

Національний університет фізичного виховання і спорту України
Міністерство молоді та спорту України

Кваліфікаційна наукова праця
на правах рукопису

ВОЛОСЮК АННА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК: 796.035:615.825:159.9:054.73(043.3)

ДИСЕРТАЦІЯ

**КОРЕКЦІЯ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНІВ
ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ ЗАСОБАМИ ОЗДОРОВЧО-
РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ**

017 Фізична культура і спорт

01 Освіта / Педагогіка

Подається на здобуття ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

_____ А. О. Волосюк

Наукові керівники:

Андреева Олена Валеріївна, доктор наук з фізичного виховання та спорту,
професор

Гакман Анна Вікторівна доктор наук з фізичного виховання та спорту,
професор

Київ – 2026

АНОТАЦІЯ

Волосяк А. О. Корекція фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених осіб засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття ступеня доктора філософії за спеціальністю 017 Фізична культура і спорт. – Національний університет фізичного виховання і спорту України, Київ, 2026.

Дисертаційну роботу присвячено розробці програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Актуальність теми зумовлена зростанням кількості внутрішньо переміщених осіб в Україні внаслідок воєнних дій, що супроводжується тривалим психоемоційним стресом, зниженням рівня рухової активності, погіршенням фізичного стану та якості життя жінок репродуктивного віку. У цих умовах особливої ваги набуває пошук ефективних немедикаментозних засобів відновлення функціональних резервів організму та психоемоційної рівноваги.

Мета дослідження – обґрунтування та розробка програми корекції показників фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності, спрямовану на покращення якості життя та зниження тривожності.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок першого періоду зрілого віку, які перебувають в умовах стресу.
2. Визначити вплив психотравмуючих чинників на показники фізичного та психоемоційного станів, якості життя, тривожність жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.

3. Розробити структуру та зміст програми корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок першого періоду зрілого віку.

4. Оцінити ефективність розробленої програми корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок першого періоду зрілого віку.

Для досягнення мети дисертаційної роботи та розв'язання поставлених завдань використано комплекс *методів дослідження*: теоретичний аналіз фахової науково-методичної літератури й документальних джерел; соціологічні (анкетування, опитування); психодіагностичні; фізіологічні; педагогічні; метод визначення рухової активності; методи статистичної обробки даних.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що:

- уперше, на основі комплексного аналізу показників фізичного та психоемоційного станів, науково обґрунтовано вплив психотравмуючих чинників воєнного походження на фізичне та психологічне благополуччя, якість життя, рівень тривожності та соціальну адаптацію жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб, що дозволило встановити системний характер порушень адаптації у цієї категорії населення;
- уперше експериментально доведено корекційний вплив комплексної програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності, побудованої з урахуванням біопсихосоціального підходу, на показники фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб, що підтверджує її ефективність як інструменту відновлення адаптаційних ресурсів організму в умовах тривалого стресу;
- уперше доведено, що рівень та структура добової рухової активності є ключовими детермінантами психоемоційного стану та якості життя внутрішньо переміщених жінок, при цьому дефіцит середньої та високої

інтенсивності рухової активності асоціюється з підвищеною тривожністю, депресивними проявами та соціальною дезадаптацією;

– доповнено наукові підходи щодо використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності шляхом обґрунтування їх ефективності у зниженні рівня тривожності в осіб, які перебувають під дією тривалого психоемоційного стресу, зокрема в умовах вимушеного переміщення та соціальної дезадаптації;

– розширено дані про вплив оздоровчо-рекреаційної рухової активності на психоемоційний стан внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку шляхом встановлення її позитивного впливу на зниження рівнів тривожності та депресивних проявів, підвищення показників якості життя та соціальної адаптації жінок з дітьми;

– уточнено роль рухової активності як регулятора психоемоційного стану, що виконує не лише профілактичну, а й відновлювальну функцію у процесі подолання наслідків хронічного стресу та психотравмуючих впливів.

Практичне значення одержаних результатів полягає у створенні доступної, безпечної та адаптованої до умов воєнного часу програми занять, що може використовуватися у центрах тимчасового проживання, закладах соціального захисту, реабілітаційних і освітніх установах, а також у діяльності фахівців з фізичної культури і спорту, фітнес-тренерів та соціальних працівників.

Аналіз наукових джерел і статистичних даних показав, що повномасштабна війна в Україні спричинила значне зростання кількості внутрішньо переміщених осіб. Погіршення умов життя та необхідність адаптації до нового соціального середовища негативно впливають на фізичний і психоемоційний стани жінок першого періоду зрілого віку, знижують їхню якість життя та ускладнюють соціальну інтеграцію.

Встановлено, що зниження рухової активності, малорухливий спосіб життя та підвищене емоційне напруження сприяють розвитку психосоматичних порушень, підвищенню тривожності та депресивних

проявів, що пов'язано з тривалим впливом стресу та порушенням адаптаційних механізмів.

Наукові дослідження підтверджують ефективність оздоровчо-рекреаційної рухової активності у зниженні психоемоційної напруженості, покращенні функціонального стану організму та профілактиці захворювань. Систематичні заняття фітнесом і ментальними практиками можуть бути ефективним засобом підтримки фізичного й психоемоційного благополуччя жінок.

Водночас недостатньо розроблено науково обґрунтовані програми корекції фізичного та психоемоційного стану саме для жінок-ВПО, що зумовлює необхідність подальших досліджень і створення комплексних програм, які поєднують засоби аеробного та ментального фітнесу.

У дослідженні взяли участь 103 внутрішньо переміщені жінки першого періоду зрілого віку (після відсіву $n = 96$). Встановлено, що більшість із них перебуває у зоні функціонального ризику. Загальний рівень соматичного здоров'я за індексом О. А. Пирогової відповідав переважно середньому рівню – (0,526–0,675) – 53,1 %. При цьому, 38,5 % досліджуваних мали низький та нижче середнього рівні. За індексом Г. Л. Апанасенка визначено: низький рівень – 25 %, нижче середнього – 33,3 %, середній – 41,7 %, що відображає чутливість показника до морфофункціональних відмінностей. За жодним з індексів, ні у кого не відзначено високий рівень соматичного здоров'я, що свідчить про суттєве зниження функціональних резервів.

Кореляційний аналіз засвідчив позитивні зв'язки між інтегральним фізичним станом та його компонентами: життєвий індекс ($r = 0,54$), силовий індекс ($r = 0,37$), масо-ростові показники ($r \approx 0,07$), що підтверджує узгодженість функціонування фізіологічних систем. Психоемоційний стан характеризувався підвищеною тривожністю за методикою Тейлора, що відповідає реакції на хронічний стрес вимушеного переміщення.

Факторний аналіз якості життя виявив двофакторну структуру з домінуванням психоемоційних компонентів: коефіцієнти зв'язку емоційних

проблем та ролі психічного здоров'я становили 0,8, загального стану здоров'я – 0,9, а коваріація між латентними факторами – 82,96 %, що свідчить про тісний взаємозв'язок фізичного та психологічного компонентів якості життя. Встановлено, що високий рівень стурбованості за безпеку близьких є провідним соціально-психологічним чинником, який формує значну частину варіації показників якості життя.

За Фремінгемською методикою визначено рівні рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. Встановлено, що 30,4 % мають базовий рівень рухової активності, 49,4 % – сидячий, 14,1 % – малий, 5,4 % – середній, а високий рівень виявлено лише у 1,6 % респонденток. Переважання сидячої поведінки, що більш ніж удвічі перевищує рекомендації ВООЗ, може бути чинником зниження функціональних можливостей організму, порушень метаболічного профілю та підвищення психоемоційної напруги.

Науково обґрунтовано комплексну програму корекції фізичного й психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок, побудовану на принципах безпечності, індивідуалізації, поступовості, комплексності та психоемоційної спрямованості. Програма поєднує аеробні, силові, координаційні, релаксаційні вправи та вправи на гнучкість із засобами ментального фітнесу та реалізується у три етапи: підготовчий, основний і контрольньо-корекційний.

Результати перетворювального педагогічного експерименту після 24-х тижнів систематичних занять підтвердили високу ефективність програми. Відзначено достовірне покращення інтегрального індексу фізичного стану за О. Пироговою та позитивну динаміку за індексом Г. Апанасенка, що свідчить про підвищення рівня соматичного здоров'я. Посилення фізіологічно обґрунтованих кореляцій між дихальною, серцево-судинною та м'язовою системами підтвердило гармонізацію функціонування організму.

У психоемоційній сфері встановлено достовірне зниження проявів депресії, реактивної та особистісної тривожності, підвищення емоційної

стабільності та адаптаційних можливостей. Значно покращилися показники як фізичного, так і психологічного компонентів якості життя, що відображає підвищення суб'єктивного сприйняття здоров'я та повсякденного функціонування.

Науково обґрунтовано та розроблено комплексну програму корекції фізичного і психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку на основі засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Програма побудована з урахуванням вікових, психофізичних і соціальних особливостей учасниць та ґрунтується на принципах безпечності, індивідуалізації й поступовості. Її зміст передбачає поєднання аеробних, силових, координаційних, гнучкісних і релаксаційних вправ із елементами ментального фітнесу, що сприяє зниженню психоемоційного напруження, покращенню функціонального стану організму та якості життя.

Результати педагогічного експерименту, проведеного протягом 24 тижнів, засвідчили високу ефективність запропонованої програми. Встановлено достовірне покращення показників фізичного стану, зниження рівнів тривожності та депресивних проявів, а також підвищення якості життя внутрішньо переміщених жінок. Отримані результати підтверджують комплексний біопсихосоціальний ефект програми та обґрунтовують доцільність її використання у системі оздоровчо-рекреаційної роботи з цією категорією населення.

Ключові слова: рухова активність, якість життя, здоров'я, ВПО, зрілий вік, жінки, фізичний, емоційний стан, війна, мотивація, фітнес, програма.

SUMMARY

Volosiuk A. O. Improvement of the physical and psycho-emotional condition of internally displaced persons through health-oriented recreational physical activity. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the specialty 017 Physical Culture and Sports. – National University of Ukraine on Physical Education and Sport, Kyiv, 2026.

The dissertation is devoted to the development of a programme for correcting the physical and psycho-emotional states of internally displaced women in early adulthood by means of health-enhancing recreational physical activity.

The relevance of the topic is обусловлена the increase in the number of internally displaced persons in Ukraine as a result of military actions, accompanied by prolonged psycho-emotional stress, reduced physical activity, deterioration of physical condition, and decreased quality of life among women of reproductive age. Under these conditions, the search for effective non-pharmacological means of restoring the body's functional reserves and psycho-emotional balance becomes particularly important.

The purpose of the study is to substantiate and develop a programme for correcting the physical and psycho-emotional indicators of internally displaced women in early adulthood by means of health-enhancing recreational physical activity, aimed at improving quality of life and reducing anxiety.

The objectives of the study were:

1. To carry out a theoretical analysis of the problem of correcting physical and psycho-emotional states by means of health-enhancing recreational physical activity in women in early adulthood under stress.
2. To determine the influence of psychotraumatic factors on indicators of physical and psycho-emotional states, quality of life, and anxiety among internally displaced women.
3. To develop the structure and content of a programme for correcting physical and psycho-emotional states by means of health-enhancing recreational physical activity.
4. To evaluate the effectiveness of the developed programme.

To achieve the research aim and objectives, a set of methods was used: theoretical analysis of scientific and methodological literature and documentary

sources; sociological methods (questionnaires, surveys); psychodiagnostic, physiological and pedagogical methods; methods for assessing physical activity; and statistical data processing methods.

The scientific novelty of the obtained results lies in the following:

- for the first time, the influence of wartime psychotraumatic factors on physical and psychological well-being, quality of life, anxiety level, and social adaptation of internally displaced women in early adulthood was substantiated based on a comprehensive analysis;
- for the first time, the corrective effect of a comprehensive programme of health-enhancing recreational physical activity based on a biopsychosocial approach was experimentally proven;
- it was established that the level and structure of daily physical activity are key determinants of psycho-emotional state and quality of life;
- scientific approaches to the use of health-enhancing recreational physical activity were supplemented by substantiating its effectiveness in reducing anxiety;
- data on the impact of physical activity on psycho-emotional state were expanded;
- the role of physical activity as a regulator of psycho-emotional state was clarified.

The practical significance lies in the development of an accessible, safe programme adapted to wartime conditions, which can be used in temporary accommodation centres, social protection institutions, rehabilitation and educational institutions, as well as by specialists in physical culture and sport, fitness trainers, and social workers.

Analysis of scientific sources and statistical data showed that the full-scale war in Ukraine has led to a significant increase in internally displaced persons. Deterioration of living conditions and the need to adapt to a new social environment negatively affect physical and psycho-emotional states, reduce quality of life, and complicate social integration.

Reduced physical activity, a sedentary lifestyle, and increased emotional tension contribute to psychosomatic disorders, anxiety, and depressive manifestations due to prolonged stress and impaired adaptation mechanisms.

Scientific studies confirm the effectiveness of health-enhancing recreational physical activity in reducing psycho-emotional tension, improving functional state, and preventing diseases. Regular fitness activities and mental practices can effectively support physical and psycho-emotional well-being.

At the same time, scientifically substantiated programmes specifically for internally displaced women remain insufficiently developed, which necessitates further research and the creation of comprehensive programmes combining aerobic and mental fitness.

The study involved 103 internally displaced women (after attrition, $n = 96$). Most participants were in the functional risk zone. According to the O. Pirogova index, somatic health was predominantly at an average level (0.526–0.675) in 53.1% of cases, while 38.5% had low or below-average levels. According to the G. Apanasenko index, low (25%), below-average (33.3%), and average (41.7%) levels were identified. No participants demonstrated a high level of somatic health, indicating reduced functional reserves.

Correlation analysis revealed positive relationships between integral physical state and its components: vital index ($r = 0.54$), strength index ($r = 0.37$), and anthropometric indicators ($r \approx 0.07$). The psycho-emotional state was characterised by elevated anxiety according to the Taylor scale.

Factor analysis revealed a two-factor structure of quality of life dominated by psycho-emotional components. Strong relationships between physical and psychological components were observed. Concern for the safety of relatives was identified as a key socio-psychological factor.

According to the Framingham method, 49.4% of participants had a sedentary level of physical activity, while only 1.6% demonstrated a high level. Sedentary behaviour exceeding WHO recommendations contributes to reduced functional capacity and increased psycho-emotional tension.

A comprehensive correction programme based on safety, individualisation, gradual progression, and a biopsychosocial approach was developed. It includes

aerobic, strength, coordination, flexibility, and relaxation exercises combined with mental fitness techniques and is implemented in three stages.

After 24 weeks, the programme demonstrated high effectiveness. Significant improvements in physical condition, reduced anxiety and depression, and improved quality of life were observed.

The results confirm the comprehensive biopsychosocial effect of the programme and justify its use in health-enhancing practice for internally displaced women.

Keywords: physical activity, quality of life, health, IDPs, middle-aged women, physical, emotional state, war, motivation, fitness, intervention program.

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Андреева О., Гакман А., Волосюк А., Кашура А. Психофізичний стан внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Вісник Прикарпатського університету*. 2023. № 40. С. 3–8. DOI: <https://doi.org/10.15330/fcult.40.3-8> Фахове видання України. *Особистий внесок здобувачки полягає у визначенні концепції дослідження, проведенні експерименту, здійсненні аналізу та узагальненні результатів, підготовці тексту публікацій. Внесок Гакман А., Андреевої О., Кашури А. полягав у консультативному супроводі дослідження, обговоренні отриманих результатів, редагуванні тексту статті та підготовці рукопису до друку.*
2. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Напрями діяльності фітнес клубів у залученні внутрішньо переміщених осіб. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. 2023. Серія 15. № 4(163). С. 30–34. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.04\(163\).05](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.04(163).05) Фахове видання України. *Особистий внесок здобувачки полягає в організації, проведенні дослідження та в опрацюванні*

результатів дослідження. Внесок Гакман А., Андрєєвої О. полягає в узагальненні даних.

3. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз якості життя й рівнів депресії внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Sport Science Spectrum*. 2024. № 1. С. 56–61. DOI: <https://doi.org/10.32782/spectrum/2024-1-9> Фахове видання України. Автором визначено концепцію дослідження, проведено експеримент, здійснено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено текст публікацій. Співавтори Гакман А., Андрєєва О., брали участь у консультативному супроводі дослідження, обговоренні отриманих результатів і редагуванні тексту статті, підготовці рукопису до друку.

4. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз рівнів тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура*. 2024. Вип. 43. С. 3–9. DOI: [10.15330/fcult.43.3-9](https://doi.org/10.15330/fcult.43.3-9) Фахове видання України. Автором здійснено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено текст публікацій. Внесок співпіваторів Гакман А., Андрєєвої О. полягає в аналізі та систематизації літератури.

5. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Взаємозв'язок рухової активності та компонентів якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2024. Вип. 29. № 3. С. 119–125. DOI: [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(3\).119-125](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(3).119-125) Фахове видання України. Особистий внесок здобувачки полягає в організації, проведенні дослідження та в опрацюванні результатів дослідження. Внесок Гакман А., Андрєєвої О. полягає в узагальненні даних.

6. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Sport Science Spectrum*. 2025. № 1. С. 8–15. DOI: <https://doi.org/10.32782/spectrum/2025-1-2> Фахове видання України. Особистий внесок здобувачки полягає в організації, проведенні

дослідження та в опрацюванні результатів дослідження. Внесок Гакман А., Андрєєвої О. полягає в узагальненні даних.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Гакман А., Волосюк А. Особливості фізичного та психологічного станів внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення* : зб. матеріалів XIII Міжнар. наук.-практич. конф., Львів, 7–8 жовт. 2022 р. Львів : ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2022. С. 24–27. URL: <https://surl.li/cubvpg> *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.*

8. Гакман А., Андрєєва О., Волосюк А. Особливості психофізичного стану внутрішньо-переміщених осіб. *Молодіжна наука заради миру та розвитку* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., Чернівці, 9–11 листоп. 2022 р. Чернівці : ЧНУ імені Ю. Федьковича, 2022. С. 485–489. URL: https://drive.google.com/drive/folders/1pkUUKn_HQeBSnkueerSCvn6MdE_Dfw3Bo *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження.*

9. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність як спосіб зниження тривожності у внутрішньо переміщених осіб. *Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я* : зб. матеріалів II Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф., Чернівці, 16 лют. 2023 р. Чернівці : ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2023. С. 13–16. URL: https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/31842/1/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B3%D1%83%D0%B7_%D1%86%D1%83%D0%BA%D1%80_%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%B1_%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає в опрацюванні результатів дослідження.*

10. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Рівень тривожності у внутрішньо переміщених жінок зрілого віку, які займаються фітнесом.

Фізична культура і спорт: традиції, досвід, інновації : матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф., Запоріжжя, 16 берез. 2023 р. Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2023. С. 7–9. URL: https://zp.edu.ua/uploads/dept_s&r/2023/conf/2.2/FKiS-TDI-materialy.pdf

Особистий внесок здобувачки полягає в опрацюванні результатів дослідження.

11. Андреева О., Волосяк А. Напрями діяльності фітнес клубів у залученні внутрішньо переміщених осіб. *Фізична культура і спорт: досвід та перспективи* : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., Чернівці, 6–7 квіт. 2023 р. Чернівці : ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2023. С. 130–133. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6814> *Особистий внесок здобувачки полягає в опрацюванні результатів дослідження.*

12. Накман А., Volosiuk A., Накман А. Predictors of the quality of life of internally displaced women of mature age. *Молодіжна наука заради миру та розвитку», присвячена Всесвітньому дню науки* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., Чернівці, 8–10 листоп. 2023 р. Чернівці : ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2023. С. 294–297. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/8523> *Особистий внесок здобувачки полягає в опрацюванні результатів дослідження.*

13. Андреева О., Гакман А., Волосяк А. Фактори якості життя внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення* : матеріали XXIII Міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених, Суми, 23–24 листоп. 2023 р. Суми : СДПУ імені А. С. Макаренка, 2023. С. 16–20. URL: https://sspu.edu.ua/images/2023/docs/nauka/konf/zbirnik_tmfk_2023_origin_al_cad52.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження.*

14. Andrieieva O, Накман А., Volosiuk A. Jakość życia i stan psychoemocjonalny kobiet w okresie wczesnej dorosłości, jako osób wewnętrznie przemieszczonych. *Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності*

населення : матеріали XIV Міжнар. наук.-практ. конф., Львів, 10–11 трав. 2024 р. Львів : ЛДУФК імені Івана Боберського, 2024. С. 175–178. URL: <https://repository.ldufk.edu.ua/items/d5a8a8b1-5178-49df-9843-7d8ef8152c89>

Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження.

15. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз якості життя та рівнів психологічних станів внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Рух для здоров'я – наука майбутнього* : матеріали Всеукр. кругл. столу приуроченого відзначення Дня науки в Україні та Всесвітнього дня Руху заради здоров'я, Чернівці, 13 трав. 2024 р. Чернівці : ЧНУ ім. Юрія Федьковича, 2024. С. 7–10. URL: https://health.gov.ua/wp-content/uploads/2024/05/13-05_2024-movement-for-health-is-the-science-of-the-future-round-table-proceedings.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.*

16. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Рівні тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Фізична культура в закладах освіти: стан і перспективи розвитку* : зб. тез доп. V Регіональної наук.-практ. конф., Івано-Франківськ, 24–26 трав. 2024 р. Івано-Франківськ : ПНУ імені Василя Стефаника, 2024. С. 91–94. URL: https://ktmfks.cnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/99/2024/06/tezy_2024_merged.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.*

17. Волосюк А. Компоненти якості життя внутрішньо переміщених жінок з низьким рівнем рухової активності. *Молодь та олімпійський рух* : зб. тез доп. XVII Міжнар. конф. молодих вчених, Київ, 7 трав. 2024 р. Київ : НУФВСУ, 2024. С. 211–212. URL: https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/zbirnyk_tez_dopovidey_xvii_molod_ta_olimpiyskyy_ruh_13_05_24.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження*

18. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Компоненти якості життя та їх взаємозалежність із руховою активністю у внутрішньо переміщених жінок першого зрілого віку. *Фізична активність і якість життя людини* : зб. тез доп. VIII Міжнар. наук.-практ. конф., Луцьк, 13–14 черв. 2024 р. Луцьк : ВНУ імені Лесі Українки, 2024. С. 102–103. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/26259/1/voitovych_tezy.pdf

Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.

19. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Рух для здоров'я – наука майбутнього* : матеріали II Всеукр. кругл. столу приуроченого відзначення Дня науки в Україні та Всесвітнього дня Руху заради здоров'я, Чернівці, 12 трав. 2025 р. Чернівці : ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2025. С 7–10. URL: <https://drive.google.com/file/d/19ZxU5onLZ4qly9jGIkDk9IuQ2lySvyAB/view> *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження.*

20. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Ефективність програми корекції психофізичного стану внутрішньо переміщених жінок зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Молодь та олімпійський рух* : зб. тез доп. XVIII Міжнар. конф. молодих вчених, Київ, 22 трав. 2025 р. Київ : НУФВСУ, 2025. С. 167–168. URL: https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/zbirnyk_tez_molod_hviii_traven_2025_nufvsu_0.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.*

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	20
ВСТУП.....	21
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО І ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНІВ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ СТРЕСУ.....	29
1.1 Зміни у показниках фізичного та психоемоційного станів під впливом стрес-факторів.....	29
1.2 Теоретичні засади побудови програм корекції показників фізичного та психоемоційного станів осіб зрілого віку.....	46
1.3 Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у профілактиці і корекції показників фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених осіб.....	51
Висновки до розділу 1.....	62
РОЗДІЛ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	64
2.1 Методи дослідження.....	64
2.1.1 Теоретичний аналіз, узагальнення науково-методичної літератури, спеціальної літератури, документальних матеріалів та інформації мережі Інтернет.....	64
2.1.2 Соціологічні методи дослідження.....	66
2.1.3 Педагогічні методи дослідження.....	69
2.1.4 Психодіагностичні методи дослідження.....	71
2.1.5 Антропометричні методи дослідження.....	77
2.1.6 Фізіологічні методи дослідження.....	78
2.1.7 Метод визначення рухової активності (Фремінгемський метод).....	85
2.1.8 Методи статистичної обробки даних.....	86
2.2 Організація дослідження.....	88

РОЗДІЛ 3 ВПЛИВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ЧИННИКІВ НА ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНІВ, ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ТРИВОЖНОСТІ, СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ З ЧИСЛА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	91
3.1 Особливості показників фізичного стану жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.....	91
3.2 Аналіз показників психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.....	103
3.3 Аналіз рівня рухової активності жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.....	114
3.4 Характеристика якості життя, соціальної адаптації жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.....	127
3.5 Взаємозв'язок рівня рухової активності із показниками психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку.....	133
Висновки до розділу 3.....	138
РОЗДІЛ 4 СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ НА ОСНОВІ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ДЛЯ ЖІНОК ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ З ЧИСЛА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ.....	141
4.1 Обґрунтування складових комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.....	141
4.2 Складові комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.....	147
4.3 Оцінка ефективності комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду	

зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб у корекції показників їхнього фізичного та психоемоційного стану.....	158
Висновки до розділу 4.....	185
РОЗДІЛ 5 АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	188
ВИСНОВКИ.....	204
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	209
ДОДАТКИ.....	245

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АП – адаптаційний потенціал

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ВПО – внутрішньо переміщені особи

ЖЄЛ – життєва ємність легень

ІМТ – індекс маси тіла

ІФС – індекс функціонального стану

МОМ – Міжнародна організація з міграції

ООН – Організація Об'єднаних Націй

ОРРА – оздоровчо-рекреаційна рухова активність

РА – рухова активність

СІ – силовий індекс

УВКПБ – Управління Верховного комісара ООН у справах біженців

ФС – функціональний стан

ЧСС – частота серцевих скорочень

ЯЖ – якість життя

SF-36 – Short Form-36 Health Survey

ВСТУП

Актуальність. Розпочата російською федерацією повномасштабна війна проти України спричинила одну з наймасштабніших та найшвидше зростаючих гуманітарних криз з вимушеного переміщення населення за всю історію спостережень Організації Об'єднаних Націй (ООН). За різними оцінками, понад 11 млн громадян України були змушені залишити місця постійного проживання та переселитися до безпечніших регіонів країни або за її межі. Відповідно до статистичних даних Міжнародної організації з міграції (МОМ), від початку повномасштабного вторгнення кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в Україні зросла до 8 млн осіб. При цьому реальна чисельність внутрішніх переселенців є вищою, оскільки значна частина населення не проходить офіційну реєстрацію за новим місцем проживання. Найбільші обсяги внутрішньої міграції зафіксовано у Харківській області (21%), місті Києві (19%), Київській області (18%), Донецькій (15%) та Луганській (5%) областях. Дані Міжнародної організації з міграції (МОМ) також свідчать про істотні зміни у структурі переміщення населення на макрорегіональному рівні: зокрема, на сході країни частка осіб, які погодилися на переїзд, зросла до 45 % від загальної кількості ВПО, що відображає тривалий вплив активних бойових дій та загроз безпеці населення [112].

Серед внутрішньо переміщених осіб значну частку становлять соціально уразливі категорії населення – особи з інвалідністю, люди похилого віку, самотні батьки з малолітніми та неповнолітніми дітьми, малозабезпечені верстви населення. Основним контингентом ВПО є жінки з дітьми, що зумовлено як демографічними особливостями переміщення, так і обмеженнями на виїзд чоловіків призовного віку. Вимушене переселення, порушення звичного способу життя, втрата соціальних зв'язків та економічної стабільності істотно посилюють чинники ризику для здоров'я зазначених груп [83].

Умови війни супроводжуються дією комплексу потужних стресогенних факторів, що призводять до перенапруження адаптаційних механізмів організму та формування порушень фізичного і психічного здоров'я у значної частини постраждалого населення. Українці, які зазнали наслідків збройної агресії, змушені одночасно долати наслідки психотравмуючого досвіду, адаптуватися до нових соціальних умов і забезпечувати базові потреби власного існування та безпеки близьких.

Численні дослідження засвідчують, що дія стресогенних чинників зумовлює поширення посттравматичного стресового розладу, гострих реакцій на стрес, депресивних і тривожних розладів, психосоматичних порушень, соціальної дезадаптації та асоціальних форм поведінки серед ВПО. У науковій літературі обґрунтовано положення про те, що значна частина захворювань, поширених серед ВПО, має психосоматичний характер і за механізмами розвитку належить до дезрегуляційної патології, що формується внаслідок тривалого впливу зовнішніх і внутрішніх стресових факторів [84].

У цьому контексті оздоровчо-рекреаційна рухова активність (ОРРА) розглядається як ефективний немедикаментозний засіб корекції фізичного та психоемоційного станів ВПО. Результати багаторічних досліджень українських і зарубіжних учених переконливо доводять, що систематична рухова активність сприяє збереженню та зміцненню здоров'я, підвищенню рівня психоемоційного благополуччя та якості життя [59]. Науково доведено, що ОРРА сприяє зниженню рівня тривожності, подоланню наслідків стресу, покращенню емоційного стану та зменшенню ризику розвитку серцево-судинних, онкологічних і хронічних захворювань, а також порушень опорно-рухового апарату [22].

З огляду на необхідність соціальної та психофізичної адаптації ВПО до нових умов проживання, особливої актуальності набуває наукове обґрунтування та розробка комплексної програми занять із використанням засобів ОРРА, спрямованої на корекцію фізичного та психоемоційного стану,

підвищення якості життя, зниження рівня тривожності та сприяння соціальній інтеграції, що й зумовило вибір теми даного дослідження.

Зв'язок роботи з науковими планами, темами. Дисертаційне дослідження виконано відповідно до Плану науково-дослідної роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021-2025 рр. згідно з темою кафедри оздоровчо-рекреаційної рухової активності 3.1 «Теоретичні та технологічні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності та здорового способу життя різних груп населення» (номер держреєстрації 0121U107534).

Роль автора (як співвиконавця теми) полягала в обґрунтуванні та розробленні програми корекції показників фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Мета дослідження – обґрунтування та розробка програми корекції показників фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності, спрямовану на покращення якості життя, соціальну адаптацію, зниження тривожності.

Завдання дослідження:

1. Здійснити теоретичний аналіз проблеми корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок першого періоду зрілого віку, які перебувають в умовах стресу.

2. Визначити вплив психотравмуючих чинників на показники фізичного та психоемоційного станів, якості життя, тривожність жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.

3. Розробити структуру та зміст програми корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок першого періоду зрілого віку.

4. Оцінити ефективність розробленої програми корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок першого періоду зрілого віку.

Об'єкт дослідження – процес оздоровчо-рекреаційної рухової активності внутрішньо переміщених осіб.

Предмет дослідження – вплив комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб на корекцію їхнього фізичного та психоемоційного станів.

Методи дослідження: для досягнення мети дисертаційної роботи та розв'язання поставлених завдань використано комплекс методів дослідження, зокрема: теоретичний аналіз фахової науково-методичної літератури та документальних джерел – з метою узагальнення сучасних підходів до корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених осіб зрілого віку; соціологічні методи (анкетування, опитування) – для вивчення особливостей способу життя, мотивації та суб'єктивної оцінки фізичного та психоемоційного станів досліджуваних; психодіагностичні методи – для визначення рівнів психоемоційного напруження, тривожності та психологічного благополуччя; фізіологічні методи – з метою оцінювання функціонального стану організму (методики О. А. Пирогової та Г. Л. Апанасенка); педагогічні методи (педагогічне спостереження, педагогічний експеримент) – для обґрунтування та перевірки ефективності оздоровчо-рекреаційної програми; метод визначення рухової активності – для кількісної оцінки обсягу та структури рухової активності; методи статистичної обробки даних – для аналізу й інтерпретації отриманих експериментальних даних та статистичного обґрунтування сформульованих висновків.

Наукова новизна дисертаційного дослідження полягає у тому, що:

– *уперше*, на основі комплексного аналізу показників фізичного та психоемоційного станів, науково обґрунтовано вплив психотравмуючих чинників воєнного походження на фізичне та психологічне благополуччя,

якість життя, рівень тривожності та соціальну адаптацію жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб, що дозволило встановити системний характер порушень адаптації у цієї категорії населення;

– *уперше* експериментально доведено корекційний вплив комплексної програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності, побудованої з урахуванням біопсихосоціального підходу, на показники фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб, що підтверджує її ефективність як інструменту відновлення адаптаційних ресурсів організму в умовах тривалого стресу;

– *уперше* доведено, що рівень та структура добової рухової активності є ключовими детермінантами психоемоційного стану та якості життя внутрішньо переміщених жінок, при цьому дефіцит середньої та високої інтенсивності рухової активності асоціюється з підвищеною тривожністю, депресивними проявами та соціальною дезадаптацією;

– *додовнено* наукові підходи щодо використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності шляхом обґрунтування їх ефективності у зниженні рівня тривожності в осіб, які перебувають під дією тривалого психоемоційного стресу, зокрема в умовах вимушеного переміщення та соціальної дезадаптації;

– *розширено дані* про вплив оздоровчо-рекреаційної рухової активності на психоемоційний стан внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку шляхом встановлення її позитивного впливу на зниження рівнів тривожності та депресивних проявів, підвищення показників якості життя та соціальної адаптації жінок з дітьми;

– *уточнено* роль рухової активності як регулятора психоемоційного стану, що виконує не лише профілактичну, а й відновлювальну функцію у процесі подолання наслідків хронічного стресу та психотравмуючих впливів.

