у військових потребує комплексного підходу, де поєднуються медичні, психотерапевтичні, соціальні та спортивно-реабілітаційні інтервенції, спрямовані не лише на індивіда, а й на його сім'ю та громаду.

Після аналізу проблеми дослідження впливу психологічної травми на психоемоційне стан військовослужбовців було організоване емпіричне дослідження.

Метою дослідження було виявити особливості впливу психологічної травми на психоемоційне стан військовослужбовців.

Гіпотеза дослідження полягала в тому, що існує вплив психологічної травми на такі психоемоційні стан, як сором, страх, вина, відвертість, відчуття неприйняття, горе. Чим більше вплив психологічної травми, тим більші є негативні емоційні стан.

Для проведення дослідження використовувалися теоретичний, клініко-психологічний, психодіагностичний методи, методи математичної обробки даних, статистичний аналіз, включаючи методи статистичної обробки.

В дослідженні взяли участь 40 відповідачів (20 чоловік і 20 жінок). Вік відповідачів становив від 35 до 45 років. Всі мали вищу освіту, вони працювали

у професіях «людина-людина»: вчителі, лікарі, продавці, вихователі. Вони були вибрані так, щоб кожен пережив втрату близького особи, що стало для них сильним потрясінням.

Шкала впливу травматичного події (Impact of Event Scale IES).

Мета: виявлення симптомів посттравматичного стресового розладу та оцінка їхніх проявів. Шкали методики: вторгнення, уникання, збудження. Опитувальник містить 22 твердження. Людині пропонується оцінити кожне з них — як часто виникали наведені симптоми протягом останньої місяця (від 1 до 5 балів). Обробка проводиться за ключем. Критерії оцінки:

- високі показники — 32-40 балів;
- середні показники — 20-31 бал;
- низькі показники — 7-19 балів.

Шкала дифференційних емоцій (ШДЭ) К. Ізарда.

Мета методики: діагностика інтенсивності та частоти 10 основних емоцій за описом К. Ізарди. Внутуральність та емпатичні здібності пов'язані не лише з характером людини, але й з її самопочуттям, яке варто висловлювати саме через емоції. Для цього добре підходить методика К. Ізарди. Її вміст передбачає активну позицію учасників, що є обов'язковою умовою самооцінки та самопізнання. Шкали: інтерес, радість, подив, сльози, гнів, відточування, зневага, страх, сором / застенковість та вина.

Методика «Індекс задоволення життям» (ІЗЖ). Методика призначена для визначення загального психологічного стану людини. Тест вимірює найбільш загальний психологічний стан людини, визначений її особливостями характеру та ставленням до різних аспектів життя. Індекс задоволення життя — це складний показник, який включає емоційну складову як основний інструмент. Люди з високими значеннями індексу характеризуються низьким емоційним напруженням, високою емоційною стабільністю, низькою тривожністю, психологічним комфортом та високим рівнем задоволення ситуацією та своєю роллю в ній.

Тест визує загальне психологічне стан людини, визначене її особистістю та ставленням до різних аспектів життя систематично. Індекс задоволення життя є складовим показником, який включає емоційну складову як основний фактор. Люди з високими значеннями індексу мають низький емоційний стрес, високу емоційну стабільність, низьку тривогу, психологічний комфорт та високий рівень задоволення ситуацією та своєю ролі в ній. Індекс (загальний бал) визначається за ключем. Обчислюється загальний бал, також відомий як індекс задоволення життя. Значення цього індексу може бути від 0 до 40.

Інтерпретація результатів тесту:

- 25-40 балів – високе задоволення життя;
- 20-24 бали – середнє;
- 0-19 балів – низьке.

Результати діагностики ступеня прояву симптомів ПТСР у чоловіків і жінок за методикою ШОВТС зображені на рисунку 2.1 (Додаток А).

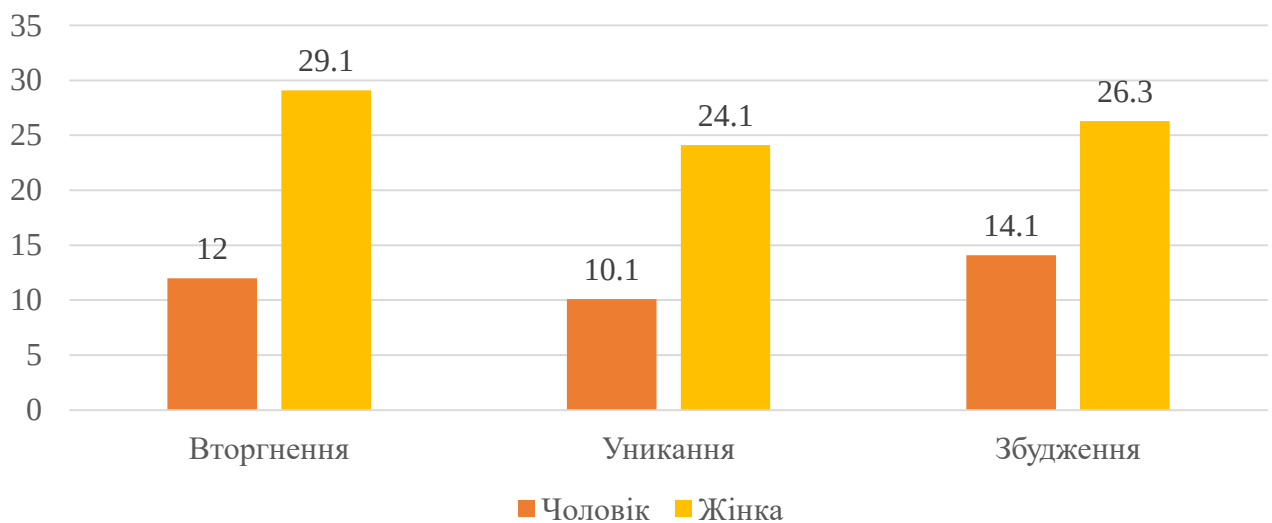


Рис. 2.1 – Показники симптомів ПТСР

Результати діагностики за методикою ШОВТС показують значну різницю між чоловіками та жінками у прояві симптомів ПТСР: у жінок середні показники за шкалою вторгнень (29,1), уникання (24,1) та збудження/важливості (26,3) значно вищі, ніж у чоловіків (відповідно 12,0; 10,1; 14,1). Якщо порівнювати відносно, середні значення у жінок

перевищують показники чоловіків приблизно в 2,4 рази за шкалою вторгнень і уникання, а приблизно в 1,9 рази за шкалою збудження/важливості. Це свідчить про те, що у жінок у вибірці проявляється більш виражена симптоматика.

Отримані дані відповідають великим оглядам та мета аналізами, які показують, що у жінок частіше проявляються симптоми ПТСР при однакових умовах травми. Виражене зростання інтрузивних та уникання симптомів у жінок корелює з сучасними діагностичними поглядами на кластери симптомів ПТСР (інтрузії, уникання, порушення збудження/реактивності), які закріплені в DSM-5. Це підкреслює важливість окремої оцінки кожного кластера під час клінічної діагностики.

Клінічні та практичні висновки: перше, отримані результати підкреслюють важливість цільового скринінгу жінок на наявність виражених інтрузивних та уникання симптомів після травми; друге, при плануванні лікувальних заходів доцільно застосовувати гендерна чутливі підходи та протоколи, спрямовані на зменшення інтрузивних феноменів та відновлення уникання поведінкових патернів

Розглянемо результати порівняльного аналізу ступеня прояву симптомів ПТСР у чоловіків і жінок, рис. 2.2

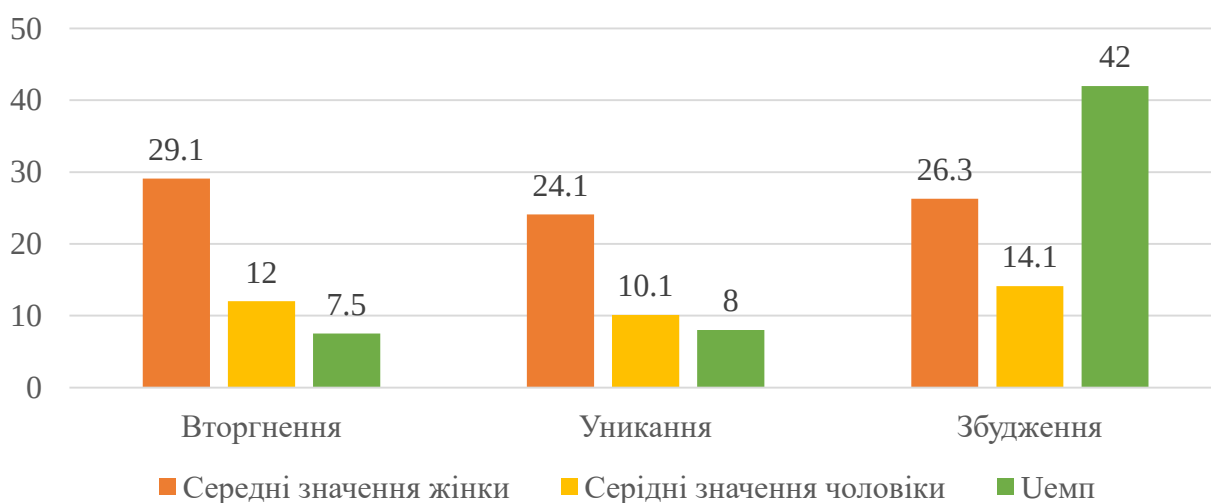


Рис. 2.2 - Результати порівняльного аналізу ступеня прояву симптомів ПТСР у чоловіків і жінок

Результати проведеного порівняльного аналізу ступеня вираженості симптомів посттравматичного стресового розладу (ПТСР) у чоловіків та жінок виявили статистично значущі відмінності у прояві основних кластерів симптомів, а саме: нав'язливих вторгнень, уникнення та збудження. Жінки демонструють значно вищі середні показники за всіма трьома параметрами, що вказує на більшу схильність до розвитку та/або інтенсивність прояву ПТСР порівняно з чоловіками.

Отримані дані узгоджуються з існуючими дослідженнями, які підкреслюють гендерні відмінності в реакції на травматичні події. Дані вказують на те, що жінки мають більший ризик розвитку ПТСР після травми, що може бути пов'язано з біологічними, психологічними та соціальними факторами.

Більш висока вразливість жінок до симптомів вторгнення та уникнення може пояснюватися відмінностями у способах обробки травматичних спогадів та стратегіях копіngu. Отже, результати даного аналізу підкреслюють необхідність врахування гендерних особливостей при діагностиці та лікуванні ПТСР.

Розробка та застосування гендерно-специфічних терапевтичних підходів можуть значно підвищити ефективність лікування та сприяти поліпшенню якості життя осіб, які пережили травматичні події.

Для аналізу основних емоцій у досліджуваних використовували методику «Шкала диференційованих емоцій (ШДЭ)», розроблену К. Ізардом (Додаток Б).

Відображає кількісні результати дослідження домінуючого емоційного стану досліджуваних, включаючи інтенсивність та частоту виникнення емоцій, рис. 2.3

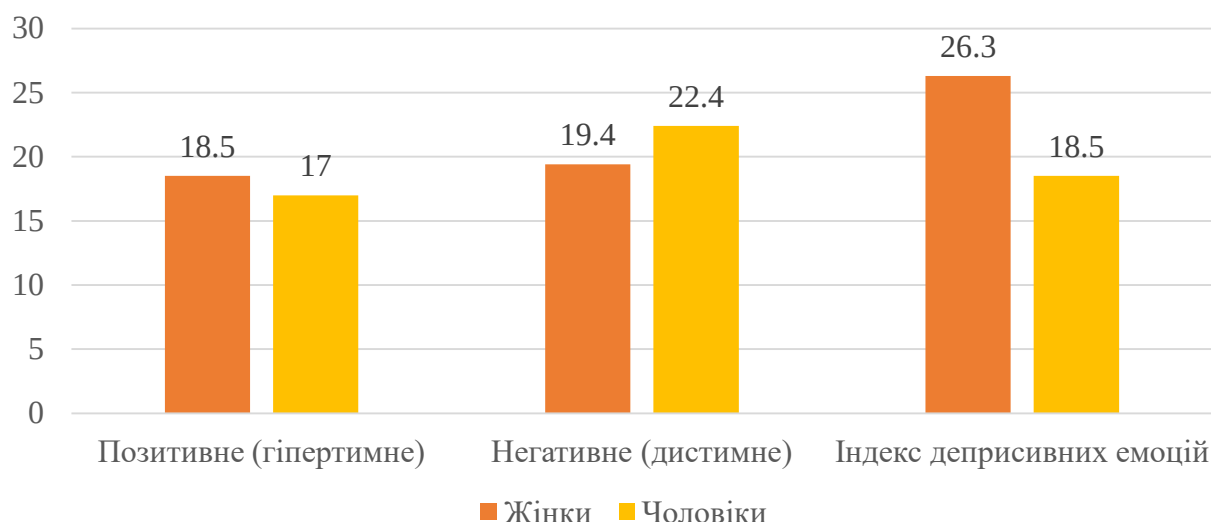


Рис. 2.3 - Кількісні результати дослідження домінуючого емоційного стану досліджуваних

Аналіз даних дозволяє зробити такі висновки. Вивчення емоційних станів учасників показує, що позитивні домінуючі емоційні стани у чоловіків і жінок виражені слабо. Це свідчить про те, що у цих учасників емоційність переважно слабка. З іншого боку, негативні домінуючі емоційні стани у жінок і чоловіків виражені у маркованій мірі.

Відносно стійкі особисті переживання тривожно-депресивного комплексу емоцій, що виражають суб'єктивне ставлення до травмованої ситуації, у жінок виражені більш виразно, ніж у чоловіків. Коефіцієнт усієї вибірки склав 1,15, що свідчить про перевагу позитивних емоційних станів у учасників.

Таким чином, у більшості учасників (60%) виявилися позитивні домінуючі емоційні стани та високий настрій, тоді як у 15% учасників виявилися негативні домінуючі емоційні стани та низький настрій, у 25% учасників — переживання тривожно-депресивного комплексу емоцій.