Особистий внесок здобувача у спільних публікаціях полягає у теоретичному обґрунтуванні та розробці ключових ідей і основних положень

дисертаційної роботи, формулюванні напряму дослідження, теми, мети і завдань, пошуку, вивченні, аналізі, інтерпретації та узагальненні джерел фахової літератури, документальних матеріалів, відборі та апробації методів дослідження, організації і проведенні дослідження в процесі констатувального та перетворювального педагогічного експериментів, розробці, обґрунтуванні, експериментальній перевірці ефективності програми корекції показників фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності, спрямовану на покращення якості життя, соціальну адаптацію, зниження тривожності.

Публікації. Наукові результати дисертації висвітлені в 20 наукових публікаціях: 6 статей у наукових виданнях з переліку наукових фахових видань України; 14 публікацій апробаційного характеру (Додаток А).

Апробація результатів дисертації. Основні положення дисертаційної роботи були оприлюднені у доповідях та тезах на міжнародних та всеукраїнських науково-теоретичних і науково-практичних конференціях: XIII, XIV Міжнародній науково-практичній конференції «Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення» (Львів, 2022, 2024); I, II Міжнародній науково-практичній конференції «Молодіжна наука заради миру та розвитку» (Чернівці, 2022, 2023); II Всеукраїнській науково-практичній інтернет-конференції «Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я» (Чернівці, 2023); I Всеукраїнській науково-практичній конференції «Фізична культура і спорт: традиції, досвід, інновації» (Запоріжжя, 2023); IV Міжнародній науково-практичній конференції «Фізична культура і спорт: досвід та перспективи» (Чернівці, 2023); XXIII Міжнародній науково-практичній конференції молодих учених «Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення» (Суми, 2023); I, II Всеукраїнському круглому столі, приуроченого відзначенню Дня науки в Україні та Всесвітнього дня Руху заради здоров'я «Рух для здоров'я – наука майбутнього» (Чернівці, 2024, 2025); V Регіональній науково-

практичній конференції «Фізична культура в закладах освіти: стан і перспективи розвитку» (Івано-Франківськ, 2024); XVII, XVIII Міжнародній конференції молодих вчених «Молодь та олімпійський рух» (Київ, 2024, 2025); VIII Міжнародній науково-практичній конференції «Фізична активність і якість життя людини» (Луцьк, 2024), VII-IX Міжнародній конференції «Сталий розвиток і спадщина у спорті: проблеми та перспективи» (Київ, 2023-2025), III Міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні проблеми фізичного виховання різних груп населення» пам'яті Т. Ю. Круцевич, щорічних конференціях кафедри оздоровчо-рекреаційної рухової активності НУФВСУ (Додаток Б).

Практична значущість отриманих результатів полягає у науково обґрунтованій розробці, апробації та впровадженні комплексної програми корекції фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб, засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності, яка може ефективно застосовуватися в умовах обмежених ресурсів, підвищеного психоемоційного навантаження та соціальної дезадаптації. Розроблена програма адаптована до потреб внутрішньо переміщених жінок і не потребує складного матеріально-технічного забезпечення, що дозволяє впроваджувати її у центрах тимчасового проживання, громадських просторах, закладах соціального захисту, реабілітаційних та освітніх установах; має чітку поетапну структуру (підготовчий, основний, контрольний-корекційний етапи), що забезпечує безпечну адаптацію до фізичних навантажень, індивідуалізацію занять та можливість корекції програми залежно від функціонального й психоемоційного стану учасниць; інтегрує фізичні вправи з ментальним фітнесом, дихальними техніками та елементами психоемоційної саморегуляції, засобами СПА, що дозволяє цілеспрямовано знижувати рівень тривожності, емоційної напруги та покращувати суб'єктивне самопочуття; сприяє відновленню соціальних зв'язків і підвищенню соціальної адаптації завдяки використанню групових форм занять, коучинг-сесій та елементів

взаємної підтримки; формує стійку мотивацію до систематичної рухової активності та здорового способу життя, що забезпечує пролонгований оздоровчий ефект після завершення програми.

Отримані результати використані у практичній діяльності фахівців з фізичної культури і спорту, фітнес-тренерів при роботі з жінками-ВПО (ГО Школа танців та фітнесу «ДАНС АВЕНЮ», Акт впровадження від 24.10.2025 р., Додаток Е); при розробці та корекції програм підтримки внутрішньо переміщених осіб, спрямованих на збереження та відновлення їхнього фізичного і психічного здоров'я (БО «Благодійний фонд «Я – Маріуполь», Акт впровадження від 10.09.2024 р., Додаток Д); в освітньому процесі закладів вищої освіти під час викладання дисциплін: НУФВСУ – «Інноваційні технології у фітнесі» (кафедра оздоровчо-рекреаційної рухової активності, Акт впровадження від 03.11 2025 р., Додаток В), Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича «Оздоровчо-рекреаційні технології у фізичній культурі» (кафедра спорту та фітнесу, Акт впровадження від 24.10.2025 р., Додаток Г), як методичну основу для створення дистанційних і змішаних форматів занять, що особливо актуально в умовах воєнного стану та обмеженої мобільності населення.

Структура та обсяг дисертації. Дисертація складається з переліку умовних позначень, вступу, п'яти розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел та додатків. Загальний обсяг дисертації становить 281 сторінка. У роботі наведено 43 рисунки, 15 таблиць. У роботі використано 262 джерела наукової й спеціальної літератури, з яких 108 – іноземні.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОРЕКЦІЇ ПОКАЗНИКІВ ФІЗИЧНОГО І ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНІВ ОСІБ ЗРІЛОГО ВІКУ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ, ЯКІ ПЕРЕБУВАЮТЬ В УМОВАХ СТРЕСУ

1.1 Зміни у показниках фізичного та психоемоційного станів під впливом стрес-факторів

Здоров'я – це цілісне та багатокомпонентне поняття. Це певний динамічний стан людини, здатність до саморегуляції та адаптації, рівень життєдіяльності та життєздатності [25, 60]. Добре здоров'я, стійкість до змінних чинників навколишнього середовища – необхідні для активного довголіття, успішного навчання, високої працездатності, професійної діяльності. Фізично, соціально та психічно здорова людина може найбільш ефективно реалізовувати свої можливості, активно взаємодіяти з іншими [23, 55, 101].

Національне опитування у Великій Британії щодо вивчення здоров'я і здорового способу життя населення виявило, що для жінки поняття «здоров'я» – це синонім до «ніколи не хворіти», «ніколи не звертатися до лікаря», «бути потрібною, сильною, енергійною, фізично активною», «мати здорові звички», «бути здатною працювати», «бути соціально активною». «Бути здоровим», на їхню думку, означає мати певне психологічне відчуття можливості впоратися з викликами, почуття щастя, високий рівень фізичної активності та працездатності, відсутність захворювань та потреби звертатися за допомогою до медичних працівників [176].

З початком повномасштабного вторгнення росії на територію України 24 лютого 2022 року актуальність дослідження фізичного та психоемоційного станів населення набуває нового і особливого значення. Український народ продемонстрував свою неабияку стійкість перед всією світовою спільнотою,

обставини вимагають від людей витривалості у різноманітних стресових ситуаціях, швидкої адаптації до мінливих умов існування, конкурентоспроможності, адже без цього неможливий розвиток особистості задля перемоги та відбудови нашої держави [145].

Саме в умовах воєнного часу в суспільстві стрімко відбувається примітивізація свідомості, зростає, жорстокість, цинізм, агресивність, за зовнішніми проявами яких приховано інші, внутрішні, глибинні почуття – тривога, хвилювання, страх, та, як наслідок, тривожність як набута риса особистості [1].

У зв'язку з міграцією населення України вміння адаптуватися до мінливих обставин реальності стало вельми актуальним. Проте у зв'язку із змінами умов проживання, станом здоров'я, соціальним статусом й способом життя виникають труднощі в соціально-побутовій сфері та адаптації до нових умов. Це мимоволі чинить вплив на фізичний та психоемоційний стани, якість життя, стилі спілкування, ціннісні орієнтації та емоційну сферу.

На сьогодні, внаслідок складної демографічної ситуації у країні, фізичний стан жінок першого та другого періодів зрілого віку стоїть вкрай гостро, адже саме вони знаходяться у репродуктивному віці. Як зазначає Ю. І. Беляк, хоч розквіт фізичних і психічних здібностей – це період з 21 до 35 років, проте у сучасних умовах жінки цієї категорії все частіше вже мають перші ознаки передчасного старіння, які проявляються у зниженні показників фізичного здоров'я та фізичного станів [31, 33].

Зниження показників функціонального стану основних систем організму, роботоздатності, фізичної підготовленості викликає занепокоєння у значної кількості дослідників, які займаються вивченням питання фізичного стану жінок першого зрілого віку [87, 123].

Розквіт рухової активності жінок спостерігається в період від 20 до 40 років – саме так стверджують О. В. Скрипченко, Л. В. Долинська та З. В. Огороднійчук, наголошуючи на тому, що саме у період 20-30 років рухові навички, функціонування фізіологічних систем та органів людини, швидкість

реакцій тощо досягають свого максимуму, поступово знижуючись після 30-ти років [134].

У свою чергу, О. П. Романчук та Є. В. Долгієр у своєму дослідженні вказують на те, що під час першого періоду зрілого віку у жінок починають відбуватись інволюційні процеси, які чинять вплив на зниження показників фізичної підготовленості, розвиток патологічних станів. Саме тому у 30-річних жінок ми можемо спостерігати знижені показники рівнів фізичного стану і їхнього функціонального потенціалу [127].

Так, згідно з дослідженнями Т. О. Синиці, збільшуються маса тіла, підвищуються частота дихання, систолічний тиск, при цьому, показники фізичної підготовленості знижуються, починаючи з 30 років. Проаналізувавши численні тестування жінок першого періоду зрілого віку, дослідниця експериментально довела у своїй праці, що їхня фізична підготовленість переважно – на рівнях показників «нижче середнього» та «низький». Фахівчиня зафіксувала серед основних показників такі як: морфо-функціональний і фізичний потенціал жінки та її працездатність [132, 133].

Проведені Ю. Томіліною дослідження підтвердили: виявлено зниження показників функціонального стану дихальної системи організму, фізичної підготовленості, психоемоційного стану жінок [142].

У своїх дослідженнях О. Л. Луковська досліджувала причини зниження рівня фізичного здоров'я жінок, прийшовши до висновку про несприятливий вплив соціально-економічних та екологічних факторів [97, 98]. Також зазначимо, що найчастіше саме у перший період зрілого віку жінки починають бути невпевненими у своїй фізичній привабливості у зв'язку із фізичним станом: післяпологові неестетичні зміни фігури, збільшення маси тіла, втрата пружності м'язами. Усе це викликає, в свою чергу, зниження настрою і загального тонусу жінок, що додатково спричинено постійним стресом через кар'єру, витрату зусиль для поєднання соціальних ролей працівника, дружини і матері [64, 131].

На думку дослідників, оптимальний руховий режим та фізичні

навантаження можуть запобігти серйозним порушенням у функціонуванні основних систем організму, які спричинені постійним нехтуванням його потребами. Також вони забезпечать жінкам відновлення енергійності та бадьорості [117, 139, 143].

Слід звернути увагу на скарги на болі у попереку як на один із показників погіршення фізичного стану у жінок та одну із особливостей жіночого організму. Зауважимо, що вони трапляються у другому періоді зрілого віку серед жінок частіше, ніж у чоловіків. Це пояснюється тим, що цей біль може мати психосоматичний чинник, тому що жінки – більш схильні до депресій та тривожних станів. До того ж на це впливає і перебіг вагітностей, залишаючи у деяких травматичний досвід та наслідки для поперекового відділу хребта. Проте фахівці стверджують, що регулярне виконання фізичних вправ мають свою ефективність, і такі зміни не будуть безповоротними. Варто мати на увазі, що все ж у зв'язку із тим, що організм має обмежені резерви, потенціал удосконалення показників фізичного стану жінок теж його має [19, 31, 32].

Хоча, на думку дослідників, перший період зрілого віку вважається періодом відносної стабільності більшості функцій організму, але ближче до 30-річчя спостерігається тенденція регресу рухових функцій [29, 34]. Це все пов'язано із тим, що у цей період спостерігаються перші ознаки зниження сили, швидкості, гнучкості та фізичної працездатності. При цьому, зауважимо, що причиною цього, зазвичай, є вимушена гіподинамія. Тому оздоровчо-рекреаційна рухова активність може стати запорукою здоров'я у подальшому [110, 151].

Зменшення активної маси і вмісту кальцію, калію та води у м'язовій тканині призводить до зменшення еластичності м'язів, обумовлюючи зниження сили. Також, в свою чергу, зниження м'язової сили, порушення координації та функцій систем енергозабезпечення призводить до порушення функції киснево-транспортної системи та зниження швидкості. Усе це спостерігаються приблизно вже з 22-х років, порушення координації – з 30-ти

років, перші зниження рівня гнучкості – після 25-ти років [26, 28].

Фахівці звертають увагу на те, що перший період зрілого віку супроводжується розквітом психічних і фізичних можливостей людини. Проте значна частка населення вже у досить молодому віці починає відчувати дискомфорт у різних відділах хребта, зумовлений малорухливим способом життя, а у більшості жінок реєструють порушення постави [74, 79, 80].

Варто зазначити, що фізичне здоров'я ВПО, які постраждали під час російського вторгнення на територію України, значно погіршилося. Так, І. Степанова, А. Плошинська та С. Черевко у своїх дослідженнях вказують, що лише у 2,5% юнаків визначено високий рівень соматичного здоров'я, вище середнього – у 5% юнаків, середній – у 27,5%, нижче середнього – у 42,5%, низький – у 22,5%. У дівчат ситуація інша: високого і вище середнього рівня соматичного здоров'я не визначено взагалі, середній – у 20%, нижче середнього – у 50%, низький – у 30% [137].

Фахівці зазначають, що негативні наслідки воєнних дій мають прояви соматичного характеру у осіб, які були в їх епіцентрі, та свідчать про зміни у діяльності внутрішніх органів і організму в цілому: нерівномірне дихання, підвищене серцебиття і тиск, тремор кінцівок, обмеженість рухів, проблеми з шлунково-травною системою тощо. Поведінкові прояви високої тривожності – більш непередбачувані та численні, і можуть варіюватися від повної апатії та безініціативності до демонстративної жорстокості [45, 103, 120].

У своїх дослідженнях С. Футорний з колегами зазначає, що воєнні конфлікти чинять суттєвий негативний вплив на здоров'я жінок, особливо тих, хто зазнав втрат, був змушений евакуюватися або безпосередньо перебував у зоні бойових дій. Умови війни спричиняють погіршення фізичного стану через порушення харчування, обмежений доступ до медичних послуг та низку інших дестабілізуючих чинників. Їхні дослідження свідчать, що воєнні події трансформують соціальні ролі жінок і впливають на їхнє фізичне та психічне благополуччя, що проявляється у розвитку емоційної нестабільності, посттравматичного стресового розладу, зниженні самооцінки,

психосоматичних порушеннях та інших негативних наслідках. З огляду на індивідуальну варіативність реакцій на стресові ситуації, особливого значення набуває системна підтримка та комплексна допомога жінкам, які постраждали внаслідок війни [147].

Взаємозв'язок між тривожністю та індивідуальними відмінностями діяльності нервової системи обумовлюється тим, що обидва мають фізіологічне підґрунтя. Фізичні прояви тривожності неабияк ускладнюють життя, спричиняючи сильні переживання за власне здоров'я і заважаючи продуктивності. При цьому, тривожний розлад часто залишається непоміченою причиною фізичних проблем із шлунково-травною, дихальною, нервовою чи серцево-судинною системами [25].

Прояви погіршення фізичного стану соматичного характеру свідчать і про зміни у діяльності внутрішніх органів та організму в цілому:

- нерівномірне дихання,
- надмірний ритм серцебиття,
- підвищений тиск,
- тремор кінцівок,
- скутість рухів,
- проблеми зі шлунком тощо.

Вважаємо за необхідне звернутись і до праць дослідників стресу. Загалом, сьогоднішнє поняття «стрес» у сучасній науці базується на клінічних дослідженнях Г.-Х. Сельє і включає в себе уявлення про зв'язки психоемоційного навантаження, складних систем організму (біологічні, психологічні, соціально-психологічні) з опором цьому навантаженню [242]. Зокрема, дослідник помітив дуже схожі реакції на несподіванки у різних людей. До прикладу, переживаючи тривогу, люди відчувають прискорене серцебиття, важке дихання. Ендокринна система виробляє активніше адреналін, спричиняючи безсоння та головний біль, виразку шлунка та інфаркт міокарда [240-242].

Залежно від характеру зовнішніх впливів на сьогодні розрізняють фізіологічний та психологічний стреси. Про перший фахівці говорять тоді, коли відбувається негативний вплив на органи і тканини організму, і його особливістю є біль. Психологічний (емоційний) стрес – це різновид стресових станів, які можна віднести до сфери позитивних та негативних почуттів і емоцій: їх сила проявляється в залежності від особистісних якостей людини, досвіду, світосприйняття, освіти тощо. Зазвичай, він пов'язаний із таким видом психічної напруги, що виникає в людини під впливом загрози чи перешкоди, наприклад: емоційні, мотиваційні та інтелектуальні стреси; розумове перенавантаження; необхідність швидкого пошуку рішень; перешкоди на шляху досягнення поставлених цілей; невдачі; реальна небезпека; підвищена відповідальність за роботу, що виконується тощо [240].

Учені відзначили, що зі всіх видів стресу найнебезпечнішим є соціальний, викликаний життєвими обставинами. Саме із цим видом стресу довелось «познайомитись» більшості ВПО внаслідок російської агресії на територію України [57, 82].

Так, на думку Г. Сельє, надзвичайно шкідливим є стрес нездійснених надій та невдач, який може призводити до таких хвороб, як виразка шлунка, мігрень, гіпертензія, частіше, ніж стрес від тривалої фізичної роботи [242]. Безумовно, усе це стосується нашого контингенту досліджуваних: жінок першого періоду зрілого віку, які стали вимушено внутрішньо переміщеними особами.

Говорячи про вплив стрес-факторів на зміни у фізичному та психоемоційному станах, дослідниками доведено, що стрес являє собою швидкість зношування організму, супроводжує усю життєдіяльність і відповідає інтенсивності життя. Він посилюється під час нервового напруження, ушкодженнях, інфекцій, м'язовій роботі і чітко пов'язаний із неспецифічним захисним механізмом, що відповідає за опір стрес-факторам [164, 176, 215].

Зазначимо, що тривалий початковий стрес переходить у дистрес. Цьому може допомагати ряд чинників об'єктивного і суб'єктивного характеру (Рисунок 1.1).



Рисунок 1.1 – Чинники переходу первинного стресу в дистрес

У 1972 р. Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла таке визначення: стрес – це неспецифічна (тобто одна і та сама на різні подразники) реакція організму на будь-яку висунуту до нього вимогу [259].

Для розуміння масштабу проблем, з якими українці зіткнулися після 24 лютого 2022 року, на нашу думку, слід приділити увагу статистичним даним щодо кількості ВПО, міжрегіонального переміщення цих осіб та інших факторів, що є важливими для дисертаційного дослідження.

Основною причиною масової міграції жителів України стала значна небезпека, яка загрожувала їхньому життю та здоров'ю у зв'язку з активними бойовими діями у місцях їх проживання [188].

Моніторинг стану міграції в Україні проводили численні вітчизняні та міжнародні організації і їхні дані дещо різняться з об'єктивних причин, тому вважаємо за необхідне вказати результати декількох найвпливовіших і найрепрезентативніших опитувань.

За даними Міністерства соціальної політики, сім'ї та єдності України (до липня 2025 року – Міністерство соціальної політики України), станом на 3 вересня 2018 року, тобто ще до повномасштабного вторгнення, але вже під час воєнних дій на сході держави, кількість зареєстрованих внутрішньо переміщених осіб з Криму та Донбасу становила 1 519 132 особи, що склало на той час майже 24% постійного населення Донецької та Луганської областей. Дані 13 квітня 2020 року свідчили, що їх кількість трохи знизилась – до 1 446 881 осіб [105].

З початком відкритого воєнного нападу росії на Україну ситуація почала стрімко погіршуватись і прогнози щодо кількості мігрантів були перевершені. Так, до прикладу, у березні 2022 року очікувалось, що ВПО в Україні може досягти цифри 6,7 млн. За інформацією ООН 12 травня того ж року, вже 14 млн українців покинули свої оселі, з яких 8 млн стали ВПО [71, 72].

Представники Міжнародної організації з міграції ООН (МОМ) повідомляли про такі цифри: у кінці червня 2022 року – близько 6,3 млн ВПО, у середині липня – понад 6,6 млн осіб. У наступні три місяці їх кількість знову зросла і становила станом на 23 серпня 2022 року – 6,9 млн осіб. Станом на момент завершення нашого дослідження (жовтень 2025 року), за даними Міжнародної організації з міграції ООН, кількість ВПО в Україні становила 4,6 млн осіб, з яких 60 % були жінки, 20 % – неповнолітні діти [108]. На рисунку 2.2 також проілюстровано тенденцію переміщення по регіонах України.

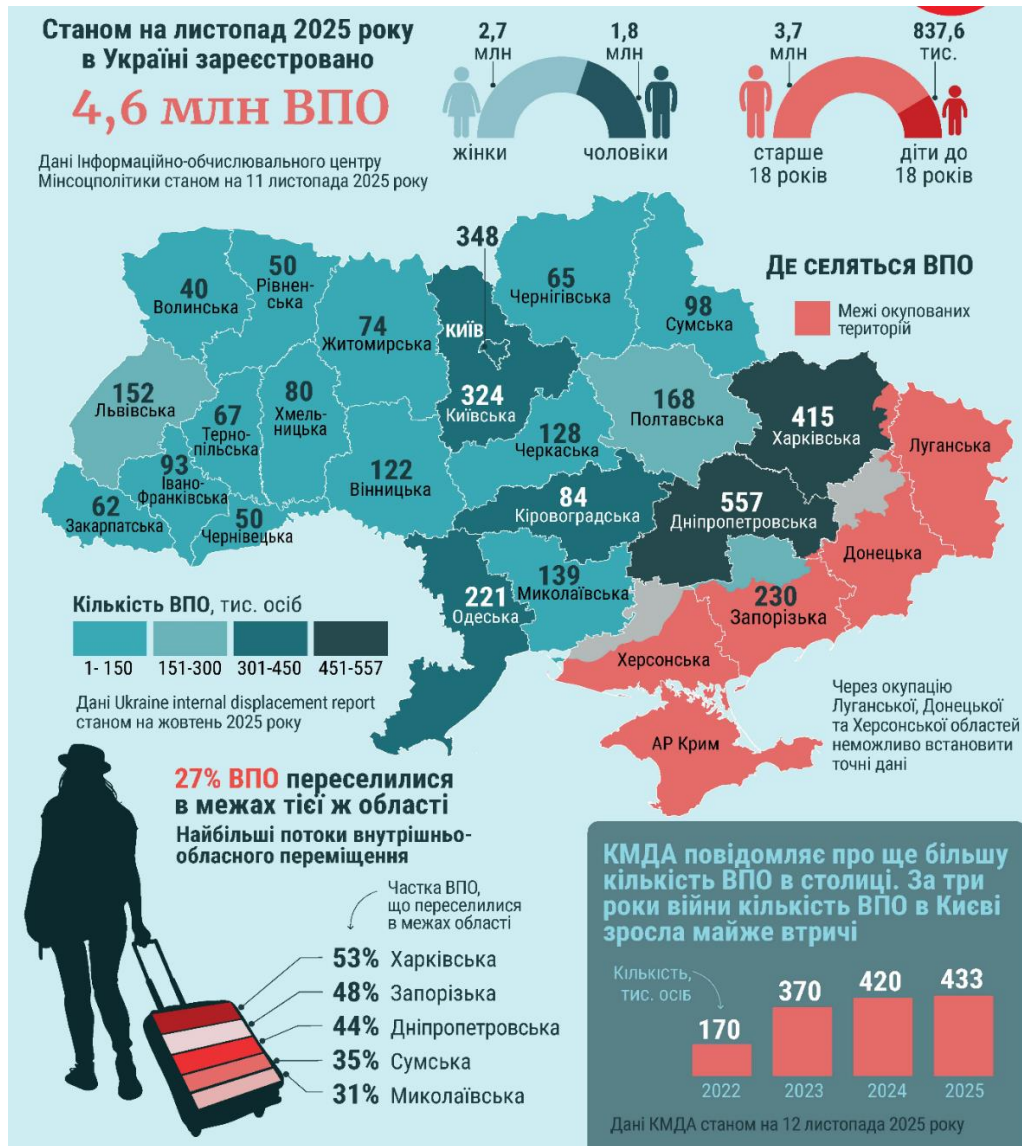


Рисунок 1.2 – Кількість внутрішньо переміщених осіб в Україні станом на листопад 2025 року

Варто зазначити, що в межах України найбільше внутрішньої міграції станом на 2023 рік зазнали Харківська (21%), м. Київ (19%), Київська (18%), Донецька (15%), Луганська (5%) області. Відповідно місця, куди переміщувалися ВПО, – це є Дніпропетровська (11%), Київська (10%), Львівська (9%), Вінницька (7%) та Полтавська (7%) області [105].

Міжнародна організація з міграції проводить репрезентативні експрес-опитування загального населення України. Істотне збільшення частки людей, які погодилися на переїзд, зафіксовано на сході країни. Станом на кінець 2023 року їх кількість становила 45% від усіх ВПО (рис. 1.3) [183].

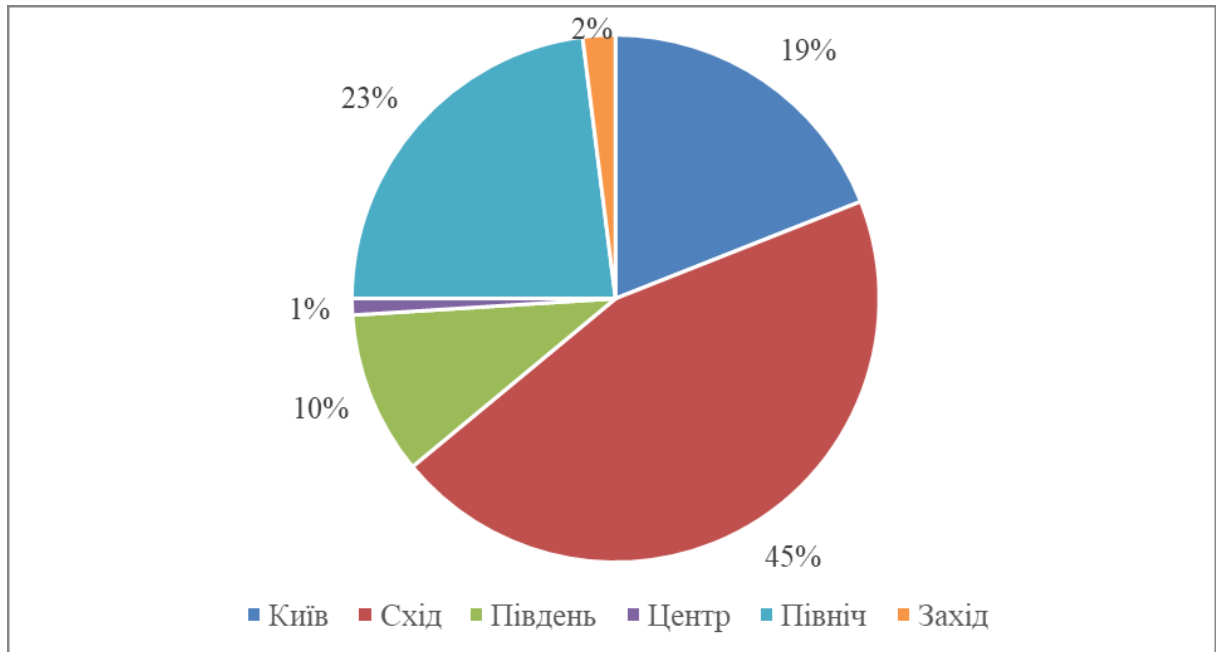


Рисунок 1.3 – Дані про переміщення українців на макрорегіональному рівні
[108]

Варто додати, що основними причинами, що перешкоджають міграції особам, які залишаються в небезпечних умовах, є небезпека переміщення (9%); відсутність фінансової спроможності (9%); небажання залишати домівку (6 %) [71, 72].

Отже, відповідно до даних, станом на кінець червня 2022 року кількість українців, змушених залишити місце постійного проживання з 24 лютого 2022 року, залишалась практично незмінною, проте зросла кількість внутрішньо переміщених осіб зі східних та південних регіонів, а з центральних – зменшилась. Згідно з ним, 18% опитаних змінили місце проживання після початку повномасштабної агресії РФ, і з них: 87% опитаних мають намір повернутися додому: 15% – найближчим часом, 24% – хочуть повернутись, але ще зачекають, 48% – повернуться, але після закінчення війни. 8% зазначили, що вже не повернуться додому. Порівняно з квітнем того ж року зменшилась кількість тих, хто планує повертатися негайно (на початку квітня

їх було 29%), і при цьому зросла кількість тих, хто повернеться після війни (був 41%), або взагалі не повернеться (було 2%) [108].

Змінили місце свого проживання 60% жителів сходу України, 21% – півдня, 12% – центру та 4% – заходу. Серед жителів територій, близьких до бойових дій (південний схід), дві третіх на сьогодні проживають поза своїми домівками. Переважна більшість опитаних (87%) не змінювала місця проживання через обстріли інфраструктури, 8% – поїхали та проживають поза домом з цієї причини, 5% – виїхали і вже повернулися. [71,72].

Вчені звертають увагу на те, що повномасштабна війна призвела до появ проблем, пов'язаних з життєво важливим впливом значного стресу на населення і, як наслідок, вимушеною міграцією і погіршенням психічного здоров'я українців. Фізична неможливість подальшого перебування вдома, відсутність позитивної мотивації до переїзду, травматизація психіки у зв'язку з причинами та історією міграції, труднощі адаптації на нових місцях стали визначальними у формуванні специфічного досвіду переселенців. Формування різних нервово-психічних розладів у деяких випадках спричинили затяжні і хронічні перебіги, найпоширенішими з яких є: психогенна депресія, тривога та соматоформні розлади [149]. Тому розробка оптимального алгоритму корекції психоемоційного стану таких респондентів – надзвичайно важлива для своєчасного надання допомоги [30, 83, 148, 149].

У людей, які перенесли гострий стрес може розвинути гіперглікемія навіть за умови відсутності діагнозу «цукровий діабет», адже на нервовий метаболізм в організмі людини впливає динамічний баланс вегетативної нервової, симпатичної і парасимпатичної систем. До того ж тривале перебування в стані стресу – небезпечне, тому що запаси адаптаційної енергії – обмежені. Якщо стрес-фактор продовжує діяти на організм, то фізіологічний стрес змінюється на патологічний. Це означає, що людина може захворіти і навіть померти. Такі психосоматичні захворювання як: артеріальна гіпертонія, неспецифічний коліт, виразкова хвороба шлунку тощо, є ускладненнями довготривалих психологічних стресів. Відповідно до результатів

багаточисленних клінічних спостережень та експериментальних робіт, першою на стрес реагує серцево-судинна система [232, 255, 257].

В умовах війни на всіх її учасників впливає комплекс посиленних стресових чинників, що призводить до напруження адаптаційних систем організму та проявів у значної кількості осіб порушень стану здоров'я. У таких умовах актуалізується складне завдання накопичення нових сенсів у соціальному просторі, з'являється необхідність переосмислити трагічний досвід, набутий в умовах воєнного стану, коригування всієї системи світосприйняття [148].

Аналіз теоретичних досліджень Н. Коваленко, О. Хаустової дозволив підтвердити концепцію дослідників про те, що захворювання, особливо поширені у переміщених осіб, можна віднести до психосоматичних, які, за механізмом їх розвитку, відносяться до групи дезрегуляційної патології. Вплив факторів зовнішнього і внутрішнього середовища на здоров'я людини в усіх випадках є комплексним [82, 137].

Т. Холмс і Р. Раге вивчали залежність захворювань від різних стресу у понад 5 тис пацієнтів. Вони дійшли висновку, що 151 психічним та фізичним хворобам, зазвичай, передують певні серйозні зміни в житті людини. На основі своїх досліджень, вони склали Шкалу визначення стресостійкості та соціальної адаптації (Social Readjustment Rating Scale, SRRS) – кожній важливій життєвій події відповідає певна кількість балів залежно від ступеня її стресогенності [197].

Ще одна Шкала (Hassles Scale), розроблена у 1980 р. Р. Лазарусом та його колегами, містить 117 пунктів та містить питання щодо: зайнятості, фінансів, охорони здоров'я та сімейних труднощів. Для цього дослідники вивчали взаємозв'язок між стресом і хворобою з точки зору «повсякденної рутини», а не важливих життєвих подій, дійшовши висновку про те, що з їхньою допомогою можна прогнозувати психологічні симптоми. Це пов'язано із тим, що людина краще запам'ятовує події, під час яких вона має «поганий настрій». При цьому, переважна більшість буденних проблем майже не

залежить від безпосередньо життєвих подій, а залежать від самої людини, її оточення або від соціальних контактів[216].

Досліджуючи тривожність, С. Індика [69, 70] та Р. J. Troped [253] доводять, що вона негативно впливає на багато сфер життя людини: фізичний стан, соціальні стосунки, порушує соматичний стан, а згодом може призвести до соматичних захворювань.