Розглянемо результати дослідження інтенсивності та частоти виникнення основних емоцій у учасників, рис. 2.4

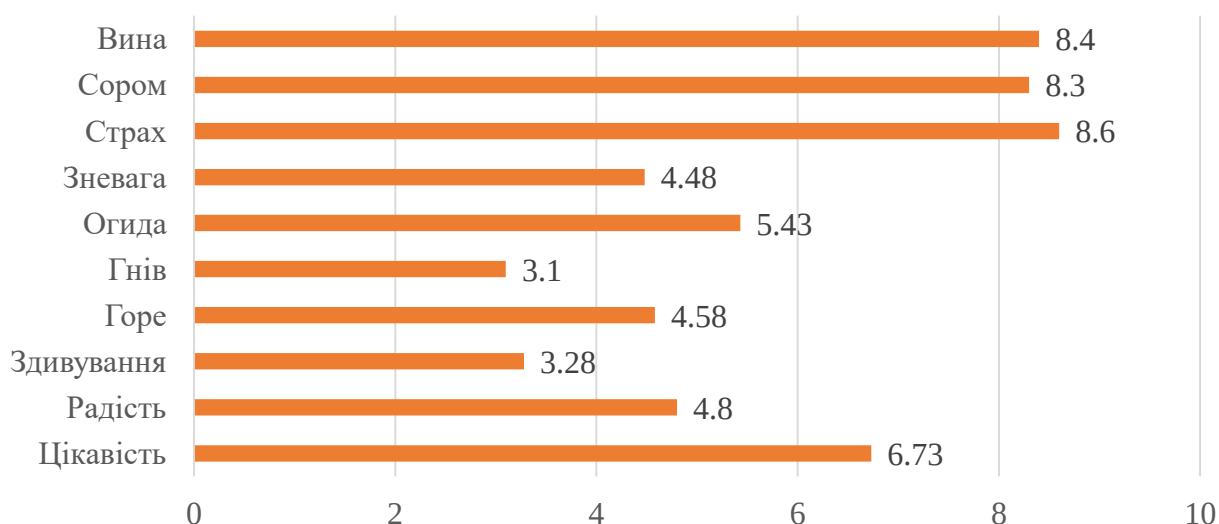


Рис. 2.4 - Результати дослідження інтенсивності та частоти виникнення основних емоцій у випробуваних (середнє значення)

З огляду на результати дослідження, можна зробити кілька важливих висновків про емоційний стан учасників. Відзначено, що страх (8,6) та сором (8,3) займають провідні позиції у списку емоцій, що свідчить про значний вплив соціального та психологічного середовища на емоційний фон особистості.

Цікавість (6,73) займає також важливе місце у цьому дослідженні, свідчаючи про активну когнітивну діяльність учасників. Ця емоція важлива для стимулювання пізнавальної активності та розвитку творчого мислення.

Необхідно звернути увагу на відносно низьку частоту виникнення таких емоцій, як гнів (3,1) та здивування (3,28). Це може вказувати на наявність високого рівня емоційної регуляції серед учасників дослідження, оскільки контроль за негативними емоціями є важливим аспектом психічного здоров'я.

Таким чином, результати дослідження демонструють складну гру емоцій, впливаючи на соціальні та індивідуальні взаємодії. Вони підкреслюють необхідність подальших досліджень щодо механізмів виникнення цих емоцій, аби розробити ефективні стратегії для покращення емоційного добробуту.

Щоб з'ясувати однакове емоційне стан у учасників, ми застосували методику «Індекс життєвої задоволеності» (ІЖУ). Результати дослідження життєвої задоволеності учасників наведено на рис. 2.5

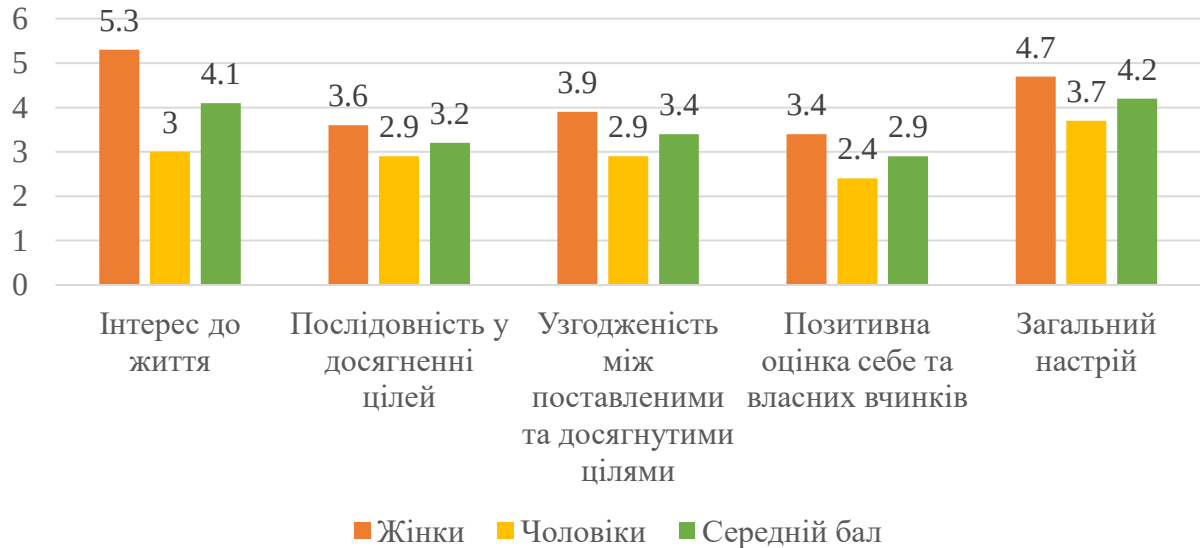


Рис. 2.5 - Результати вивчення індексу життєвого задоволення

Результати проведеного дослідження індексу життєвого задоволення виявляють диференціацію у сприйнятті різних аспектів життя між чоловічою та жіночою статтю. Спостерігається тенденція до вищих показників у жінок за всіма категоріями дослідження, зокрема, у вираженні інтересу до життя та загальному настрої.

Водночас, важливим є відзначити, що середні бали за всіма показниками не досягають максимальних значень, що може свідчити про наявність потенціалу для покращення загального рівня життєвого задоволення серед досліджуваної групи. Низькі показники узгодженості між поставленими та досягнутими цілями, а також позитивної оцінки себе, вказують на необхідність індивідуалізованих стратегій психологічної підтримки, спрямованих на підвищення самооцінки та сприяння реалістичному плануванню.

Розглянемо результати порівняльного аналізу індексу життєвої задоволеності у чоловіків та жінок, рис. 2.6

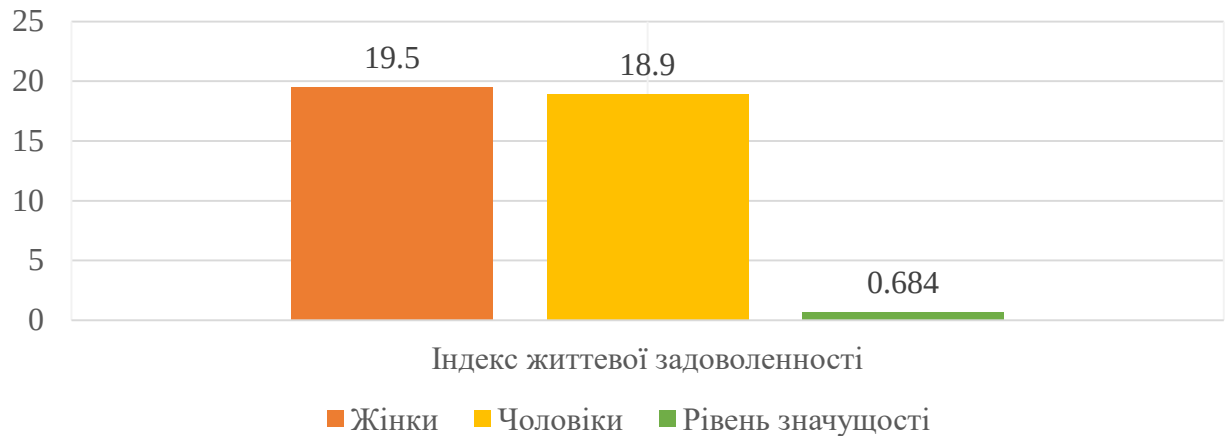


Рис. 2.6 - Результати порівняльного аналізу індексу життєвої задоволеності у чоловіків та жінок

За результатами порівняльного аналізу індексу задоволення життям за статтю, можна зазначити, що достовірних різниць у рівні задоволення життям між чоловіками та жінками не виявлено. Проте можна відзначити, що показники задоволення життям у жінок трохи вищі, ніж у чоловіків.

2.3. Психоемоційний стан внутрішньо переміщених осіб, дітей, людей з інвалідністю

Збройні конфлікти, війни та масові міграційні процеси супроводжуються глибокими психологічними наслідками для різних груп населення. Найбільш уразливими серед них є внутрішньо переміщені особи (ВПО), діти та люди з інвалідністю. Їхній психоемоційний стан формується під впливом не лише безпосереднього травматичного досвіду (втрата дому, близьких, тілесні ушкодження), але й тривалої невизначеності, соціально-економічних проблем, стигматизації та обмежених можливостей адаптації [2, с. 11]. У цьому контексті психологи наголошують, що війна є «довготривалим стресором», який має кумулятивний характер: навіть якщо людина фізично перебуває у

безпеці, її психоемоційний стан продовжує залишатися напруженим через невизначеність майбутнього [40, с. 3].

Для ВПО характерним є широкий спектр психоемоційних реакцій, пов'язаних із вимушеним переселенням та втратою звичного середовища. Дослідження міжнародної організації International Alert показують, що серед основних проблем цієї групи — високий рівень тривожності, депресивних станів, порушень сну та відчуття соціальної ізоляції [2, с. 14]. Такі симптоми вказують на формування стану хронічного стресу, що значно ускладнює адаптацію та інтеграцію переселенців у нові громади.

Українські науковці також підкреслюють, що психоемоційне напруження у ВПО пов'язане не лише з війною, але й з об'єктивними труднощами інтеграції: відсутністю житла, стабільної роботи, обмеженим доступом до медичних та освітніх послуг, нестачею підтримки з боку місцевих жителів [4, с. 213]. У деяких випадках переселенці стикаються зі стигматизацією, що проявляється у негативних стереотипах або відчуженні, що ще більше посилює їхню психологічну вразливість.

Характерну небезпеку становить ефект затяжної невизначеності: люди не знають, чи зможуть повернутися додому, скільки триватиме війна, які перспективи чекають їхніх дітей. Це формує відчуття безсилля й призводить до так званої «навченої беспорядності» — стану, коли особа втрачає віру у власні можливості впливати на ситуацію [16, с. 146]. Психологи наголошують, що такий стан небезпечний розвитком вторинних психічних розладів, серед яких депресія, посттравматичний стресовий розлад і соматичні захворювання [7, с. 22].

Додатковим фактором ризику для ВПО є розрив соціальних зв'язків. Люди залишають свої громади, родинні кола та звичні соціальні мережі. Це не лише позбавляє їх підтримки, але й ускладнює формування нових контактів у незнайомому середовищі. Як свідчать дані досліджень, саме соціальна ізоляція є одним із ключових предикторів поглиблення психоемоційних проблем серед переселенців [25, с. 34].

Водночас варто зазначити, що серед ВПО простежується різний рівень психологічної стійкості. Частина осіб демонструє високу здатність до адаптації, яка зумовлена такими факторами, як наявність підтримки з боку сім'ї, участь у волонтерських ініціативах, залучення до трудової діяльності та релігійні практики [22, с. 98]. Це свідчить, що психоемоційний стан переселенців не є однорідним, а залежить від комбінації внутрішніх ресурсів та зовнішніх умов.

Важливим напрямом досліджень є також вивчення гендерних особливостей психоемоційного стану ВПО. Жінки, які становлять більшість серед переселенців, частіше повідомляють про підвищений рівень тривожності та депресії, тоді як чоловіки схильні до зовнішньої агресії або зловживання алкоголем [36, с. 55]. У сім'ях переселенців нерідко спостерігається напруження у стосунках, конфлікти та труднощі у вихованні дітей, що є додатковим фактором психологічного виснаження.

Нарешті, ще одним ключовим аспектом є дитячий вимір проблеми ВПО. Діти, які пережили вимушене переселення, відчувають не лише втрату дому та друзів, але й вторинну травматизацію через емоційні стани своїх батьків [48, с. 45]. Це проявляється у регресивній поведінці, проблемах зі сном, страхах і порушеннях соціалізації.

Дитяча психіка особливо чутлива до наслідків війни. Переживання обстрілів, втрат, вимушеної міграції проявляється у дітей у вигляді страхів, нічних кошмарів, регресивної поведінки (повернення до дитячих форм спілкування, залежності від батьків), зниження навчальної мотивації [48, с. 42]. Як відзначає Дж. Герман, дитяча травма має особливо руйнівний характер, адже формує спотворене уявлення про світ як небезпечний і непередбачуваний [8, с. 213].

Українські дослідження доводять, що діти з родин військовослужбовців або ВПО демонструють підвищений рівень тривожності, порушення соціалізації та агресивність. Нерідко формується вторинна травматизація, коли дитина переживає не лише власний досвід, але й емоційні стани батьків [48, с.

46]. Саме тому психологи наголошують на необхідності створення програм психосоціальної підтримки у школах та дитячих центрах, які допомагають дітям опрацьовувати травматичний досвід через ігрові та арт-терапевтичні методики [5, с. 79].

Особи з інвалідністю належать до групи подвійного ризику, адже вони переживають як наслідки війни, так і труднощі, пов'язані з обмеженими можливостями пересування, медичного забезпечення та соціальної інтеграції. В умовах воєнних дій ці проблеми посилюються: люди з інвалідністю частіше зазнають ізоляції, відчують безпорадність та сильніше залежать від зовнішньої підтримки [31, с. 166].

Потрібно враховувати і специфіку психоемоційного стану ветеранів із пораненнями, які отримали інвалідність унаслідок бойових дій. Для них характерним є поєднання симптомів ПТСР із реакціями на втрату фізичних можливостей: депресія, занижена самооцінка, відчуття втрати сенсу життя [36, с. 53]. Одним із ресурсних факторів стає залучення таких осіб до програм адаптивного спорту та фізичної реабілітації, що доводить свою ефективність у зниженні рівня тривожності та підвищенні соціальної активності [31, с. 169].

Психоемоційний стан ВПО, дітей та людей з інвалідністю має не лише індивідуальний, а й соціальний вимір. Неподолані психологічні наслідки війни здатні трансформуватися у довготривалі суспільні проблеми: дезадаптацію, зростання рівня агресії, соціальне відчуження. З огляду на це, держава розробляє спеціальні програми підтримки. Так, у «Національній програмі з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки» (2022) визначено необхідність міжвідомчої співпраці для допомоги вразливим категоріям [17]. МОЗ і МОН розробили рекомендації щодо надання психологічної допомоги дітям та сім'ям ВПО [33]. Міністерство у справах ветеранів у 2023–2024 рр. затвердило стандарти надання послуг із реабілітації та реадаптації, що охоплюють і осіб із інвалідністю [34; 35].

Отже, внутрішньо переміщені особи, діти та люди з інвалідністю є найбільш вразливими групами в умовах війни. Для них характерні високі рівні

тривожності, депресивних станів, емоційного виснаження, а у випадку ветеранів з інвалідністю — ще й поєднання психологічних проблем із фізичними обмеженнями. Подолання цих викликів вимагає комплексної державної політики, спрямованої на інтеграцію психічного здоров'я у всі сфери соціальної підтримки, а також розробку програм психосоціальної реабілітації, адаптивного спорту та освітніх ініціатив.

2.4. Необхідність фізичної та психологічної підтримки постраждалих

Війна та інші кризові події створюють ситуацію тривалого та багатовимірного стресу, який уражає як психічний, так і фізичний стан людини. Постраждалі від бойових дій, серед яких військові, ветерани, внутрішньо переміщені особи, діти та люди з інвалідністю, стикаються із подвійним викликом: необхідністю одночасно долати психотравматичні наслідки та відновлювати фізичне здоров'я. Тому забезпечення інтегрованої фізичної й психологічної підтримки є не лише індивідуальною потребою, а й суспільним та державним завданням.