У дослідженні Н. В. Коваленко зі співавторами внутрішньо переміщених осіб мова йде про те, що з метою діагностики порушень у психічній та поведінковій сферах варто зважати і на показники якості життя. Для цього вони використовували короткий опитувальник оцінки якості життя SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey) [83, 148]. Дослідники наголошують, що на показники якості життя стали звертати увагу фахівці з початку 80-х років минулого століття, аби оцінити ефективність лікування. Зокрема, Всесвітня організація охорони здоров'я дає таке визначення якості життя – це сприйняття людиною своєї позиції у житті, у тому числі, фізичного, психічного та соціального благополуччя, залежно від якості середовища, в якому вона живе, ступеня задоволеності конкретним рівнем життя та іншими складовими психологічного комфорту» [69, 70, 260]. Досліджуючи рівень якості життя людини, можна отримати інформацію з метою кращого розуміння впливу клінічних проявів соматичного захворювання на загальний (в тому числі психологічний) стан, оцінити ефективність застосованої терапії.

Дослідниками виявлено достовірні кореляційні зв'язки між показниками якості життя та соціально-демографічними характеристиками. Показники «Фізичне функціонування» та «Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом» корелювали зі статтю та тривалістю переміщення, зменшуючись при більш тривалому переміщенні. Ці ж показники були достовірно нижчі у респондентів, які скаржились на свій фізичний стан (табл. 1.2) [82].

Таблиця 1.2 – Взаємозв'язок якості життя за шкалами опитувальника SF-36 та соціально-демографічних показників ВПО в ГУЗ (n=44), коефіцієнт кореляції Spearman [82]

Соціально-демографічні показники	PF	RF	RE	VT	MH	SF	BP	GH	PH
Вік	-,861** p<0.01	-,757 p<0.01	-,260* 0.044	-,275* 0.035		-,470** 0.001	-,615** p<0.01	-,635** p<0.01	-,584** p<0.01
Зайнятість	-,831** p<0.01	-,657** p<0.01				-,408** 0.003	-,496** p<0.01	-,587** p<0.01	-,542** p<0.01
Задоволення роботою								,783* 0.033	
Проживання самотійно чи ні	,285* 0.030	,332* 0.014					-,402** 0.003		,277* 0.034
Скарги	-,440** 0.001	-,380** 0.005	-,352** 0.01	-,398** 0.004	-,405** 0.003	-,504** p<0.01	-,548** p<0.01	-,486** p<0.01	-,400** 0.004
Прийом препаратів	,309* 0.021	,271* 0.038	-,456** 0.001	-,522** p<0.01	-,455** 0.001	-,459** 0.001	-,280* 0.033	-,271* 0.038	-,287* 0.029
Учасник/ свідок психотравмуючої ситуації	0.306* 0.022	-,291* 0.027				-,288* 0.029		-,257* 0.046	
Тривалість переміщення					-,290* 0.028		-,306* 0.022		

Примітка 1. * – кореляція значуща на рівні 0,05.

Примітка 2. ** – кореляція значуща на рівні 0,01.

Автори стверджують, що ці взаємозв'язки демонструють виснаження нервово-психічної діяльності осіб в умовах тривалого впливу стресогенної ситуації, порушення адаптації, загострення існуючих хронічних захворювань, відсутність повноцінної соціально-економічної підтримки респондентів тощо.

Таким чином, фахівці дійшли висновку, що на фоні психічних реакцій та станів, домінуючими психічними розладами у респондентів є депресивні та тривожні, панічний синдром, зловживання алкогольними напоями. Це все пов'язано із психотравмуючими факторами:

- загроза життю та здоров'ю,
- вимушене переміщення,
- соціо-культурна та побутова необлаштованість,
- пристосування до нових умов життєдіяльності,
- питання проблем з працевлаштуванням та задовільних умов роботи,

- погіршення стану здоров'я через загострення існуючих та появу нових хвороб та розладів,
- невизначеність майбутньої можливості повернення на Батьківщину [149].

При цьому, встановлено, що якість життя за усіма шкалами достовірно зменшувалась зі зростанням віку, незадоволеністю місцем роботи, погіршенням фізичного стану, з фактом особистої участі у психотравмуючій ситуації, збільшенням тривалості переміщення.

О. Є Семикіна у дослідженні зі співавторами щодо емоційного стану ВПО встановила, що, незважаючи на неусвідомлення чи заперечення особами, переважна їх більшість перебуває у стані негативного афекту (43% респондентів). Автори відзначають, що переважна кількість респондентів були особи молодого та середнього віку, у них відзначався досить високий відсоток наявності супутньої сомато-неврологічної та іншої патології, які у комплексі з емоційною нестабільністю та багаторічними стресогенними обставинами (несподівана зміна життєвих умов, невизначеність щодо теперішнього та майбутнього), могли стати вирішальними факторами розвитку психічних розладів [243].

Тему посттравматичних розладів (ПТСР) у переміщених осіб в Колумбії вивчали автори на чолі із Maraianna Lagos Gallego. Вони зауважували, що ПТСР є одним із найбільш поширених психічних станів серед мігрантів та внутрішньо переміщених осіб. За результатами їхньої роботи визначено, що рівень виявлення ПТСР серед ВПО – у 5,1 рази вищий, ніж серед населення в цілому. У своєму дослідженні автори дійшли висновку, що захворюваність на посттравматичний стресовий розлад серед ВПО – більш поширена, порівняно із загальним населенням на тих же територіях. Це має відповідні наслідки для скринінгу, діагностики та лікування ПТСР серед ВПО, особливо в районах з високим рівнем захворюваності [215]

Ряд вчених досліджували фізичне і психічне здоров'я іракських біженців до США. Так, у 50% серед респондентів виявлено стан емоційного

стресу, тривоги та депресії, 31% мали ризик посттравматичного стресового розладу [214].

На думку турецьких дослідників, основними факторами, які ускладнюють адаптацію сирійських біженців у Туреччині, є: відсутність роботи, низький дохід, низький рівень освіти, мовний бар'єр, культурні розбіжності, розрив із батьківщиною та розлука із сім'єю. [164].

R. J Johnson із колегами порівнювали військову травму та посттравматичний стресовий розлад у звичайного міського цивільного населення України із внутрішньо переміщеними особами. Своє дослідження вони проводили 2017 року, тобто вже після початку вторгнення російської федерації на територію України. На той час уже понад 1,5 мільйона людей були переміщені зі своїх домівок. Автори мали на меті з'ясувати поширеність впливу воєнної травми, рівень посттравматичного стресового розладу, наявність взаємозв'язку між соціально-демографічними чинниками та позитивними оцінками ПТСР серед цивільних, які проживали у містах (n = 1247), і внутрішньо переміщених осіб з Донбасу (n = 300). У ході свого дослідження учені виявили: широку поширеність безпосереднього впливу травматичних подій, пов'язаних з конфліктом (65%) серед внутрішньо переміщених осіб порівняно зі значною меншістю (23%) людей, які мешкали у містах; підвищену поширеність симптомів ПТСР, які також були рівномірно поширені серед кількох соціально-демографічних факторів [202].

Отже, внаслідок повномасштабного вторгнення російської федерації в Україну кількість внутрішньо переміщених осіб різко зросла. Перебуваючи у вкрай стресових ситуаціях протягом тривалого часу, рівень здоров'я, фізичного та психоемоційного станів цих осіб, у тому числі жінок, різко знизилась. Підсумовуючи літературу з цього питання, статистичні дані різних організацій, стає зрозумілим, що масштаб ситуації, яка складалась, – критичний. Необхідно швидко вирішувати цю проблему, адже категорія жінок першого періоду зрілого віку, яка в ній опинилась, є вкрай важливою.

1.2 Теоретичні засади побудови програм корекції показників фізичного та психоемоційного станів осіб зрілого віку

Враховуючи теперішній стан справ і обставини в Україні, поняття стресу набуло особливої актуальності, а вміння справлятися з ним стало нагальною потребою.

Доступна на сьогодні науково-методична література свідчить, що існує зовсім невелика кількість науково обґрунтованих напрацювань і рекомендацій щодо корекції фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку, які стали вимушено внутрішньо переміщеними особами. Аналіз і узагальнення публікацій із цього питання засвідчили відсутність чіткої концепції науковців. Зокрема, немає єдиного та цілісного підходу до використання для цього засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

Протягом останніх десяти років такі міжнародні організації, як Організація об'єднаних націй (ООН), Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), Рада Європи, керівні органи Європейського Союзу (ЄС), звертають нашу увагу, урядів держав на необхідність створення сприятливих умов для заохочення громадян до рухової активності [59]. Це обумовлено тим, що суспільство загалом, і кожна людина зокрема, відчуває негативний вплив гіподинамії на стан громадського та індивідуального здоров'я [27, 59, 168].

Науковці стверджують, що сучасна світова наука і практика зосереджена на профілактиці захворювань немедикаментозними засобами, зокрема мова йде про оздоровчі форми рухової активності. При цьому, в Україні проблема підвищення мотивації населення до рухової активності, окреслення стратегічних векторів та обґрунтування технологій для створення середовища, що спонукатиме до неї, залишається вкрай актуальною [22, 27, 67, 94, 125].

На необхідність збільшення рухової активності жінок першого періоду зрілого віку з метою покращення показників фізичного та психоемоційного станів різноманітними засобами оздоровчого фітнесу: аеробіки [62, 115, 153],

силового тренінгу, пілатесу [141, 142] вказує багатовимірність існуючих досліджень [31, 80, 110, 133].

У ряді досліджень А. Гакман, О. Андрєєвої, В. Кашуби та інших, детально розглядаються підходи до використання засобів оздоровчого фітнесу з метою корекції маси тіла жінок в процесі фізкультурно-оздоровчих занять, індивідуально-диференційований підхід з урахуванням соматотипу запропонували у процесі оздоровчого тренування. У їхніх роботах увага зосереджується на позитивному оздоровчому впливі на організм жінок систематичних занять фізичними вправами оптимальної інтенсивності і обсягу [22, 45, 79, 80, 158, 205].

В. Кашуба із колегами у своїх дослідженнях вивчали застосування засобів оздоровчого фітнесу на корекцію порушень постави жінок першого зрілого віку, вирішуючи питання програмування фізкультурно-оздоровчих занять для них з урахуванням біологічних особливостей жіночого організму при фізичному навантаженні [77, 78, 204].

Підвищення запитів на індивідуальні заняття з метою задоволення потреб кожної жінки в різних формах рухової активності вимагає удосконалення фітнес-технологій. Дослідження науковців доводять ефективність диференціації фізкультурно-оздоровчих занять на основі різноманітних критеріїв. Необхідно зауважити, що у процесі організації фізкультурно-оздоровчих занять з жінками варто використовувати диференційований підхід і враховувати індивідуальні особливості організму жінок [54, 58, 130].

Фахівці встановили, що такий сучасний вид фізичної активності, як оздоровча аеробіка, поліпшує показники фізичного стану, сприяючи зміцненню здоров'я [35].

Л. Рибалко зазначає у своїх дослідженнях, що фізично активний спосіб життя забезпечує довготривале покращення показників якості життя, зокрема і внутрішньо переміщених осіб, що може слугувати підґрунтям для

формування державної політики, спрямованої на стимулювання рухової активності серед населення [126, 237, 238].

Існує чимало методів управління і нейтралізації стресу та корекції фізичного й психоемоційного станів, спричиненого ним. Необхідно обрати ті, які відповідали б, з одного боку, індивідуальним особливостям людини, а з іншого – реальним умовам, в яких перебувають внутрішньо переміщені жінки.

Тобто необхідні, крім специфічних заходів психологічного впливу, загальнозміцнюючі методи, які допомогли би зберегти здоров'я, попередивши різноманітні захворювання: профілактика порушень серцево-судинної системи, викликаних стресом, повинна бути комплексною: зменшення гіподинамії, заходи щодо оптимізації режиму дня, чергування напруження нервової системи з відпочинком, систематичне перебування на свіжому повітрі і правильне харчування.

Опираючись на наукові дослідження, А. Гакман із співавторами вважають, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність сприяє зниженню рівня тривожності у ВПО, дає змогу зменшити або запобігти низці функціональних проблем, пов'язаних із стрес подразниками, які їх оточують. ОРРА – невід'ємна частина поведінки людини за мотиваційними пріоритетами у дозвіллевий час, що повинна забезпечувати нормальне функціонування систем організму та збереження здоров'я. Врахування індивідуальних норм рухової активності при цьому є одним з суттєвих чинників формування аспектів життєздатності ВПО [45].

Зростання частки внутрішньо переміщених осіб серед усього населення є причиною загострення питання оздоровчо-рекреаційної рухової активності у профілактиці і корекції показників їхнього фізичного та психоемоційного станів. Результати сучасних наукових досліджень, свідчать про кризові ситуації в багатьох напрямках життєдіяльності таких людей, які впливають на їхню свідомість та поведінку [140]. За матеріалами В. Подорожного, невизначеність життєвих перспектив, нестача можливостей для задоволення їхніх потреб, викликані як психофізіологічними і соціальними змінами,

втратою колишнього місця проживання, звичного соціального статусу й матеріально-економічним обмеженням, призводять до значного зниження рівня активності й залученості осіб у соціум. Все це в комплексі негативно позначається на психоемоційному стані та, в багатьох випадках, призводить до депресії, незадоволеності станом власного здоров'я та особистісного відчуження [124].

Ефективним способом вирішення цієї проблеми є оздоровчо-рекреаційна діяльність, а також здоровий спосіб життя, що підтверджується численними дослідження науковців [2, 19, 45, 94]. Так, дослідниками зазначається, що фізично активні люди мають кращі показники емоційного стану, особливо у самопочутті, активності та настрої [155, 158].

Цілком закономірний та логічним є позитивний вплив фізичної активності на здоров'я. Протягом тисячі років емоції людини були безпосередньо пов'язані із м'язовою діяльністю. Раніше обсяг фізичних навантажень був у рази більшим. Фізичні вправи допомагають зменшити напругу, подолати тривогу, депресію. Наведемо приклад дослідження 43-х студенток, які мали середній і сильний рівні депресії та відвідували один із трьох спортивних класів. Так, у першому займались аеробікою тричі на тиждень, у другому – релаксацією і спокійними прогулянками чотири рази на тиждень і в третьому, контрольному, група нічого не робила. Контроль рівня депресії і стан здоров'я проводився через 5 та 10 тижнів. Ті, які енергійно тренувалися, поліпшили фізичну форму та у них знизився рівень депресії. У групі релаксації і контрольній групі ці показники не змінилися [54].

Найбільш важливими особистісними характеристиками в цьому контексті виступають: вікові психофізіологічні показники, стан здоров'я, якість життя, рівень рухової активності, рівень поінформованості про здоровий спосіб життя, профілактика захворювань. Про позитивні ефекти регулярних занять руховою активністю зазначається у багатьох наукових роботах [25, 140, 194, 227]. Зокрема, звертається увага на те, що психологічне благополуччя було пов'язано із досягненням та підтримкою вищих рівнів

фізичної активності протягом значного періоду, що тривав понад 10 років [208, 209]. Незважаючи на значний інтерес дослідників до цієї проблеми, недостатньо обґрунтованою є інформація про вплив активного способу життя на рівень психоемоційного стану ВПО.

Відповідно до досліджень Л. А. Єракової й Ю. І. Томіліної, засоби ментального фітнесу здатні органічно доповнювати та розширювати можливості занять аеробного характеру. При цьому питання побудови комплексних занять, які б поєднували засоби ментального фітнесу й оздоровчої аеробіки з метою підвищення рухової активності та корекції фізичного стану, залишається відкритим. Адже саме це, на нашу думку, могло би значно сприяти поліпшенню показників фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, покращити їхню фізичну підготовленість, розумову працездатність, врегулювати психоемоційний стан [63].

У своїх наукових роботах Н. Ковальова досліджувала рівень рухової активності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку їхню мотивацію до занять. Встановлені дані свідчать про необхідність оптимізації режиму дня як у робочі, так і у вихідні дні шляхом систематичного включення заходів, спрямованих на підвищення рухової активності, зокрема видів діяльності, що відповідають високому рівню інтенсивності [84-86].

Такі науковці, як В. Кашуба, А. Гармаш, досліджували теми організації занять оздоровчим фітнесом із зазначеним контингентом жінок. І, незважаючи на те, що існує однотайність думок щодо актуальності необхідності розробки програм оздоровчого фітнесу для жінок першого періоду зрілого віку, залишається чимало питань для подальших досліджень саме для внутрішньо переміщених осіб, враховуючи їхні фізичні та психоемоційні показники [50, 78].

Впроваджуючи засоби оздоровчо-рекреаційної рухової активності у фізкультурно-оздоровчу діяльність жінок першого періоду зрілого віку, увага

фахівців концентрується, насамперед, на оцінці впливу занять на їх фізичний розвиток, так як це важливим для них [77, 79, 104].

Відповідно до досліджень С. Футорного зі співавторами, сучасні воєнні виклики актуалізують потребу в розвитку системних підходів до збереження та відновлення здоров'я населення, зокрема осіб, які постраждали внаслідок війни. У цьому контексті особливого значення набуває підготовка фахівців, здатних професійно впроваджувати оздоровчо-рекреаційні програми, спрямовані на відновлення фізичного та психоемоційного стану внутрішньо переміщених осіб. Реалізація таких підходів є важливою складовою зміцнення суспільної стійкості та формування умов для довгострокового соціального відновлення [146].

Також досі невивченим є питання, наприклад, раціонального співвідношення засобів оздоровчої аеробіки та ментального фітнесу, можливі технології і підходи до розподілу занять, регулювання навантаження, враховуючи початковий фізичний та психоемоційний стани жінок першого зрілого віку.

Таким чином, з огляду на виявлені проблемні питання та науково-практичні потреби в їх вирішенні, а також враховуючи стан обґрунтованості цієї проблеми, постає досить аргументована потреба в її подальшому дослідженні.

1.3 Оздоровчо-рекреаційна рухова активність у профілактиці і корекції показників фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених осіб

Низькі значення показників фізичного та психоемоційного станів жінок і потреба їх корекції й досі залишається актуальною темою. Важливим при цьому є потреба подолання їх негативних впливів на здоров'я цієї категорії населення. Перший період зрілого віку для більшості жінок є досить складним та напруженим, оскільки, зазвичай, саме у цей час виникають нові соціальні

статуси, ролі: здобуття вищої освіти, перше працевлаштування, створення власної сім'ї, народження дітей. З цього, безумовно, виникає і подальше активне розширення соціальних контактів, трудових і родинних обов'язків. Все це є тими предикторами, які впливають на зниження обсягів рухової активності, показників фізичного стану, можливого збільшення маси тіла (у середньому, на 2–5 кг щоп'ять років) [88].

На думку таких дослідників, як М. В. Дутчак, О. І. Міхеєнко, Ю. О. Павлова, оптимальна рухова активність – це універсальний засіб профілактики надмірної маси тіла та ожиріння, діабету, остеопорозу, окремих онкологічних захворювань та депресії, зменшення ризику виникнення серцево-судинних захворювань та поліпшення здоров'я в цілому [60, 89, 117]. Фахівці О. Ю. Лядська, А. Г. Говсієвич, Л. А. Єракова, Ю. І. Томіліна, вважають фізкультурно-оздоровчі заняття в зрілому віці такими, що забезпечують високий рівень працездатності протягом основного періоду трудової діяльності і є основою належного стану здоров'я в майбутньому [52, 63, 99, 100]. При цьому, усі вони вказують на те, що зниження рухової активності призводить до погіршення стану ендокринної, серцево-судинної, нервової систем, проявами чого вважається: порушення ритму сну, погіршення пам'яті підвищена втомлюваність, емоційна лабільність [36].

Ці фактори у майбутньому стануть причиною, того, що соціальна та фізична активність у майбутньому буде складнішою [58].

У працях українських учених можна знайти численні підтвердження постійного погіршення стану соматичного здоров'я молоді [37, 61, 101, 121, 166].

На думку Т. Ю. Круцевич, фізична підготовленість є важливою характеристикою здоров'я та інтегральним показником фізичної активності людини [91-95]. Високий рівень фізичної підготовленості передбачає відносно великий обсяг опанованих рухових умінь та навичок, характеризується високими функціональними здатностями серцево-судинної та дихальної систем, він тісно пов'язаний зі здоровим способом життя [75, 96, 128].

Одним із важливих завдань Національної стратегії з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року «Рухова активність – здоровий спосіб життя – здорова нація» є зміцнення здоров'я нації. У зв'язку із тим, що лише 3% дорослого населення України мають достатній рівень рухової активності, розробка та затвердження рекомендацій з оздоровчої рухової активності із конкретними рекомендаціями щодо обсягів, інтенсивності, форм і видів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для зміцнення здоров'я осіб різної статі та віку має бути важливим пріоритетом державної політики. Заняття оздоровчим фітнесом мають важливе значення для удосконалення фізичного розвитку і підготовленості особи, профілактики надмірної маси тіла та ожиріння. Також вони сприяють зменшенню ризику виникнення серцево-судинних захворювань, діабету, остеопорозу, окремих онкозахворювань та депресії [112].

Загально відомим є факт, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність впливає на настрій. Дослідники виявили, що люди почували себе більше бадьорими й спокійними після занять ОРРА, в порівнянні з періодами бездіяльності. Ефект її впливу на емоційний стан був максимальним, навіть коли до цього відзначався поганий настрій.

Проблеми зі сном, підвищене потовиділення й втрату апетиту – усе це є найпоширенішими фізичними ознаками стресу. Рівень тривожності може бути спричиненим симптомами, викликаними виділенням гормонів стресу, адреналіну і норадреналіну в організм, спричиняючи підвищення артеріального тиску, показників серцевого ритму і потовиділення й готують наш організм до екстреного реагування [103].

Зауважимо, що у жінок першого періоду зрілого віку частота дихання у спокої складає 12-18 дихальних рухів за хвилину, а під час фізичних навантажень – 40-90, залежно від інтенсивності. Глибина дихання у цих жінок складає 0,5 л і збільшується до 2-3 л відповідно. Фізична активність сприяє покращенню діяльності дихальної системи, що, у свою чергу, забезпечує

підвищення споживання організмом кисню в декілька раз: 250-350 мл кисню за хвилину у стані спокою, до 4 л/хв. – при граничній м'язовій роботі [235].

Відзначимо позитивний вплив оздоровчих занять на ендокринну систему: зниження реакції залоз при виконанні помірної м'язової роботи; збільшення ваги ендокринних залоз; підвищення здатності залоз підтримувати високу функціональну активність протягом тривалого часу; значна мобілізація функцій залоз при максимальному навантаженні; зміна чутливості тканин до гормонів, що сприяє покращенню регуляції функцій організму й обмінних процесів [243].

Фізкультурно-оздоровчі заняття також мають вплив на імунну систему. Імунна система запобігає проникненню в організм різних вірусів, бактерій, хімічних речовин, які порушують його нормальну роботу, а також забезпечує функціонування інших систем організму [41]. Фізичні навантаження стимулюють роботу імунної системи організму, що запобігає проникненню в організм різних вірусів, бактерій, хімічних речовин, забезпечує функціонування інших систем [122].

Під час роботи скелетних м'язів посилюється покращується кровообіг. М'язи складають близько 40% маси тіла, тому м'язові волокна краще забезпечуються поживними речовинами і киснем, відбувається інтенсивне виведення з організму продуктів метаболізму, сприяючи збільшенню об'єму м'язів, силі їхнього скорочення і витривалості [127].

Регулярні заняття із використанням засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності підвищують рухливість грудної клітки й діафрагми: дихання – глибше, дихальна мускулатура стає міцнішою і витривалішою. Під час глибокого, ритмічного дихання відбувається процес розширення кровоносних судин серця, у результаті чого покращується споживання і постачання киснем серцевих м'язів, підвищується активність окислювально-відновних процесів [73].

Депресію визнано одним із найрозповсюдженішим розладом психіки у всьому світі. Великий економічний тягар, спричинений нею, зумовлений її

високою поширеністю та значними функціональними порушеннями, спричиненими хворобою [49, 201]. Зниження показників фізичного стану неминуче призводять до зниження якості життя [83, 229, 252]. Зауважимо, що визначення ВООЗ «якості життя» нерозривно пов'язано зі «здоровим способом життя», однією з головних ознак якого є організована рухова активність [173, 261].

Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я вважають низький рівень рухової активності одним із важливих факторів ризику для здоров'я та однією зі значущих причин смертності [260, 261]. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність є однією з основних функцій людини, важливою складовою здоров'я протягом усього життя. Загальновідомо корисний вплив занять ОРРА на стан здоров'я: зниження ризику серцево-судинних захворювань, гіпертензії, діабету та деяких форм раку, позитивний вплив на психічне здоров'я (зменшення стресових реакцій, тривожності, депресії та затримку настання наслідків хвороби Альцгеймера, інших форм когнітивних порушень) [44, 200].

Колектив авторів на чолі з Wells К. В. вказує на зв'язок між депресією та рівнем якості життя. Встановлено, що депресія сприяє розвитку кількох хронічних захворювань – хвороби серцево-судинної системи та діабет. Це, у свою чергу, призводить до подальшої інвалідності та низького рівня якості життя [257]. Дослідники Бостонського університету визначили ефективність фармакотерапії та психотерапії у підвищення рівня якості життя шляхом усунення симптомів депресії [163]. Громадське занепокоєння навколо депресії зростає у зв'язку із її широким розповсюдженням та значним впливом на здоров'я населення [53, 113, 218, 246].

Таким чином, заняття ОРРА сприятимуть зниженню тривожності. Дослідження, проведені за участю дорослих, показали, що у людей із високим рівнем активності, зазвичай, більш низькі показники тривожності, порівнюючи із менш активними особами [155].

Доведено фахівцями, що підвищення показників фізичного стану [108, 118, 138], функціональний стан [36] жінок першого зрілого віку реально

можливо досягнути за допомогою занять з оздоровчо-рекреаційної рухової активності [177]. Так, дослідники цього питання Л. А. Єракова, Ю. І. Томіліна, Ю. Ю. Мосейчук, О. О. Мороз, А. В. Наконечна, Т. В. Дорофєєва, Н. Ковальова встановили факт позитивного впливу занять ментальним фітнесом на антропометричні показники, його потужний профілактичний і відновлювальний потенціал, довели факт того, що пілатес, хатха-йога поліпшують як фізичний, так і психоемоційний стани жінок, сприяють гармонійності у функціонуванні тіла, знижують рівень стресу [56, 63, 85, 106, 167].

Результати багаторічних досліджень вітчизняних та іноземних науковців обґрунтовують стратегії рухової активності, що забезпечують досягнення здоров'я, благополуччя і довголіття людиною. На думку Е. Г. Буліча та І. В. Муравова, такі стратегії є сукупністю знань і принципів діяльності, що забезпечують реалізацію кардинальної зміни способу життя шляхом усвідомленої потреби у цьому, може протистояти прогресуючому зниженню можливостей організму людини в сучасних умовах [41].

Теоретики і практики, які висвітлюють проблеми організації оздоровчої фізичної культури, О. Андрєєва, А. Гакман, Т. Круцевич, Ю. Павлова та інші в своїх працях доводять, що активізація режиму рухової активності покращує стан здоров'я, розширює функціональні можливості організму людини [3, 22, 91, 92, 117, 157, 193].

Беззаперечним є факт того, що фізичні вправи – один із найдешевших і кращих способів поліпшити здоров'я, а регулярні фізичні навантаження необхідні для підтримки та нормального функціонування організму [175].

Проблеми адаптації переміщених осіб у сучасних умовах призводять до об'єктивної необхідності допомогти та підтримати цю категорію населення. Переміщені особи є пасивними учасниками суспільного життя на рівні компенсацій, пільг, виплат, що не дозволяє їм успішно адаптуватися в суспільстві. Однак потрібно не просто включення ВПО в суспільство, як

повноправних членів, шляхом грошових компенсацій, а й урахування факторів, що впливають на їхню самореалізацію і самоактуалізацію [144].

Одним із таких засобів адаптації є оздоровчо-рекреаційна рухова активність, яка може стати як формою зайнятості, соціальної активності, так і корисною, оздоровчою умовою відновлення та збереження фізичного та психічного здоров'я, функціональних можливостей, сприяє соціальній адаптації [164]. Заняття фізичними вправами забезпечують адаптацію серцево-судинної, дихальної та інших систем до умов м'язової діяльності, прискорюють функціонування систем кровообігу й дихання, відновлення після змін, які викликає фізичне навантаження. Отже, оздоровчо-рекреаційна рухова активність забезпечує позитивний вплив на здоров'я людини та допомагає подолати стрес [180].

Ученими також отримано переконливі дані, що у людей, які займаються фізичними вправами, – нижчий ризик виникнення і розвитку серцево-судинних, онкологічних захворювань, різних хронічних хвороб, збільшується щільність кісткової тканини, зменшуються жирові відкладення, поліпшується індекс маси тіла, знижується ризик опорно-рухової інвалідності [155].

Рух, як переміщення у просторі, – фундаментальна властивість живих істот. Він детермінує нормальний ріст та розвиток організму, підвищує опір до захворювань, сприяє високій працездатності. Згідно з визначенням ВООЗ, до рухової активності належать рухи, які забезпечують природні потреби індивіда, його навчальну та виробничу діяльність. На сьогодні виокремлюють організовану рухову активність (до прикладу, заняття фізичною культурою та спортом), активність, пов'язану з роботою, навчанням, домом та турботою про родину, а також активність у вільний час. Рівень рухової активності тісно пов'язаний та зумовлює не лише фізичний, але й психічний стан, соціалізацію, інклюзію, якість освіти та праці [167, 168, 260, 261].

Позитивний вплив занять фізичною культурою на психічне здоров'я, з погляду біології, можна пояснити збільшенням рівня мРНК та білка в клітинах

мозку, оптимальною роботою нейротрансмітерів [211]. Малодослідженим на сьогодні є те, які саме різновиди вправ сприятимуть поліпшенню інтелектуальних здібностей людини. Кожна четверта людина у світі щонайменше 1 раз протягом життя мала психічне захворювання. Ці статистичні дані є особливо критичними, зважаючи на тісний зв'язок між фізичними та психічними захворюваннями [179]. Наприклад, в осіб, які страждають тривалий час від хронічних захворювань, зокрема діабету чи гіпертонії, удвічі частіше розвивається депресія, а у разі двох та більше тривалих періодів захворювання, ймовірність розвитку депресії зростає в 7 разів. У свою чергу, розвиток психічних захворювань спричиняє розвиток фізичних. Наявність депресії призводить до розвитку захворювань серця та збільшує ймовірність передчасної смерті на 50 %. Шизофренія та біполярні розлади знижують тривалість життя приблизно на 16–25 років, також такі хворі частіше страждають від ожиріння та діабету. В осіб, які хворіють на ожиріння, на 55 % частіше виникає депресія, а при наявності депресії – на 58 % частіше розвивається ожиріння [183, 184, 189].

Заняття фізичною культурою здатні позитивно вплинути на психічний компонент якості життя. Проте саме фізична активність у вільний час, за умови якщо вона до вподоби учаснику, може запобігти емоційному вигоранню та розвиткові депресивних станів, покращити сон та спілкування [162, 165, 167].

Зокрема, І. Хрипко із колегами засвідчили ефективність використання системи Пілатес в умовах евакуації, відзначаючи покращення всіх компонентів якості життя осіб другого періоду зрілого віку, з найбільш вираженим позитивним впливом на емоційний стан [150].

Варто зазначити, що високий рівень рухової активності на роботі або вдома не мають такої терапевтичної функції. Тобто, чим вищі енергетичні витрати у вільний час, тим частіше респонденти зауважують, що щасливі та задоволені життям [248].

Вивчаючи досвід інших країн щодо заходів із метою мотивації до рухової активності, вважаємо доцільно зупинити увагу на США, які мають ряд проєктів, спрямованих на поліпшення якості життя населення шляхом зміни інфраструктури середовища, що могли би сприяти високому рівню фізичної активності:

1) нові ігрові майданчики, парки, зелені зони та безпечний доступ до них дітей і молоді (Американська академія педіатрії) [251];

2) створення спеціальних зелених зон у містах, будівництво житлових кварталів таким чином, аби активізувати пішохідний та велосипедний рухи, швидкий доступ до оздоровчо-рекреаційної інфраструктури [179, 189, 223];

3) гарантія безпеки в парках, що розміщені в районах з високим рівнем злочинності [201].

Відповідно до програми «Здорові люди – 2020» («Healthy People 2020»), положень Інституту медицини в США наявність і доступність рекреаційних зон підвищує рівень фізичної активності дорослих [180, 201, 254, 258] та молоді [165, 175]. Інше американське дослідження доводить, що наявність рекреаційних зон у межах 1 км від дому – головний чинник, що спонукає молодь до прогулянок пішки [186].

На відміну від інших країн, поліпшення якості життя українського населення пропонують лише в рамках програм та проєктів економічного характеру.

Вивчаючи питання ролі ОРРА у профілактиці та корекції показників фізичного та психоемоційного станів, варто звернути увагу і на якість життя, яка тісно пов'язана зі здоров'ям. Зосереджуючись на методах лікування, профілактиці захворювань, фахівці все ж не часто передбачають механізми прогнозування продуктивності праці чи втрату працездатності. У багатьох роботах досліджено рівень якості життя осіб різного віку, які мають певні захворювання (гострі чи хронічні) [65, 80, 172]. Проте залишається недостатньо дослідженою тема рівня якості життя осіб, які практично здорові на момент дослідження, але при цьому зазнали впливу стрес-факторів чи

перебували тривалий час у вкрай стресовій ситуації. Враховуючи українсько-російську війну, це питання є актуальним для різних вікових груп українського населення, у тому числі для нашого контингенту [119].

Так, у своєму дослідженні Ю. Павлова встановила, що показники якості життя дорослих чоловіків та жінок відрізняються залежно і від статі, і від віку. Так, чоловіки продемонстрували показники благополуччя за декількома параметрами вище, ніж жінки. Показники «Загальний стан здоров'я» та «Роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності» у чоловіків були на 14 % та 34 % вищими, ніж у жінок [117-119].

І. Хрипко зі співавторами у дослідженні, спрямованому на розроблення ефективних оздоровчо-рекреаційних програм, адаптованих до умов воєнного часу, встановили чіткі прогностичні можливості щодо фізичного та психічного компонентів якості життя. Зокрема, фізичний компонент більшою мірою пов'язаний із відчуттям безпеки, тоді як психічний – із задоволеністю життям та рівнем рухової активності. При цьому стать і частота тренувань мали найменший вплив на прогнозовані показники [20, 64].

Варто звернути увагу і на проблему соціального виключення, з якою зустрілися внутрішньо переміщені особи. Науковці наводять приклади на їхній освіті, працевлаштуванні, здоров'ї, матеріальному становищі. Це все є причиною подальшої нерівності, незадоволення фінансовим становищем, поганого фізичного і психоемоційного станів, безробіття. З цими факторами внутрішньо переміщені особи стикаються не по своїй волі, а у зв'язку зі зміною місця постійного проживання, втратою рідних (їх смерть або коли хтось із родини не покидає домівку разом з іншими), втратою роботи, незначною кількістю соціальних зв'язків, хворобою, матеріальним труднощами [144, 145].

Тому у своїх напрацюваннях фахівці звертають увагу на те, що активізація та нові соціальні зв'язки змогли би покращити психоемоційний стан таких осіб. І таким способом можуть стати заняття оздоровчо-рекреаційною руховою активністю, особливо у групах [148].

Інтеграція у нові соціальні групи, підвищення рівня соціальної активності можна досягти за допомогою занять фізичною культурою та спортом. У свою чергу, це все сприятиме покращенню рівня якості життя. До прикладу, студенти, які активно займалися індивідуальними чи командними видами спорту або фізичною культурою в оздоровчих фітнес-центрах, мали і краще самопочуття і настрій, і при цьому стосунки з оточенням [137]. Поліпшення рівня якості життя мігрантів можливо за допомогою занять фізичною культурою, так як це допомагає налагодити нові зв'язки [214].

Під час спостереження за групою емігрантів зі Східної Європи виявлено, що 60 % з них інтегруються в місцеві соціальні групи саме за допомогою занять у спортивних клубах, адже це допомагало їм відчутти себе щасливішим, підвищувало почуття задоволеності життям [228].

На думку П. Доннелли і Дж. Коуклі, оздоровчо-рекреаційна рухова активність має переваги для осіб, які виявились виключеними з соціуму:

- 1) можливість передавати свій досвід іншим учасникам, рівне спілкування;
- 2) створення безпечного середовища, недопущення насильства;
- 3) можливості здобути нові знання та навички.

Отже, беззаперечним є факт того, що заняття ОРРА можуть надати нові можливості для соціально незахищених верств населення, у тому числі внутрішньо переміщеним жінкам; повернути втрачене почуття гідності. Усе це, в свою чергу, зможе підвищити рівень якості життя таких осіб, їхній фізичний та психоемоційний стани [174].

Отож, різноманітні засоби оздоровчо-рекреаційної рухової активності мають, беззаперечно, позитивний вплив на здоров'я людини та здатні поліпшити. Водночас, вони можуть вирішити проблему адаптації переміщених жінок до нових умов, в яких вони опинилися, покращити їхній фізичний та психоемоційний стани, знизити вплив стресу на організм, підвищити рівень якості життя.

Викладене вище підтверджує необхідність більш комплексного дослідження застосування засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності, особливостей побудови програми та занять, способів регулювання фізичного навантаження під час занять з метою корекції стану цієї категорії населення.

Таким чином, оздоровчо-рекреаційна рухова активність у профілактиці і корекції показників фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку, а особливо тих, хто стали внутрішньо переміщеними, засобами фізичної активності залишається надзвичайно актуальним. Адже на сьогодні наріжним каменем стоїть проблема пошуку засобів, які б зацікавили цю категорію населення, а з іншого – допомогли б їм зміцнити власне здоров'я, поліпшити фізичний і психоемоційний стани та підвищити працездатність.

Висновки до розділу 1

Аналіз джерел та статистичних звітів дозволив встановити, що повномасштабна війна в Україні спричинила різке зростання кількості внутрішньо переміщених осіб – соціальної групи, яка перебуває під дією потужних стресогенних чинників. Унаслідок погіршення умов життя, порушення стабільності й вимушеної адаптації до нових соціальних середовищ у ВПО, зокрема жінок першого періоду зрілого віку, значно погіршуються їхні фізичний та психоемоційний стани, рівень якості життя та здатність до ефективної соціальної інтеграції.

Установлено, що зниження рівня рухової активності, вимушений сидячий спосіб життя та висока емоційна напруженість сприяють погіршенню функціонування основних систем організму, розвитку психосоматичних розладів, зростанню тривожності й депресивних станів. Доведено взаємозв'язок між тривалим стресом, порушеннями адаптаційних механізмів та формуванням дистресу, що негативно впливає на здоров'я жінок у періоді репродуктивної та соціальної активності.

Водночас у численних наукових дослідженнях наголошується на позитивній ролі оздоровчо-рекреаційної рухової активності у зниженні психоемоційного напруження, нормалізації функціонального стану, підвищенні працездатності та профілактиці хронічних захворювань. Визначено, що систематичні заняття сучасними формами фітнесу та засобами ментального тренування можуть слугувати ефективним інструментом корекції та підтримки фізичного і психоемоційного благополуччя зазначеного контингенту жінок.

Проведений аналіз показав недостатню розробленість науково обґрунтованих програм корекції показників фізичного та психоемоційного станів саме для жінок внутрішньо переміщених осіб. Відсутність уніфікованих рекомендацій щодо раціонального поєднання засобів аеробного тренування і ментального фітнесу підкреслює необхідність подальших наукових досліджень у цьому напрямі з урахуванням індивідуальних особливостей та рівня адаптації жінок до стресових умов життя.

Таким чином, узагальнення наукової інформації підтверджує актуальність і соціальну значущість розробки ефективної оздоровчо-рекреаційної програми, спрямованої на корекцію фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку на основі оптимізації їхньої рухової активності та підвищення адаптаційних можливостей організму.

Результати досліджень здобувача, наведені у цьому розділі, відображено у публікаціях [8-12, 46].

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1 Методи дослідження

Проведення нашого наукового дослідження включало в себе послідовні етапи:

- 1) ознайомлення з проблематикою, аргументація актуальності теми;
- 2) вибір об'єкта, аргументація предмета й визначення мети дослідження;
- 3) аналіз стану розробки проблеми, визначення завдань;
- 4) визначення гіпотези й напрацювання теоретичного підґрунтя здійснення дослідження;
- 5) написання програми, вибір методології й визначення напрямів експериментального дослідження;
- 6) власне теоретичне та експериментальне дослідження;
- 7) аналіз результатів експериментального дослідження та встановлення їх правдивості (надійності);
- 8) практичне підтвердження результатів дослідження та їх типізація;
- 9) оформлення наукової роботи відповідно до підсумків дослідження, її публікація та захист.

2.1.1 Теоретичний аналіз, узагальнення науково-методичної літератури, спеціальної літератури, документальних матеріалів та інформації мережі Інтернет

Теоретико-методологічну основу дослідження становить комплексний аналіз науково-методичної та спеціальної літератури, документальних матеріалів і відкритих інформаційних ресурсів, що дозволило систематизувати сучасні наукові уявлення щодо впливу рухової активності на фізичний, психоемоційний та соціальний стан жінок зрілого віку, зокрема тих, які

перебувають в умовах тривалого психоемоційного стресу та вимушеного переміщення.

У процесі теоретичного аналізу було опрацьовано фундаментальні праці з теорії та методики оздоровчо-рекреаційної рухової активності, фізичної рекреації та кондиційного тренування, а також наукові дослідження, присвячені проблемам стресу, адаптації, якості життя та психоемоційного благополуччя. Особливу увагу приділено працям провідних українських і зарубіжних учених, які сформувавши наукові підходи до розуміння рухової активності як універсального засобу підтримки здоров'я в умовах дії несприятливих соціальних та психотравмуючих чинників. Зокрема, використано наукові напрацювання О. Андрєєвої, М. Дутчака, Т. Круцевич, В. Кашуби, А. Гакман, Н. Бишевець, що висвітлюють теоретичні та прикладні аспекти оздоровчо-рекреаційної діяльності осіб зрілого віку, а також класичні й сучасні концепції стресу та адаптації, представлені у працях Г. Сельє, Т. Холмса, Ш. Торрес-Санчес, О. Хаустової, Н. Коваленко та інших дослідників [22, 34, 61, 80, 90, 197, 203, 253].

У межах застосування методу аналізу та узагальнення наукових джерел було опрацьовано документальні матеріали міжнародних і національних організацій, що регламентують питання міграції, соціального захисту, охорони здоров'я та підтримки внутрішньо переміщених осіб. Зокрема, проаналізовано аналітичні звіти та рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), Управління Верховного комісара ООН у справах біженців, Міжнародної організації з міграції, які містять актуальні дані щодо стану здоров'я, психоемоційного благополуччя, рівня рухової активності та якості життя осіб, що зазнали впливу збройних конфліктів і вимушеного переміщення дослідників [108, 260, 261].

Окрему увагу приділено нормативно-правовим документам Міністерства соціальної політики, Міністерства ветеранів, Міністерства охорони здоров'я та Міністерства молоді та спорту України, які визначають державні пріоритети у сфері підтримки внутрішньо переміщених осіб,

розвитку оздоровчо-рекреаційної діяльності та формування здорового способу життя населення. Також проаналізовано публікації міжнародних інформаційних агентств і спеціалізованих ресурсів (зокрема Інтерфакс-Україна), що дозволило уточнити соціальний контекст досліджуваної проблеми та актуалізувати її значущість у сучасних умовах.

Процес теоретичного аналізу літературних і документальних джерел здійснювався за поетапною схемою:

- 1) визначення кола ключових проблемних питань, пов'язаних із руховою активністю, психоемоційним станом та соціальною адаптацією жінок зрілого віку в умовах стресу;
- 2) формування картотеки наукових і нормативних джерел із подальшою їх класифікацією за тематичними блоками;
- 3) критичний аналіз, порівняння та узагальнення наукових положень, викладених у фаховій літературі;
- 4) підготовка узагальненого аналітичного, літературного огляду, який став теоретичним підґрунтям для обґрунтування мети, завдань, методів і структури експериментальної частини дослідження.

Застосування зазначеного підходу дало змогу виявити наявні наукові суперечності, окреслити недостатньо досліджені аспекти проблеми та обґрунтувати необхідність розроблення комплексної програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності.

2.1.2 Соціологічні методи дослідження

Опитування вважається досить поширеним методом наукового пізнання, який дає змогу збирати початкові відомості за допомогою письмового або усного звернення до певного контингенту громадян (респондентів) із запитаннями, суть котрих відображає соціальну проблематику, яка вивчається, з наступним реєструванням та аналізуванням відповідей.

Опитування, зазвичай, поділяють на регламентоване, коли проводять попередню підготовку єдиних для всіх опитуваних питань та визначають їх послідовність, і нерегламентоване – передбачає вільну бесіду з опитуваним, яка обмежена лише визначеним попередньо її загальним планом.

Відповідно до методів та прийомів проведення опитування є декілька варіантів: опитування через друковані ЗМІ й за допомогою телебачення; опитування через пошту; опитування телефоном; опитування за допомогою комп'ютерної мережі; анкетування; інтерв'ю.

Анкетування, як метод, переважає з-поміж решти, зважаючи на широту охоплення категорій дослідження, швидкість одержання реального матеріалу й зручність його наступного технічного опрацювання. Значущість та правдивість одержаних відомостей залежить не лише від правильного вибору й підготовки об'єкта дослідження, від влаштування анкетування тощо, а й від, власне, анкети, результативності питань, від того, наскільки вони доступні, повні, конкретні, зрозумілі та лаконічні.

За допомогою анкетування ми вивчали та аналізували загальні дані про респондента, наявність у нього депресивного стану, захворювань, оцінювали рівні рухової активності і якість життя, з'ясовували уявлення жінок про оздоровчо-рекреаційну рухову активність, оцінку наявності інфраструктури для занять.

Так, за допомогою опитувальника найпопулярнішої міжнародної оцінювальної системи для визначення оцінки якості життя SF 36 (коротка форма) проведено дослідження, яке містило оцінювання стану фізичного здоров'я та психологічного стану. Вибір цього опитувальника пов'язаний з тим, що він дає змогу оцінити всі компоненти якості життя, зокрема пов'язані зі здоров'ям, не має обмежень для вікових груп, окремих захворювань або програм лікування. На думку науковців [201, 212, 221], він залишається актуальним, простим, доступним і валідним інструментом для оцінювання основних складників фізичного і психічного здоров'я

Цей опитувальник містить питання, що стосуються поглядів на своє здоров'я. Надана респондентами інформація допомогла стежити за тим, як вони себе почували, і наскільки добре справлялись зі своїми звичайними навантаженнями. Необхідно було дати відповідь на кожне питання, позначаючи обрану відповідь, як це зазначено.

Опитувальник SF-36 (Medical Outcomes Study 36-item short form health survey) – це неспецифічний опитувальник якості життя, розроблений в 1992 році американськими лікарями John E. Ware і Cathy D. Sherbourne [256] і є одним з найбільш поширених методів вимірювання якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. SF-36 використовується як в клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях для оцінки загального здоров'я населення віком від 14 років та старше, незалежно від наявного захворювання, статевих, вікових особливостей та специфіки лікування. Опитувальник відображає загальне благополуччя і ступінь задоволеності тими сторонами життєдіяльності людини, на які впливає стан здоров'я, дозволяючи дати оцінку її суб'єктивної задоволеності своїм фізичним і психічним станами, соціальним функціонуванням, відображає самооцінку ступеня виразності больового синдрому (Додаток Ж).

36 пунктів опитувальника розподілено у дві групи, кожна з яких має 4 фактори:

1) фізичне здоров'я (Physical health):

- роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності (Physical problems role);

- рівень тілесного болю (Pain level);

- загальний стан здоров'я (General state of health);

- фізична активність (Physical activity);

2) психічне здоров'я (Mental health):

- життєздатність (Viability);

- соціальна активність (Social activity);

- роль емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності (Emotional problems role);
- психічне здоров'я (Mental health).

Тобто ці дві шкали формують два показники: душевне і фізичне благополуччя.

Загалом, результати представляються у вигляді оцінок у балах за цими вісьмома шкалами, сформованих таким чином: висока оцінка вказує на більш високий рівень якості життя. Ми використовували шкалу 0–100 для кожної субшкали SF-36: чим ближче до 100 — тим вища якість життя.

Для узагальненої оцінки була така інтерпретація:

- 70-100 балів – високий рівень якості життя;
- 51-69 балів – середній рівень якості життя;
- <50 – низький рівень якості життя.

Важливо, що інтерпретація результатів і саме ці межі є універсальними для нашого регіону і використовуються на основі аналізу даних популяції і можуть бути скориговані у подальших дослідженнях [212].

2.1.3 Педагогічні методи дослідження

Педагогічне спостереження – цілеспрямований, організований і систематизований розгляд об'єкта, який досліджується, використання якого передбачає документування результатів спостережень для їх подальшого відтворення та використання в рамках інших видів перевірок.

Спостереження – це спосіб пізнання об'єктивного світу, заснований на безпосередньому сприйнятті предметів і явищ за допомогою органів чуття без втручання у процес з боку дослідника [52].

На думку І. Співак, спостереження має відповідати таким вимогам [136]:

- продуманість: проводиться з певною метою для чіткого вирішення поставлене завдання;
- планомірність: виконується згідно з планом, складеним відповідно до завдання спостереження;

– цілеспрямованість: спостереження проводиться лише за тим, що викликає інтерес під час дослідження;

– активність: спостерігач самостійно та активно здійснює пошуки потрібних об'єктів, рис, явищ;

– систематичність: спостереження проводиться безперервно або згідно з певною системою і графіком.

Функції спостереження полягають у забезпеченні наукового дослідження необхідним масивом емпіричних даних, а також у перевірці достовірності та відповідності теоретичних положень у практичній діяльності.

В умовах глобалізації метод зазнав істотних змін завдяки впровадженню діджиталізації, що дало поштовх актуалізації проблеми підвищення рівня культури проведення спостережень.

Говорячи про сферу фізичного виховання і спорту, спостереження – це елемент експериментальних досліджень, для якісної організації якого потрібно:

- чітке визначення мети, завдань;
- встановлення об'єкта, предмета і контекста спостереження;
- вибір оптимального способу забезпечення повного збору інформації;
- визначення методики фіксації виявлених явищ;
- належна обробка й інтерпретація отриманих результатів.

При цьому, треба мати на увазі, що присутність дослідника може вплинути на перебіг.

Метод педагогічного спостереження застосовувався протягом усього нашого дослідження з метою визначення ключових факторів, які мають вплив на фізичний та психоемоційний стани і залучення внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку до занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю.

Педагогічний експеримент проводився у два етапи: констатувальний та формувальний (перетворювальний).

Констатувальний етап мав на меті створення бази даних для аналізу проблеми корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, які перебувають в умовах стресу. У його межах проводилися опитування респонденток для виявлення чинників, що впливають на вказані стани контингенту досліджуваних.

Метою формувального етапу була перевірка ефективності розробленої комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб у корекції показників їхнього фізичного та психоемоційного станів. Тривалість цього експерименту становила шість місяців. До нього було залучено жінок першого періоду зрілого віку, вибір яких зумовлювався результатами попереднього констатувального етапу.

2.1.4 Психодіагностичні методи дослідження

З метою визначення психоемоційного стану наших респонденток ми використали декілька методик психодіагностики з метою отримання більш повної та об'єктивної картини щодо їхніх психоемоційних особливостей, оскільки кожен метод має свої обмеження і дозволяє виявити лише певні аспекти. Комплексний підхід, в свою чергу, забезпечив перевірку даних, отриманих одним методом, за допомогою іншого. Використання декількох методик є важливим і тому, що жоден метод не може охопити всі сторони психіки. Наприклад, для повної оцінки дитини використовують методики для визначення рівня уваги, пам'яті, мислення, а також ставлення до навчання та міжособистісних стосунків.

Для виміру екстраверсії – інтроверсії і нейротизму ми використали опитувальник *«Шкала «Емоційна стабільність – нестабільність (нейротизм)» за методикою Г. Айзенка*, залишивши тільки питання, що стосуються нейротизма, і питання на прихованість – відвертість відповідей [62]. Респонденткам було запропоновано ряд питань про особливості їх

поведінки і прояву емоцій, відповідати на які потрібно було швидко: якщо «Так», то поряд з номером питання ставили «+», якщо «Ні», то «-» (Додаток 3).

Обробка результатів відбувались таким чином. За кожну відповідь, яка співпадала з ключем, отримувався 1 бал. Отримані за кожною шкалою бали сумувались.

Ключ до опитувальника:

- Шкала емоційної стабільності: відповіді «Так» з питань: 1, 2, 3,4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 31;
- Шкала прихованості-відвертості: відповіді «Так» з питань: 6, 10, 16, 24; відповіді «Ні» – 12, 20,27,29,32.

Інтерпретація. Якщо респондентка набрала по 1-й шкалі 12 балів і менше, то вона – емоційно стабільна, 13-18 балів – середньо стабільна, 19-24 бали – емоційно нестабільна.

Якщо по 2-й шкалі набрано 5 і більше балів, то, за версії автора методики Г. Айзенка, відповіді були не завжди щирими.

З метою дослідження психоемоційного стану жінок, зокрема проявів тривожності в умовах різких життєвих змін, ми вважали за доцільне обрати для вимірювання один із надійних опитувальників — адаптовану українською версію *шкали тривожності Дж. Тейлора (за М. М. Пейсаховим)* (Taylor Manifest Anxiety Scale (TMAS)) (Додаток II). Враховуючи той, факт, що контингент респонденток – це внутрішньо переміщені жінки і вони перебувають в умовах підвищеного стресу, важливо було використати цю методику як ту, що дозволяє виявити підвищені рівні тривожності, порівняти їх із нормативними значеннями й дослідити зв'язки з руховою активністю, фізичним станом, адаптацією до змін. Методика була впроваджена американкою Дж. Тейлор у 1953 році як опитувальник-самозвіт, спрямований на кількісну оцінку маніфестної (явної) тривожності у дорослих. Тривожність у цьому підході розглядається не як тимчасовий стан, а як

стабільна риса, що проявляється у внутрішньому напруженні, постійному занепокоєнні, підвищеній фізіологічній збудженості [250].

Використання цього методу дозволило нам кількісно оцінити рівень особистісної тривожності, тобто стійкої тенденції до внутрішнього напруження, самозаклопотаності та підвищеної нервової збудливості, що має високу діагностичну значущість у контексті нашої теми. У версії за М. Пейсаховим, опитувальник стандартизовано в україномовному середовищі, підвищуючи його культурну адекватність і коректність інтерпретації результатів у межах української вибірки.

Застосування саме цієї адаптації обґрунтоване її відповідністю темі нашого дослідження — фізичний та психоемоційний стани внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. Адаптована шкала передбачає групове чи індивідуальне проходження, містить близько 50 тверджень із форматом відповідей «Так / Ні». Тестування триває 15-30 хв.

Обробка результатів відбувалась таким чином. У твердженнях 1-37 ми підраховували кількість відповідей «Так», у твердженнях 38-50 – «Ні». Відповіді «Не знаю» ми підраховували в усіх твердженнях і їх кількість ділилась на 2. Рівень тривожності визначався сумою цих трьох показників за такою шкалою:

- до 15 балів – низький рівень.
- 16-20 балів – нижче середнього.
- 21-23 бали – середній.
- 24-27 балів – вище середнього.
- 28-50 балів – високий.

Для диференціальної діагностики депресивних станів та станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях та з метою попередньої, долікарської діагностики ми використовували опитувальник із шкалою депресії В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової) (Додаток Л). Наші респондентки мали прочитати уважно кожне з наведених тверджень та закреслювали/робили відмітку біля відповідної цифри праворуч,

залежно від того, як вони почувались останнім часом. У всіх твердженнях варіанти відповіді були такими:

- А (1) – ніколи чи зрідка;
- В (2) – іноді;
- С (3) – часто;
- D (4) – майже завжди чи постійно.

Обробка та інтрепретація результатів здійснювалась таким чином.

Рівень депресії (РД) розраховується за такою формулою:

$$РД = \Sigma_{пр.} + \Sigma_{зв.}, \quad (2.1)$$

де:

- $\Sigma_{пр.}$ – сума закреслених цифр до «прямих» висловів № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;
- $\Sigma_{зв.}$ – сума цифр, «зворотних» закресленим, до висловів № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад:

- у висловлювання №2 закреслено цифру 1 – ставимо у суму 4 бали;
- у висловлювання №5 закреслено відповідь 2 – ставимо у суму 3 бали;
- у висловлювання №6 закреслено відповідь 3 – ставимо у суму 2 бали;
- у висловлювання №11 закреслено відповідь 4 – ставимо у суму 1 бал і т.д.

У результаті ми отримали показники РД (від 20 до 80 балів), які розшифровуються так:

- не більше 50 балів – стан без депресії;
- 50-59 балів – легка депресія ситуативного або невротичного генезу;
- 60- -балів – субдепресивний стан чи маскована депресія;
- понад 70 балів – депресивний стан.

Для детального діагностування стану ВПО ми використали *експрес-діагностику схильності до немотивованої тривожності* (автор В. Бойко), яка є досить популярною серед багатьох методик дослідження властивостей темпераменту, які обумовлюють стресостійкість особистості. Прочитавши наведені нижче твердження, респондентам необхідно було надати відповідь «Так» або «Ні» на кожне із представлених 11-ти висловлювань (Додаток К). Чим більше ствердних відповідей дав респондент, тим більш яскраво виражений у нього такий дисфункціональний стереотип емоційної поведінки як тривожність. Кожна ствердна відповідь «Так» оцінювалась в 1 бал. Підрахувавши суму балів, ми отримували результат, який інтерпретувався так:

- 10–11 балів – безпричинна тривожність проявляється яскраво і стала невід’ємною рисою поведінки;
- 5–9 балів – спостерігається деяка схильність до тривожності;
- 4 бали і менше – схильності до тривожності немає.

Для оцінювання актуальних психоемоційних станів особистості, з метою виявлення ступенів вираженості чотирьох базових емоційних станів (тривожності, фрустрації, агресивності та ригідності) ми використали ще одну методику, а саме *«Самооцінка психічних станів»* (англ. Eysenck’s Self-Assessment of Mental States), розроблену Гансом Айзенком [62]. Вказані показники розглядаються як основні характеристики емоційної напруги, що відображають реакцію особистості на стресові фактори та ситуації соціальної дезадаптації. Ця методика Г. Айзенка має високу психометричну валідність і широко використовується у психологічних, педагогічних і медико-біологічних дослідженнях для оцінки психоемоційної стійкості, рівня тривожності та реакцій на фрустрацію (Додаток М).

Її застосування є особливо доцільним для нашого дослідження, оскільки ця категорія населення, внутрішньо переміщені жінки, часто перебуває в умовах підвищеного психоемоційного напруження, викликаного адаптаційними труднощами, втратою домівки, близьких, стабільності та соціальними змінами. Методика дозволяє виявити як загальний рівень

емоційного навантаження, так і специфічні компоненти (наприклад, переважання тривожності чи агресивності). Також ця методика є простою для проведення (10-15 хв) і її результати добре комбінуються з іншими тестами – Дж. Тейлора, В. Бойка, шкалами SF-36 чи показниками соматичного здоров'я за методикою Г. Апанасенка.

Опитувальник «Самооцінка психічних станів» складається із 40 тверджень, об'єднаних у чотири шкали по 10 пунктів кожна. Респондентка повинна була оцінити власний стан за трибальною шкалою: якщо цей опис збігався з її станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали; якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться 1 бал, якщо не збігається – 0 балів.

Підрахунок балів здійснювався нами окремо за кожною шкалою, після чого визначали профіль психічного стану:

- I - 1-10-те питання - тривожність;
- II - 11-20-те питання - фрустрація (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);
- III- 21-30-те питання - агресивність;
- IV - 31-40-ве питання - ригідність (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів.

Тривожність:

- 0-7 балів - низька тривожність;
- 8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;
- 15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

- 0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труднощів;
- 8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;

– 15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

– 0-7 балів - ви спокійні, стримані;
 – 8-14 балів - середній рівень агресії;
 – 15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

– 0-7 балів - ригідності нема;
 – 8-14 балів - середній рівень;
 – 15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.

2.1.5 Антропометричні методи дослідження

Антропометричні методи дослідження є базовими інструментами для оцінювання морфофункціональних характеристик організму людини, які дозволяють кількісно визначити особливості фізичного розвитку, пропорцій тіла та рівень соматичного здоров'я. Результати антропометрії є вихідними для розрахунку низки індексів, які ми використали потім у своєму дослідженні: масо-зріст, індекс маси тіла (ІМТ), життєвий індекс (ЖІ), силовий індекс (ЖІ), адаптаційний потенціал (АП) тощо, що відображають ступінь фізичного розвитку та адаптаційні можливості організму.

Вимірювалися такі антропометричні показники: довжина тіла, маса тіла.

Маса тіла визначалась у відповідності до стандартизованих протоколів [81].

Довжина тіла вимірювалась таким чином. Заміри роблять біля стіни, без взуття, від маківки до ступнів (до підлоги). На стіні роблять відмітку на рівні маківки досліджуваної. Відстань від відмітки до підлоги вимірюється за допомогою сантиметрової стрічки.

Індекс маси тіла (ІМТ) дозволяє оцінити ступінь відповідності маси людини до її зросту, й тим самим, непрямо оцінити, чи є маса недостатньою, нормальною, надмірною (ожиріння). ІМТ визначався за формулою Кетле:

$$\text{ІМТ} = \text{маса тіла (кг)} / \text{зріст}^2 \text{ (м)} \quad (2.2)$$

Інтерпретація ІМТ проводиться відповідно до рекомендацій ВООЗ:

- 19-25 балів – високий;
- 25,1-27 – вище середнього;
- 27,1-30 – середній;
- 30,1-35 – нижче середнього;
- >35 або <19,1 – низький.

2.1.6 Фізіологічні методи дослідження

Функціональний стан серцево-судинної системи ми досліджували за *частотою серцевих скорочень* в стані спокою (ЧСС). У наших дослідженнях динаміка показників ЧСС вивчалася для оцінки інтенсивності занять різними видами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. У природних умовах тренування використовувалися метод пальпації і аналіз ЧСС за допомогою смарт-годинника Apple Watch (технологія фотоплетизмографії, PPG), що забезпечує безконтактну фіксацію пульсу у динаміці.

Дані ЧСС ми використовували для *проби Руф'є* – це функціональний тест, який оцінює ефективність серцево-судинної системи після фізичного навантаження (30 присідань за 45 секунд).

У нашому дослідженні ми знімали дві проби Руф'є, а також визначали час відновлення. Така методика використовується у спортивній фізіології, щоб оцінити динаміку працездатності серця після кількох навантажень і швидкість відновлення.

Оцінка часу відновлення:

- ≤ 60 сек. – відмінна – 5 балів;

- 61-90 сек. – добра – 4 бали;
- 91-120 сек. – задовільна – 3 бали;
- 121-180 сек. – посередня – 2 бали;
- >180 – незадовільна – 1 бал.

Потім отриману інформацію ми використали для визначення рівня тренуваності серцево-судинної системи

$$I\Phi C = \frac{R1-R2}{10} + \frac{T}{100} \quad (2.3)$$

де:

- R1 – частота серцевих скорочень після 5-хвилинного відпочинку в положенні сидячи;
- R2 – частота серцевих скорочень після виконання вправи на присідання протягом 30 секунд;
- T/100 – поправка на тривалість відновлення

Інтерпретація отриманих результатів відбувалась за такою шкалою в умовних одиницях:

- ≤ 3,0 – відмінний;
- 3,1-6 – добрий;
- 6,1-9 – задовільний;
- 9,1-12 – посередній;
- >12.0 – незадовільний.

Артеріальний тиск систолічний (АТ сист.) і діастолічний (АТ діаст.) ми вимірювали тонометром за методикою Короткова: вислуховування за допомогою фонендоскопа плечової артерії, під час повного затискання її манжетою.

Оцінку адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи (АП) ми визначали за методом Р. М. Баєвського, А. Н. Берсенєвої, Н. Р. Палєєва. АП демонструє здатність людина пристосовуватися до мінливих

умов, у нашому випадку – показник здатності адаптуватися до нових умов життя, що змінюються під впливом війни, соціальних та економічних факторів. В нашому випадку використання цього методу інтегрує комплекс показників серцево-судинної системи (частоту серцевих скорочень, систолічний і діастолічний артеріальний тиск), морфологічні параметри (маса та довжина тіла) і вік. Така структура формули дає можливість отримати комплексну характеристику адаптаційних можливостей організму та визначити рівень напруження регуляторних систем [94].

Позитивний ефект оздоровчо-рекреаційних рухових занять проявляється саме у зниженні його величини, що вимірюється в у.о. Для визначення оцінки адаптаційного потенціалу оцінки АП застосовується 6 показників: зріст; маса; вік; ЧСС у стані спокою, ЧСС; систолічний артеріальний тиск (АТ сист.); діастолічний артеріальний тиск (АТдіаст.). Розраховується за формулою

$$\begin{aligned} \text{АП} = & 0,011 \times \text{ЧСС} + 0,014 \times \text{АТ}_{\text{сист.}} + 0,008 \times \text{АТ}_{\text{діаст.}} + 0,009 \\ & \times \text{масатіла (кг)} + 0,0014 \times \text{вік (роки)} - 0,009 \times \text{довжина тіла (см)} - 0,27 \end{aligned} \quad (2.4)$$

Оцінка здійснювалась згідно з шкалою таблиці 2.1.

Таблиця 2.1 – Рівень адаптаційного потенціалу серцево-судинної системи, (у.о.)

<i>Показники</i>	<i>Рівень</i>
≤ 2.1	задовільна адаптація
2,11 – 3,2	напруження механізмів адаптації
3,21 – 4,3	незадовільна адаптація
> 4.31	зрив адаптації

Загально прийнято, що у нормі цей показник має дорівнювати 1, і чим менший показник, тим вища стійкість організму до гіпоксії.

Також у нашому дослідженні ми визначали оцінку фізичного стану організму (ФС). Для цього нами використано формулу, запропоновану О. А. Пироговою [66].

$$I\Phi C = \frac{700 - 3 \times ЧСС - 2,5 \times AT_{\text{сер.}} - 2,7 \times \text{вік} + 0,28 \times \text{вага}}{350 - 2,6 \times \text{вік} + 0,21 \times \text{зріст}} \quad (2.5)$$

де:

- ФС – оцінка фізичного стану (у. о.)
- ЧСС – частота серцевих скорочень, уд / хв;
- вік – кількість років;
- маса – маса тіла, кг;
- зріст – довжина тіла, см;
- АТ сист. – систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.;
- АТ діаст. – діастолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.

Оцінку рівня фізичного стану пацієнта проводили за даними, запропонованими Л. Я. Іващенко зі співавт. (табл. 2.2) [66].