З позиції медико-психологічної практики, поєднання фізичної та психологічної допомоги значно підвищує ефективність реабілітаційних заходів. Як підкреслюють Волошин, Марута та Шестопалова, робота з наслідками бойових дій має ґрунтуватися на комплексному підході, що охоплює діагностику, терапію та профілактику медико-психологічних розладів [7, с. 14–16]. Це передбачає включення в реабілітаційні програми не лише медикаментозного лікування й психотерапії, але й фізичної активності як чинника відновлення функціональних можливостей організму.

Міжнародні рекомендації також наголошують на мультидисциплінарному характері допомоги. «Керівництво МПК із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації» визначає, що оптимальні програми реабілітації повинні поєднувати психотерапевтичні втручання з елементами фізичної активності, соціальної

інтеграції та навчання навичкам самодопомоги [19, с. 33]. Важливо враховувати індивідуальні потреби постраждалих, їхній рівень фізичної підготовки та наявність супутніх захворювань.

Українські дослідження підтверджують значення фізичної активності як ресурсу психічної стабільності. Климчук зазначає, що посттравматичне зростання — здатність людини переосмислювати досвід травми та знаходити нові сенси — тісно пов'язане з участю у структурованих фізичних програмах, які формують відчуття контролю та підвищують самоефективність [21, с. 48–49]. Аналогічні висновки подає Литовченко, який наголошує на важливості адаптивного спорту як чинника соціалізації ветеранів і засобу подолання почуття ізоляції [31, с. 167].

Особливої уваги потребують діти та внутрішньо переміщені особи. За даними Байярда та колег, серед переселенців високий рівень депресивних станів і тривожності пов'язаний не лише із травматичними подіями, але й зі складнощами адаптації у новому середовищі [2, с. 14–15]. Для них поєднання психотерапії, групових занять фізичною культурою та соціальної підтримки виступає одним із найбільш дієвих способів інтеграції у громаду. Дослідження українських науковців доводять, що арт-терапевтичні та тілесно-орієнтовані методики в поєднанні з фізичною активністю значно знижують рівень тривожності у дітей і підлітків [5, с. 63; 48, с. 42–46].

Необхідність комплексної підтримки підкреслюють і сучасні державні документи. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020) закріпив принцип міждисциплінарності, де фізична та психологічна допомога розглядаються як взаємодоповнювальні напрями [14]. «Національна програма з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки» (2022) визначає інтеграцію фізичної культури в реабілітаційні процеси одним із пріоритетів для відновлення військових і цивільних [17]. Міністерство у справах ветеранів у своїх стандартах (2023) підкреслює роль фізичної реабілітації поряд із психологічним супроводом як базового елемента допомоги [35].

Варто відзначити, що відсутність належної підтримки призводить до поглиблення симптоматики ПТСР, розвитку вторинних психічних і соматичних розладів, соціальної ізоляції та зниження якості життя. Панок зазначає, що психологічні дослідження в умовах війни мають орієнтуватися не лише на опис проблем, але й на пошук практичних рішень, серед яких важливе місце належить фізичній культурі [40, с. 7].

Інтеграція фізичної та психологічної допомоги є ключовою умовою ефективної реабілітації постраждалих від війни. Фізична культура, будучи універсальним інструментом відновлення, підсилює результати психотерапії, сприяє ресоціалізації та формує основу для довготривалого збереження психічного й фізичного здоров'я.

РОЗДІЛ 3.

ПАРАОЛІМПІЙЦІ ЯК ПРИКЛАД ПОДОЛАННЯ ФІЗИЧНИХ І ПСИХОЛОГІЧНИХ ТРАВМ

3.1. Роль спорту в адаптації осіб з інвалідністю

Інвалідність, спричинена як уродженими вадами, так і набутими травмами, зокрема внаслідок бойових дій, стає серйозним випробуванням для людини, її сім'ї та суспільства загалом. Обмеження фізичних можливостей поєднуються з психологічними труднощами, серед яких — втрата попереднього соціального статусу, зниження самооцінки, депресивні та тривожні стани, соціальна ізоляція. У таких умовах спорт виступає одним із найбільш ефективних засобів реабілітації та адаптації, оскільки поєднує фізичне відновлення з психологічною підтримкою, формує нові соціальні зв'язки та відкриває перспективи для особистісного зростання [31, с. 165].

Розвиток параолімпійського руху став яскравим прикладом того, як спорт здатен трансформувати життя людей з інвалідністю, допомагаючи їм не лише відновити втрачені фізичні навички, але й подолати внутрішні бар'єри. Параолімпійські спортсмени стають символами мужності й витривалості, демонструючи суспільству можливість досягати високих результатів попри серйозні обмеження. Це має потужний психотерапевтичний ефект не лише для самих спортсменів, а й для ширшого соціуму, адже руйнує стереотипи про «безпорадність» осіб з інвалідністю та створює нові моделі успішної інтеграції [47, с. 162–163].

Участь осіб з інвалідністю в спортивних програмах сприяє відновленню рухових функцій, зміцненню м'язово-скелетної системи, розвитку координації та витривалості. Згідно з методичними рекомендаціями Міністерства охорони здоров'я України, фізична активність є невід'ємною складовою комплексної реабілітації, а для людей із травмами вона дозволяє компенсувати або частково відновити втрачені функції [33]. Для військових ветеранів, які зазнали травм,

заняття адаптивними видами спорту стають особливо важливими, адже вони допомагають швидше інтегруватися у мирне життя, формують відчуття фізичної спроможності та контролю над тілом [34].

Параолімпійський спорт, на відміну від аматорських програм фізичної реабілітації, передбачає систематичні тренування, спрямовані на досягнення високих результатів. Це стимулює спортсменів до регулярної фізичної активності, що значно підвищує ефективність відновних процесів. Дослідження Литовченка доводить, що адаптивний спорт сприяє не лише фізичній реабілітації, але й соціалізації ветеранів, які завдяки участі в спортивних змаганнях отримують нові ціннісні орієнтири та перспективи [31, с. 167].

Окрім фізичних переваг, спорт є потужним засобом психологічної підтримки. Для осіб, які пережили травму чи втрату здоров'я, характерними є емоційні стани, що поєднують зневіру у власні сили, страх перед майбутнім і соціальне відчуження [8, с. 119]. Спортивна діяльність у таких випадках виступає як терапевтичний ресурс, що дозволяє поступово долати внутрішню кризу.

Климчук наголошує, що важливим фактором посттравматичного зростання є можливість реалізовувати себе в соціально значущій діяльності, якою виступає спорт. Він формує у людини нові цілі, сприяє підвищенню самоефективності та створює відчуття приналежності до колективу [21, с. 48–49]. Участь у командних видах спорту додатково посилює цей ефект, адже стимулює розвиток комунікативних навичок, взаємопідтримки та відповідальності.

Досвід українських параолімпійців переконливо демонструє, що спорт допомагає подолати психологічні наслідки інвалідності. Багато спортсменів, які стали чемпіонами світу чи Європи, раніше перебували у стані глибокої депресії, однак завдяки спортивним досягненням змогли переосмислити власну ідентичність і знайти новий сенс життя [32]. У цьому контексті

параолімпійський рух виконує роль не лише спортивної інституції, а й психосоціальної програми підтримки.

Інвалідність часто обмежує доступ людини до суспільного життя, проте спорт руйнує бар'єри та відкриває нові можливості для інтеграції. Параолімпійські спортсмени отримують соціальне визнання, що стає важливим ресурсом у подоланні дискримінації. Вони стають лідерами думок і прикладом для інших осіб з інвалідністю, формуючи позитивний образ активної, сильної особистості [47, с. 164].

Міністерство у справах ветеранів України у «Дорожній карті послуг для ветеранів» (2024) визначає спортивну реабілітацію одним із ключових напрямів інтеграції колишніх військовослужбовців у мирне життя, наголошуючи, що участь у спортивних заходах зміцнює не лише фізичне здоров'я, але й соціальні ролі ветеранів [34]. Подібну позицію займають і міжнародні програми реінтеграції ветеранів, які доводять, що спорт стає важливим каналом відновлення суспільних зв'язків і відчуття соціальної корисності [47].

Важливим психологічним ефектом занять спортом є формування нової ідентичності, яка ґрунтується не на інвалідності, а на досягненнях і перемогах. Лазоренко у своїх дослідженнях підкреслює, що саме здатність трансформувати психотравму в ресурс є основою соціально-психологічної реабілітації, і спорт у цьому процесі відіграє ключову роль [28, с. 113].

Багато параолімпійців свідчать, що спорт став для них «новим життям», адже дозволив не лише відновитися після травми, але й досягти того, що раніше здавалося недосяжним. Це створює передумови для зміни суспільних уявлень про інвалідність: особа з інвалідністю перестає сприйматися виключно як «пацієнт» чи «об'єкт допомоги», натомість стає активним суб'єктом власного життя, прикладом для інших.

3.2. Історії українських параолімпійців як символів стійкості й мотивації

Унікальність українського параолімпійського руху полягає не лише у високих спортивних досягненнях, але й у соціально-психологічному значенні діяльності його представників. Кожна історія параолімпійця є прикладом подолання тяжких життєвих випробувань, пов'язаних із травмами, інвалідністю, втратою колишнього соціального статусу. Водночас спорт стає для них простором відновлення внутрішніх сил, пошуку нового сенсу існування та джерелом мотивації як для інших осіб з інвалідністю, так і для всього суспільства.

Україна протягом останніх двох десятиліть входить до провідних держав світу за результатами на Паралімпійських іграх. Починаючи з Афін-2004 і до Токіо-2021, українські параспортсмени стабільно входять у першу п'ятірку найсильніших збірних. Такий успіх пояснюється не лише системною підготовкою, а й унікальною мотивацією спортсменів, для яких спорт став способом відновлення після тяжких травм та хвороб.

У контексті сучасної війни в Україні приклади параолімпійців набувають особливої ваги. Їхні біографії перетворюються на символи стійкості, які демонструють, що фізичні обмеження не стають перепорою для реалізації потенціалу особистості. Такі історії є важливим соціально-психологічним ресурсом, який допомагає ветеранам, переселенцям та іншим групам населення, що зазнали травматичних подій, знаходити приклади для наслідування [39, с. 214].

Приклад 1. Василь Коваль — «золотий плавець» української збірної.

Однією з найяскравіших історій є історія Василя Ковалю, паралімпійського чемпіона з плавання. У дитинстві він втратив ногу внаслідок побутової травми. Довгий час хлопець перебував у депресії, відчував соціальну ізоляцію. Лише завдяки підтримці тренерів та включенню у спортивну секцію він поступово відновив психологічну рівновагу.

Коваль підкреслював, що саме спорт допоміг йому подолати комплекс «інакшості» та знову відчувати себе повноцінним членом суспільства. Його золоті медалі на Паралімпіаді в Пекіні та Ріо-де-Жанейро стали не лише особистим досягненням, а й символом для тисяч молодих людей з інвалідністю, які побачили можливість для власної самореалізації. Це підтверджує і висновки дослідників, що спорт для осіб з інвалідністю виконує роль інструменту соціальної реінтеграції, сприяючи формуванню нових життєвих орієнтирів [31, с. 166].

Приклад 2. Оксана Ботурчук — «сліпа, але непереможна»

Ще одним символом незламності є історія легкоатлетки Оксани Ботурчук, яка втратила зір у юному віці через автоаварію. У перші роки після трагедії спортсменка переживала кризу ідентичності, відчувала себе «зайвою» у суспільстві. Проте завдяки спорту змогла не лише відновити внутрішню рівновагу, а й стати прикладом для інших жінок, які зазнали травматичних змін у житті.

На Паралімпіаді у Пекіні вона здобула золото та кілька срібних медалей, а її інтерв'ю після перемоги стали мотиваційним меседжем: «Важливо не те, що я втратила зір, а те, що я не втратила віру». Історія Ботурчук є ілюстрацією концепції посттравматичного зростання, яку у своїх працях аналізував Климчук [21, с. 49].

Приклад 3. Андрій Демчук — «шлях від протезування до золота»

Історія львівського фехтувальника Андрія Демчука стала одним із найвідоміших прикладів у медіапросторі. Унаслідок дорожньо-транспортної пригоди він втратив ногу. Спочатку тривалий час перебував на етапі психологічного заперечення, відмовлявся приймати нові життєві обставини. Переломним моментом стало отримання спортивного протеза і перші тренування з фехтування.

Демчук не лише опанував нову для себе дисципліну, а й здобув золото Паралімпійських ігор у Ріо-де-Жанейро (2016). Сам спортсмен підкреслює, що спорт дозволив йому знову «відчувати життя на повні груди». Його досвід

демонструє взаємозв'язок між фізичною реабілітацією та психологічним відновленням: активні фізичні навантаження сприяють формуванню відчуття контролю над власним тілом і долею, що є ключовим у подоланні травми [38, с. 94–95].

Дослідники вказують, що саме включення у соціально значущу діяльність (спорт, волонтерство, громадську активність) є ефективним способом зменшення проявів ПТСР та вторинних кризових станів [46, с. 23]. Демчук, завдяки своєму прикладу, став мотиватором для багатьох ветеранів АТО/ООС, які після ампутацій шукали можливість повернутися до активного життя.

Приклад 4. Максим Яровий — «з дитячого паралічу до чемпіона світу»

Максим Яровий, паралімпійський чемпіон із лижних перегонів і біатлону, народився з дитячим церебральним паралічем. Його шлях до спорту був складним і сповненим численних операцій, реабілітацій та соціальних бар'єрів. Незважаючи на це, він не тільки здобув медалі найвищого ґатунку на Паралімпійських іграх у Сочі та Пхьончхані, але й став прикладом соціальної активності.

У своїх інтерв'ю Яровий часто говорить, що спорт відкрив йому шлях до нової ідентичності: замість «людини з інвалідністю» він почав сприймати себе як спортсмена, лідера та приклад для інших. Це підтверджує тезу Горностая [11, с. 137] про те, що участь у спорті здатна трансформувати кризову особистісну ідентичність, заміщаючи відчуття втрати новими соціальними ролями та досягненнями.

Крім того, історія Ярового актуалізує значення колективної підтримки: саме завдяки системі українського параолімпійського спорту, що передбачає комплексну фізичну та психологічну допомогу, він зміг пройти шлях від пацієнта реабілітаційного центру до чемпіона світу.

Приклад 5. Ігор Цветов — «швидкість, що долає бар'єри».

Легкоатлет Ігор Цветов спеціалізується на бігових дисциплінах для спортсменів із порушенням інтелектуального розвитку. Його перемоги на

Паралімпійських іграх у Ріо-де-Жанейро та численних чемпіонатах світу стали доказом того, що навіть у випадках когнітивних труднощів спорт може виступати потужним ресурсом для інтеграції особистості.

Важливим є те, що Цветов завдячує своїм досягненням не лише фізичним тренуванням, а й системній психологічній підтримці з боку тренерів і фахівців. Науковці наголошують, що саме комплексний підхід — поєднання фізичної активності з психологічним супроводом — забезпечує найвищу ефективність у подоланні наслідків травматичних подій та формуванні стійкості [44, с. 217]. Його успіхи доводять, що спорт може компенсувати не тільки фізичні обмеження, а й стати фактором когнітивного та емоційного розвитку.