Таблиця 2.2 – Шкала оцінки фізичного стану за індексом фізичного стану за методикою О. Пирогової

<i>Показники</i>	
<i>Значення ІФС</i>	<i>Рівень фізичного стану</i>
$\leq 0,375$	низький
$0,375 - 0,525$	нижче середнього
$0,526 - 0,675$	середній
$0,676 - 0,825$	вище середнього
$\geq 0,826$	високий

Індекс Робінсона (IP) – це показник напруження серцево-судинної системи, який характеризує, наскільки ефективно серце забезпечує кровопостачання при даному навантаженні, та розраховується за формулою:

$$IP = ЧСС \times AT_{\text{сист.}} / 100 \quad (2.6)$$

де:

- ЧСС – частота серцевих скорочень, уд / хв;
- АТ сист. – систолічний артеріальний тиск, мм рт. ст.;

Інтерпретація результатів здійснювалась за шкалою, поданою у таблиці 2.3:

Таблиця 2.3 – Індекс Робінсона

<i>Показники</i>	
115 і більше	Низький
101-114	нижче середнього
86-100	середній
71-85	вище середнього
70 і менше	високий

Спірометрія нами проводилась для оцінки функціонального стану дихальної системи та виявлення її резервних можливостей під впливом фізичних навантажень. Цей метод дозволяє визначити показники, які відображають ефективність легеневої вентиляції, ступінь розвитку дихальної мускулатури та адаптаційні зміни у системі зовнішнього дихання. Зокрема з її допомогою ми оцінювали життєву ємності легень (ЖЄЛ) – показника, що характеризує об'єм повітря, який людина може максимально видихнути після глибокого вдиху, а також для визначення життєвого індексу (ЖІ) – співвідношення ЖЄЛ до маси тіла, яке слугує критерієм тренуваності та ефективності дихальної функції.

Дослідження проводилось з використанням обладнання Науково-дослідного інституту НУФВСУ (сухо-повітряний спірометр).

Оцінка ЖЄЛ здійснювалась згідно з таблицею 2.4.

Таблиця 2.4 – Життєва ємність легень (мл)

<i>Оцінка</i>	
< 2400	низький
2400 – 3500	середній
більше 3500	високий

Розрахувавши співвідношення життєвої ємності легень (ЖЄЛ) до маси тіла (мл/кг) за формулою 2.7, ми визначили *життєвий індекс (ЖІ)* – показник функціональних можливостей дихальної системи, який характеризує, наскільки ефективно легені забезпечують організм киснем відносно маси тіла.

$$\text{ЖІ} = \text{ЖЄЛ} / m \quad (2.7)$$

де:

- ЖІ – життєвий індекс, мл/кг;
- ЖЄЛ – життєва ємність легень, мл;
- m – маса тіла, кг.

Оцінювались результати відповідно до таблиці 2.5.

Таблиця 2.5 – Шкала оцінки ЖІ для жінок першого періоду зрілого віку

<i>Життєвий індекс (мл/кг)</i>	<i>Бали</i>	<i>Рівень</i>
> 55	5	високий
46-55	4	вище середнього
41-45	3	середній
36-40	2	нижче середнього
≤ 35	1	низький

Динамометрія кистьова, вимірювання сили хвата руки за допомогою динамометра, дозволила нам здійснити оцінку рівня розвитку м'язів верхніх кінцівок та верхнього плечового поясу, а також використати отримані дані оцінки для висновків щодо планування рівня фізичних навантажень та симетричності роботи м'язової системи. У дослідженнях часто використовують середнє значення двох рук або максимальне значення для оцінки функціонального стану. Сильна динамометрія – максимальна сила, яку може створити людина зазвичай у здоровій руці. Слабка динамометрія – сила менш розвиненої руки або після тренування/травми.

Оцінка проводилась відповідно до таблиці 2.6.

Таблиця 2.6 – Динамометрія кистьова, показники абсолютної сили

<i>Сила хвата (кг)</i>	<i>Бали</i>	<i>Рівень</i>
≥ 61	5	високий
56-60	4	вище середнього
51-55	3	середній
41-50	2	нижче середнього
≤ 40	1	низький

За допомогою даних динамометрії ми визначали *силовий індекс (CI)*, показник відносної сили кисті, який демонструє, який відсоток від маси тіла становить середня сила хвата, за формулою 2.8:

$$CI=(P_1+P_2)/2/m\times 100 \quad (2.8)$$

де:

- CI – силовий індекс, %;
- P₁ — сила хвата сильної руки (кг);
- P₂ — сила хвата слабкої руки (кг);
- m — маса тіла (кг).

Інтерпретація результатів здійснювалась за допомогою шкали із таблиці 2.7.

Таблиця 2.7 – Оцінка силового індексу, %

<i>Силовий індекс, %</i>	<i>Бали</i>	<i>Рівень</i>
> 60	5	Дуже високий
51-60	4	Вище середнього
41-50	3	Середній
31-40	2	Нижче середнього
≤ 30	1	Низький

Усі отримані дані дозволили нам використати їх для експрес-оцінки рівня фізичного (соматичного) здоров'я за методикою експрес-оцінки Г. Л. Апанасенка [24]. Ця методика – це одна з найвідоміших систем комплексної оцінки рівня фізичного здоров'я людини, яка широко використовується у фізичній культурі, фізіології тощо та базується на визначенні інтегрального рівня фізичного здоров'я через оцінку п'яти ключових показників, які відображають функціональний стан основних систем організму: ІМТ, ЖІ, СІ, ІР. Усі показники цих індексів сумуються (в балах чи умовних одиницях) і виводиться середнє арифметичне значення.

2.1.7 Метод визначення рухової активності (Фремінгемська методика)

Визначення рівнів рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку ми проводили за допомогою методики Фремінгемського дослідження [220] на основі хронометражу їхньої рухової активності протягом доби, що полягав у фіксації відрізків часу, протягом яких вони здійснювали будь-яку діяльність. Застосування цієї методики дала можливість нам якісно й кількісно визначити добову рухову активність,

реєструючи інтенсивність кожного виду фізичних зусиль. Величина цих вимірювань представлена як цифрове значення індексу фізичної активності.

Усі види діяльності поділялись з урахуванням інтенсивності їх виконання на такі:

- базовий рівень (сон, відпочинок лежачи);
- сидячий (прийом їжі, малювання, читання, настільні і комп'ютерні ігри, телевізор, час, проведений за телефоном);
- малий рівень (стояння з невеликою рухливістю, гігієнічні процедури, пересування на всіх видах транспорту);
- середній рівень (побутові заняття, прогулянки, пересування пішки, ранкова гігієнічна гімнастика);
- високий рівень (рухливі та спортивні ігри, спеціально організовані заняття фізичними вправами, біг, плавання).

Добовий хронометраж фіксував будь-яку діяльність, яка тривала понад 5 хв з використанням карти реєстрації рухової активності.

2.1.8 Методи статистичної обробки даних

Для забезпечення об'єктивності аналізу результатів дослідження, перевірки наукових гіпотез та встановлення закономірностей фізичного і психоемоційного станів жінок ВПО, було використано комплекс методів математичної статистики. Обробка даних здійснювалася з використанням пакетів прикладних програм MS Excel та IBM SPSS Statistics.

Використані методи включали:

- методи описової статистики: для кожної вибірки розраховувалися середнє арифметичне значення (\bar{x}), стандартне відхилення (S), помилка середньої арифметичної (m). Для оцінки однорідності групи використовувався коефіцієнт варіації (V,%), що дозволило підтвердити високу однорідність вибірки за морфологічними показниками (вік – V=10,18%, довжина тіла – V=3,72%);

- порівняльний аналіз: оцінка достовірності різниць проводилася за допомогою t-критерію Стюдента (для нормального розподілу) або непараметричних критеріїв при аналізі якісних показників (рівні здоров'я, тривожності);

- кореляційний аналіз (за Пірсоном) застосовувався для встановлення лінійних взаємозв'язків між інтегральними індексами фізичного стану (ІФС), показниками рухової активності та компонентами якості життя. Сила зв'язку ($|r|$) інтерпретувалася як слабка, помірна або сильна;

- багатовимірні методи аналізу включали:

- метод головних компонент (РСА) використаний для зниження розмірності даних та візуалізації структури добової рухової активності у тривимірному просторі (PC1, PC2, PC3);

- кластерний аналіз (метод k-means) застосовано для диференціації респонденток за типами рухової поведінки (виокремлено 3 кластери: «гіпокінетичний», «помірно активний» та «активний»);

- факторний аналіз (метод максимальної правдоподібності): використаний для визначення латентної структури якості життя. Валідність моделі підтверджувалася тестом χ^2 , оцінювалися факторні навантаження (вагові коефіцієнти) та коваріація між латентними змінними.

Для наочного представлення отриманих результатів побудовано гістограми розподілу, кореляційні матриці з кодуванням сили зв'язку розміром та кольором маркерів, а також 3D-діаграми розсіювання для кластерних груп.

Достовірність результатів приймалася на рівні значущості $p < 0,05$.

- Для оцінки однорідності групи використовувався коефіцієнт варіації (V , %), що дозволило підтвердити високу однорідність вибірки за морфологічними показниками (вік – $V=10,18$ %, довжина тіла – $V=3,72$ %).

Отримані в результаті анкетування, дані оброблено з використанням статистичних методів – визначення показника відносної частки. Його сутність полягає в проведенні аналізу результатів, що має на меті визначити відсоткове

співвідношення між окремою частиною та загальним обсягом. Для розрахунку використовували формулу 2.11:

$$R_{\%} = \frac{N}{M}, \quad (2.11)$$

де, $R_{\%}$ – показник відносної частки;

N – число респондентів, що вибрали той чи інший варіант відповіді;

M – чисельність вибірки.

2.2 Організація дослідження

Сформулювавши мету, об'єкт, предмет, обравши методологію та, відповідно, з'ясувавши необхідні методи та засоби, нами було розпочато експериментальне дослідження. Дослідно-експериментальна робота проводилася у кілька етапів протягом 2022-2025 рр. У дослідженні брали участь 103 респондентки – внутрішньо переміщені жінки першого періоду зрілого віку. Дослідження проводили у чотири етапи.

На першому етапі дослідження (жовтень 2022 – лютий 2023 рр.) відбувалися підготовчі заходи та здійснення дослідження. Під час першого етапу увага зосереджувалася на аналізуванні стану проблеми (дослідження наукових джерел, типізація навичок практичної діяльності). Як результат, було проаналізовано сучасну спеціальну науково-методичну літературу та провідний світовий досвід з проблеми корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності жінок першого періоду зрілого віку, які перебувають в умовах стресу. Всього було вивчено 262 джерела українських та зарубіжних авторів, документальних матеріалів, а також посилань на Інтернет-ресурси. На цьому ж етапі визначено мету, завдання, об'єкт, предмет дисертаційного дослідження. Тоді ж проходила апробація перших результатів дослідження у фахових виданнях України, які

були представлені і на доповідях на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях.

На другому етапі дослідження (лютий – серпень 2023 р.) проведено педагогічний констатувальний експеримент відповідно до програми науково-дослідницької роботи, комплексне дослідження у відповідності до розробленої схеми з метою створення бази даних, необхідної для вивчення стану проблеми і подальшої побудови програми корекції. Проведено опитування, що мало на меті з'ясування та аналіз особливостей показників фізичного та психоемоційного станів, характеристику якості життя, соціальної адаптації жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.

Зокрема, було проведено анкетування 103 респондентів.

На цьому етапі виконано основний обсяг дослідної роботи, спрямованої на отримання та аналіз фактичного матеріалу. Так, проведено структурно-функціональний аналіз відповідей респондентів з метою розробки програми корекції їх станів та її впровадження, за допомогою анкетування визначено рівень здоров'я та депресивних станів респондентів. Використано педагогічне спостереження з метою визначення головних обставин, які впливають на показники фізичного та психоемоційного стану.

На цьому ж етапі складено узагальнюючі протоколи дослідження, а також продовжилась апробація результатів дослідження у фахових виданнях України і у вигляді доповідей на міжнародних та всеукраїнських науково-практичних конференціях.

Робота, що проводилася на третьому етапі дослідження (вересень 2023 – вересень 2024 рр.), мала на меті вирішення таких завдань: систематизувати отриману у дослідженні інформацію; розробити структуру і зміст комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб. Узагальнюючим підсумком досліджень стала розроблена комплексна програма.

Нами проведено перетворювальний педагогічний експеримент, в якому взяли участь жінки першого періоду зрілого віку (всього 30 учасниць), впроваджено комплексну програму занять та оцінено її ефективність. Тривала підготовка та оприлюднення науково-методичних публікацій за результатами дослідження.

Метою четвертого етапу дослідження (жовтень 2024 – березень 2026 рр.) було комплексне узагальнення, систематизація та інтерпретація результатів, отриманих протягом усіх попередніх етапів наукового пошуку, а також підготовка дисертаційної роботи до завершального науково-організаційного циклу.

На основі проведеного дослідження проведено глибоку інтеграцію отриманих емпіричних і теоретичних даних, здійснено їх логічне групування відповідно до поставлених завдань дослідження; проводилося зіставлення результатів власного дослідження з даними українських та зарубіжних авторів з метою виявлення спільних тенденцій і відмінностей; сформульовано наукові положення, що відображають новизну та практичну значущість дослідження, з виокремленням положень, які виносяться на захист; підготовлено комплекс методичних і організаційних пропозицій для впровадження результатів дослідження у практику оздоровчо-рекреаційних занять жінок зрілого віку, а також для подальших наукових досліджень у цій сфері.

Результати дослідження пройшли апробацію на профільних науково-практичних конференціях, семінарах. Здійснено редакційно-технічне оформлення дисертаційної роботи, підготовлено повний пакет додатків; організовано проведення фахового наукового семінару, під час якого дисертація отримала схвалення на подання до офіційного захисту.

Таким чином, відповідно до поставлених мети та завдань, направлених на визначення впливу психотравмуючих чинників на показники фізичного та психоемоційного станів, рухової активності, якості життя, тривожність, соціальну адаптацію жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб, а також розробку структури, змісту комплексної програми

на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для цих жінок, в цьому розділі проаналізовано та обґрунтовано методи дослідження. Також наведено етапи та послідовність проведення дослідження у відповідності із поставленою метою.

РОЗДІЛ 3

ВПЛИВ ПСИХОТРАВМУЮЧИХ ЧИННИКІВ НА ПОКАЗНИКИ ФІЗИЧНОГО ТА ПСИХОЕМОЦІЙНОГО СТАНІВ, ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ТРИВОЖНОСТІ, СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ЖІНОК ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ З ЧИСЛА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

3.1 Особливості показників фізичного стану жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб

Одним із завдань нашого дослідження було визначення показників фізичного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку з метою побудови програми занять для корекції їхнього фізичного та психоемоційного станів.

У констатувальному експерименті взяли участь 103 внутрішньо переміщені жінки першого періоду зрілого віку, середній вік яких – $29,3 \pm 1,24$ років, та які проживали на час дослідження на території м. Києва та Чернівецької області. Рівень відсіву склав 6,7% ($n = 9$ осіб). У зв'язку із життєвими обставинами респонденток можна було зробити попередній висновок про відсутність належного рівня рухової активності. В цілому, у перетворювальному експерименті повноцінно було залучено 96 внутрішньо переміщених жінок зрілого віку.

Відомо, що об'єктивним критерієм рівня здоров'я населення, що відображає рівень рухової активності, зокрема жінок першого періоду зрілого віку, є фізичний розвиток.

Тому ми використали антропометричні дослідження, відповідно до міжнародних стандартів: вимір довжини тіла (зріст, см), маси тіла (m, кг), охватних розмірів різних частин тіла.

Для оцінки фізичного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, маючи основні антропометричні показники, ми здійснили фізіологічні дослідження, обраховуючи індекси та інтегральні показники, що комплексно відображають рівень соматичного здоров'я досліджуваних.

Індекс маси тіла (ІМТ) дозволив оцінити пропорційність масо-зростових співвідношень.

Силовий індекс (СІ) характеризував рівень розвитку м'язової сили у співвідношенні до маси тіла, що є одним із провідних критеріїв фізичної працездатності.

Життєва ємність легень (ЖЄЛ) застосовувалась для оцінки функціональних можливостей дихальної системи.

Інтегральний показник соматичного здоров'я за Г. Л. Апанасенком дозволив отримати узагальнену характеристику стану серцево-судинної, дихальної та м'язової систем, що визначає рівень фізичного здоров'я жінок.

Адаптаційний потенціал (АП) за М. Баєвським був використаний як маркер здатності організму підтримувати гомеостаз в умовах стресу та навантаження.

Проба Руф'є застосовувалась як додатковий тест для оцінки функціональної реакції серцево-судинної системи на фізичне навантаження.

Зазначимо, що отримана вибірка внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку характеризується високою однорідністю, що підтверджується низькими коефіцієнтами варіації ($CV < 10\%$ – дуже мала варіація). Після відсіву некоректних або неповних даних до остаточного аналізу було включено 96 респонденток. Виявлена однорідність вибірки забезпечує достатню статистичну достовірність подальших порівнянь і підвищує надійність отриманих узагальнень.

У межах проведеного нами дослідження здійснено оцінку індексу маси тіла (ІМТ) внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку з метою визначення особливостей їхнього морфологічного статусу та можливого впливу масо-ростових характеристик на загальний фізичний стан. Аналіз величин ІМТ засвідчив, що у вибірці переважають показники, які відповідають межам фізіологічної норми, що свідчить про відносну морфологічну однорідність групи. Середнє значення ІМТ лише незначно відхиляється від оптимальних меж, що характерно для жінок цього віку та відповідає загальним тенденціям популяційних досліджень.

Застосування індексу маси тіла, як інтегрального показника морфологічного статусу, дозволило виявити, що надлишкова маса тіла або її дефіцит зустрічаються поодинокі та не утворюють окремих статистично виражених підгруп. Це свідчить про відсутність значних морфологічних відхилень, які могли б суттєво вплинути на функціональні резерви організму або створювати додаткове навантаження на серцево-судинну та опорно-рухову систему.

Таким чином, морфологічний профіль досліджуваної вибірки можна охарактеризувати як відносно гармонійний і стабільний, без суттєвих відхилень у бік ожиріння або недостатньої маси тіла.

Для визначення оцінки ступеня відновлення серцево-судинної системи після навантаження ми проводили *пробу Руф'є*, а також визначали час відновлення – додатковий показник, який відображає, через скільки секунд, після навантаження, ЧСС повертається до вихідного рівня. Для більш поглибленої оцінки динаміки працездатності серця після кількох навантажень і, маючи швидкість відновлення, ми визначили інтегральний показник (комплексну оцінку) за результатами проб Руф'є.

Так, середній показник *часу відновлення* ($\bar{x}=126$ с) характеризував функціональний стан організму жінок як «посередній». При цьому, середнє значення функціонального показника ($\bar{x}=6$ с) свідчить про «добрий» рівень. Загалом, за цією методикою функціональний стан жінок був на достатньому

рівні: 40,8 % – відмінний, 53,4 % добрий. Задовільний виявлено у 3,9 % досліджуваних, а посередній – у 1,9 %. Незадовільного рівня не було виявлено ні в кого.

За результатами показника *силового індексу* ($\bar{x}=45,9\%$) середнє значення відповідало рівню «середньому». Проте виявилось, що у 43,8 % жінок показник знаходився на рівнях «нижче середнього» і «низький» (35,9 % та 7,9 % відповідно), «середній» – у 30 %. 13,6 % досліджуваних продемонстрували дуже високий показник силового індексу, 12,6 % – високий.

Для оцінки функціонального стану серцево-судинної системи у стані спокою ми визначили *індекс Робінсона*, аби мати характеристику систолічної роботи серця та аеробні можливості організму. Так, нами встановлено, що у 24,3 % жінок рівень – «задовільний», у 44,7 % – «посередній» та у 15,5 % – «незадовільний». Середнє значення показнику ($\bar{x}=97,2$ ум.од.) відповідало рівню «задовільний». Зазначимо, що посередній рівень за шкалою свідчить про помірне перевантаження серця, а незадовільний – про надмірне напруження. Тобто більша половина досліджуваних (60,2 %) мають перенавантаження серця. Лише 3 жінки, що складає 2,9 %, мали відмінний (високий) показник, що свідчить про «економну» роботу серця.

Оцінювання рівня фізичного стану за методикою О. Пирогової дало змогу детально охарактеризувати фізичний стан внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, ґрунтуючись на інтеграції антропометричних, функціональних та фізіологічних показників (рис. 3.1).

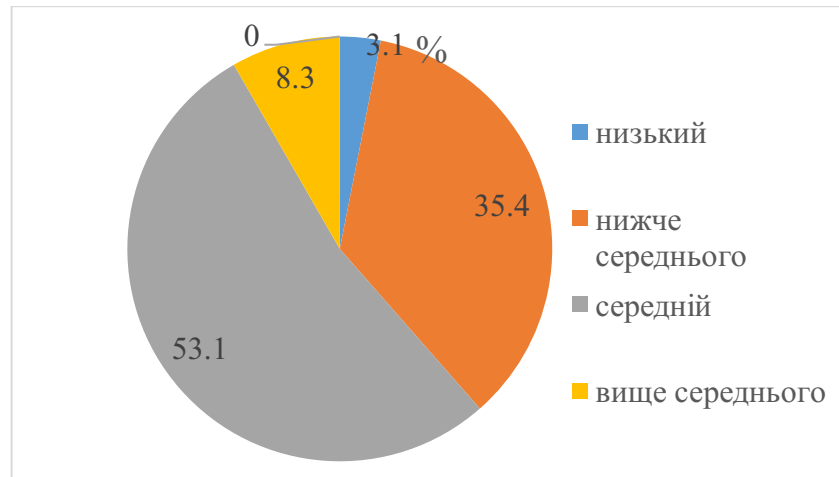


Рисунок 3.1 – Розподіл рівнів фізичного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку за методикою О. Пирогової (n=96)

Зокрема, респондентки продемонстрували такі результати:

- низький рівень – 3,1 % (n = 3);
- нижче середнього – 35,4 % (n = 34);
- середній – 53,1 % (n = 51);
- вище середнього – 8,3 % (n = 8);
- високий – 0 % (n = 0).

Середнє значення індексу у нашій вибірці становить $0,55 \pm 0,09$ у.о. при коливаннях від 0,36 до 0,79 у.о., що відповідає інтервалу між «нижче середнього» та «середнім» рівнями за шкалою О. Пирогової.

Структура розподілу рівнів засвідчила, що понад половина обстежених жінок (53,1 %) характеризуються середнім рівнем фізичного стану, що свідчить про відносно збережені адаптаційні можливості організму та здатність підтримувати гомеостаз в умовах помірного навантаження. Разом із тим, 35,4 % жінок мають рівень соматичного здоров'я нижче середнього, що вказує на зниження функціональних резервів та потребу у цілеспрямованій корекції способу життя, передусім за рахунок збільшення обсягу й оптимізації структури рухової активності.

Особливу увагу привертає наявність жінок із низьким рівнем фізичного стану (3,1 %), для яких характерні менш сприятливі показники ЧСС, артеріального тиску, маси тіла та зросту. Ця група може розглядатися як така, що потребує пріоритетних оздоровчих і профілактичних заходів, спрямованих на зниження ризику розвитку серцево-судинних та інших хронічних захворювань.

Позитивною є наявність 8,3 % жінок з рівнем фізичного стану вище середнього, що свідчить про збережені або навіть підвищені функціональні резерви серцево-судинної системи та адекватність регуляції гемодинаміки в умовах спокою. Водночас у вибірці не виявлено жодної учасниці з високим рівнем фізичного стану за О. Пироговою, що, ймовірно, пов'язано як з віковими особливостями, так і з впливом хронічного психоемоційного та соціального стресу, обумовленого статусом внутрішньо переміщених осіб.

У цілому, отримані результати свідчать про те, що більшість внутрішньо переміщених жінок мають середній або нижчий за середній рівень фізичного стану, а значна частка осіб із зниженими адаптаційними можливостями вказує на актуальність розроблення та впровадження цільових оздоровчих програм для даної категорії населення.

Оцінювання адаптаційного потенціалу організму (АП) є важливим інформативним методом визначення функціональних резервів та ступеня напруження механізмів регуляції в умовах зовнішніх і внутрішніх навантажень. Для оцінки АП у нашому дослідженні використано формулу Р. Баєвського.

Аналіз отриманих значень адаптаційного потенціалу показав, що у більшості внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку АП знаходиться в межах, що відповідають стану задовільної адаптації або напруження механізмів адаптації, що характерно для осіб, які перебувають у психологічно та соціально напружених умовах. Враховуючи вимушені зміни умов життя, підвищений рівень психоемоційного стресу та зниження обсягу повсякденної рухової активності, виявлений рівень адаптаційного потенціалу

є типовим для такої вибірки та свідчить про функціональну напругу серцево-судинної системи, спрямовану на підтримання гомеостазу.

Вагоме значення у структурі АП мають саме серцево-судинні показники: ЧСС та АТ. У багатьох учасниць спостерігалися дещо підвищені значення ЧСС або систолічного тиску, що зумовлює зростання АП та вказує на активацію симпатoadреналової системи. Подібний фізіологічний стан свідчить про мобілізацію адаптаційних механізмів, що є типовою відповіддю на хронічні стресові чинники, до яких належить тривале переміщення, зміна умов проживання та психоемоційне напруження.

Істотний вплив на величину АП також мають морфологічні показники, зокрема маса та зріст, які входять до формули з різними коефіцієнтами вагомості. Відносно гармонійний морфологічний профіль вибірки сприяв тому, що ці компоненти не створювали різких міжіндивідуальних відмінностей у рівні адаптаційного потенціалу, проте їхній внесок був достатнім для уточнення загальної індивідуальної картини адаптаційних можливостей.

Отримані результати дозволяють стверджувати, що у значної частини жінок адаптаційний потенціал перебуває в межах функціональної напруги або зниження адаптаційних можливостей, що відповідає фізіологічній реакції на несприятливі умови, у яких змушені перебувати внутрішньо переміщені особи. Такий стан вимагає спрямованих заходів щодо оптимізації способу життя, підвищення рівня рухової активності, нормалізації емоційного фону та поступового відновлення функціональних резервів серцево-судинної системи.

Таким чином, оцінка адаптаційного потенціалу за формулою Р. Баєвського не лише підтверджує наявність помірного або вираженого напруження регуляторних механізмів у частини жінок, а й дозволяє розглядати цей показник як важливий критерій оцінки загального фізичного стану, рівня стресового навантаження та ефективності адаптаційних реакцій організму в умовах тривалих соціально-психологічних викликів.

Експрес-оцінка інтегрального показника соматичного здоров'я, за методикою Г. Апанасенка, дала змогу визначити внутрішню структуру фізичного здоров'я внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку та виділити групи за рівнем функціональної готовності організму (рис. 3.2).

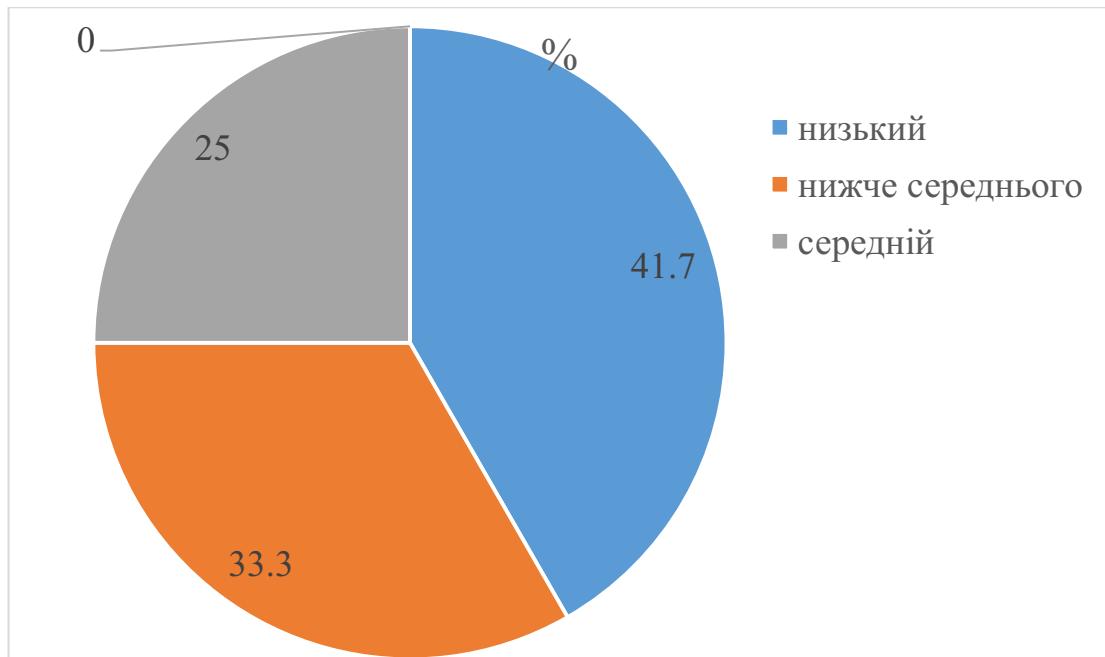


Рисунок 3.2 – Експрес-оцінка рівня соматичного здоров'я внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку за методикою Г. Апанасенка (n = 96)

Отримані результати свідчать, що переважна більшість жінок мала низький та нижче середнього рівні соматичного здоров'я за методикою Г. Апанасенка, 41,7 % (n = 40) та 33,3% % (n = 32) відповідно, від загальної кількості обстежених. Це вказує на знижені резервні можливості серцево-судинної системи та обмежену адаптаційну здатність організму до фізичних навантажень. Такий розподіл є характерним для осіб, які тривалий час перебувають у стані психоемоційного напруження та мають недостатній рівень рухової активності.

Частка жінок із середнім рівнем становила 25 % (n = 24). Ця група характеризується відносно кращими показниками функціонування

кардіореспіраторної системи та м'язової сили, однак їхні адаптаційні резерви ще не можна вважати достатніми для стійкої протидії тривалим фізичним або стресовим навантаженням.

Водночас жінки з вище середнього та високим рівнями соматичного здоров'я на початку дослідження відсутні (0 %). Це свідчить про те, що в умовах вимушеної зміни способу життя та впливу стресових чинників жодна з учасниць не демонструвала оптимальних резервних можливостей серцево-судинної системи за критеріями даної методики.

Загалом розподіл рівнів соматичного здоров'я за Г. Апанасенком характеризується вираженим зміщенням у бік низького рівня соматичного здоров'я, що вказує на потребу у цілеспрямованих корекційних заходах, спрямованих на підвищення функціональних резервів організму.

Така структура показників підтверджує актуальність розробки та впровадження оздоровчої програми для покращення фізичного стану жінок досліджуваної групи.

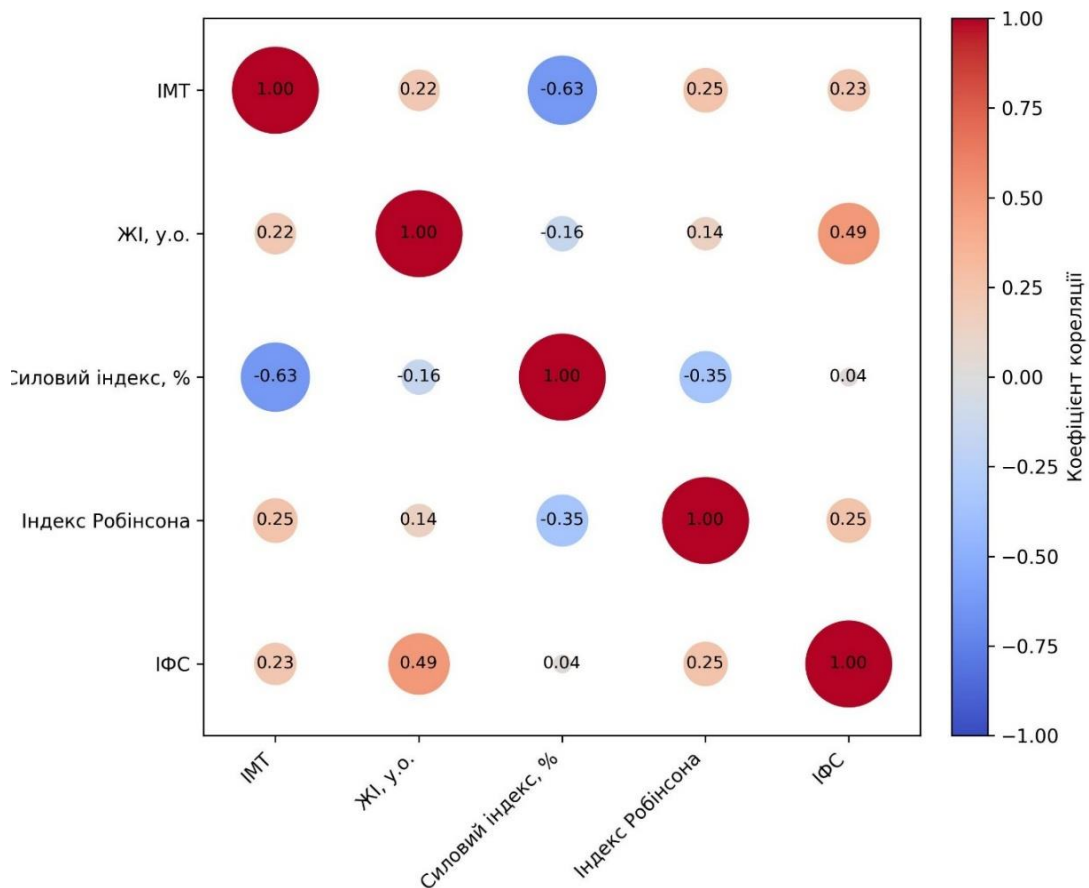
Порівняльний аналіз розподілу рівнів фізичного стану та соматичного здоров'я за індексами О. Пирогової та Г. Апанасенка виявив суттєві відмінності у структурі оцінювання фізичного здоров'я жінок на початку нашого дослідження. Зокрема, за індексом О. Пирогової спостерігалася наявність значної частки жінок із середнім і вище середнього рівнями фізичного стану, тоді як за індексом Г. Апанасенка високий рівень був відсутній, а переважала категорія низького рівня.

Такі розбіжності зумовлені різною фізіологічною спрямованістю та чутливістю методик. Так, перший індекс відображає узагальнену оцінку морфофункціональних показників, що включає співвідношення масо-ростових параметрів, життєвої ємності легень, силових можливостей та функціональних показників серцево-судинної системи. Ця методика є більш «м'якою» у градації рівнів та дозволяє віднести до вищих категорій осіб із задовільним загальним функціональним станом навіть за наявності помірно знижених резервів окремих систем.

Натомість рівень фізичного здоров'я за Г. Апанасенком має більш жорстку фізіологічну орієнтацію і спрямований передусім на оцінку резервних можливостей серцево-судинної системи та загальної тренованості організму. До його структури входять показники, що відображають реакцію серця на навантаження, швидкість відновлення після фізичної роботи та ефективність кардіореспіраторної системи. Саме тому ця методика є більш чутливою до зниження функціональних резервів і рідше фіксує високий рівень фізичного стану в осіб, які не мають достатнього тренувального досвіду або перебувають у стані хронічного стресу.

Таким чином, наявність значної частки осіб із середнім і вище середнього рівнями за О. Пироговою і одночасна відсутність високого рівня фізичного стану за індексом Г. Апанасенка відображає різні аспекти фізіологічної адаптації: перший характеризує загальний функціональний стан організму, а другий відображає глибші резервні можливості серцево-судинної системи, формування яких потребує більш тривалого впливу систематичних фізичних навантажень.

У межах нашого дослідження проведено кореляційний аналіз за методом Пірсона з метою встановлення взаємозв'язків між індексом фізичного стану (ІФС) та основними антропометричними й функціональними показниками внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (рис. 3.3). Вибір саме цього методу зумовлений його здатністю визначати лінійні залежності між кількісними змінними та забезпечувати високу чутливість до варіацій фізіологічних характеристик, що є важливим при аналізі комплексних інтегральних індексів.



Примітка 1. Розмір кругових маркерів відображає силу кореляційного зв'язку ($|r|$).

Примітка 2. Колір синій – напрямок взаємозв'язку, негативний.

Примітка 3. Колір червоний – напрямок взаємозв'язку, позитивний.

Примітка 4. У комірках наведені значення коефіцієнтів кореляції Пірсона.

Рисунок 3.3 – Кореляційна матриця показників фізичного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку ($n = 96$)

Побудована кореляційна матриця дозволила встановити, що у вибірці жінок індекс фізичного стану (ІФС) має переважно слабкі та помірні позитивні кореляційні зв'язки з більшістю аналізованих показників, що свідчить про його узагальнюючий характер та відображення комплексного функціонального стану організму.

Найбільш виражений позитивний кореляційний зв'язок виявлено між ІФС та життєвим індексом ($r = 0,49$), що підкреслює значний внесок функціонального стану дихальної системи у формування інтегрального рівня фізичного здоров'я. Позитивний, хоча й помірний зв'язок ІФС з індексом

Робінсона ($r = 0,25$) свідчить про участь серцево-судинної системи у формуванні загального фізичного стану, проте її вплив у даній вибірці не є домінуючим.

Зв'язок ІФС із силовим індексом є слабким ($r = 0,04$), що вказує на незначну залежність інтегрального показника від рівня м'язової сили у вихідному стані обстежених жінок. Це може свідчити про відносно однорідний рівень силової підготовленості або про те, що м'язова складова ще не відіграє провідної ролі у структурі фізичного стану цієї групи.

Масо-зростовий показник (ІМТ) має слабкий позитивний зв'язок з ІФС ($r = 0,23$), що узгоджується з фізіологічними уявленнями про те, що в межах відносно нормальних значень маси тіла її вплив на інтегральні показники фізичного стану є обмеженим.

Таким чином, у вибірці внутрішньо переміщених жінок ІФС відображає узагальнену характеристику функціонального стану організму з найбільш вираженим внеском дихальної системи, менш вираженим – серцево-судинної, та мінімальним – м'язової компоненти. Відсутність сильних негативних кореляцій підтверджує внутрішню узгодженість інтегрального індексу з його фізіологічними складовими та свідчить про збалансований характер структури фізичного стану на початку дослідження.

Таким чином, у вибірці внутрішньо переміщених жінок ІФС відображає взаємно узгоджену роботу основних фізіологічних систем організму, а відсутність негативних кореляцій підтверджує цілісність та внутрішню логіку інтегрального індексу як показника фізичного здоров'я та адаптаційних резервів.

Сукупно отримані результати дозволяють стверджувати, що інтегральний індекс фізичного стану є валідним комплексним показником, чутливим до ключових фізіологічних систем: м'язової, респіраторної та серцево-судинної.

Узагальнюючи отримані дані, можна стверджувати, що внутрішньо переміщені жінки першого періоду зрілого віку, за відсутності виражених

морфологічних порушень, характеризуються помірно зниженими або напруженими функціональними та адаптаційними можливостями організму. Це обґрунтовує доцільність розроблення та впровадження цілеспрямованих програм оздоровчо-рекреаційної рухової активності, спрямованих на підвищення рівня фізичного стану, оптимізацію роботи серцево-судинної системи та відновлення адаптаційних резервів у даної категорії населення.

3.2 Аналіз показників психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб

Під час дослідження нами визначено рівень тривожності у внутрішньо переміщених жінок зрілого віку за методикою Тейлора (Taylor Manifest Anxiety Scale, TMAS) (в адаптації М. М. Пейсахова), так як експерти стверджують, що результати тесту є достатньо надійними і точними для того, аби його результати надалі використовувати у професійній та науковій сферах. (рис. 3.4).

Так, у респонденток відзначено тривожний стан: 74 % (n = 71) анкет жінок продемонстрували високий та вище середнього рівні тривожності. Зокрема, у 19,8 % (n = 19) жінок відзначався вище середнього, а у 54,2 % (n = 52), тобто понад половина, високий рівень тривожності. Зазначимо, що низькому та нижче середнього рівням відповідало усього 9,4 % анкет (3,1 % (n = 3) – низький, 6,2 % (n=6) – нижче середнього), а середньому – 16,7 % (n = 16).

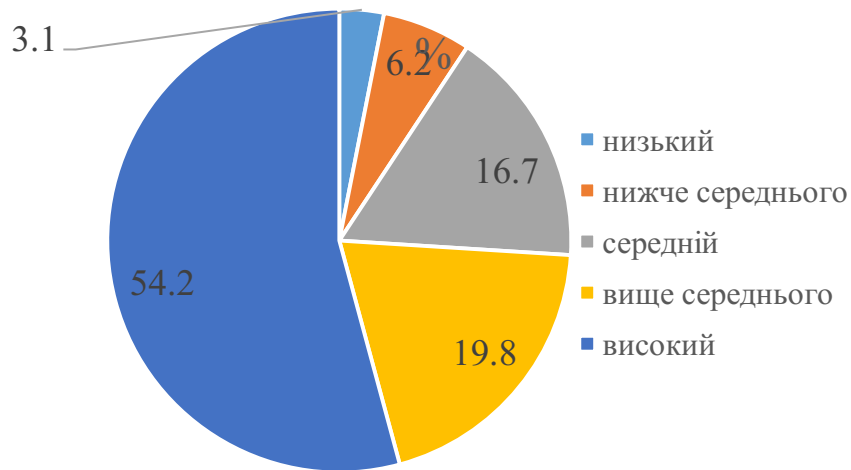
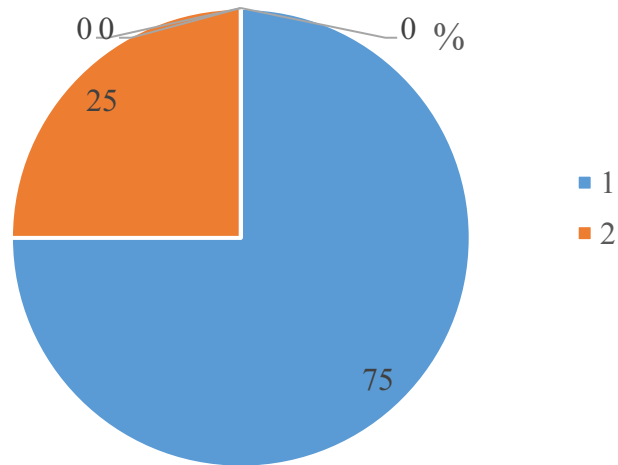


Рисунок 3.4 – Рівень тривожності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку за методикою Дж. Тейлора, (n=96), %

Такий значний відсоток жінок із високим та вище середнього рівнями тривожності викликає занепокоєння, адже це може спричиняти поведінкову дезінтеграцію, становить реальну психічному здоров'ю особистості, перешкоджає формуванню їхньої адаптивної поведінки та є передвісником передневротичних станів, депресії.

Важливо відзначити, що тест тривожності Тейлора не є діагностичним інструментом і не може використовуватися у якості єдиного критерію для встановлення діагнозу тривожних розладів. Тому, аби підтвердити результати, отримати більш глибоку та комплексну оцінку психоемоційного стану респонденток ми вдалися до експрес-діагностики схильності до немотивованої тривожності (автор В. Бойко) (рис. 3.5). У 75 % (n = 72) досліджуваних виявлено стан, що вказує на схильність до тривожності., у чверті опитаних, 25 % (n=24) відзначається деяка схильність до безпричинної тривожності, що проявляється яскраво і стала невід'ємною рисою поведінки. На жаль, жодна анкета не продемонструвала результат, який відповідала би рівню відсутності схильності до тривожності. Ця методика визначає немотивовані стани, отже, ця категорія досліджуваних виражає дисфункціональний стереотип емоційної поведінки як тривожність.



Примітка 1. 1 – безпричинна тривожність проявляється яскраво і стала невід’ємною рисою поведінки.

Примітка 2. 2 – спостерігається деяка схильність до тривожності.

Рисунок 3.5 – Рівень невмотивованої тривожності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку за методикою В. Бойка (n = 96), %

Результати опитування за методикою диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунга (адаптація Т. І. Балашової) (Шкала зниженого настрою – субдепресії (ШЗНС)), розроблена з метою диференціальної діагностики депресивних станів дозволили нам визначити наявність депресивних станів та станів, близьких до депресії, у респонденток, які виникали у зв’язку із воєнними діями та переміщенням всередині держави. Тест також допомагає виявити соматичні, психологічні, поведінкові та афективні прояви захворювання.

У ході дослідження ми визначили рівні депресивних станів внутрішньо переміщених жінок зрілого віку, які покинули свої домівки до трьох місяців тому. Встановлено, що більшість респонденток мають легкий рівень депресії ситуативного або невротичного генезу (44,8 %, n = 43). Стурбованість викликає те, що у 19,8 % (n = 19) учасниць виявлено помірний рівень депресії (субдепресивний стан або замаскована депресія): вони не досягли критичного рівня для класифікації як легка депресія, і це є тенденцією до депресії. У 18,8 % (n = 18) внутрішньо переміщених жінок виявлено високий рівень

депресивного стану. Не виявлено ознак депресії лише у 16,6 % (n = 16) опитаних (рис.3.6).

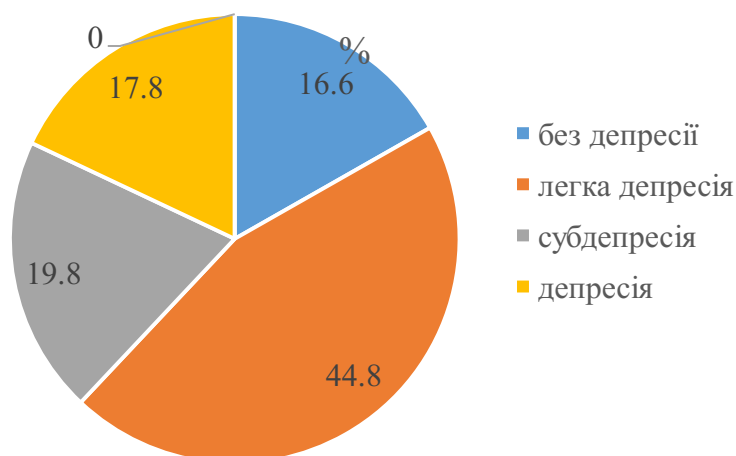


Рисунок 3.6 – Рівень депресивного стану внутрішньо переміщених жінок зрілого віку за шкалою В. Зунга (n=96), %

Аналізуючи наше дослідження, зрозуміло, що 83,3 % (n = 80) виявили, так чи інакше різні рівні депресії (легкий, субдепресивний, депресивний), що свідчить про високу поширеність депресивних симптомів серед цієї категорії жінок. Результати показують необхідність звернути увагу на психічне здоров'я внутрішньо переміщених осіб, зокрема жінок зрілого віку, і важливість надання їм психологічної підтримки та доступу до послуг психосоціальної допомоги, що сприятиме покращенню якості життя. Також виявлення субдепресивних станів у 19,8 % учасниць підкреслює важливість звернення уваги на психічний й фізичний компоненти якості життя, стану та розвитку проактивних підходів, залучення до соціальної діяльності та рухової активності, для попередження та зменшення ризику розвитку депресії. Такі результати дослідження викликають стурбованість. І як результат, потрібно підбирати методи та засоби для профілактики та корекції психофізичних станів ВПО.

Ми дослідили рівні їхньої емоційної стабільності – нестабільності (нейротизму), використовуючи опитувальник Г. Айзенка «Шкала емоційної

стабільності – нестабільності», залишивши тільки питання, що стосуються нейротизма, поведінки і прояву емоцій респонденток. Нейротизм сам автор опитувальника розглядав як показник емоційної збудженості індивіда, а поєднання високих показників екстраверсії та нейротизму є ознакою істерії; інтроверсії та нейротизму – стан тривоги чи реактивної депресії. Наші результати засвідчили розподіл респондентів на три кластери: «емоційно стабільні» (18,8 %) (n=18), «середньо емоційно стабільні» (37,5 %) (n=36) і «емоційно нестабільні» (43,7 %) (n=42) (рис. 3.7). Отже, серед опитаних переважає саме відсоток тих, які продемонстрували свій рівень нейротизму як «емоційно нестабільні», що є досить тривожним сигналом. Саме поняття нейротизм є синонімом до депресії, емоційної нестійкості. За бальною шкалою Айзенка, розподіл формується такими чином: 12 балів і менше – емоційно стабільні; 13-18 балів – середньо емоційно стабільні; 19-24 бали – емоційно нестабільні.

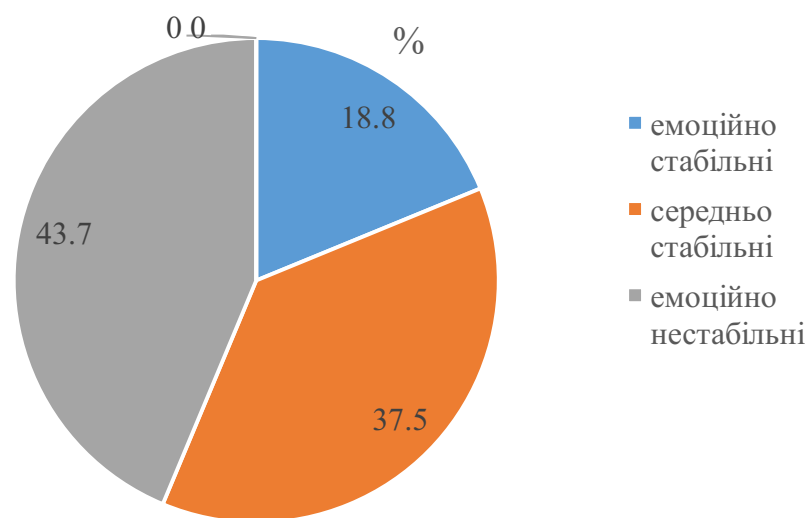


Рисунок 3.7 – Аналіз рівнів емоційної стабільності – нестабільності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (за шкалою Айзенка) (n = 96), %

Тому зазначимо той факт, що середній бал опитувальників наших досліджень склав 17,875, що відповідає середньому рівню, проте є дуже

близьким до значень, які відповідають рівню емоційної нестабільності. Такі дані дають підставу зрозуміти, що адаптаційні можливості особистості до тих умов, у яких вони опинились, – знаходяться на невисокому рівні, тому що емоційно стабільні відрізняються високою адаптивністю, зрілістю, відсутністю помітного напруження. Ті внутрішньо переміщені жінки, які продемонстрували емоційну нестабільність, тобто мають виражений нейротизм, характеризуються надмірно поганою адаптацією, знервованістю, схильністю до швидкої зміни настрою. Загалом, високі показники за шкалою нейротизму свідчать про високу психічну нестійкість.

Зазначимо, що емоційна стабільність/нестабільність людини впливає на її можливість контролювати свої емоційні прояви, володіти ними. Мається на увазі не факт здатності проявляти чи приховувати емоції, а саме рівень контролю над емоціями, так як емоційна нестабільність є причиною багатьох проблем особистості. Тому для внутрішньо переміщених жінок це може відігравати значну роль.

У емоційно нестабільної людини сила реакції часто не відповідає силі подразника. До прикладу, якщо така людина потрапила під обстріл, то вона може почати хаотично бігати, наражаючи себе на ще більшу небезпеку, замість того, аби виконувати правила поведінки під час обстрілу. Емоційна реакція такої людини – часто досить нелогічна: на сильні подразники – слабка реакція і навпаки, та триває і після того як подразник, що її викликав, вичерпав себе. При цьому, в емоційно стабільної – емоційна реакція за силою відповідає значущості події, що її обумовила.

За допомогою опитувальника «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка) ми оцінили деякі неадаптивні стани респонденток (тривогу, фрустрацію, агресію) і властивості особистості (тривожність, фрустрація, агресивність і ригідність) (рис. 3.8).

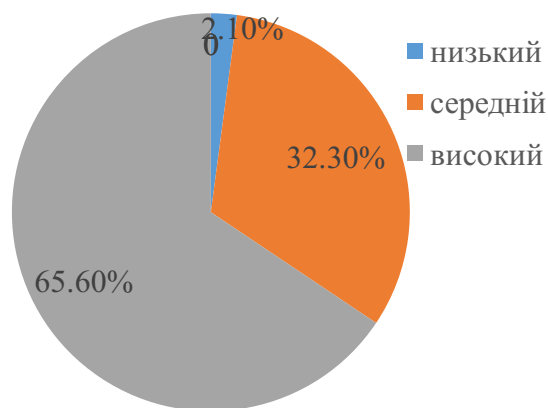


Рисунок 3.8 – Рівень тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку (за опитувальником «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)) (n=96), %

Так, відповідно до результатів нашого дослідження, встановлено, що 65,6 % (n=63) жінок мають низький рівень тривожності. У 32,3 % (n = 31) опитаних відмічаємо середній, допустимий рівень тривожності. Високий рівень тривожності встановлено у 2,1 % (n = 2) респондентів.

Інший стан, який ми дослідили за допомогою опитувальника – це фрустрація – психологічно-емоційний стан, що виникає тоді, коли людина не досягає цілей, мрій (рис. 3.9).

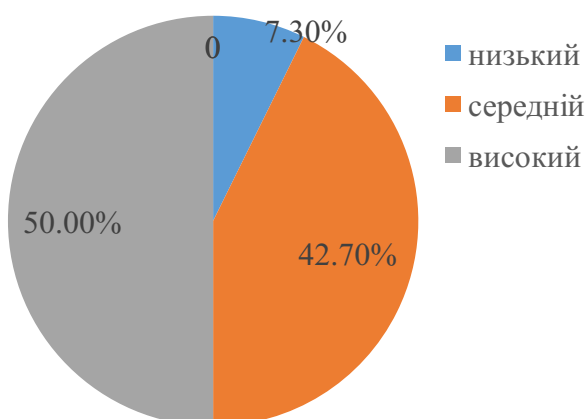


Рисунок 3.9 – Рівень самооцінки (фрустрації) внутрішньо переміщених жінок зрілого віку, (за опитувальником «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)) (n = 96), %

Так, згідно з результатами проведеного нами дослідження, високий рівень самооцінки було встановлено у 50 % опитаних жінок ($n = 48$). Це свідчить про відносно достатній рівень впевненості у власних можливостях, адекватне сприйняття себе та здатність до саморегуляції у значної частини досліджуваної вибірки. Високий рівень самооцінки, як правило, асоціюється з більшою психологічною стійкістю, здатністю до подолання труднощів та збереженням мотивації до активної життєдіяльності навіть у складних соціальних умовах.

Разом з тим середній рівень самооцінки було виявлено у 42,7 % респонденток ($n = 41$), що вказує на певну нестабільність у сприйнятті власних можливостей і часто супроводжується підвищеною залежністю від зовнішніх оцінок і соціального оточення. Зокрема, тривале перебування на цьому рівні може супроводжуватися поступовим формуванням внутрішньої напруженості, зниженням впевненості у власних силах та підвищеною вразливістю до стресових чинників. Саме тому у випадках, коли середній рівень самооцінки поєднується з проявами психоемоційного напруження або тривожності, доцільним є своєчасне консультування з фахівцем – психологом чи психотерапевтом. Відсутність такої підтримки у перспективі може призвести до формування негативних змін особистісної структури, зокрема підвищеної агресивності, емоційної байдужості або втрати життєвої мотивації.

Занижений рівень самооцінки нами встановлено у 7,3 % опитаних ($n=7$). Цей показник можна розглядати як тривожний психологічний сигнал, що свідчить про зниження віри у власні можливості та потенціал, невпевненість у прийнятті рішень, страх перед виконанням нових завдань і труднощі у плануванні майбутнього. У контексті вимушеного переміщення та пережитих психотравмуючих подій така тенденція може посилюватися, формуючи стан психологічної дезадаптації та знижуючи здатність до ефективного подолання життєвих труднощів.

Важливо враховувати, що жінки, які пережили надзвичайно стресові ситуації, пов'язані з воєнними подіями та вимушеним переміщенням, можуть

перебувати у стані фрустрації, який проявляється у різних формах психоемоційного реагування. Зокрема, фрустраційні переживання можуть виникати у випадках, коли:

1) потреби та бажання особистості блокуються або стають важкодоступними, а рівень сподівань перевищує реальні можливості їх реалізації;

2) виникає стійке відчуття психологічного дискомфорту та внутрішньої напруженості;

3) формуються комбіновані емоційні стани, які мають дезорганізуючий вплив на когнітивні процеси, зокрема пам'ять, увагу та поведінкові реакції;

4) фрустрація може виступати як фактор, що стимулює як позитивні адаптаційні зміни, так і негативні прояви, зокрема агресію, регресивні реакції або деструктивні форми поведінки.

Згідно з результатами проведеної діагностики самооцінки психічних станів нами встановлено, що низький рівень агресії характерний для 65,6 % респонденток ($n = 63$), що свідчить про відносно стабільний емоційний стан більшості досліджуваної вибірки. Водночас у 34,4 % жінок ($n = 33$) зафіксовано середній рівень агресивності, що може бути зумовлено накопиченням психоемоційної напруженості, переживанням тривалого стресу та адаптаційними труднощами у нових соціальних умовах. Високий рівень агресивності серед респонденток виявлений не був, що свідчить про відсутність виражених деструктивних емоційних реакцій у досліджуваній групі (рис. 3.10).

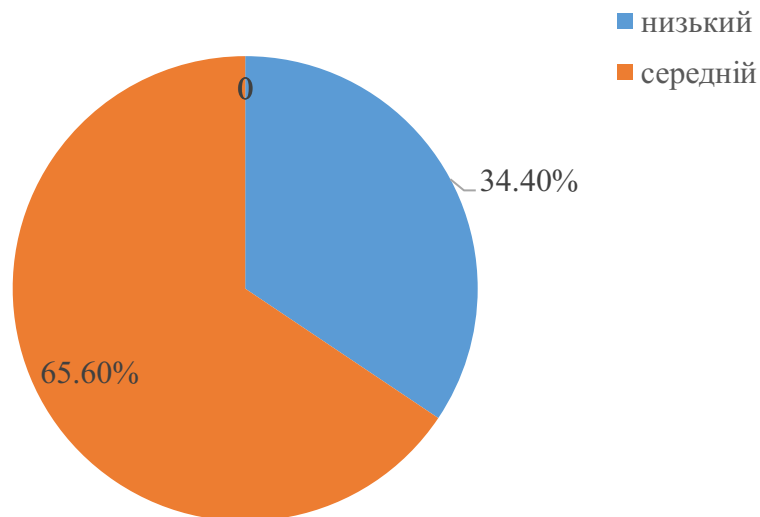


Рисунок 3.10 – Рівень агресії внутрішньо переміщених жінок зрілого віку, (за опитувальником «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка)), %

Отримані результати дозволяють зробити висновок, що психоемоційний стан внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку характеризується переважанням помірних проявів психологічної напруженості при загалом збереженому потенціалі до адаптації та відновлення. Це, у свою чергу, підкреслює доцільність використання комплексних програм оздоровчо-рекреаційної рухової активності як ефективного засобу покращення психологічного благополуччя, підвищення самооцінки та зниження рівня агресивності.

Відсутність респондентів із високим рівнем агресії не може не тішити, адже це означає, що жоден не є агресивним, нестриманим. Ті, чий результати відповідають низькому рівню агресії, мають спокійний та стриманий характер, а жінки із середнім рівнем схильні до деяких конфліктів, проте це не є переважаючим у їхньому житті.

Четвертим станом, що дозволив визначити цей опитувальник, була ригідність (рис. 3.11).

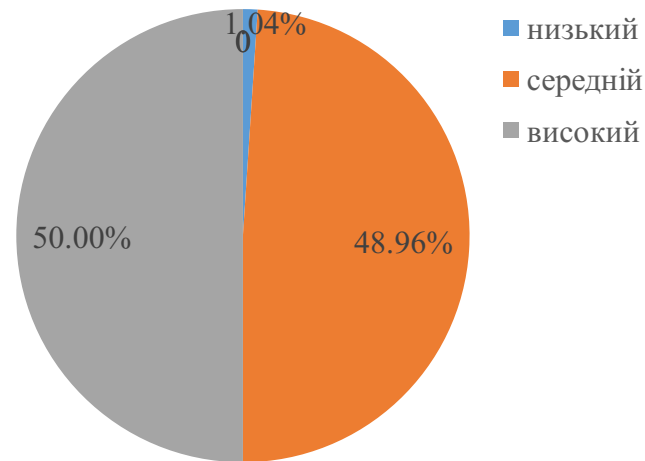


Рисунок 3.11 – Рівень ригідності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку, (за опитувальником «Самооцінка психічних станів» (Г. Айзенка))
(n = 96), %

Так, у 50 % (n = 48) наших респондентів ригідність – відсутня, що означає, що їм властиві легкість та гнучкість у поведінкових реакціях і прийнятті рішень. Середній рівень ригідності із загальної кількості респондентів встановлено у 48,96 % жінок (n = 47). Сильно виражені ознаки ригідності встановлено у 1,04 % опитаних (n = 1), що означає, що для таких людей зміни на роботі, місця проживання, сім'ї – викликає широкий та негативний спектр емоцій і значно впливає на їхнє життя та самопочуття.

Вважаємо за необхідне нагадати, що термін «ригідність» означає мати повну або часткову недієздатність до нових змін у житті. Ригідні особи – емоційно нестійкі, дуже вразливі, проте, за певних обставин, вони можуть досягти успіхів у житті. До прикладу, психотерапевти визначають рівень ригідності з метою визначення необхідності подальшої психокорекції.

Під час опитування жінок зрілого віку ми встановили, що через постійні тривожність, стрес у них з'являються проблеми зі сном, підвищене потовиділення й втрату апетиту. Рівень тривожності може бути спричиненим симптомами, які викликані виділенням гормонів стресу в організм – інакше відомими як реакція «агресія або втеча». Саме ці гормони, адреналін і

норадреналін, які підвищують артеріальний тиск, збільшують серцевий ритм і потовиділення й готують організм для екстреного реагування.

Встановлено, що психоемоційний стан внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку характеризується високим рівнем тривожності, поширеністю депресивних проявів і емоційною нестабільністю на тлі відносно низької агресивності та збереженої поведінкової гнучкості. Такий стан є наслідком тривалого впливу психотравмуючих чинників війни та вимушеного переміщення і обґрунтовує необхідність комплексних програм корекції фізичного та психоемоційного станів, у яких поєднуюватимуться психологічна підтримка та засоби ОРРА як ефективного ресурсу зниження тривожності, стабілізації емоційного стану та відновлення адаптаційних можливостей організму.

3.3 Аналіз рівня рухової активності жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб

Рухова активність є одним із ключових компонентів збереження фізичного, психоемоційного та соціального благополуччя людини. В умовах воєнного стану внутрішньо переміщені особи, зокрема жінки першого періоду зрілого віку, зазнають значних змін у звичному способі життя, що супроводжується підвищеним психоемоційним напруженням, обмеженням соціальної активності та зниженням рівня повсякденної рухової активності. У таких умовах оцінка рухової активності цієї категорії населення набуває особливої актуальності, оскільки вона тісно пов'язана з розробкою цільових оздоровчо-рекреаційних програм, спрямованих на профілактику стрес-асоційованих порушень, соматичних відхилень, підвищення рівня фізичного стану та якості життя.

Оптимальний рівень рухової активності є важливою складовою здорового способу життя та одним із чинників профілактики соматичних і

психоемоційних порушень. При цьому рівень повсякденної рухової активності формується під впливом різних факторів, серед яких:

- соціально-економічні умови життя,
- культурні особливості,
- рівень фізичного стану,
- морфофункціональні характеристики організму,
- тип нервової системи,
- наявність вільного часу,
- мотивація до занять фізичною активністю,
- доступність спортивної інфраструктури та умов для активного дозвілля.

Для визначення особливостей добової рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку нами було використано методику Фремінгемського дослідження. Оцінювання здійснювалось на основі реєстрації щоденної діяльності респонденток протягом доби з урахуванням тривалості та інтенсивності різних видів рухової активності. Учасниці дослідження заповнювали картки реєстрації, у яких фіксували всі види діяльності та час, витрачений на їх виконання.

Відповідно до методики, добову рухову активність поділяли на п'ять рівнів:

- базовий (сон і відпочинок у положенні лежачи);
- «сидячий» (прийом їжі, читання, робота за комп'ютером, перегляд телевізора, поїздки в транспорті);
- малий (гігієнічні процедури, пересування транспортом, стояння);
- середній (ходьба, домашня робота, прогулянки);
- високий (заняття фізичними вправами, спортивні ігри, біг, плавання та інші види організованої рухової активності).

Застосування цієї методики дозволило кількісно та якісно оцінити добову рухову активність досліджуваних жінок, визначити співвідношення

різних рівнів фізичного навантаження протягом доби та встановити особливості їхнього повсякденного рухового режиму.

Таким чином, аналіз структури добової рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку дозволив нам зробити висновок про необхідність розробки і впровадження програм ОРРА, спрямованих на підвищення рівня повсякденної рухової активності, покращення фізичного та психоемоційного станів, підвищення рівня якості життя цієї соціально вразливої групи населення.

Згідно з результатами проведеного дослідження, нами встановлено, що 30,4 % часу доби складає базовий рівень рухової активності. Це свідчить про те, що значну частину доби вони проводять у стані мінімальної рухової активності, де переважають такі види діяльності, як сон або відпочинок у положенні лежачи (рис. 3.12).

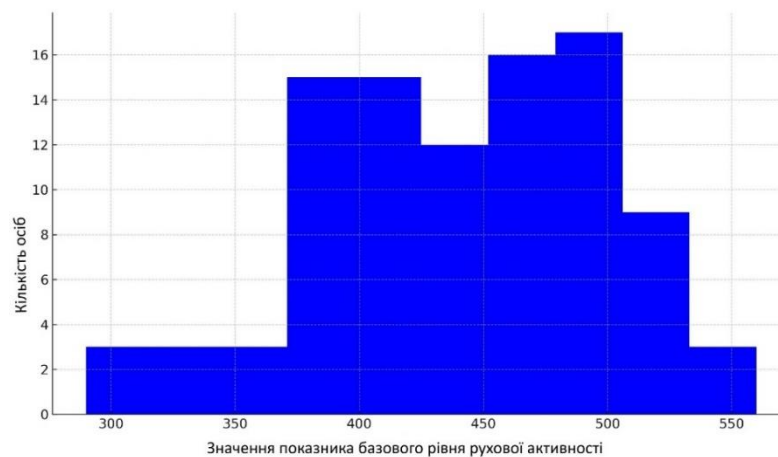


Рисунок 3.12 – Розподіл показників базового рівня рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (n = 96)

Гістограма демонструє розподіл базового рівня рухової активності у вибірці, тобто тривалість повсякденних рухів, що не належать до спеціальних навантажень:

- переважна більшість респонденток знаходиться у діапазоні 400–500 хв/добу;
- значно менше – у зоні знижених значень (290–360 хв);

– поодинокі випадки трапляються на рівні понад 520 хв.

Такий розподіл вказує на наявність відносно однорідного «ядра» вибірки, у межах якого переважна кількість внутрішньо переміщених жінок демонструє достатній рівень повсякденної активності.