Приклад 6. Оксана Зубковська — «перемога над тишею»

Оксана Зубковська — українська паралімпійська легкоатлетка, яка має вади слуху й виступає у стрибках у довжину. Її історія особлива тим, що вона стикається не лише з фізичними обмеженнями, а й зі складностями комунікації. Утім, це не стало перешкодою для трьохкратної паралімпійської чемпіонки (2008, 2012, 2016), яка встановила світові рекорди.

Важливим у її прикладі є те, що спорт дозволив подолати соціальну ізоляцію, з якою часто стикаються люди з порушеннями слуху. Зубковська стала прикладом того, як спорт сприяє розвитку внутрішньої мотивації, соціальної активності та лідерських якостей. Відповідно до висновків дослідників [39, с. 185–187], участь у змагальній діяльності зміцнює відчуття належності до спільноти, що позитивно впливає на психологічний стан особистості.

Приклад 7. Григорій Вовчинський — «біатлон як школа витривалості»

Григорій Вовчинський, паралімпійський чемпіон і багаторазовий призер із лижних перегонів та біатлону, народився з вродженою вадою розвитку правої руки. Його спортивні досягнення — результат багаторічних тренувань, що стали не лише способом фізичної адаптації, а й прикладом психологічної витривалості.

Вовчинський у своїх виступах неодноразово підкреслював, що головною мотивацією для нього є довести, що «фізичні бар'єри існують лише в голові». Його історія підтверджує думку Панка [40, с. 7] про те, що психологічна стійкість у поєднанні з соціальною підтримкою здатна компенсувати наслідки фізичних обмежень і трансформувати їх у джерело натхнення.

Приклад 8. Віктор Дідух — «настільний теніс після онкології»

Окремим прикладом стійкості є історія Віктора Дідуха — паралімпійського чемпіона з настільного тенісу. Його шлях особливий тим, що він був професійним спортсменом ще до тяжкої хвороби. Після діагнозу онкології та подальшої ампутації ноги він не тільки повернувся до спорту, а й став одним із лідерів української паралімпійської збірної.

Цей випадок особливо яскраво демонструє феномен «посттравматичного зростання», описаний у працях Климчука [21, с. 49–50]: людина, яка пережила кризу, здатна не лише відновитися, а й досягти нового рівня розвитку, реалізуючи потенціал, недоступний у попередніх обставинах. Дідух став для багатьох символом того, що навіть тяжкі хвороби й ампутації не є вироком для активного життя та спортивних досягнень.

Досвід українських паралімпійців демонструє унікальне поєднання фізичної сили, психологічної стійкості та соціальної значущості їхніх досягнень. Історії Оксани Ботурчук, Андрія Демчука, Максима Ярового, Ігоря Цветова, Оксани Зубковської, Григорія Вовчинського та Віктора Дідуха засвідчують, що спорт може стати не лише способом реабілітації, а й потужним інструментом посттравматичного зростання, коли криза відкриває нові можливості для самореалізації [21, с. 49–50]. Їхні приклади підтверджують, що навіть після серйозних фізичних обмежень людина здатна подолати психологічні бар'єри, сформувавши нову ідентичність і досягти суспільного визнання.

При цьому ключовими умовами успіху є доступ до якісної спортивної інфраструктури, психологічної підтримки та командної взаємодії [38; 44]. Паралімпійці стають символами незламності, адже їхні досягнення виходять

за межі особистих історій і перетворюються на джерело колективної мотивації для суспільства. Вони доводять, що фізичні та психологічні травми не є остаточним вироком, а навпаки — можуть стати відправною точкою для нових звершень. Саме тому досвід паралімпійців має стратегічне значення для формування сучасних реабілітаційних практик в Україні та сприяє руйнуванню стереотипів щодо людей з інвалідністю, підкреслюючи їхню активну роль у суспільному житті [39, с. 185–187; 40, с. 7].

3.3. Параспорт як інструмент соціалізації та психоемоційного відновлення

Параспорт — це не лише форма фізичної активності для людей з інвалідністю, а насамперед комплексний соціокультурний феномен, що сприяє інтеграції особистості у суспільство, відновленню її психоемоційного балансу та формуванню нових моделей життя. Дослідження показують, що регулярні спортивні заняття допомагають особам із порушеннями здоров'я не лише зберегти фізичну активність, але й значно підвищити рівень самоповаги, комунікативних навичок і соціальної адаптації [31, с. 165–170].

Залучення до параспорту створює нові соціальні ролі та сприяє подоланню стигматизації, яку часто переживають люди з інвалідністю. Участь у змаганнях, тренуваннях, спортивних таборах і зборах дозволяє відчути себе частиною команди, що позитивно впливає на формування відчуття належності до соціуму. Як підкреслюють Максименко та колеги [39, с. 230–233], у процесі спортивної діяльності індивід отримує можливість відновити ідентичність, яка зазнала змін унаслідок травми чи хвороби.

Параспорт також виступає механізмом інтеграції ветеранів війни та внутрішньо переміщених осіб. За даними Міністерства у справах ветеранів [34], спортивні програми стають ефективним засобом повернення ветеранів до активного суспільного життя, оскільки знижують рівень соціальної ізоляції та сприяють розвитку комунікативних і професійних навичок.

Фізичні тренування та спортивні досягнення формують у спортсменів із травмами почуття контролю над власним тілом і життям, що надзвичайно важливо для подолання посттравматичних станів. За даними Климчука [21, с. 49–52], спорт може виступати каталізатором посттравматичного зростання, коли негативний досвід трансформується у нові можливості. Психоемоційний ефект посилюється завдяки ендорфіновій відповіді організму, а також через усвідомлення власної спроможності долати фізичні й психологічні бар'єри.

У працях Панка [40, с. 7–8] зазначається, що участь у спортивних заходах для осіб з інвалідністю є важливим ресурсом відновлення психологічної стійкості, оскільки поєднує фізичне навантаження з позитивним емоційним досвідом, підтримкою команди та визнанням з боку суспільства.

Параспорт має ще одну особливість — він сприяє формуванню інклюзивного суспільства. Спільні заходи за участю людей з інвалідністю та без інвалідності (наприклад, інклюзивні марафони чи фестивалі спорту) руйнують стереотипи й створюють нові моделі взаємодії [47, с. 162–164]. Спорт стає не лише реабілітаційним інструментом, а й соціальною платформою, що змінює ставлення суспільства до осіб з особливими потребами.

Параспорт у сучасних умовах постає не лише як галузь фізичної культури, а й як потужний інструмент психологічної реабілітації та соціальної інтеграції людей з інвалідністю. Він дозволяє особистості подолати наслідки фізичних і психологічних травм, відновити відчуття цілісності та сенсу життя. Завдяки спортивній діяльності формується відчуття належності до спільноти, що зменшує ризик соціальної ізоляції, підвищує самооцінку й сприяє розвитку нових життєвих стратегій. Досвід українських паралімпійців і ветеранів, які завдяки спорту змогли подолати кризові обставини, підтверджує, що параспорт є дієвим ресурсом посттравматичного зростання [21, с. 49–52; 31, с. 165–170].

Важливим є й психоемоційний ефект: регулярні тренування допомагають відновити контроль над тілом, формують віру у власні сили та

створюють позитивний емоційний фон, необхідний для психологічної стійкості. Як наголошує Панок [40, с. 7–8], участь у спортивних заходах стає джерелом нової ідентичності й внутрішньої рівноваги, а також чинником, що сприяє зміцненню соціальних зв'язків.

Окрім того, параспорт має інклюзивний вимір: він змінює ставлення суспільства до осіб з інвалідністю, сприяє руйнуванню стереотипів і утверджує принципи рівності та взаємоповаги [39, с. 230–233; 47, с. 162–164]. Таким чином, параспорт виконує не лише індивідуальну, а й суспільну функцію, адже його вплив поширюється на ширший соціальний контекст, стаючи символом незламності та можливостей людського духу.

Отже, параспорт варто розглядати як невід'ємний елемент державних програм фізичної культури й реабілітації, оскільки він поєднує фізичне відновлення, психоемоційну стабілізацію та соціалізацію, створюючи умови для гармонійного розвитку особистості й побудови інклюзивного суспільства.

3.4. Державна та громадська підтримка параспортсменів

Розвиток параспорту неможливий без цілеспрямованої державної та громадської підтримки. Для людей з інвалідністю спортивна діяльність є не лише способом підтримання фізичної форми, а й важливим елементом психологічної реабілітації та соціалізації. Саме тому забезпечення відповідних умов для тренувань, змагань і комплексної підтримки спортсменів потребує системного підходу на рівні державної політики, місцевих ініціатив та громадянського суспільства.

В Україні питання розвитку спорту осіб з інвалідністю інтегроване в державні програми фізичної культури та реабілітації. Зокрема, Концепція розвитку фізичного виховання та спорту в закладах освіти (МОН України, 2022) наголошує на необхідності створення інклюзивних умов для занять фізичною культурою та розвитку адаптивного спорту серед дітей і молоді [32].

Ключову роль відіграє Міністерство у справах ветеранів України, яке у 2023–2024 рр. розробило стандарти й дорожні карти послуг, що включають спортивну реабілітацію як обов’язковий елемент підтримки ветеранів [34; 35]. Залучення ветеранів до параспорту визнається одним із найефективніших засобів їхньої ресоціалізації, що підтверджується дослідженнями про реінтеграцію військовослужбовців після бойових дій [36, с. 50–52].

Не менш важливим є нормативне закріплення права на реабілітацію. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров’я» (2020) визначає фізичну культуру та спорт як складову комплексної відновлювальної допомоги [14]. На практиці це означає, що держава повинна забезпечувати доступ до спортивних програм, інфраструктури та фінансування для осіб із травмами й інвалідністю.

Разом із державними інституціями надзвичайно важливу роль відіграють громадські організації, благодійні фонди та волонтерські рухи. Вони не лише організовують спортивні заходи та тренування, а й здійснюють психологічний супровід, допомагають із соціальною адаптацією. Як підкреслює аналітичний звіт НІСД [6], волонтерський рух в Україні, зокрема у сфері підтримки ветеранів та осіб з інвалідністю, став унікальним феноменом громадянського суспільства, що здатний компенсувати брак державних ресурсів.

В Україні активно діють паралімпійські та дефлімпійські комітети, спортивні федерації та клуби, що забезпечують тренувальні бази, організовують змагання та сприяють міжнародному представництву. Показовим є приклад Національного комітету спорту інвалідів України, який систематично підтримує спортсменів, забезпечує підготовку до Паралімпійських ігор та займається популяризацією параспорту серед молоді.

Ключовою складовою є зміна суспільного ставлення до осіб із інвалідністю. Громадські ініціативи, спрямовані на проведення інклюзивних марафонів, спортивних фестивалів і благодійних заходів, формують уявлення про параспорт не як «особливу нішу», а як рівноправну частину спортивного руху. Такі ініціативи сприяють зменшенню соціальної дистанції, що є

передумовою повноцінної інтеграції спортсменів у суспільство [47, с. 162–164].

Підтримка параспортсменів ґрунтується на тісній взаємодії державних структур та громадянського суспільства. Держава створює нормативну й інституційну базу для розвитку параспорту [14; 32; 34; 35], а громадські організації та волонтери забезпечують практичне втілення програм, наповнюючи їх змістом і соціальною значущістю [6; 47]. Тільки синергія цих зусиль дозволяє сформувати цілісну систему, у якій спорт стає не лише засобом фізичного відновлення, а й інструментом психологічної стійкості та інклюзивного розвитку суспільства.

РОЗДІЛ 4.

ФІЗИЧНА КУЛЬТУРА У СИСТЕМІ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВІЙСЬКОВИХ: ПРАКТИЧНИЙ АСПЕКТ

4.1. Досвід реабілітаційних центрів для ветеранів

Система реабілітації військових і ветеранів в Україні активно розвивається під впливом масштабних соціальних викликів, що постали внаслідок війни. Вона охоплює різні аспекти — медичний, фізичний, психологічний та соціальний, — утворюючи багатовимірну модель відновлення. Важливу роль у цьому процесі відіграють спеціалізовані реабілітаційні центри, у яких фізична культура посідає ключове місце як інструмент відновлення здоров'я, формування нових життєвих навичок і повернення до повноцінної діяльності.

Законодавчі та методичні документи України визначають реабілітацію як цілісний процес. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020) наголошує на принципі комплексності та мультидисциплінарності, передбачаючи обов'язкове поєднання медичної допомоги з фізичними і психологічними практиками [14]. Міністерство охорони здоров'я у своїх методичних рекомендаціях (2021) акцентує увагу на необхідності впровадження фізкультурних технологій на всіх етапах відновлення, підкреслюючи їхню ефективність для зменшення наслідків травм, стабілізації емоційного стану та запобігання ускладненням [33]. Міністерство у справах ветеранів України останніми роками запроваджує стандарти надання послуг, які включають дорожні карти для реабілітації та адаптації ветеранів, серед яких передбачені спортивні та фізкультурні програми, а також можливості для професійної й соціальної інтеграції [34; 35].

На практичному рівні центри в Києві, Харкові, Львові та Дніпрі формують власні програми, що враховують специфіку травм та індивідуальні потреби кожного ветерана. Відновлення рухових функцій досягається завдяки

комплексам лікувальної фізкультури, адаптованих тренажерних занять, програм плавання, занять із легкої атлетики чи пауерліфтингу. Окрему увагу приділяють ветеранам із ампутаціями, для яких застосовуються спеціальні комплекси вправ, зокрема скандинавська ходьба, робота з ортопедичними протезами та сучасним обладнанням. Таке поєднання засобів фізичної культури дозволяє поступово відновлювати м'язовий тонус, розвивати витривалість і підвищувати рівень самостійності, що сприяє подальшій соціальній інтеграції.

Фізичне відновлення у центрах розглядається як складова ширшого процесу психологічної реабілітації. Дослідження М. Литовченка (2024) підтверджує значення адаптивного спорту в реабілітації ветеранів: фізичні вправи сприяють розвитку впевненості, формуванню нових цілей та відновленню почуття власної гідності [31, с. 165–168]. Подібні результати відзначають і в «Школі соціально-психологічної допомоги» у Чернігові, де фізкультурні практики застосовуються не лише для ветеранів, але й для їхніх родин, що створює умови для відновлення сімейних стосунків та зміцнення почуття єдності [18, с. 62–65]. Фізична культура постає не ізольованою сферою, а частиною комплексної психосоціальної підтримки.

Значний внесок у розвиток мережі реабілітаційних центрів здійснюють громадські організації та волонтерські рухи. Аналітичні матеріали Національного інституту стратегічних досліджень підкреслюють, що саме волонтерська активність стала однією з основних передумов становлення сучасної системи реабілітації в Україні [6]. Громадські ініціативи забезпечують центри необхідним обладнанням, організовують спортивні збори, підтримують участь ветеранів у міжнародних турнірах, тим самим створюючи нові можливості для їхнього розвитку.