Подібна структура добової активності може свідчити про зниження рівня загальної рухової активності, що в умовах тривалого стресу та вимушеної зміни способу життя може негативно впливати на фізичний стан організму, функціональні можливості серцево-судинної та дихальної систем, а також сприяти підвищенню рівня психоемоційної напруженості та тривожності.

Сидячий рівень рухової активності мають 49,40% опитаних, тобто поїздки у громадському транспорті чи в автомобілі, читання, перегляд телепередач, комп'ютерні ігри або робота за комп'ютером, приймання їжі, сидіння за столом, прослуховування музики є превалюючими видами діяльності (рис. 3.13).

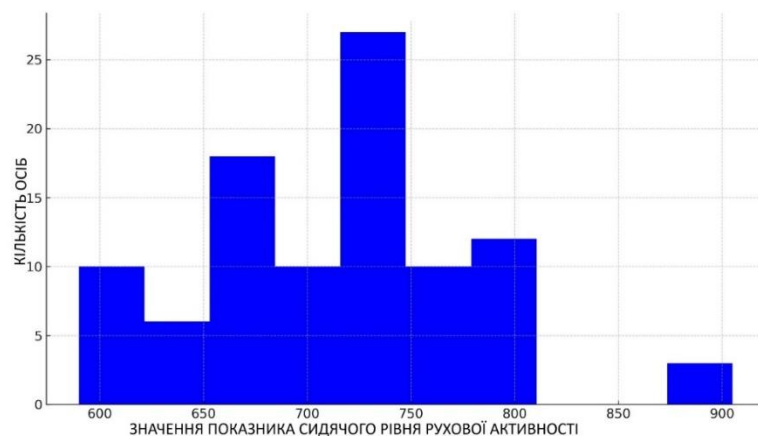


Рисунок 3.13 – Частота випадків сидячого рівня рухової активності у добовому просторі у внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (n=96)

Це найважливіша діаграма, на нашу думку, оскільки саме сидяча поведінка найбільше впливає на здоров'я, і вона демонструє, що:

- значення зосереджені навколо 700–750 хв/добу ($\approx 11,5$ – $12,5$ годин сидіння);
- розподіл щільний, з невеликою варіацією;
- наявність окремих випадків понад 850 хв (≈ 14 годин).

Тобто ми бачимо, що існує виражений «пік» у зоні 700–750 хв, що свідчить про домінування сидячої поведінки у повсякденному житті респонденток. Неактивність може бути предиктором порушень метаболічного профілю, зниження функціональної здатності та розвитку психоемоційної напруги. Наявність окремих значень понад 850 хв/добу вказує на критично низький рівень рухової активності та високий ступінь гіпокінетичності.

Тобто фактично саме ця група перебуває у зоні ризику, і сидяча поведінка відіграє провідну роль у формуванні їхнього добового енергетичного балансу.

Малий рівень рухової активності продемонстрували результати реєстраційних карток 14,10 %. Це є свідченням того, що особиста гігієна, професійна діяльність (друга група праці), пересування пішки є переважаючим протягом доби (рис. 3.14).

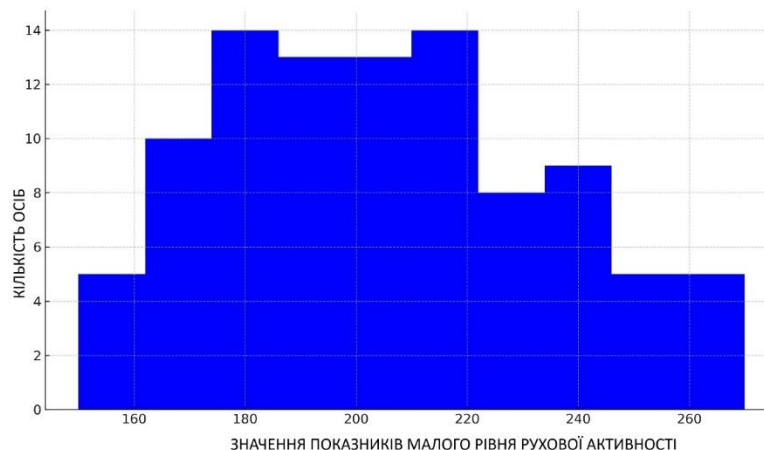


Рисунок 3.14 – Частота випадків малого рівня рухової активності у добовому просторі у внутрішньо переміщених жінок ($n = 96$)

Розподіл часу, витраченого на легкі рухи (ходьба по дому, повільні дії, побут), виглядає таким чином:

- основний масив значень – 180–240 хв/добу;
- розподіл – рівномірний, близький до нормального;
- «хвостів» майже немає, екстремальні значення відсутні.

Такий характер розподілу свідчить про відносну стабільність низькоінтенсивної активності серед респонденток. Мала активність є стабільним компонентом їхньої поведінки, але через низьку енергетичну цінність вона не здатна компенсувати надлишкову сидячу поведінку. Однорідність розподілу відображає подібність умов життя та побутових навантажень серед ВПО-жінок.

Робота по дому та господарству, прогулянки, заняття масовим спортом низької і середньої інтенсивності, професійна діяльність (третя група праці) переважають у всього 5,40 % респонденток та відповідає *середньому* рівню рухової активності (рис. 3.15).

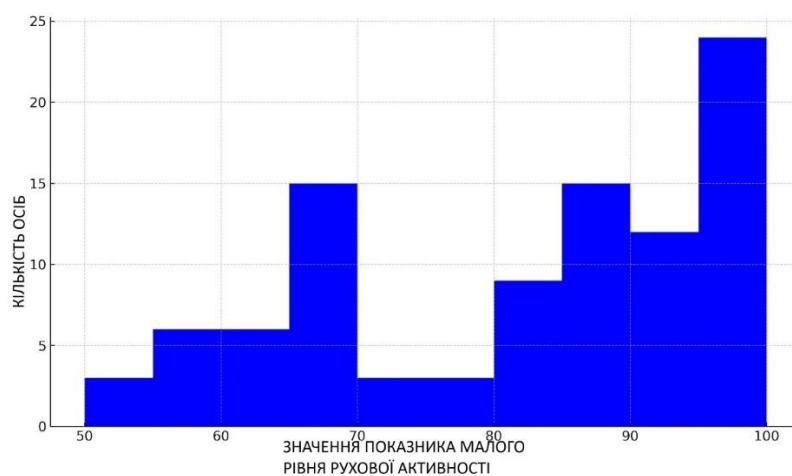


Рисунок 3.15 – Частота випадків середнього рівня рухової активності у добовому просторі у внутрішньо переміщених жінок (n=96)

Перерозподіл часу рухової активності помірної інтенсивності у нашому дослідженні має такі ключові акценти:

- переважні значення – 70–90 хв/добу;
- розподіл також близький до нормального;
- невелика кількість випадків <60 або >100 хв.

Тобто середня інтенсивність активності присутня у щоденній поведінці більшості жінок, що може бути наслідком необхідності пересування, побутових завдань або виконання соціальних ролей. Проте, з огляду на домінування сидячої поведінки, навіть 80 хв середньої активності не забезпечує належного фізіологічного навантаження, потрібного для профілактики гіпокінетичних станів.

Високий рівень рухової активності виявлено лише у 1,60 % учасників дослідження. Такому рівню відповідають ті, хто протягом доби має такі види діяльності як: заняття спортом, танці, інтенсивні ігри, біг, катання на лижах тощо [7]. На сидячий рівень ці респонденти витрачають 37,8 % добового часу, що є досить високим для цієї статево-вікової групи. Зазначимо, що загалом провідними видами діяльності сидячого рівня вважається: перегляд телепередач, читання, рукоділля, шиття, малювання, поїздка сидячи, настільні або комп'ютерні ігри, прийом їжі. На малий рівень – особисту гігієну, стан з невеликою рухливістю, заняття, пересування всіма видами транспорту і пішки – жінки витрачають 16,2 % добового часу (рис. 3.16).

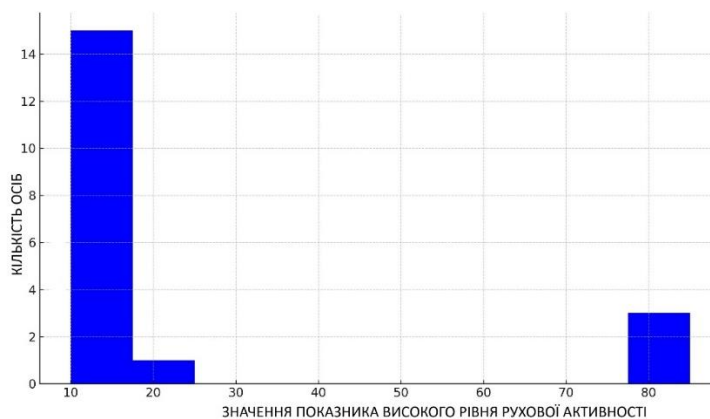


Рисунок 3.16 – Частота випадків високого рівня рухової активності у добовому просторі у внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (n = 96)

Це найскладніша для інтерпретації діаграма, що відображає час високої інтенсивності рухів (біг, швидка ходьба, фізична робота, тренування), а саме:

- значення різко зосереджені в межах 10–15 хв/добу;

- є поодинокі «стрибки» до 60–85 хв, що утворюють правий «довгий хвіст»;
- розподіл асиметричний, скошений праворуч.

Ця діаграма вказує на майже повну відсутність високої рухової активності серед респонденток. Типова добова тривалість у них такого рівня РА становить 10–15 хв, що не відповідає мінімальним нормам ВООЗ. Окремі випадки високих значень, ймовірно, пов'язані з короткочасними піковими навантаженнями (побутова фізична робота, пересування в умовах релокації тощо) і не формують стійкої тенденції. Такий патерн є індикатором низького рівня тренуваності та детренуваності групи.

Виявлена асиметрія розподілу свідчить про нерівномірність залучення жінок до інтенсивної рухової активності та домінування малорухливого способу життя. Подібна структура показників може призводити до зниження кардіореспіраторної витривалості, погіршення метаболічних процесів і зменшення адаптаційних резервів організму. З огляду на це, отримані дані підкреслюють необхідність цілеспрямованого впровадження програм, спрямованих на поступове збільшення тривалості та регулярності високої інтенсивності рухової активності з урахуванням індивідуальних можливостей респонденток.

З метою виявлення взаємозв'язків між різними рівнями добової рухової активності внутрішньо переміщених жінок нами проведено кореляційний аналіз. Такий підхід дозволяє встановити, чи компенсують окремі види рухової активності один одного, а також оцінити, які саме поведінкові стратегії сприяють зменшенню тривалості сидячої поведінки як одного з ключових факторів ризику для здоров'я (рис.3.18).

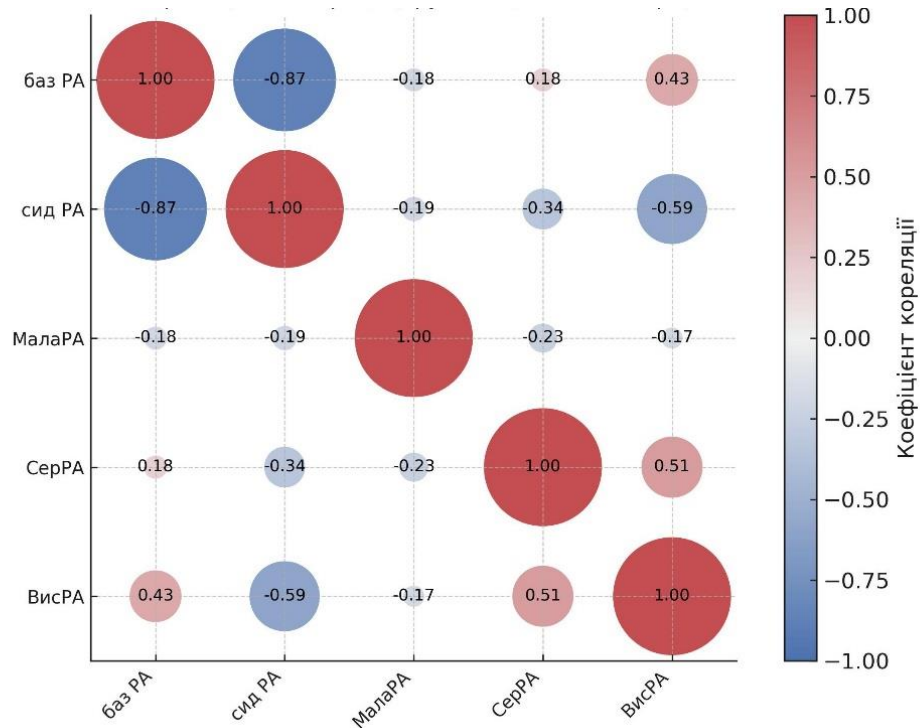


Рисунок 3.17 – Кореляційна матриця показників рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (n = 96)

Кореляційний аналіз виявив статистично виражений негативний зв'язок між тривалістю сидячого рівня РА та базовим ($r \approx -0,96$), а також середнього ($r \approx -0,52$) та високого ($r \approx -0,59$) рівнів, що свідчить про конкурентний характер цих форм рухової поведінки. Чим більшою є частка середньої та високої інтенсивності у структурі добової активності, тим менше часу жінки проводять у сидячому положенні. Водночас низькоінтенсивна активність (мала рухова активність) не має настільки вираженого компенсаторного характеру.

З метою виявлення типових моделей добової рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку нами застосовано кластерний аналіз, який дозволяє згрупувати респонденток за подібністю рівнів рухових патернів, а не лише за середніми значеннями показників. На відміну від описової статистики, що відображає узагальнені характеристики вибірки, кластеризація дає змогу виявити внутрішню неоднорідність групи та визначити профілі рухової активності, які мають

різний вплив на функціональний стан і здоров'я. Кластерна належність відображає тип рухової поведінки, а координати PC1–PC3 на рисунку 3.19 відображають розташування респонденток у зниженому просторовому вимірі, що дозволяє візуально оцінити ступінь відмінностей між кластерами. Ми застосували k-means, $k = 3$ (3 кластери) на стандартизованих значеннях п'яти показників. Середні значення в кластерах:

- *Кластер 0* – «Помірно активні»:
 - баз PA ≈ 445 ;
 - сид PA ≈ 699 ;
 - МалаPA ≈ 202 ;
 - СерPA ≈ 83 ;
 - ВисPA ≈ 13 .

Тут жінки трохи менше сидять і більше рухаються, але:

- сидячий час все одно дуже високий,
- висока активність — мінімальна. Це основна «масова» група.
- *Кластер 1* – «Найактивніші». Цей кластер — «цільовий» орієнтир,

як повинна виглядати структура активності у здоровому профілі:

- баз PA ≈ 485 ;
- сид PA ≈ 590 ;
- МалаPA ≈ 180 ;
- СерPA ≈ 100 ;
- ВисPA ≈ 85 .

Це дуже маленька група, але показова:

- найменше сидіння;
- найвищі цифри середньої та високої активності.

– *Кластер 2* – «Гіпокінетичний» – це найпроблемніший профіль: максимум сидіння, мінімум будь-якої активності, типовий «гіподинамічний» тип:

- баз PA ≈ 290 ;
- сид PA ≈ 905 ;

- МалаРА ≈ 180 ;
- СерРА ≈ 55 ;
- ВисРА ≈ 10 .

Для більш відображення відмінностей у структурі добової рухової активності між визначеними кластерами було побудовано профіль рухової активності, що відображає середні значення тривалості різних рівнів активності в кожному кластері (рис. 3.18).

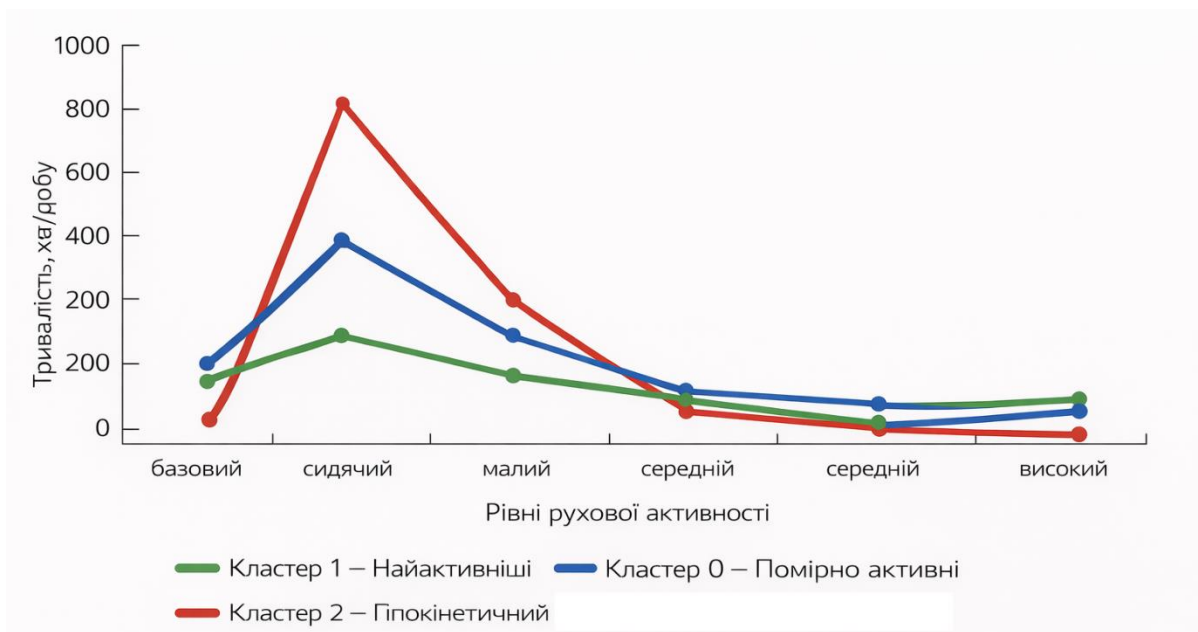
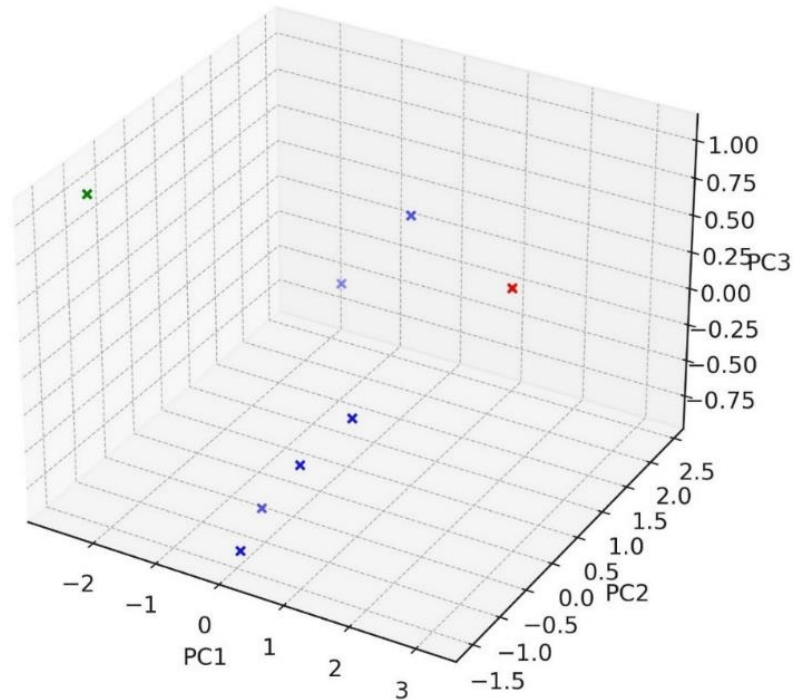


Рисунок 3.18 – Тривалість добової рухової активності кластерів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку за рівнями (n = 96)

Таким чином, проведений кластерний аналіз дозволив виокремити три типові профілі добової рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. Виявлені кластери відображають різні поведінкові патерни рухової активності – від гіпокінетичного типу з переважанням сидячого рівня РА до відносно активного профілю з більшою часткою середньої та високої активності.

Для візуалізації результатів кластеризації було застосовано метод головних компонент (РСА). Три головні компоненти (PC1, PC2, PC3) не є

окремими показниками рухової активності, а представляють собою лінійні комбінації усіх вихідних змінних, що дозволяє зменшити розмірність даних і наочно відобразити просторове розділення респонденток (рис. 3.19).



Примітка 1. Кольори відображають належність респонденток до трьох кластерів, визначених методом k-means.

Примітка 2. X – кластер 0 (помірно активний профіль).

Примітка 3. X – кластер 1 (найактивніший профіль).

Примітка 4. X – кластер 2 (гіпокінетичний профіль).

Рисунок 3.19 – Тривимірна PCA-візуалізація кластерів добової рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (n = 96)

Класифікація респонденток на кластери (кластер 0, кластер 1, кластер 2) здійснювалася методом k-means, як ми вже зазначали, на основі вихідних даних. Розташування маркерів у просторі трьох головних компонент (PC1, PC2, PC3) демонструє ступінь відмінностей між групами, де більша дистанція між хрестиками різних кольорів свідчить про суттєві міжкластерні відмінності в структурі добової рухової активності.

Кластерний аналіз дозволив виокремити три типи рухової активності. Перший тип (умовно «гіпокінетичний») характеризується надвисокою тривалістю сидячого рівня (понад 900 хв/добу) за мінімальних показників базового, середнього та високого. Другий, найбільш чисельний тип, відображає помірний рівень базової та середньої рухової активності, однак за збереження суттєвої частки сидячого (≈ 700 хв/добу). Третій тип, представлений обмеженою кількістю респонденток, демонструє найбільш сприятливий профіль: максимальну базову, середню та високу активність на тлі найнижчих показників сидячої поведінки.

У структурі добової рухової активності переважають пасивні форми поведінки, що дає підстави розглядати групу як таку, що перебуває у зоні високого ризику розвитку певних захворювань, попри наявність окремих елементів помірної активності.

Аналізуючи рівні рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, можемо зробити певні загальні висновки:

- вони демонструють високий рівень сидячої поведінки, який суттєво перевищує міжнародно рекомендовані межі та є маркером малорухливого способу життя;
- структура добової рухової активності характеризується переважанням базової та малої активності за відносно високої частки сидіння і недостатньою представленістю високої інтенсивності рухів;
- виявлено три типи рухової поведінки:
 - гіпокінетичний (максимальна сидяча активність, мінімум рухової);
 - проміжний (помірна активність із надлишком сидіння);
 - відносно сприятливий (висока рухова активність та зменшення сидячого часу);
- сильні негативні кореляції між сидячою поведінкою та середньою/високою активністю свідчать, що збільшення інтенсивної рухової активності є ключовим механізмом зниження гіподинамії в цій групі.

Отже, внутрішньо переміщені жінки першого періоду зрілого віку загалом перебувають у зоні підвищеного ризику розвитку гіпокінетичних станів, зниження функціональних можливостей організму та погіршення психоемоційного благополуччя. Отримані результати переконливо обґрунтовують необхідність цілеспрямованого впровадження оздоровчо-рекреаційних програм рухової активності, основним завданням яких має бути скорочення часу, підвищення частки рухової активності середньої та високої інтенсивності та формування стійкої мотивації до активного способу життя як важливого ресурсу збереження здоров'я в умовах сучасних соціальних викликів. Отримані дані обґрунтовують доцільність розроблення цільових програм ОРРА, орієнтованих насамперед на скорочення частки часу у положенні сидячи та підвищення частки середньої і високої рухової активності.

Ми вважаємо, що в умовах сучасних викликів, зокрема, умов воєнного стану, який, безумовно, є досить стресовим фактором для українського населення, роль рухової активності для збереження психічного і фізичного здоров'я – надзвичайно висока.

3.4 Характеристика якості життя, соціальної адаптації жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб

Нами визначено якість життя у ВПО, а саме жінок зрілого віку. Близько половини (45,8 %) респонденток вказали на середній рівень якості життя, а це в діапазоні від 40 до 60 балів. Високому рівню відповідала одна анкета суб'єктів дослідження (рис. 3.20).

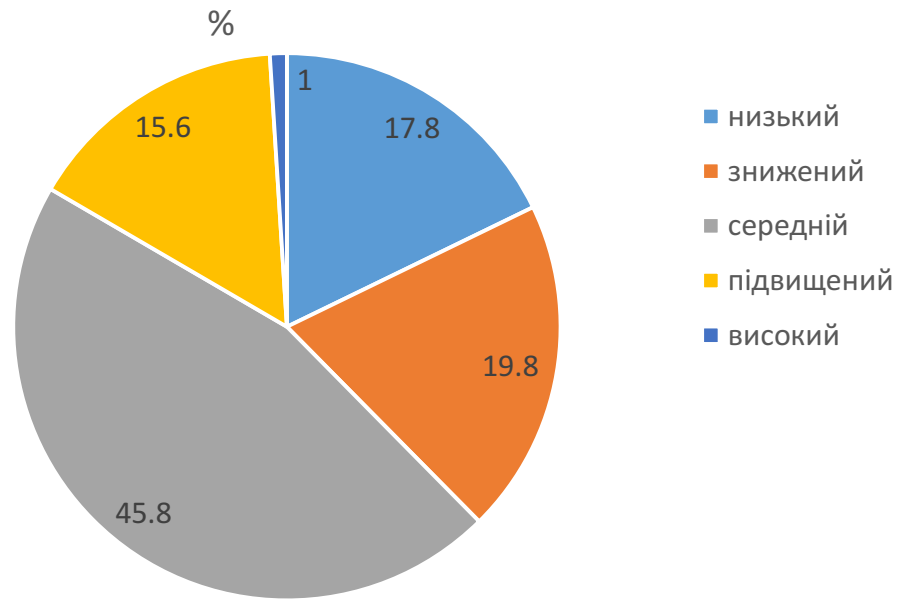


Рисунок 3.20 – Рівні якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, (n = 96), %

Аналізуючи компоненти ЯЖ внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку підтверджується важливість оцінки саме фізичного здоров'я (рис. 3.21). Отримані бали за різними доменами, такими як: фізична активність, роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності, рівень болю та загальний стан здоров'я, дозволяють нам краще розуміти комплексний вплив цих факторів на життя цієї категорії осіб. Середній загальний бал фізичного компонента, що складає 42,59, свідчить про середній рівень фізичної якості життя досліджуваної групи. Особлива увага повинна бути приділена аспектам, які отримали менші бали, таким як загальний стан здоров'я (42,34 бали) та фізична активність (42,24 бали). Це варто детально дослідити та врахувати при розробці програм та заходів для поліпшення якості життя цієї категорії населення.

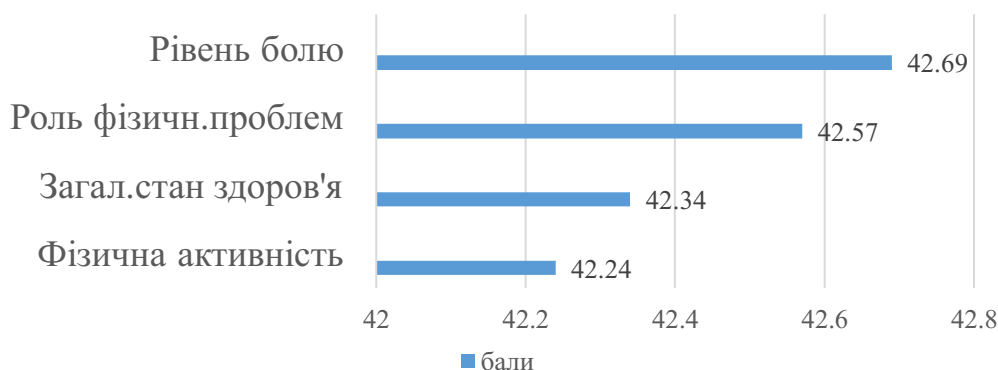


Рисунок 3.21 – Оцінка фізичного компонента якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (n = 96), бали

Ураховуючи ці результати, можна визначити напрями подальших досліджень для розробки програм інтервенцій з метою покращення фізичного та психоемоційного станів та загальної якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку.

Відповідно до проведеного дослідження показників якості життя, у ВПО лідирує серед компонентів психологічний – соціальна активність (43,70 бали) та життєздатність (43,56 бали) (рис. 3.22).

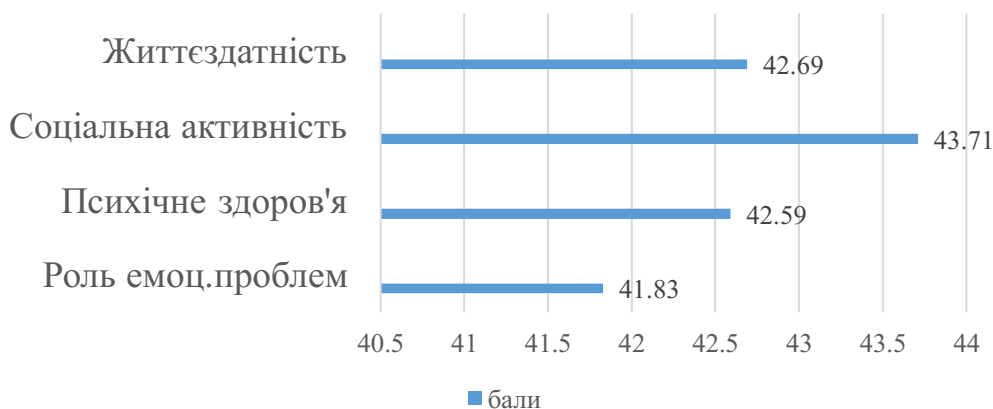


Рисунок 3.22 – Оцінка психологічного компонента якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (n = 96), бали

Однак, цей рівень якості життя є недостатнім. Варто вживати заходів щодо покращення якості життя, особливо звернути увагу на роль фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності, фізичну активність, життєздатність,

соціальну активність, що так важливо для внутрішньо переміщених жінок зрілого віку.

Також ми визначали рівні рухової активності внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. З метою встановлення значущості та взаємозалежності рівнів рухової активності та показників якості життя респонденток нами виконано кореляційний та факторний аналізи. Таким чином, ми перевірили наявність кореляційного взаємозв'язку між показниками рівнів рухової активності та якістю життя (рис. 3.23).

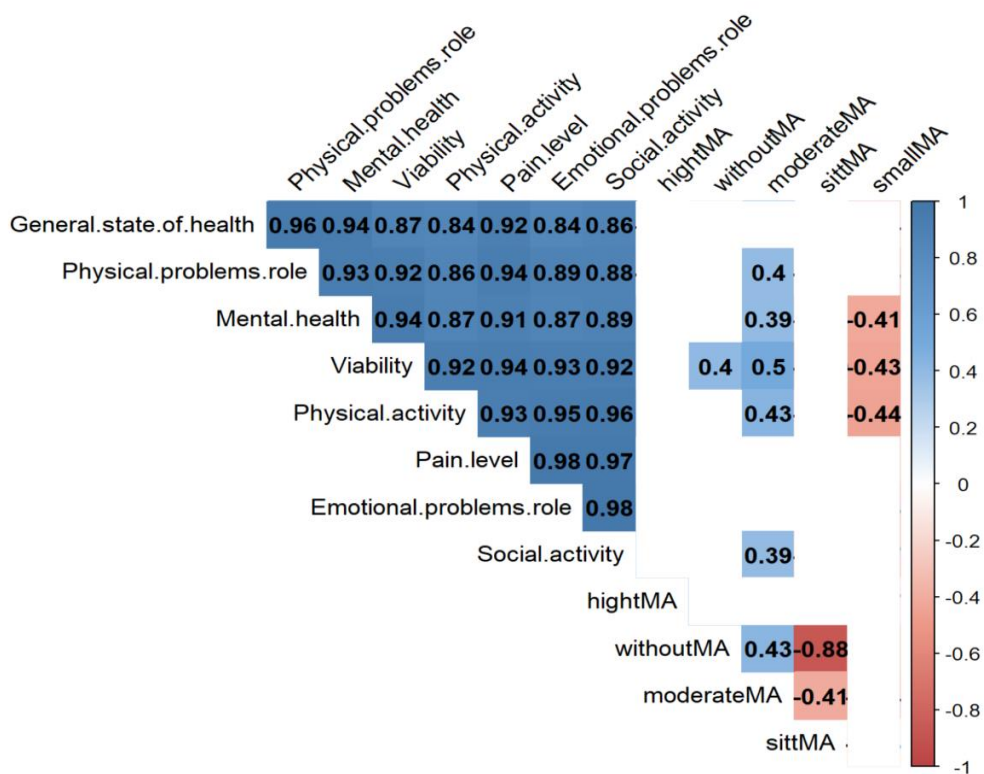


Рисунок 3.23 – Кореляційний зв'язок між рівнями рухової активності та компонентами якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, (n = 96)

Зокрема, нами встановлено, низький позитивний кореляційний зв'язок між середнім рівнем рухової активності та такими показниками якості життя як: роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності ($\rho = 0.398$; $p=0.007$); психічне здоров'я ($\rho = 0.391$; $p=0.08$); фізична ($\rho = 0.435$; $p=0.003$) та

соціальна ($\rho = 0.392$; $p=0.008$) активність. Водночас, середній рівень кореляційного зв'язку наявний між таким самим рівнем рухової активності та життєздатністю ($\rho = 0.504$; $p=0.0004$). На рисунку 3.24 продемонстровано, що значення цього зв'язку зменшується із зростанням рівня рухової активності особи.

Негативне значення кореляційних зв'язків низького рівня рухової активності встановлено, зокрема, із такими компонентами якості життя як: психічне здоров'я ($\rho = -0.411$; $p=0.005$), життєздатність ($\rho = -0.434$; $p=0.003$), фізична активність ($\rho = -0.431$; $p=0.002$). Це свідчить про те, що чим вищий рівень рухової активності у жінок (понад 90 хв на добу), тим вищі показники компонентів якості життя вони продемонстрували, що вказує на прямий позитивний зв'язок між рівнем рухової активності та якістю життя респондента.