Діяльність реабілітаційних центрів в Україні демонструє, що фізична культура є ефективним інструментом повернення військових і ветеранів до активного життя. Вона зміцнює тіло, стабілізує психоемоційний стан, формує стратегії самопідтримки, допомагає долати соціальні бар'єри й відновлювати

почуття спільності. Узгодженість державної політики, науково обґрунтовані програми та активна участь громадянського суспільства створюють підґрунтя для розвитку в Україні сучасної, гнучкої та результативної системи реабілітації, у центрі якої перебуває людина та її право на гідне життя [14; 18; 31; 33–35].

4.2. Приклади фізичних програм для військовослужбовців:

йога, біг, силові вправи

Йога все частіше використовується в програмах відновлення військовослужбовців як ефективний засіб поєднання фізичного навантаження з психоемоційним розвантаженням. Наукові дослідження доводять, що практика асан, дихальних вправ і медитативних технік сприяє зниженню рівня тривоги, стабілізації серцевого ритму, нормалізації сну. Особливо актуально це для ветеранів, які переживають симптоми посттравматичного стресового розладу. Вітчизняні психологи наголошують, що йога є безпечним методом, який може адаптуватися під будь-який рівень фізичних можливостей, включно з людьми після ампутацій чи тяжких поранень [21, с. 48–50].

На практиці заняття йогою у реабілітаційних центрах проводяться у малих групах, що дозволяє поєднувати індивідуальний підхід з ефектом колективної підтримки. Ветерани часто відзначають, що саме регулярність занять дає відчутний ефект: поступово знижується дратівливість, зникає безсоння, з'являється здатність концентрувати увагу. Як показує досвід київських і львівських реабілітаційних програм, навіть 20–30 хвилин йоги на день здатні стати дієвим кроком до внутрішньої стабілізації [40, с. 7–8].

Біг займає особливе місце в реабілітаційних програмах військових. Це не лише тренування серцево-судинної системи, а й символ подолання власних меж. Учасники «ветеранських пробіжок», які регулярно проводяться в Києві, Харкові, Львові, зазначають, що саме групові забіги стають простором психологічної підтримки: спільний ритм і командна динаміка створюють

відчуття єдності й повертають упевненість у собі. Біг розглядається як метафора руху вперед — від травми до нового життя.

Медичні дослідження підтверджують, що помірне кардіонавантаження стимулює вироблення ендорфінів, зменшує рівень кортизолу й формує стресостійкість [31, с. 168–170]. Для багатьох ветеранів біг стає першим кроком повернення до активного життя, адже він не потребує складного обладнання чи спеціальних умов. З часом індивідуальні пробіжки можуть перерости у змагання або марафонські дистанції, що перетворює фізичне тренування на подію з високим емоційним піднесенням.

Силові тренування залишаються базовим компонентом у реабілітації військовослужбовців. Вони спрямовані на відбудову м'язового корсету, відновлення опорно-рухового апарату та підвищення функціональної сили. Особливо актуально це для ветеранів після поранень або тривалого перебування у госпіталях, коли відчутно знижується м'язовий тонус. Використання гантелей, тренажерів або вправ із власною вагою дозволяє поступово відновити фізичну форму та координацію рухів [33, с. 12–15].

Силові заняття мають і виразний психологічний ефект. Вони формують відчуття контролю над тілом, повертають віру у власні можливості. Для ветеранів з ампутаціями силові вправи адаптуються із застосуванням протезів чи спеціального обладнання. Досвід реабілітаційних центрів Харкова й Києва підтверджує, що навіть помірні силові навантаження суттєво скорочують період адаптації, допомагають боротися з апатією та відновлюють упевненість у собі [34; 35].

Поєднання йоги, бігу та силових вправ створює комплексну модель реабілітації. Такі програми не лише відновлюють фізичні функції, а й забезпечують психоемоційну стабільність, соціалізацію та формування нової життєвої позиції. Як підкреслюють фахівці МОЗ України, саме багатовекторність і поступовість фізичних програм забезпечує їх довготривалий ефект [14; 33; 37].

Важливо, що ці практики легко інтегруються у повсякденне життя ветеранів. Йога може виконуватися в домашніх умовах, біг — на вулиці чи стадіоні, силові вправи — навіть без спеціального обладнання. Це робить програми доступними й стійкими в довгостроковій перспективі. З огляду на це, фізичні практики стають невід’ємною частиною державної системи підтримки військових, а їхнє поширення сприяє формуванню культури здоров’я та психічної стійкості у суспільстві загалом [40, с. 9–10].

В Україні останніми роками формується розгалужена мережа реабілітаційних центрів, які інтегрують у свою роботу різноманітні фізичні програми. Одним із яскравих прикладів є Національний центр реабілітації ветеранів у Києві, де поєднуються заняття йогою, силові тренування та групові кардіоактивності. Спеціалісти центру підкреслюють, що навіть після кількох тижнів регулярних занять у ветеранів спостерігається зменшення больових відчуттів, стабілізація артеріального тиску та поліпшення психологічного стану. Цей досвід узгоджується з міжнародними стандартами, визначеними у «Керівництві МПК із психічного здоров’я та психосоціальної підтримки» [19, с. 85–88].

У Львові функціонує реабілітаційна програма для військових «Повернення до життя», де біг є основним інструментом відновлення. Там регулярно організовуються «ветеранські забіги», які мають подвійну мету: зміцнення фізичної форми та соціалізація учасників. Для багатьох ветеранів саме колективні пробіжки стають символом подолання ізоляції, адже біг у спільноті повертає відчуття товариства, втраченого після служби. Участь у забігах поступово переходить у включення до марафонського руху, що стає сильним мотиваційним чинником для відновлення життєвої енергії [31, с. 169–170].

У Дніпрі діє центр, де особливу увагу приділяють силовим тренуванням для ветеранів з травмами кінцівок. Тут застосовують сучасні протези та спеціалізоване обладнання, що дозволяє навіть після ампутацій виконувати вправи з опором. Практика доводить, що адаптовані силові навантаження не

лише сприяють фізичному відновленню, а й суттєво знижують рівень психологічної тривожності. Ветерани відзначають, що саме можливість відчувати контроль над тілом, навіть у нових умовах, повертає їм віру у власні сили. Це повністю відповідає підходу, викладеному в «Стандартах надання послуг із реабілітації та реадaptaції ветеранів» [35, с. 14–15].

Важливою частиною сучасних програм є також інтеграція спорту в систему соціальної адаптації. Наприклад, у Харкові впроваджується практика поєднання йоги та арт-терапії. Після фізичних занять ветерани працюють у творчих майстернях, що дозволяє не лише розвантажити тіло, а й опрацювати внутрішні емоції. Подібний комплексний підхід підтримується Міністерством у справах ветеранів України, яке наголошує на важливості поєднання фізичного, психологічного й соціального відновлення [34, с. 22–23].

Ці приклади демонструють, що фізичні програми не обмежуються лише набором вправ. Вони інтегруються у ширший контекст реабілітаційних практик, спрямованих на повернення ветеранів до повноцінного життя. Йога формує внутрішню рівновагу, біг розвиває витривалість і символізує рух уперед, силові вправи повертають контроль над тілом, а комплексна система занять створює простір для особистісного зростання. У результаті формується цілісна модель відновлення, де фізичне і психологічне здоров'я розглядаються як взаємопов'язані складові.

Фізичні програми, що застосовуються у роботі з військовослужбовцями, мають багатовимірний ефект: вони не лише зміцнюють тіло, а й відновлюють внутрішню рівновагу та мотивацію до активного життя. Йога формує здатність до самоконтролю й знижує рівень стресу; біг стимулює витривалість, об'єднує ветеранів у спільноти та стає символом подолання перешкод; силові вправи відновлюють відчуття сили й контроль над тілом, особливо важливі після травм і ампутацій. Приклади українських реабілітаційних центрів доводять, що саме комплексний підхід, де поєднуються різні види фізичної активності, створює оптимальні умови для повернення ветеранів до активного соціального та професійного життя.

Отже, фізичні програми стають важливим елементом системи реабілітації: вони відновлюють фізичний ресурс, підтримують психічне здоров'я та сприяють інтеграції військових у суспільство. Їх ефективність ґрунтується на поєднанні науково обґрунтованих методик із реальним життєвим досвідом ветеранів, що робить такі програми невід'ємною складовою сучасної державної та громадської політики у сфері підтримки захисників України.

4.3. Оцінка ефективності фізичної активності в процесі одужання

Аналіз сучасних підходів до відновлення здоров'я військовослужбовців та ветеранів доводить, що фізична активність є одним із ключових чинників ефективної реабілітації. Вона не тільки сприяє фізичному відновленню організму після поранень, а й істотно впливає на психоемоційний стан людини, її соціальну інтеграцію та якість життя. Важливість цього аспекту підкреслюють як національні дослідження, так і міжнародні наукові огляди, що демонструють системний позитивний ефект рухової активності на процес одужання [7, с. 12–18; 31, с. 165–170].

По-перше, фізичні вправи дозволяють зменшити соматичні симптоми, які виникають унаслідок тривалої гіподинамії чи після отриманих травм. Регулярні тренування стимулюють роботу серцево-судинної системи, знижують рівень запальних процесів у м'язах та суглобах, нормалізують гормональний фон. Дослідження американських військових медиків показують, що навіть базові фізичні навантаження (щоденні вправи протягом 30–40 хвилин) знижують ризик розвитку хронічного болю та скорочують тривалість відновлення після операцій [52]. В українських умовах подібні висновки підтверджені практикою центрів, які впроваджують адаптивні програми фізичної культури для ветеранів [33, с. 9–12].

По-друге, оцінка ефективності фізичної активності повинна враховувати психологічний вимір. Фізичні вправи сприяють зниженню рівня тривожності,

симптомів депресії та ПТСР. Це пояснюється виробленням ендорфінів і серотоніну, які мають антидепресивний ефект. Згідно з дослідженням В. Климчука, фізичні заняття виступають каталізатором посттравматичного зростання, тобто здатності людини переосмислювати власний досвід і знаходити нові ресурси розвитку після травми [21, с. 49–50]. Таким чином, оцінюючи ефективність фізичної активності, слід враховувати не лише фізичні показники, а й глибокі внутрішні трансформації особистості.

По-третє, важливою складовою є соціальний вимір ефективності. Участь у колективних формах рухової активності (групові заняття, командні ігри, марафонські забіги, ветеранські змагання) підвищує рівень соціальної залученості, зменшує відчуття ізолюваності, формує нові соціальні зв'язки. Це особливо важливо для військовослужбовців, які після фронту часто стикаються з труднощами адаптації до мирного життя. Практика ветеранських бігових клубів у Львові чи програм адаптивного спорту в Харкові підтверджує, що регулярна фізична активність у колективі не лише покращує фізичний стан, але й стає механізмом соціальної реінтеграції [31, с. 169–170; 47, с. 163–165].

Слід зазначити, що оцінка ефективності фізичної активності здійснюється як за об'єктивними медичними критеріями (показники витривалості, відновлення функцій, зниження больового синдрому), так і за суб'єктивними (самопочуття, рівень тривожності, задоволеність життям). Досвід українських реабілітаційних програм свідчить, що саме поєднання цих двох підходів дозволяє комплексно оцінити вплив фізичної культури на процес одужання [33; 35].

Оцінка ефективності фізичної активності в процесі одужання вимагає науково обґрунтованих інструментів. У сучасних дослідженнях використовуються як медичні, так і психологічні методи діагностики. Серед медичних показників насамперед враховують зміни в роботі серцево-судинної системи (частота серцевих скорочень у стані спокою, артеріальний тиск, рівень насичення крові киснем), показники м'язової сили та витривалості, швидкість загоєння тканин після травм.

Водночас не менш потрібними є психологічні критерії ефективності, що вимірюються за допомогою стандартизованих опитувальників і шкал. Наприклад, застосування шкали PCL-5 для діагностики симптомів ПТСР [3], опитувальника професійної життєстійкості (О. Кокун) [22] чи шкали оцінки посттравматичного зростання (V. O. Klymchuk) [21] дозволяє простежити позитивну динаміку психоемоційного стану ветеранів під впливом систематичних фізичних тренувань. Суб'єктивні оцінки самопочуття, зниження рівня тривожності та зростання відчуття контролю над власним життям є не менш показовими, ніж суто медичні результати.

У міжнародній практиці існує чимало прикладів, які підтверджують високу ефективність фізичної активності для ветеранів. У США програма Warrior Transition Units поєднує фізичні тренування, адаптивний спорт і психологічне консультування. Її результати свідчать про суттєве зниження рівня депресії та підвищення соціальної активності серед військових, які брали участь у бойових діях в Іраку та Афганістані [49]. В Ізраїлі, де існує довготривала традиція комплексної реабілітації військовослужбовців, акцент робиться на командних видах спорту, що не лише сприяють фізичному відновленню, а й відновлюють відчуття довіри та взаємопідтримки [53]. Європейський досвід демонструє ефективність програм бігових клубів для ветеранів, які інтегрують учасників у цивільні спортивні ініціативи, долаючи бар'єри соціальної ізоляції [47, с. 163–164].

Український контекст має свою специфіку. Через повномасштабну війну потреба у системних реабілітаційних програмах для військовослужбовців значно зросла. Практика показує, що найбільш ефективними є комплексні програми, які поєднують фізичні вправи (йога, біг, силові тренування) з психологічним супроводом та соціальною підтримкою. Наприклад, у реабілітаційних центрах Києва та Львова застосовуються методики адаптивної фізичної культури, що дають змогу ветеранам із пораненнями кінцівок поступово відновлювати м'язову силу та координацію. Паралельно

проводяться заняття з групової психотерапії, що допомагає подолати ПТСР і відчуття самотності [31, с. 167–169; 34].

Особливо важливою є оцінка довготривалого ефекту фізичної активності. Досвід свідчить, що систематичні заняття спортом формують у ветеранів більш високий рівень життєстійкості, знижують ризик суїцидальних думок і сприяють поверненню до активної професійної діяльності [36, с. 52–54]. Це підтверджує, що фізична культура повинна бути не короткочасним інструментом відновлення, а постійним елементом способу життя ветеранів.

Отже, оцінка ефективності фізичної активності у процесі реабілітації військових доводить її беззаперечне значення для відновлення як фізичного, так і психоемоційного здоров'я. Комплексний аналіз медичних показників – сили, витривалості, серцево-судинних функцій – у поєднанні з психологічними шкалами оцінки рівня тривожності, симптомів ПТСР і життєстійкості демонструє тісний взаємозв'язок між руховою активністю та якістю життя ветеранів [3; 7, с. 20–21; 22; 33].

Міжнародний досвід (США, Ізраїль, країни ЄС) підтверджує, що включення спортивних практик до програм реабілітації зменшує прояви депресії, стимулює соціалізацію й формує почуття спільності [47, с. 163–164; 49; 53]. Українські центри, які застосовують методики адаптивної фізичної культури, досягають схожих результатів: ветерани, залучені до систематичних тренувань, швидше відновлюють фізичні функції, знижують рівень стресу та отримують додатковий ресурс для інтеграції в суспільство [31, с. 167–169; 34].

Фізична активність у реабілітаційному процесі не є факультативним чи допоміжним засобом – вона виступає базовим компонентом, без якого повноцінне відновлення практично неможливе. Саме регулярність, системність і комплексність програм роблять їх найбільш ефективними, адже вони впливають одночасно на тіло, психіку та соціальну активність. Фізична культура перетворюється на своєрідний «міст» між травматичним досвідом і поверненням до активного, осмисленого життя, що робить її ключовим

чинником у системі підтримки та реабілітації захисників України [36, с. 52–54].

4.4. Роль тренерів, реабілітологів і психологів у роботі з військовими

Успішність фізичної та психосоціальної реабілітації військових значною мірою залежить від професійної взаємодії тренерів, реабілітологів і психологів. Їхня робота утворює єдину систему, де кожен фахівець відповідає за конкретний аспект відновлення, а разом вони створюють комплексну програму допомоги, що охоплює тіло, психіку й соціальне функціонування особистості.

Тренери з фізичної культури та спорту відіграють ключову роль у формуванні безпечних і поступових програм рухової активності. Вони розробляють індивідуальні плани тренувань із врахуванням стану здоров'я, отриманих поранень і рівня фізичної підготовки військовослужбовця. При цьому акцент робиться на принципі поступового навантаження, що дає змогу уникати повторних травм і поступово відновлювати м'язову силу, координацію та витривалість [33; 38]. Тренери також виступають важливим джерелом мотивації: їхня підтримка та віра в можливості учасника програми підсилює впевненість ветерана у власних силах і стимулює до регулярних занять.

Реабілітологи працюють на перетині медицини та фізичної культури. Вони спеціалізуються на відновленні функцій опорно-рухового апарату, нервової та серцево-судинної систем, застосовують методи кінезотерапії, масажу, фізіотерапевтичних процедур. Саме реабілітолог є тим фахівцем, який визначає, які вправи можна виконувати на різних етапах одужання, як адаптувати навантаження для людей з ампутаціями чи тяжкими пораненнями. Крім того, реабілітологи допомагають відновлювати побутові навички, навчають правильної техніки рухів і контролю за власним тілом, що суттєво підвищує рівень самостійності та впевненості ветерана [7, с. 20–23; 33, с. 14].

Не менш важливою є роль психологів, які забезпечують емоційно-психологічний супровід процесу фізичної реабілітації. Адже навіть добре розроблена програма фізичних вправ може втратити ефективність у випадку, якщо військовий перебуває в стані депресії, тривожності чи посттравматичного стресового розладу. Психологи допомагають знизити рівень психологічного напруження, формують стратегії подолання негативних емоцій і вчать ветеранів адаптивним моделям поведінки [10; 21]. Важливим напрямом є також робота із сім'ями військовослужбовців, адже підтримка найближчого оточення значно підвищує шанси на успішне відновлення.

Співпраця цих трьох категорій фахівців має інтегративний характер. Тренер спирається на рекомендації реабілітолога та психолога, коригуючи програму тренувань; реабілітолог узгоджує відновні процедури з фізичними навантаженнями; психолог, у свою чергу, працює над зниженням бар'єрів, що можуть завадити систематичним заняттям.

У сучасних українських реаліях особливу вагу має також громадський і волонтерський компонент. Нерідко саме громадські ініціативи забезпечують залучення тренерів та психологів до роботи з ветеранами, організовують групові заняття, спортивні табори й психологічні тренінги. Це створює додаткове середовище підтримки, де військові отримують не лише професійну допомогу, а й соціальні зв'язки, що сприяють відчуттю приналежності до спільноти [6; 34].

Урешті-решт, роль тренерів, реабілітологів і психологів у роботі з військовими не зводиться лише до виконання своїх вузьких функцій. Вони стають провідниками у складному процесі повернення до активного життя, забезпечують цілісний вплив на фізичний, психоемоційний і соціальний стан ветеранів. Їхня співпраця є ключовим чинником успіху системи реабілітації, що поєднує індивідуальний підхід, науково обґрунтовані методики та людську підтримку.

РОЗДІЛ 5.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ ТА АВТОРСЬКА ПРОГРАМА

5.1. Розробка адаптивних програм фізичної активності для осіб із ПТСР

Розробка адаптивних програм фізичної активності для осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) є одним із ключових напрямів сучасної реабілітаційної практики, оскільки саме рухова активність створює необхідні умови для стабілізації емоційного стану, зниження тривожності та формування відчуття контролю над власним тілом і життям [7; 21]. У наукових дослідженнях доведено, що фізична культура, будучи інтегрованою у процес реабілітації, допомагає зменшити інтенсивність симптомів ПТСР, нормалізувати сон, покращити когнітивні функції та сприяє соціальній адаптації [8; 40].

Адаптивні програми передбачають урахування специфіки психоемоційного стану осіб, які пережили бойові дії чи інші екстремальні події. Симптоми ПТСР проявляються у вигляді флешбеків, підвищеної дратівливості, проблем зі сном, соматичних скарг, а також у тенденції до ізоляції та уникання соціальних контактів [8; 36]. У такому випадку традиційні тренувальні схеми можуть виявитися надто стресогенними, тому програми фізичної активності потребують спеціальної адаптації. Найважливішим принципом стає поступовість: початок із мінімальних навантажень, індивідуалізація тривалості та інтенсивності занять, обов'язкове врахування стану здоров'я й наявних фізичних обмежень [14; 33].

Міжнародний і український досвід свідчить, що найбільш ефективними є комплексні програми, які поєднують аеробні навантаження, силові вправи, тренування на гнучкість і координацію з психотерапевтичними інтервенціями. Популярності набули методики тілесно-орієнтованої терапії, зокрема «Trauma-Sensitive Yoga», яка довела свою ефективність у зниженні рівня тривожності та покращенні регуляції емоцій серед ветеранів у США, Канаді та країнах ЄС

[19; 53]. Подібні практики знаходять застосування і в Україні, де в реабілітаційних центрах для військових та ветеранів пропонуються заняття йогою, скандинавською ходьбою, плаванням і адаптивними іграми [31; 33].

Розробимо програму фізичної активності для осіб із посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) з акцентом на жінок.

Фізична активність асоціюється зі зниженням симптомів ПТСР, поліпшенням сну, зниженням тривоги та депресії. Систематичні огляди виявляють помірний позитивний ефект, хоча якість доказів варіює (огляди та мета-аналізи).

Жінки з ПТСР — вища поширеність ПТСР, частіша коморбідність із депресією, тривогою, хронічним болем та розладами сну. Необхідно враховувати репродуктивний статус (вагітність, післяпологовий період).

Перед початком програми потрібно провести скринінг на ПТСР (використання валідованих інструментів: PCL-5), оцінка фізичного стану (PAR-Q+, ризики серцево-судинних хвороб), медикаментозна історія, поточні симптоми дисоціації і ризики самопошкодження. У жінок слід коригувати також навантаження при менструальному циклі, вагітності, лактації. У жінок з історією сексуальної травми — віддають перевагу приватним або малогруповим форматам.

Принципи: безпечний простір, вибір часу та локації пацієнтом, політика інформованої згоди, уникнення непроханих дотиків та силових перевантажень; можливість перерви при симптомах флешбеку або дисоціації; адаптація інтенсивності при активізації симптомів

Базова рекомендація:

- поступове нарощування до 150 хв/тиждень помірної аеробної активності або 75 хв/тиждень інтенсивної + 2 рази/тиждень силове навантаження;
- індивідуальне дозування залежно від толерантності та фізичного стану;

– включити mind-body практики (йога, дихальні вправи) як доповнення.

Аеробна активність пов'язана зі зниженням симптомів тривоги/депресії та покращенням настрою; RCT та квазіекспериментальні дослідження ускладнюють висновки, тим не менш спостерігається користь при регулярних програмах.

Силові тренування сприяють покращенню функціонального стану, самопочуття та зниженню симптомів депресії – включати вправи на великі групи м'язів 2 рази/тиждень. Для жінок необхідно враховувати ризик остеопорозу (особливо після менопаузи) і травми при попередніх фізичних ушкодженнях.

Значної ваги набуває групова форма фізичної активності. Вона створює простір соціальної підтримки, відновлює довіру та сприяє подоланню почуття ізоляції. Саме спільність і колективний досвід є тими ресурсами, які допомагають ветеранам та переселенцям переосмислювати власний травматичний досвід і поступово інтегрувати його у нову життєву стратегію [2; 46]. Фізична культура у цьому випадку виконує не лише терапевтичну, але й соціально-інтегративну функцію, адже вона дає змогу людині відчувати себе частиною колективу та віднайти нові сенси життя, що прямо пов'язано з феноменом посттравматичного зростання [21].

Важливим методологічним орієнтиром є травмоінформований підхід, який передбачає створення безпечного середовища для занять. Це означає уникнення факторів, здатних викликати тригерні реакції, наприклад гучних звуків, перевантажених приміщень або неконтрольованого фізичного контакту [8]. Значну увагу приділяють технікам саморегуляції, таким як дихальні вправи, тілесне сканування, медитативні практики, які інтегруються у заняття для забезпечення плавного переходу між фізичною активністю та психоемоційним відновленням [5; 48].

У сучасних державних документах України наголошується, що фізична культура має стати невід'ємною частиною системи міждисциплінарної реабілітації. Закон «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я» (2020) закріплює принцип комплексності, де поєднуються медичні, психологічні та соціальні аспекти [14], тоді як «Національна програма з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки» (2022) підкреслює необхідність інтеграції фізичної активності у державні програми допомоги [17]. Міністерство у справах ветеранів у своїх стандартах (2023) окремо виділяє роль адаптивного спорту й фізичної культури як базових компонентів реабілітації [35].

Розробка адаптивних програм фізичної активності для осіб із ПТСР передбачає поєднання медико-психологічних знань і практики фізичної культури. Вона спрямована не лише на фізичне відновлення, але й на психологічну стабілізацію, формування нової ідентичності та повернення особистості до активного суспільного життя. Системне впровадження таких програм є важливою умовою підвищення ефективності реабілітації та соціальної інтеграції ветеранів, внутрішньо переміщених осіб і всіх, хто пережив травматичний досвід [21; 31; 45].

5.2. Принципи індивідуального підходу у фізичній культурі

Індивідуальний підхід у фізичній культурі є ключовим принципом організації реабілітаційних програм, особливо для осіб, які пережили психотравмуючі події або мають діагностований посттравматичний стресовий розлад. На відміну від уніфікованих занять, індивідуалізовані програми враховують фізичні, психологічні та соціальні особливості конкретної людини, що підвищує їх ефективність і безпечність [21; 38].

Потреба в індивідуалізації зумовлена тим, що наслідки травматичного досвіду мають різний ступінь інтенсивності й проявляються по-різному. У деяких осіб домінують соматичні симптоми – порушення сну, вегетативні розлади, хронічна втома, інші ж стикаються з вираженими емоційними

проблемами, такими як тривога, депресія чи соціальна ізоляція [7; 8]. Тому єдиний підхід не може забезпечити повного відновлення, і саме принцип індивідуальності дозволяє поєднати фізичні навантаження з урахуванням психоемоційного стану людини [40].

Індивідуалізація виявляється у виборі виду фізичної активності, рівня інтенсивності, тривалості занять і методів мотивації. Для одних більш прийнятними є активні види спорту — біг, командні ігри чи силові тренування, для інших — більш м'які практики, як-от йога, пілатес, скандинавська ходьба або плавання [5; 31]. При цьому важливо забезпечити гнучкість програми, що дозволяє змінювати її залежно від динаміки фізичного й психологічного стану.

Особливого значення набуває психоемоційна безпека під час занять. Програма повинна уникати тригерних факторів, які можуть викликати негативні спогади або загострення симптомів ПТСР. Наприклад, у деяких ветеранів різкі звуки чи певні рухові патерни здатні провокувати флешбеки, тому інструктор має враховувати подібні ризики, адаптуючи вправи [19; 48]. Безпечне середовище та довірчі стосунки між учасником і фахівцем стають основою для ефективної роботи [14].

У практиці індивідуалізованого підходу значну роль відіграє також мотиваційний компонент. Людина, яка перебуває у стані психологічної виснаженості, часто втрачає інтерес до активності, тому завдання фахівця полягає у формуванні позитивного ставлення до занять, демонстрації малих, але відчутних результатів, а також підтримці внутрішньої мотивації [22; 45]. Важливим фактором виступає і включення родини або найближчого соціального оточення, яке може підсилювати ефект занять та закріплювати досягнутий результат [2].

На державному рівні принцип індивідуального підходу відображений у нормативних документах, зокрема у методичних рекомендаціях МОЗ щодо організації реабілітаційної допомоги (2021), які підкреслюють необхідність персоналізації програм відповідно до потреб ветеранів та інших категорій осіб із психотравматичним досвідом [33]. Міністерство у справах ветеранів у

«Стандартах надання послуг із реабілітації та реадaptaції ветеранів» (2023) також наголошує, що програми мають бути гнучкими та враховувати індивідуальний рівень фізичної й психічної готовності до навантажень [35].

Отже, індивідуальний підхід у фізичній культурі є системним принципом, який передбачає врахування медичних показників, психологічних особливостей, соціального контексту та особистих уподобань людини. Його реалізація забезпечує не лише підвищення ефективності фізичної реабілітації, але й сприяє відновленню цілісності особистості, зміцненню віри у власні сили та поверненню до активного суспільного життя [21; 31; 45].

5.3. Форми занять: групові, індивідуальні, рухливі ігри, арт-фізкультура

Групові заняття займають особливе місце у фізичній культурі та реабілітації осіб із ПТСР. Їхня цінність полягає не лише у фізичному впливі, а й у відновленні соціальної активності, формуванні відчуття приналежності до спільноти та зниженні рівня соціальної ізоляції. Для багатьох ветеранів та переселенців саме групові форми стають першим кроком до подолання відчуження, оскільки у спільному тренуванні створюється атмосфера підтримки й довіри [2; 46].

Заняття в групі сприяють формуванню позитивної мотивації через ефект взаємного прикладу: учасники надихаються успіхами інших, відчують відповідальність перед колективом, що підвищує регулярність і дисципліну у виконанні вправ. Дослідження підтверджують, що саме колективні види активності, зокрема командні ігри, групова йога чи колективні тренування зі скандинавської ходьби, допомагають значно швидше відновлювати емоційний баланс та стимулюють посттравматичне зростання [21; 31].

Крім того, групові заняття створюють простір для розвитку комунікативних навичок, що особливо актуально для людей, які пережили втрату чи бойовий досвід і мають труднощі у спілкуванні. Відновлення довіри до інших відбувається поступово: через спільні вправи, командні завдання та

обмін емоційним досвідом. Це дає змогу поступово інтегрувати людину у соціум і подолати почуття самотності [7; 40].

На відміну від групових, індивідуальні заняття орієнтовані на особисті потреби та стан конкретної людини. Вони є особливо актуальними для осіб із тяжкими формами ПТСР, коли групове середовище може викликати надмірне напруження, тривогу або небажані тригерні реакції. Індивідуальні форми дозволяють більш гнучко враховувати фізичні можливості, психологічний стан і медичні обмеження учасника [33; 35].

Фахівець, працюючи індивідуально, має змогу ретельно підбирати вправи, регулювати їх інтенсивність та темп, змінювати програму залежно від щоденної динаміки стану. Наприклад, при високому рівні тривожності акцент робиться на дихальних вправах, розтягуванні, спокійних видах рухової активності (йога, пілатес), тоді як у періоди стабілізації можуть поступово вводитися силові вправи, біг чи функціональні тренування [7; 21].

Важливим компонентом індивідуальних занять є налагодження довірчого контакту між інструктором і людиною. Це не лише підвищує ефективність фізичної активності, але й виконує терапевтичну функцію: учасник відчуває підтримку, безпечність та контрольованість процесу [8]. Саме тому індивідуальна форма часто використовується на початкових етапах реабілітації, коли людина ще не готова до колективних занять. Згодом вона може стати основою для переходу у групові форми, що сприяють соціалізації [40].

Рухливі ігри у фізичній культурі мають особливе значення для осіб із ПТСР, оскільки поєднують у собі елементи фізичного навантаження, психоемоційного розвантаження та соціальної взаємодії. На відміну від формальних тренувань, вони сприймаються більш природно й невимушено, що допомагає знизити рівень тривоги та напруження [46].

Гра як форма діяльності стимулює позитивні емоції, відновлює здатність до спонтанності й творчості, що часто втрачається унаслідок травматичного досвіду. Для дорослих ветеранів або внутрішньо переміщених осіб це може

бути нетиповим способом відновлення, проте саме ігрова активність повертає відчуття радості та безпеки, а також розвиває вміння діяти в команді [21; 31].

У практиці реабілітаційних програм застосовуються як традиційні рухливі ігри (естафети, командні завдання, ігри з м'ячем), так і спеціально адаптовані варіанти з елементами тренування на увагу, координацію чи швидкість реакції. Такі вправи сприяють зменшенню проявів гіпервозбудження та допомагають перенаправити надлишкову енергію у конструктивне русло [7].

Окремої уваги заслуговує використання ігор із терапевтичною метою. Вони можуть моделювати безпечні соціальні ситуації, у яких учасник тренується відновлювати довіру, вчиться взаємодіяти та приймати рішення в умовах колективної дії. Це має прямий вплив на соціальну адаптацію й зниження симптомів уникання, характерних для ПТСР [2; 40].

Арт-фізкультура є інноваційною формою занять, що поєднує елементи фізичної активності з творчим самовираженням. Вона базується на принципах арт-терапії, де рух розглядається не лише як засіб фізичного навантаження, але і як спосіб відреагування внутрішніх переживань, зниження психоемоційної напруги та відновлення гармонії між тілом і свідомістю [5; 12].

Для осіб із ПТСР арт-фізкультура є особливо цінною, адже дозволяє через пластичні рухи, танцювальні елементи чи ритмічні вправи символічно опрацьовувати травматичний досвід, не звертаючись до прямих вербальних описів подій. Це допомагає уникати ретравматизації, водночас сприяючи формуванню відчуття контролю над тілом і власними емоціями [19; 48].

У практиці арт-фізкультури застосовуються танцювально-рухові вправи, імпровізаційні рухи під музику, вправи на тілесну свідомість і координацію. Вони стимулюють вироблення ендорфінів, підвищують настрій та створюють умови для безпечного емоційного вивільнення. Дослідження свідчать, що такі заняття позитивно впливають на сон, знижують рівень тривожності та депресивності, покращують соціальну адаптацію [8; 45].

Цікаво, що арт-фізкультура може проводитися як індивідуально, так і в групах. У групових формах вона набуває додаткового значення — учасники спільно створюють рухові композиції, підтримують одне одного, що сприяє згуртованості та соціальному відновленню [2; 46]. У поєднанні з іншими методами фізичної та психологічної реабілітації арт-фізкультура формує цілісну систему відновлення, орієнтовану на інтеграцію тіла, психіки та соціального функціонування.

Таким чином, різні форми занять — групові, індивідуальні, рухливі ігри та арт-фізкультура — утворюють єдиний комплекс можливостей для фізичної й психологічної реабілітації осіб із ПТСР. Вони дозволяють варіювати інтенсивність і характер активності залежно від потреб людини, забезпечують поєднання фізичного розвитку з психоемоційним оздоровленням і створюють умови для соціальної інтеграції [21; 31; 45].

5.4. Впровадження фізичної активності в державні програми реабілітації

Включення фізичної активності в державні програми реабілітації осіб із посттравматичним стресовим розладом та іншими наслідками психотравматичних подій є стратегічним завданням сучасної системи охорони здоров'я України. На законодавчому рівні це питання відображене у «Законі України “Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я”» (2020), який визначає фізичну культуру та спорт як один із ключових напрямів відновлення здоров'я та соціальної адаптації [14].

Міністерство охорони здоров'я України у «Методичних рекомендаціях щодо організації реабілітаційної допомоги в закладах охорони здоров'я» (2021) наголошує на необхідності інтеграції рухової активності до комплексних реабілітаційних програм. Фізичні вправи розглядаються не лише як спосіб відновлення функціонального стану організму, а й як інструмент профілактики депресивних та тривожних розладів, що супроводжують ПТСР [33].

Інший напрям становлять програми, спрямовані на ветеранів та військовослужбовців. Міністерство у справах ветеранів України у «Стандартах надання послуг із реабілітації та реадaptaції ветеранів» (2023) передбачає застосування фізичної активності у поєднанні з психологічною та соціальною підтримкою, що дозволяє забезпечити комплексність допомоги [35]. У «Дорожній карті послуг для ветеранів» (2024) наголошується на важливості спортивної реабілітації як складової повернення ветеранів до активного життя, включно з можливостями професійного та аматорського спорту [34].

Важливим нововведенням є розробка Національної програми з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (2022), що впроваджується під егідою Кабінету Міністрів України. Програма підкреслює, що фізична активність має інтегруватися у реабілітаційні моделі як ресурс підвищення стресостійкості та формування здорових способів подолання наслідків війни [17].

У практичному вимірі реалізація державних програм передбачає створення спеціалізованих центрів, спортивних клубів і секцій для ветеранів та переселенців, упровадження адаптивного спорту (плавання, легка атлетика, ігрові види спорту, скандинавська ходьба тощо) [31; 32]. Значну роль відіграє співпраця державних інституцій із громадськими організаціями та волонтерськими ініціативами, які розробляють та впроваджують власні моделі занять для різних цільових груп [6; 47].

Отже, впровадження фізичної активності у державні програми реабілітації є багаторівневим процесом, що поєднує нормативне забезпечення, розвиток інфраструктури та міжвідомчу співпрацю. Вона розглядається не лише як засіб відновлення фізичних функцій, а й як потужний ресурс психосоціальної інтеграції, що сприяє поверненню осіб із ПТСР до повноцінного життя у суспільстві.

ВИСНОВКИ

Проведене дослідження на тему «Фізична культура як засіб подолання наслідків психологічних травм в умовах кризових ситуацій» дало змогу глибоко проаналізувати як теоретичні, так і практичні аспекти впливу фізичної культури на психічне здоров'я людини. У процесі роботи було доведено, що фізична культура в сучасних умовах є не просто видом діяльності, спрямованим на зміцнення фізичної форми, а багатокomпонентною системою, яка поєднує біологічний, психологічний і соціальний вплив на особистість.

Дослідження показало, що фізична культура чинить глибокий вплив на нервову систему та психоемоційний стан людини. Регулярні фізичні вправи запускають складні нейрохімічні механізми, що регулюють роботу головного мозку. У результаті занять зростає рівень ендорфінів, серотоніну та дофаміну, які відповідають за покращення настрою, зниження рівня тривожності та формування відчуття внутрішнього комфорту. Крім того, систематичні тренування покращують роботу гіпокампа — відділу мозку, який відіграє ключову роль у процесах пам'яті, навчання та адаптації. Це має особливе значення для осіб, що пережили травматичний досвід, адже у таких людей часто спостерігаються проблеми з концентрацією, увагою та запам'ятовуванням інформації.

У процесі дослідження також було встановлено, що фізична активність безпосередньо впливає на регуляцію рівня кортизолу — гормону стресу. Вона допомагає організму ефективніше справлятися зі стресовими факторами, знижує рівень фізичного та психоемоційного напруження, а також сприяє формуванню підвищеної стресостійкості. Це надзвичайно важливо для людей, які опинилися в умовах постійної небезпеки або пережили кризові ситуації, де нервова система тривалий час перебувала у стані гіперактивації.

Крім біологічних процесів, фізична культура забезпечує відчутні психологічні ефекти. Люди, які займаються спортом або просто включають регулярну фізичну активність у свій розпорядок дня, відзначають стабілізацію

емоційного фону, покращення здатності контролювати свої реакції та зниження відчуття безпорадності. Це пояснюється тим, що фізичні вправи сприяють формуванню відчуття досягнення та поступового контролю над власним тілом і життям. Саме це стає одним із головних ресурсів для подолання психологічних травм, коли людина, крок за кроком, відновлює віру у власні сили та можливості.

Соціальний аспект фізичної культури також має важливе значення. Групові заняття, спільні тренування, участь у командних іграх або спортивних заходах створюють умови для відновлення соціальних контактів. Для людей, які пережили ізоляцію, втрату близьких або вимушене переселення, фізична активність у колективі стає інструментом повернення до активного життя, допомагає формувати нові знайомства та отримувати соціальну підтримку. Цей фактор особливо значущий у реабілітації військовослужбовців, які повертаються з фронту і часто відчують себе відчуженими від суспільства.

Під час вивчення теоретичних аспектів теми також було проаналізовано сучасні підходи до організації фізичної реабілітації. Встановлено, що найбільш ефективними є програми, які поєднують індивідуальну та групову роботу, систематичність та адаптивність фізичних навантажень, а також психологічний супровід. Зазначений комплексний підхід дає змогу працювати не лише з фізичним станом, а й з емоційною сферою людини, що робить процес відновлення більш гармонійним та результативним.

Важливим результатом стало усвідомлення того, що впровадження фізичної активності як інструмента психологічного відновлення потребує грамотної індивідуалізації. Програми мають враховувати рівень підготовки, стан здоров'я, вік, а також специфічні потреби людини, що пережила травму. Лише за таких умов фізична активність дійсно сприятиме зниженню симптомів стресу, тривожності, депресії та сприятиме відновленню життєвого балансу.

Не менш значущими є дані, отримані у процесі аналізу психоемоційних наслідків війни для різних груп населення. Війна призвела до масштабних змін

у психологічному стані суспільства. Для військовослужбовців характерні симптоми посттравматичного стресового розладу, що проявляються у вигляді флешбеків, нічних кошмарів, емоційної холодності та гіперзбудження. Ці стани значно ускладнюють інтеграцію у мирне життя, знижують працездатність і створюють додаткові труднощі у спілкуванні з близькими.

Для цивільного населення психологічні наслідки війни мають інший характер, але не менш руйнівний вплив. Люди, які втратили домівки, близьких або були змушені залишити рідні місця, стикаються з постійним відчуттям невизначеності та безпорадності. Це призводить до розвитку хронічної тривожності, депресивних станів, розладів сну, а також до так званого синдрому «втраченого майбутнього», коли людина не здатна планувати життя і жити сьогоденням. У таких випадках фізична активність може стати своєрідним стабілізатором емоційного стану, адже вона допомагає структурувати день, відновити почуття контролю над життям і повернути віру у власні сили.

Діти, які опинилися в умовах війни, переживають травматичний досвід ще гостріше. Їхня психіка більш вразлива до сильних стресових факторів. Вони часто демонструють регрес у поведінці — починають боятися залишатися наодинці, знову потребують постійної присутності батьків, проявляють дратівливість або замкненість. У шкільному середовищі спостерігаються проблеми з концентрацією уваги, зниження навчальної мотивації, труднощі у спілкуванні з ровесниками. У таких випадках фізична культура може виконувати терапевтичну функцію: рухливі ігри, спортивні естафети або групові заняття допомагають дітям знімати напругу, виражати емоції у безпечний спосіб та налагоджувати спілкування з іншими дітьми.

Особливе місце у психологічному відновленні належить людям з інвалідністю, які зазнали травм під час бойових дій. Такі особи стикаються з подвійним навантаженням: фізичні обмеження поєднуються з глибокими психологічними переживаннями через втрату колишнього способу життя, професії чи навіть соціального статусу. Досвід українських параолімпійців

доводить, що фізична активність, навіть за наявності значних фізичних обмежень, є потужним інструментом мотивації, самовираження та соціалізації. Спорт допомагає формувати відчуття значущості, зміцнює впевненість у собі й дає змогу досягати нових цілей, які стають важливим фактором психологічної стабілізації.

У процесі аналізу накопиченого досвіду реабілітаційних центрів, як в Україні, так і за кордоном, було встановлено, що саме комплексні програми, які поєднують фізичну активність із психологічною підтримкою, демонструють найвищі результати. Такі програми враховують індивідуальні особливості кожної людини, поступово збільшують навантаження і формують безпечне середовище, де учасники відчують підтримку з боку фахівців та оточення. Це доводить, що успішна реабілітація неможлива без інтеграції фізичної культури як одного з ключових елементів відновлення.

Під час дослідження також з'ясовано, що одним із найважливіших завдань сучасних реабілітаційних програм є робота над формуванням у людини внутрішньої мотивації до відновлення. У цьому контексті фізична активність виступає універсальним засобом, який стимулює вироблення почуття досягнення та контролю, допомагає людині повірити у власні сили та подолати відчуття безпорадності. Коли людина бачить, що вона поступово прогресує у тренуваннях — стає сильнішою, витривалішою, відновлює гнучкість і координацію — це позитивно впливає не лише на фізичний стан, а й на психологічну сферу.

Соціальна взаємодія у процесі фізичної активності також відіграє вирішальну роль. Участь у групових заняттях створює середовище взаємної підтримки, де кожен може поділитися своїм досвідом, отримати пораду або просто відчувати, що він не сам у своїх проблемах. Це особливо актуально для ветеранів, які часто відчують відчуження після повернення з фронту. Групові тренування, спортивні клуби або навіть прості прогулянки у колі однодумців допомагають відновлювати соціальні навички, вчать працювати в команді й відчувати взаємну підтримку.

Дослідження також підтвердило, що ефективність фізичної активності у подоланні наслідків психологічних травм зростає за умови поєднання з іншими видами терапевтичної роботи. Психотерапія, арт-терапія, групові консультації або індивідуальні заняття з психологом у комплексі з регулярними фізичними вправами створюють синергетичний ефект, який пришвидшує процеси відновлення та адаптації.

У результаті проведеного дослідження можна зробити висновок, що фізична культура — це не просто спосіб підтримки фізичного здоров'я, а повноцінний інструмент реабілітації, який впливає на різні аспекти життя людини. Вона сприяє стабілізації емоційного фону, покращенню фізичного стану, відновленню соціальних зв'язків і формуванню мотивації для подальшого розвитку та адаптації до нових умов життя.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Аврамчук О. Лікування ускладненого горювання та реакції на втрату / Олександр Аврамчук // Форум психіатрії та психотерапії : наук.-практ. журнал / Українська спілка психотерапевтів. – Львів, 2018. – Т. 11. – С. 22–23.
2. Байярд Р. Приховані наслідки конфлікту. Проблеми психічного здоров'я та доступ до послуг серед внутрішньо переміщених осіб в Україні / Байярд Робертс, Ніно Махашвілі, Джана Джавахішвілі ; International Alert, Глобальна ініціатива у психіатрії – Тбілісі, Лондонська школа гігієни і тропічної медицини ; за фін. підтримки Європейського Союзу. – К. : Nick Wilmot Creative, 2017. – 28 с.
3. Безшейко В. Адаптація Шкали для клінічної діагностики ПТСР та опитувальника “Перелік симптомів ПТСР” для української популяції [Електронний ресурс] / Віталій Безшейко // Психосоматична медицина та загальна практика. – 2016. – Т. 1. – № 1. – Режим доступу: <https://uk.emedjournal.com/index.php/psp/article/view/8>
4. Внутрішньо переміщені особи: від подолання перешкод до стратегії успіху : монографія / О. Ф. Новікова, О. І. Амоша, В. П. Антонюк та ін. ; НАН України, Ін-т економіки промисловості. – К., 2016. – 448 с.
5. Вознесенська О. Л. Арт-терапія у подоланні психічної травми : практ. посіб. / Олена Вознесенська, Марина Сидоркіна. – К. : Золоті ворота, 2015. – 148 с.
6. Волонтерський рух: світовий досвід та українські громадянські практики [Електронний ресурс] : аналіт. зап. / Нац. ін-т стратег. дослідж. – 2015. – Режим доступу: <http://www.niss.gov.ua/content/articles/files/volonter697e4.pdf>
7. Волошин П. В. Діагностика, терапія та профілактика медикопсихологічних наслідків бойових дій в сучасних умовах : метод. рек. / П. В. Волошин, Н. О. Марута, Л. Ф. Шестопалова ; ДУ “Інститут неврології, психіатрії та наркології НАМН України”. – Харків, 2014. – 80 с.

8. Герман Дж. Психологічна травма та шлях до одужання: наслідки насильства – від знущань у сім'ї до політичного терору / Джудіт Герман. – Львів : Вид-во Старого Лева, 2015. – 416 с.

9. Гончаров О. Г. Комплексна фізична реабілітація при остеохондрозі попереково-крижового відділу хребта у борців-ветеранів спорту на тренувальному руховому режимі: автореферат дис. ... канд. наук з фіз. виховання та спорту: 24.00.03 / Гончаров Олексій Геннадійович; МОНУ, НУФВСУ. – Київ, 2019. – 22 с.

10. Горбунова В. В. Робота з посттравматичним стресовим розладом (ПТСР) у рамках когнітивно-поведінкової терапії / В. В. Горбунова // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей / Ін-т соц. та політ. психології ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр. – К. : Міленіум, 2015. – С. 26–35.

11. Горностай П. П. Консультативная психология: теория и практика проблемного подхода / П. П. Горностай. – К. : Ника-Центр, 2018. – 400 с.

12. Гундертайло Ю. Д. Арт-терапевтичні технології надання психологічної допомоги внутрішньо переміщеним особам / Ю. Д. Гундертайло // Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : метод. рек. / НАПН України, Ін-т соц. та політ. психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – С. 61–69.

13. Дворник М. С. Мобільний застосунок у системі соціальнопсихологічної реабілітації травмованої особистості / М. С. Дворник // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – К., 2018. – Вип. 41 (44). – С. 192–201.

14. Закон України «Про реабілітацію у сфері охорони здоров'я». — Київ, 2020.

15. Зливков В. Л., Лукомська С. О., Федан О. В. Психодіагностика особистості у кризових життєвих ситуаціях : посібник. Київ : Педагогічна думка, 2016. 219 с.
16. Іванюк М. О. Ноогенна основа суб'єктивного відчуження учасників антитерористичної операції / М. О. Іванюк // Проблеми політичної психології : зб. наук. праць / Асоц. політ. психологів України, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2017. – Вип. 6 (20). – С. 142–151.
17. Кабінет Міністрів України. Національна програма з психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (рамковий документ). — Київ, 2022.
18. Кальницька К. О. Досвід “Школи соціально-психологічної допомоги” у відновленні сімей ветеранів АТО у місті Чернігів / К. О. Кальницька, Б. П. Лазоренко // Сімейна політика в Україні: проблеми і перспективи розвитку : матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. (04 квітня 2018 р., м. Київ). – К., 2018. – С. 62–66.
19. Керівництво МПК із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації. – К. : Пульсари, 2017а. – 216 с.
20. Керівництво МПК із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в умовах надзвичайної ситуації: перелік контрольних показників для використання на місцях. – К. : Пульсари, 2017б. – 36 с.
21. Климчук В. О. Посттравматичне зростання та як йому можна сприяти у психотерапії / В. О. Климчук // Наука і освіта. – 2016. – № 5. – С. 46–52.
22. Кокун О. М. Опитувальник професійної життєстійкості (українська версія). Проблеми екстремальної та кризової психології. 2021. № 1 (1). С. 89-103.
23. Кокун О. М. Психодіагностичні показники рівня психічного здоров'я дорослого населення України після перших місяців війни. Актуальні проблеми психології. 2022. № 5. С. 22-33.
24. Лазоренко // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей / Київ. міжнар. ун-т, Ін-т соц. та політ. психології НАПН України. – К., 2016. – Вип. 9. – С. 134–148.

25. Лазоренко Б. П. Експертна оцінка та технології реінтеграції внутрішньо особистісних конфліктів в умовах переживання учасниками АТО наслідків травматичних подій / Б. П. Лазоренко // Конфліктологічна експертиза: теорія і методика: Програма і матеріали / Кафедра психології та педагогіки НаУКМА. – К., 2018а. – С. 34–36. Лазоренко Б. П. Залучення проблемної молоді, яка зазнала психотравматизації, до процесу психологічної реабілітації / Б. П.

26. Лазоренко Б. П. Катарсичні технології оптимізації життєконструювання проблемної молоді / Б. П. Лазоренко // Психологічні науки: проблеми і здобутки : зб. наук. статей / Київ. міжнар. ун-т, Ін-т соц. та політ психології НАПН України. – К., 2014. – Вип. 6. – С. 91–104.

27. Лазоренко Б. П. Парадоксальна реакція в соціально-психологічних технологіях опанування психотравми та ПСТР / Б. П. Лазоренко // Психологічна допомога особистості, що переживає наслідки травматичних подій : зб. статей за матер. укр.-пол. наук. семінару (м. Київ, 20–21 червня 2015 р.) / Ін-т соц. та політ. психології НАПН України ; Представництво Польської академії наук у м. Києві ; Соціально-психологічний методичний реабілітаційний центр ; [наук. ред. Т. М. Титаренко]. – К. : Міленіум, 2015а. – С. 68– 76.

28. Лазоренко Б. П. Психотравма як ресурс соціально-психологічної реабілітації проблемної молоді, яка переживає наслідки повоєнної психотравматизації / Б. П. Лазоренко // Актуальні проблеми соціології, психології, педагогіки : зб. наук. статей / Київ. нац. ун-т імені Тараса Шевченка. – № 4 (29). – 2018б. – С. 110–115.

29. Лазоренко Б. П. Реабілітаційний комплекс надання психологічної допомоги та соціально-психологічного супроводу учасників АТО, що зазнали психотравми та ПТСР / Б. П. Лазоренко // Актуальні проблеми психологічної допомоги, соціальної та медико-психологічної реабілітації учасників антитерористичної операції : матеріали наук.-практ. конф. (Київ, 3 червня 2015 р.) / М-во оборони, Нац. ун-т оборони України ім. І. Черняховського. – К., 2015б. – С. 190–192.

30. Лазоренко Б. П. Технологія реінтеграції та реадаптації особистості фрагментованої внаслідок психотравматизації / Б. П. Лазоренко // Наукові студії із соціальної та політичної психології : зб. статей / Нац. акад. пед. наук України, Ін-т соц. та політ. психології. – К., 2017. – Вип. 39 (42). – С. 168–177.

31. Литовченко М. А. Адаптивний спорт як напрям реабілітації та соціалізації ветеранів / М. А. Литовченко // Молодий вчений: сучасні тенденції формування та збереження здоров'я людини : зб. тез VII Всеукр. молод. наук.-практ. конф. з міжнар. участю, 28–29 берез. 2024 р. – Харків, 2024. – С. 165–170.

32. Міністерство освіти і науки України. Концепція розвитку фізичного виховання та спорту в закладах освіти. — Київ, 2022.

33. Міністерство охорони здоров'я України. Організація реабілітаційної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації. — Київ, 2021.

34. Міністерство у справах ветеранів України. Дорожня карта послуг для ветеранів: реабілітація, працевлаштування, спортивна реабілітація. — Київ, 2024.

35. Міністерство у справах ветеранів України. Стандарти надання послуг із реабілітації та реадаптації ветеранів. — Київ, 2023.

36. Назаренко, І., Якимець, В., Печиборщ, В., Слабкий, Г., Іванов, В., & Поліщук, А. (2023). ПРОБЛЕМНІ ПИТАННЯ ПСИХОЛОГІЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ УЧАСНИКІВ АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ТА ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦІВ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ В УКРАЇНІ (АНАЛІТИЧНИЙ ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ). Україна. Здоров'я нації, (1), 48–58. вилучено із

<https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/543>

37. Наказ МОЗ України. Маршрутизація осіб із ПТСР у системі охорони здоров'я (клінічний маршрут/порядок надання допомоги). — Київ, 2023.

38. Основи психологічної допомоги військовослужбовцям в умовах бойових дій : метод. посіб. / О. М. Кокун, Н. А. Агаєв, І. О. Пішко, Н. С. Лозінська. – К. : НДЦ ГП ЗСУ, 2015. – 170 с.

39. Особистість як суб'єкт подолання кризових ситуацій: психологічна теорія і практика : монографія / за ред. С. Д. Максименка, С. Б. Кузікової, В. Л. Зливкова. Суми : СумДПУ ім. А. С. Макаренка, 2017. 540 с.

40. Панок В. Г. Психологічні дослідження в умовах війни: проблеми і завдання. Вісник Національної академії педагогічних наук України. 2023. № 5(1). С. 1-12.

41. Панок В.Г. Прикладна психологія у педагогічній практиці України. Психологія і суспільство. 2017. № 4. С. 94-108.

42. Перша психологічна допомога : посіб. для працівників на місцях / International Medical Corps. – К. : Пульсари, 2017. – 64 с.

43. Перша психологічна допомога. – Львів : Друкарські куншти, 2015. – 184 с.

44. Психологічний супровід особистості в умовах війни [Текст] : навчальний посібник / С. Кузікова, В. Зливков, С. Лукомська, Т. Щербак, О. Котух. – Київ ; Ніжин : Видавець ПП Лисенко М. М., 2024. – 260 с.

45. Соціально-психологічні технології відновлення особистості після травматичних подій : практичний посібник / [Т. М. Титаренко, М. С. Дворник, В. О. Климчук та ін.] ; за наук. ред. Т. М. Титаренко / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2019. – 220 с.

46. Способи підвищення соціально-адаптивних можливостей людини в умовах переживання наслідків травматичних подій : методичні рекомендації / Національна академія педагогічних наук України, Інститут соціальної та політичної психології ; за наук. ред. Т. М. Титаренко. – Кропивницький : Імекс-ЛТД, 2017. – 80 с.

47. Цимбалюк І. Європейські програми реінтеграції ветеранів: досвід та перспективи для України. EUROPEAN PERSPECTIVE: міждисциплінарний дискурс у контексті сучасних викликів і можливостей: збірник тез доповідей VI Міжнародної науково-практичної конференції (Луцьк, 29 лютого 2024 р.). /

Заг. ред. та упорядк.: Цимбалюк І. О. – Луцьк : Вежа-Друк, 2024. – 1 електрон. опт. диск (CD-ROM). – Об'єм даних 6,29 Мб. С. 162-166.

48. Шляхи подолання дитячої психотравми в діяльності працівників психологічної служби : [метод. рек.] / Музиченко І.В., Ткачук І.І. Київ : УНМЦ практичної психології і соціальної роботи, 2017. 88 с.

49. Amirkhan J. H., Bowers G. K., Logan C. Applying stress theory to higher education: lessons from a study of first-year students. *Studies in Higher Education*. 2020. Vol. 45, No 11. P. 2231-2244.

50. Chew J., Haase A. M. Psychometric properties of the family resilience assessment scale: A singaporean perspective. *Epilepsy & Behavior*. 2016. Vol. 61, P. 112-119.

51. Cramer R. J., Montanaro E., VanSickle L. M., Cacace S., Zabelski S., Smith E. L., ... Cunningham C., A. A Psychometric Assessment of the Military Suicide Attitudes Questionnaire (MSAQ). *Psychiatry Research*. 2022. Vol. 317.

52. Gierk B., Kohlmann S., Kroenke K., Spangenberg L., Zenger M., Brähler E., Löwe B. The somatic symptom scale–8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA internal medicine*. 2014. Vol. 174, No 3. P. 399-407.

53. Harms C., Pooley J. A., Cohen L. The Protective Factors for Resilience Scale (PFRS): Development of the scale. *Cogent Psychology*. 2017. Vol. 4, No 1. Article ID 1400415.

54. Lancaster S. L., P. Hart R. Military identity and psychological functioning: A pilot study. *Military behavioral health*. 2015. Vol. 3, No 1. P. 83- 87.

55. Lee S. A., Neimeyer R. A. Pandemic Grief Scale: A screening tool for dysfunctional grief due to a COVID-19 loss. *Death Studies*. 2022. Vol. 46, No 1. P. 14-24.

56. Seixas R., Pignault A., Houssemand C. Emotion Regulation Questionnaire Adapted and Individual Differences in Emotion Regulation. *Europe's Journal of Psychology*. 2021. Vol. 17, No 1. 70 p.

ДОДАТОК

Додаток А

1						
2	Стать	Вторгнення	Уникання	Збудженість		
3	Ж	30	34	28		
4	Ж	37	26	27		
5	Ж	38	25	34		
6	Ж	20	23	35		
7	Ж	21	34	37		
8	Ж	23	35	25		
9	Ж	25	37	24		
10	Ж	16	32	21		
11	Ж	33	15	16		
12	Ж	38	14	37		
13	Ж	31	15	16		
14	Ж	34	12	19		
15	Ж	35	16	17		
16	Ж	24	21	37		
17	Ж	32	23	21		
18	Ж	25	34	24		
19	Ж	16	25	21		
20	Ж	33	24	26		
21	Ж	37	16	27		
22	Ж	34	21	34		
23	середнє значення	29,1	24,1	26,3		
24	Ч	13	11	8		
25	Ч	12	9	7		
26	Ч	9	8	22		
27	Ч	8	8	21		
28	Ч	8	9	15		
29	Ч	9	18	9		
30	Ч	9	7	12		
31	Ч	11	10	11		
32	Ч	10	10	8		
33	Ч	11	12	7		
34	Ч	13	11	10		
35	Ч	12	8	21		
36	Ч	21	7	21		
37	Ч	12	13	27		
38	Ч	22	11	12		
39	Ч	13	12	10		
40	Ч	12	11	21		
41	Ч	12	10	12		
42	Ч	11	7	16		
43	Ч	12	10	12		
44	середнє значення	12	10,1	14,1		
45						
46						
47						
48						

Додаток Б

[illegible]