При цьому, не визначено кореляції між сидячим та високим рівнями рухової активності та якістю життя, що вказує на відсутність статистично значимого взаємозв'язку між ними.

Для більш глибокого розуміння рівнів якості життя та встановлення тих факторів, які формують її у цьому віці для визначеної категорії населення, ми використали факторний аналіз з метою дослідження взаємозв'язку між змінними групи «Якість життя» внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (рис. 3.24). Він дозволяє описати об'єкт вимірювання, тобто ЯЖ, у більш компактній формі. Дві основні цілі цього методу – це визначення взаємозв'язків між змінними, тобто «об'єктивна R-класифікація»; скорочення числа змінних, необхідних для опису даних. Під час аналізу в один фактор об'єднуються змінні, які сильно корелюють між собою, внаслідок чого, відбувається перерозподіл дисперсії між компонентами й отримується максимально проста і наочна структура факторів.

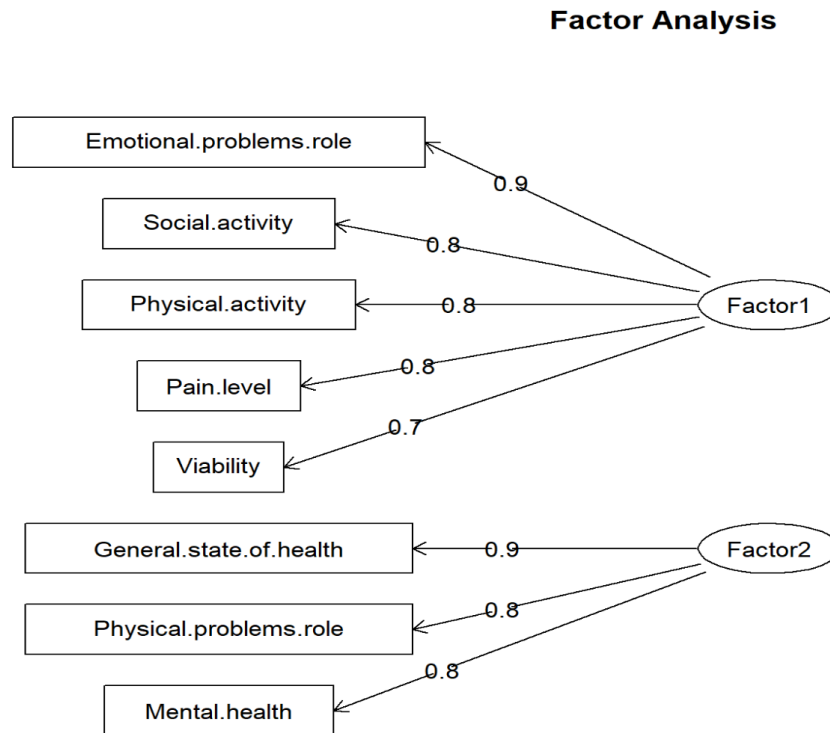


Рисунок 3.24 – Факторний аналіз показників якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, % (n = 96)

Тест χ^2 показав ($\chi^2(13) = 82.96, p < 0.001$), що двох факторів достатньо для змістовного скорочення кількості змінних і побудови компонент які є лінійними комбінаціями вихідних змінних із відповідними ваговими коефіцієнтами.

Як видно, модель, отримана на основі методу максимальної правдоподібності, є значимою ($p < 0,001$). При чому зв'язок у структурних рівняннях описується такими коефіцієнтами: зв'язок Фактору 1 із роллю емоційних проблем у обмеженні життєдіяльності (Emotional problems role), як складовою якості життя, дорівнює 0,9; із соціальною (Social activity) та фізичною активністю (Physical activity) і рівнем болю (Pain level) – по 0,8; із життєздатністю (Viability) – 0,7.

Таким же способом ми визначили коефіцієнти зв'язку Фактора 2. Так, загальний стан здоров'я (General state of health) має коефіцієнт зв'язку 0,9; по

0,8 – у ролі фізичних проблем у обмеженні життєдіяльності (Physical problems role) і психічному здоров'ї (Mental health).

Оцінка коваріації між латентними змінними становить 82,96, що свідчить про позитивний дуже сильний кореляційний взаємозв'язок.

Згідно з результатами нашого дослідження, оцінки дисперсії складових якості життя розташовані в діапазоні від 0,47 до 0,88. Так, у першій латентній змінній найменша дисперсія у значенні «Роль емоційних проблем» (0,005), тобто в цьому результаті – найменше розсіювання показників від математичного сподівання, що свідчить про точніший результат. Щодо другої латентної змінної, то найменшу дисперсію визначено у «Загальний рівень здоров'я (0,005).

Аналіз факторної структури показників якості життя дозволив визначити провідні фактори, що забезпечують активне та якісне життя для жінок. При цьому, факторний аналіз якості життя підтверджує наявність відмінностей у кількості та змісті факторів.

Нами, на основі проведеного аналізу встановлено, що внутрішньо переміщені жінки першого періоду зрілого віку вкрай стурбовані за життя і безпеку своїх близьких. Це, у свою чергу, суттєво впливає на депресивні стани та якість життя. Залучення цього контингенту населення до регулярних занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю допоможуть протидіяти зниженню ЯЖ та виникненню депресивних станів. Тому вивчення можливостей цих заходів щодо покращення фізичного та психоемоційного станів, якості життя є актуальним подальшим науковим завданням.

3.5 Взаємозв'язок рухової активності із показниками психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку

У ході констатувального експерименту, як вже зазначалось у підрозділі 3.3, нами визначено рівні рухової активності внутрішньо переміщених жінок

зрілого віку. Встановлено, що сидячий рівень рухової активності займає 49,8 % добового часу респонденток (рис. 3.25).

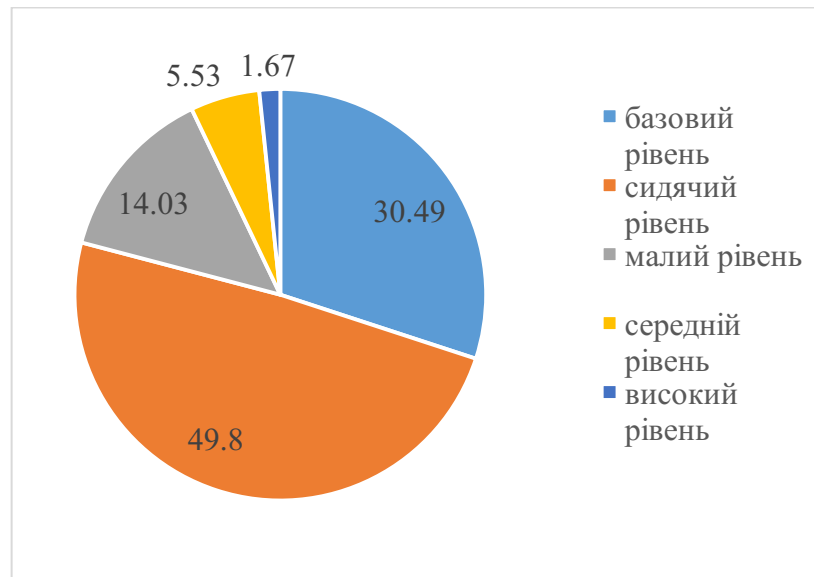


Рисунок 3.25 – Рухова активність внутрішньо переміщених жінок зрілого віку (n = 96), %

Згідно з рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, тривалість сидячої поведінки у дорослого населення не повинна домінувати у структурі добової рухової активності та має компенсуватися достатнім обсягом помірної й високої рухової активності [171]. За даними довоєнних українських і зарубіжних досліджень, частка сидячого часу у жінок зрілого віку зазвичай не перевищувала 35–40 % доби, що є суттєво нижчим порівняно з отриманими результатами [192].

Виявлена особливість рухового режиму має нетиповий характер і, ймовірно, зумовлена специфікою умов воєнного часу. Насамперед це пов'язано з частими повітряними тривогами та необхідністю тривалого перебування в укриттях разом із дітьми. Бомбосховища, як правило, обладнані місцями для сидіння та не передбачають можливостей для активного руху, що об'єктивно обмежує рівень рухової активності та сприяє формуванню гіпокінетичного типу поведінки. Подібні тенденції зростання сидячої

активності в умовах надзвичайних ситуацій та хронічного стресу описані й у сучасних дослідженнях, присвячених впливу воєнних [161] та кризових факторів на рухову поведінку дорослого населення [226].

Ми встановили значущість та взаємозалежність рівнів рухової активності та показників тривожності і немотивованої тривожності. Для цього ми виконали кореляційний та факторний аналізи, перевіряючи наявність кореляційного взаємозв'язку між ними (рис. 3.26).



Рисунок 3.26 – Кореляційний зв'язок між рівнями рухової активності та тривожністю і немотивованою тривожністю внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку, (n = 96)

Зокрема, нами встановлено, середній негативний кореляційний зв'язок між високим рівнем рухової активності та рівнем тривожності ($r = -0,541$; $p=0.007$). На рисунку 3.27 продемонстровано, що значення цього зв'язку збільшується із зниженням рівня рухової активності особи.

Водночас, низький негативний рівень кореляційного зв'язку наявний між високим рівнем рухової активності та немотивованою тривожністю ($r =$

-0,415; $p < 0,001$). При цьому цікаво, що він стрімко зростає від середнього рівня РА ($r = -0,463$; $p < 0,001$) до низького ($r = 0,503$; $p < 0,001$), але при сидячому рівні РА трохи зменшується ($r = 0,182$; $p < 0,001$) і значно падає при РА взагалі ($r = -0,239$; $p < 0,001$).

Отримані результати свідчать про наявність чіткої обернено пропорційної залежності між рівнем рухової активності та показниками психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку. Так, жінки з низьким рівнем рухової активності демонстрували статистично значуще вищі значення тривожності, зокрема і немотивованої, тоді як учасниці з середнім та високим рівнями рухової активності характеризувалися нижчими показниками емоційного напруження. Отримані коефіцієнти кореляції демонструють чітку тенденцію: зі зростанням рівня рухової активності вираженість тривожних симптомів зменшується, тоді як низька або відсутня рухова активність пов'язана з підвищеною тривожністю.

Найбільш виражений негативний зв'язок, який ми встановили між високим рівнем рухової активності та загальною тривожністю ($r = -0,54$), свідчить про те, що жінки, які регулярно долучаються до рухової активності інтенсивного характеру, мають суттєво нижчий рівень психологічної напруги. Подібна залежність виявлена і щодо немотивованої тривожності ($r = -0,41$): високий рівень рухової активності асоціюється з меншою схильністю до внутрішнього емоційного дискомфорту, який виникає без очевидних зовнішніх причин.

Важливою є також кореляція між сидячим рівнем рухової активності (sittMA) та підвищеними значеннями тривожності. Зокрема, показники сидячої поведінки мають негативні кореляції з усіма динамічними формами активності та позитивно пов'язані з немотивованою тривожністю і загальною – менш виражено, проте у тому ж напрямку. Це свідчить про те, що навіть помірні рівні рухової активності можуть мати захисний ефект у порівнянні із суто сидячим режимом.

Цікавою є кореляція середньої активності (moderateMA) з немотивованою тривожністю. Це означає, що не лише інтенсивні, а й регулярні фізичні навантаження середньої інтенсивності мають вагомий регуляторний ефект на емоційний стан, знижуючи фонове відчуття напруження та внутрішнього неспокою.

Відсутність рухової активності (withoutMA) виявила позитивні кореляції з тривожністю і негативні – з усіма категоріями рухової активності, особливо з «сидячою» активністю. Це є ознакою того, що уникнення рухової активності може бути опосередковано пов'язане із гіршим психоемоційним станом.

Отже, можна зробити висновки, що регулярна рухова активність сприяє активації систем, що забезпечують покращення настрою, зниження внутрішньої напруги та стабілізацію емоційного фону. Також наявність рухової активності в житті жінки безпосередньо знижує схильність до гіперактивності на стресові стимули, що є одним із ключових компонентів немотивованої тривожності.

Застосована методика Тейлора дозволила нам отримати комплексну характеристику індивідуальних особливостей тривожності, включно з тими її проявами, які не зумовлені конкретними об'єктивними чинниками. Саме немотивована тривожність є найбільш показовим маркером загального психофізіологічного напруження, оскільки її рівень визначається станом нервової системи, а не ситуаційними факторами. Тому зниження цього показника у жінок із вищим рівнем рухової активності свідчить про позитивний вплив фізичних вправ на базовий (фоновий) рівень емоційної стабільності.

Отже, збільшення рухової активності розглядається як ефективний немедикаментозний засіб корекції психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку, які перебувають під впливом значних стресових навантажень. Результати дослідження підтверджують, що включення до нашої програми регулярної рухової активності середньої та високої інтенсивності сприятиме зниженню як загальної, так і немотивованої тривожності,

формуєчи більш стабільний психоемоційний стан та підвищуючи адаптаційні можливості організму.

Рухова активність є захисним фактором щодо розвитку тривожних станів, а її дефіцит – чинником ризику формування психоемоційної дезадаптації серед внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. Найбільш сприятливими виявилися середні та високі рівні рухової активності, які асоціювалися зі зниженими показниками як загальної, так і немотивованої тривожності, що підтверджує доцільність використання рухової активності як інструменту психологічної стабілізації.

Висновки до розділу 3

На основі комплексного аналізу антропометричних, функціональних, психоемоційних та соціально-психологічних характеристик внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку ($n = 96$ після відсіву даних) встановлено такі закономірності.

Комплексна оцінка різних компонентів фізичного стану свідчить про те, що більшість внутрішньо переміщених жінок перебуває у зоні функціонального ризику, де адаптаційні можливості організму є недостатньо високими для ефективної протидії стресовим чинникам, що зумовлює необхідність розроблення та впровадження програм ОРРА.

Індекс прогнозованого рівня фізичного стану за методикою О. А. Пирогової переважно відповідає середньому рівню (0,526–0,675). Середнє значення індексу у нашій вибірці становить $0,55 \pm 0,09$ у.о. при коливаннях від 0,36 до 0,79 у.о., що відповідає інтервалу між «нижче середнього» та «середнім» рівнями. Переважання середнього та нижче середніх рівнів вказує на зниження функціональних резервів у значної частини вибірки.

За методикою Г. Л. Апанасенка стан соматичного здоров'я внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку такий: низький рівень – 41,7

%, нижче середнього – 33,3%, середній – 25,0 %. За жодним з індексів, ні у кого не відзначено високий рівень, що свідчить про суттєве зниження функціональних резервів.

Кореляційний аналіз показав переважно позитивні зв'язки між ІФС та компонентами фізичного здоров'я: життєвий індекс: $r = 0,54$, силовий індекс: $r = 0,37$, масо-ростові показники – слабкий позитивний зв'язок ($r \approx 0,07$). Відсутність негативних кореляцій підтверджує узгоджену роботу фізіологічних систем та валідність інтегрального індексу як показника фізичного здоров'я.

Психоемоційний стан характеризується підвищеною тривожністю. За методикою Тейлора у респонденток виявлено підвищений рівень тривожності. Це відповідає типологічній реакції на хронічний стрес, пов'язаний із вимушеним переміщенням, невизначеністю та соціально-психологічними факторами.

Якість життя має двофакторну структуру з провідними психоемоційними компонентами. Згідно з факторним аналізом, у першій латентній змінній найвищі коефіцієнти зв'язку мали показники емоційних проблем та ролі психічного здоров'я (0,8); у другій – показник загального стану здоров'я (0,9). Коваріація між латентними факторами становила 82,96 %, що свідчить про дуже сильний позитивний взаємозв'язок та взаємозалежність фізичного та психологічного компонентів якості життя.

Внутрішньо переміщені жінки відчують високий рівень стурбованості за безпеку та життя близьких, що істотно впливає на психоемоційний фон, якість життя та функціональний стан. Це є провідним соціально-психологічним фактором, який формує значну частину варіації у показниках ЯЖ.

Зазначене обґрунтовує доцільність розроблення комплексної програми залучення внутрішньо переміщених жінок зрілого віку до ОРРА як цілеспрямованого засобу корекції їхнього фізичного та психоемоційного станів. Така програма має враховувати специфіку умов воєнного часу, високий

рівень сидячої поведінки, психоемоційне напруження та обмежені можливості для організованої рухової діяльності, що у сукупності зумовлює зниження адаптаційного потенціалу й якості життя цієї категорії населення. Систематичне використання адекватно дозованих оздоровчо-рекреаційних засобів створює передумови для оптимізації функціонального стану, зменшення проявів тривожності та емоційної напруги, а також сприяє відновленню соціальної активності й формуванню стійкої мотивації до здорового способу життя.

Результати досліджень здобувача, наведені у цьому розділі, відображено у публікаціях [4-6, 11, 13-16, 42, 46, 47, 161, 194].

РОЗДІЛ 4

СТРУКТУРА ТА ЗМІСТ КОМПЛЕКСНОЇ ПРОГРАМИ НА ОСНОВІ ВИКОРИСТАННЯ ЗАСОБІВ ОЗДОРОВЧО-РЕКРЕАЦІЙНОЇ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ДЛЯ ЖІНОК ПЕРШОГО ПЕРІОДУ ЗРІЛОГО ВІКУ З ЧИСЛА ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ

4.1 Обґрунтування складових комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб

Оздоровчо-рекреаційна рухова активність – невід’ємна частина поведінки людини за мотиваційними пріоритетами у дозвіллевий час, що повинна забезпечувати нормальне функціонування систем організму і збереження здоров’я. Врахування індивідуальних норм рухової активності є одним з суттєвих чинників формування аспектів життєздатності ВПО. Опіраючись на ряд наукових досліджень, ми вважаємо, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність сприятиме зниженню рівня тривожності у ВПО, дасть змогу зменшити або запобігти низці функціональних проблем, пов’язаних із стресовими подразниками, які їх оточують [49].

Комплекс фізичних і психологічних впливів, які сприяють загальному оздоровленню – саме таким є визначення оздоровчо-рекреаційної активності, на думку фахівців [6]. Ю. Песоцька наголошує на важливій ролі групових фізичних тренувань у зменшенні соціальної ізоляції [119]. Також доведено ефективність системи пілатеса для корекції психоемоційного стану жінок, зменшення рівня їхньої тривожності та стресу [110, 140, 203, 204]. Аналогічно, О. Шишкіна, О. Бейгул та А. Муллагільдіна [154] у своєму дослідженні описали позитивний вплив фітнес-аеробіки на зниження депресивних проявів. Деякі дослідники пропонують комплексний підхід, який би поєднував фізичні вправи із психологічними техніками, а Н. Мазіна [102] звертає увагу на важливість соціальної підтримки та групових занять для адаптації внутрішньо

переміщених осіб. Аналізуючи літературу, ми отримали підтвердження актуальності індивідуалізованого підходу до розробки програм рухової активності для внутрішньо переміщених жінок [178]. Використання аеробіки, пілатеса, ментального фітнесу та групових занять сприяє покращенню фізичного здоров'я, зменшенню рівня стресу та поліпшенню соціальної адаптації. Усе це, що в комплексі, позитивно впливає на якість життя вказаної категорії населення.

Сучасна соціальна та економічна ситуація в Україні, зумовлена військовими конфліктами та політичною нестабільністю, призвела до значного зростання кількості внутрішньо переміщених осіб (ВПО) [108]. Серед них значна частина – це жінки зрілого віку, які стикаються з численними психологічними та фізичними проблемами. Втрата домівки, зміна соціального статусу, відрив від звичного середовища та постійний стрес негативно впливають на їхнє здоров'я [225]. У таких умовах розробка програм корекції фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності стає актуальною та необхідною.

Стресогенні чинники викликали у значній кількості ВПО прояви посттравматичного стресового розладу та різні ускладнення у формі гострих реакцій на стрес, розладів фізичного і психічного здоров'я, психологічних змін особистості, соціальної дезадаптації та асоціальної поведінки. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність виступає ефективним засобом корекції фізичного та психоемоційного станів переміщених осіб.

Звертаємо увагу, що тривожність, депресія, порушення сну, хронічний стрес, зниження рухової активності та загальне погіршення здоров'я – саме з такими проблемами найчастіше стикаються внутрішньо переміщені жінки зрілого віку [2, 4-6, 225]. У зв'язку із цим, рухова активність, яка направлена на оздоровлення та відновлення, може стати важливим інструментом для покращення якості життя, адже вище вказані фактори мають негативний вплив на якість життя та здатність адаптуватися до нових умов [243].

Дослідження українських та іноземних фахівців підтверджують, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність покращує фізичний стан, сприяє зниженню рівня стресу та депресії, що є ключовим для адаптації внутрішньо переміщених осіб [84, 149]. Саме тому, у процесі обґрунтування програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності, ми розглядали найсучасніші підходи до рухової активності, її вплив на психоемоційний стан та соціальну адаптацію.

Нами розроблено та науково обґрунтовану комплексну програму занять із використанням засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. Протягом другого етапу нашого дослідження ми мали можливість сформулювати мету занять – корекція їхніх фізичного та психоемоційного станів, яку вдалося реалізовувати, вирішуючи такі завдання:

- 1) покращення показників фізичного стану;
- 2) покращення показників психоемоційного стану;
- 3) формування теоретичних знань та практичних навичок корекції своїх фізичного та психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності;
- 4) підвищення рівня якості життя внутрішньо переміщених жінок.

Це все є тотожним із основними завданнями оздоровчих форм занять: зміцнення здоров'я, підвищення опору організму до несприятливих факторів зовнішнього середовища, підвищення фізичної роботоздатності та витривалості жінок.

Відповідно до поставленої мети та завдань ми визначали засоби ОРРА.

Розробляючи нашу програму, ми враховували вікові особливості жінок першого періоду зрілого віку та особливості їхньої адаптації до фізичних навантажень, а також їхній фізичний стан та рівні рухової активності, тривожності, депресії, якості життя.

Побудова програми корекції фізичного та психоемоційного станів жінок зрілого віку ґрунтувалася на інтеграції сучасних міжнародних рекомендацій у сфері громадського здоров'я, положень теорії фізичного виховання, принципів кондиційного тренування та педагогічних і організаційно-методичних засад оздоровчо-рекреаційної діяльності. Такий інтегративний підхід забезпечив наукову обґрунтованість, безпечність і практичну доцільність програми, а також її відповідність потребам цільової групи.

Методологічною основою розробки програми стали Глобальні рекомендації ВООЗ щодо фізичної активності для здоров'я, а також позиційні документи Американського коледжу спортивної медицини (ACSM), у яких визначено оптимальні обсяги, інтенсивність і структуру фізичних навантажень для дорослого населення з урахуванням віку, стану здоров'я та рівня фізичної підготовленості. Їх положення були адаптовані до умов реалізації програми серед жінок зрілого віку, зокрема з урахуванням підвищеного психоемоційного навантаження та знижених адаптаційних резервів організму. Побудова програми корекції фізичного та психоемоційного станів жінок зрілого віку ґрунтувалася на інтеграції міжнародних рекомендацій у сфері громадського здоров'я (ВООЗ), фахових стандартів фізичної активності (ACSM), принципів кондиційного тренування та педагогічних і організаційно-методичних принципів оздоровчо-рекреаційної діяльності, що забезпечує її наукову обґрунтованість, безпечність та ефективність. [171, 187].

Нижче подано базові принципи використані при розробці програми (таблиця 4.1).

Таблиця 4.1– Базові принципи використані при розробці програми корекції фізичного та емоційного стану жінок зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб

Принцип	Характеристика
Безпечність і медико-біологічна доцільність впливу	Базовим принципом програми стала орієнтація на безпечний, фізіологічно обґрунтований руховий режим. Відповідно до рекомендацій ВООЗ і ACSM перевага надавалася навантаженням помірної інтенсивності, поступовому залученню до занять та обмеженню надмірних стресорних впливів. Це дозволило мінімізувати ризики перевантаження, травматизму й небажаних психоемоційних реакцій, що є особливо актуальним для жінок зрілого віку в умовах тривалого стресу.
Індивідуалізація та диференціація рухових впливів	Програма будувалася з урахуванням індивідуальних відмінностей учасниць за рівнем фізичної підготовленості, функціонального стану, психоемоційного фону та попереднього рухового досвіду. Такий підхід відповідає принципам персоналізації рухової активності, задекларованим ACSM, і забезпечував оптимізацію обсягу та інтенсивності навантажень без зниження мотивації та ефективності занять.
Поступовість, прогресивність і структурованість тренувального процесу	У межах програми реалізовано ключові принципи кондиційного тренування: поступове ускладнення рухових завдань, поетапне збільшення навантаження та циклічність побудови занять. Це сприяло формуванню стійких адаптаційних реакцій організму, підвищенню функціональних можливостей і водночас забезпечувало профілактику перевтоми та психоемоційного виснаження.
Комплексність і багатовекторність оздоровчого впливу	Зміст програми передбачав поєднання аеробних вправ, елементів силової підготовки, вправ на гнучкість, координацію, рівновагу та релаксацію. Така структура відповідає сучасним уявленням про комплексний розвиток фізичного стану дорослого населення та рекомендаціям ВООЗ щодо всебічного впливу рухової активності на соматичне й психічне здоров'я.
Регулярність і систематичність як умова стійкого ефекту	Програма реалізовувалася на основі систематичних занять упродовж визначеного періоду з чітко регламентованою частотою й тривалістю. Це забезпечувало формування стабільної рухової поведінки, закріплення позитивних фізичних і психоемоційних змін та створювало передумови для довготривалого збереження оздоровчого ефекту.

Продовження таблиці 4.1

Психоемоційна спрямованість і відновлювальний характер	З огляду на специфіку цільової групи програма була зорієнтована не лише на фізичні, а й на психоемоційні компоненти здоров'я. Використання дихальних вправ, рухової релаксації, елементів усвідомленого руху сприяло зниженню рівня тривожності, нормалізації емоційного стану та підвищенню психоемоційної стійкості.
Доступність, соціальна прийнятність і організаційна гнучкість	Організаційно-методичні умови реалізації програми передбачали використання доступних засобів рухової активності, відсутність складного обладнання та можливість адаптації занять до різних умов проведення. Це забезпечувало інклюзивність програми та її відповідність потребам жінок з числа внутрішньо переміщених осіб.
Педагогічна доцільність і мотиваційна підтримка	Програма реалізовувалася з урахуванням базових (дидактичних) принципів фізичного виховання – оздоровчої спрямованості, свідомості й активності, наочності, доступності та систематичності. Водночас важливу роль відігравали педагогічні умови мотиваційної підтримки: позитивне підкріплення, зрозумілі критерії оцінки ефективності, стимулювання до самостійних занять і продовження рухової активності після завершення педагогічного експерименту.

Використання системи взаємопов'язаних принципів фізичного виховання, кондиційного тренування та оздоровчо-рекреаційної діяльності, інтегрованих із міжнародними рекомендаціями ВООЗ і ACSM, забезпечило створення науково обґрунтованої, безпечної та соціально орієнтованої програми корекції фізичного й психоемоційного станів жінок зрілого віку, що відповідає сучасним вимогам до програмування оздоровчих завдань [171].

Запропонована нами комплексна програма групових занять, які проводилися тричі на тиждень, тривала 24 тижні.

4.2 Складові комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб

Програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок зрілого віку базується на науково обґрунтованих підходах до використання рухової активності для покращення психоемоційного та фізичного здоров'я. Вона ґрунтувалася на таких теоретико-концептуальних засадах, застосування яких дозволило створити програму, спрямовану на корекцію фізичного та психоемоційного станів і підвищення якості життя внутрішньо переміщених жінок зрілого віку:

- теорія мотивації до рухової активності: врахування індивідуальних мотивів та перешкод щодо залучення жінок до оздоровчо-рекреаційної рухової активності;
- теорія фізичної рекреації: застосування оздоровчо-рекреаційних технологій як засобу підвищення рівня рухової активності та якості життя;
- біопсихосоціальна модель здоров'я: врахування взаємозв'язку між фізичним, психологічним та соціальним благополуччям жінок дозволяє забезпечити комплексний підхід до корекції їхнього стану;
- теорія адаптації: використання механізмів адаптації до стресових умов, до прикладу, таких як рухова активність, рекреаційна практика та соціальна підтримка;
- теорія стресу і копінг-стратегій: з метою формування ефективних поведінкових стратегій подолання стресу, негативних емоційних станів за допомогою спеціально підібраних фізичних вправ;
- концепція психоемоційної регуляції: методи саморегуляції (медитації, дихальні техніки) з метою зниження рівня тривожності, покращення емоційного самопочуття, подолання депресивних станів;

– соціально-екологічна модель здоров'я: дослідження впливу соціального середовища, рівня підтримки та інтеграції жінок у життя громади як важливих предикторів їхнього відновлення.

Наша програма передбачає різні форми організації занять, зокрема:

- індивідуальні (персональні);
- самостійні;
- групові (фітнес та рекреаційні);
- дистанційні (із використанням чатів у месенджерах, онлайн-групи підтримки, відеоуроки, онлайн лекції, вебінари);
- коучинг сесії, тренінги, консультації.

Програма включала комплекс заходів, спрямованих на корекцію психоемоційного та фізичного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку жінок, серед яких такі компоненти:

- аеробні заняття: ходьба, скандинавська ходьба, біг, танці чи аеробіка, спрямовані на покращення стану серцево-судинної системи та зниження рівня стресу;
- силові тренування: вправи з використанням власної ваги тіла або легких гантелей з метою зміцнення м'язів та покращення загальної фізичної форми;
- стретчинг та йога: з метою підвищення гнучкості, заняття м'язового напруження та заспокоєння;
- дихальні вправи: техніки правильного дихання допомагають знизити рівень тривожності та покращити концентрацію;
- рекреаційні активності: прогулянки на свіжому повітрі, екскурсії, групові ігри та інші види рухової активності сприяють покращенню психоемоційного стану.

Під час занять жінкам пропонувалися комплекси із 6–8 вправ. Вони відрізнялися різноманітністю засобів, використання яких залежало від

поставлених завдань та особливостей показників фізичного стану (рівня фізичного здоров'я, фізичної підготовленості, працездатності тощо).

Превалюючими засобами розробленої програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок були такі:

- аеробні вправи;
- ментальний фітнес;
- функціональний тренінг;
- рекреаційні заняття;
- СПА процедури.

Зауважимо, що засоби системи ментального фітнесу та стретчінгу ми використовували з метою розвитку гнучкості. Це були вправи динамічного, статичного та динаміко-статичного характеру.

Розроблена програма передбачала такі три етапи (табл. 4.2):

- підготовчий;
- основний;
- контрольньо-корекційний.

Таблиця 4.2 – Параметри програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок зрілого віку

Параметри	Етапи		
	Підготовчий	Основний	Контрольно-корекційний
Тривалість, тижнів	2	20	2
Частота занять	3	3-4	2-3
Співвідношення засобів загальної/спец. спрямованості	60/40	50/50	40/60
Пульсові режими для аеробних вправ:			
-тренувальний	130-140 уд·хв ⁻¹	150-170 уд·хв ⁻¹	150-170 уд·хв ⁻¹
-відновлювальний	100-110 уд·хв ⁻¹	110-120 уд·хв ⁻¹	110-120 уд·хв ⁻¹
Інтенсивність за шкалою Борга	10-12 балів	12-13 балів	13-14 балів

Підготовчий етап реалізації програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності тривав 2 тижня і мав на меті визначення індивідуальних особливостей їхнього стану здоров'я та психоемоційного стану, створення сприятливих умов для їх залучення до процесу оздоровчо-рекреаційної діяльності, адаптацію до нових умов.

На цьому етапі ми провели первинне анкетування з метою оцінки рівня стресу, психологічного стану, наявності хронічних захворювань та досвіду занять фізичними вправами в минулому.

Ми визначали рівні фізичного та психоемоційного станів, нейротизму (емоційної стабільності), прояву агресії, прояву депресивних станів та станів, близьких до депресії, якості життя жінок. Проведено діагностику індексу життєвої задоволеності, що відображає загальний психологічний стан людини, ступінь його психологічного комфорту і соціально-психологічної адаптованості. За допомогою опитувальника SF-36 респонденти оцінили рівень свого здоров'я (самопочуття, наскільки добре вони справляються зі своїми звичайними навантаженнями). Таке опитування та анкетування респондентів, із використанням різних методик, відбувалось з метою визначення вище вказаних станів, аби у подальшому підібрати засоби оздоровчо-рекреаційної рухової активності для їх корекції.

Усе це дозволило отримати загальні дані щодо стану здоров'я та мотивації нашого контингенту, виявити можливі обмеження та розробити індивідуальні рекомендації. Після цього ми провели вступне ознайомлення з майбутньою програмою. Зокрема, надано інформацію про важливе значення оздоровчо-рекреаційної рухової активності для здоров'я, роз'яснено важливість регулярності та поступовості навантажень. Окрему увагу приділено питанням мотивації, зниженню тривожності перед початком занять, створенню дружньої атмосфери та соціальної підтримки в групі.

Згодом відбувалося початкове тестування для визначення показників фізичного стану. Далі організовувалися ознайомчі заняття, які включали аеробні вправи низької та помірної інтенсивності вправи з акцентом на правильне дихання, плавні рухи та розслаблення. Головною метою цього етапу є адаптація організму до помірних фізичних навантажень, розвиток довіри до процесу та формування позитивного ставлення до занять.

Кожне заняття у цей період структуровано таким чином:

- вступна частина: тривала 10 хвилин, включала в себе коротке обговорення самопочуття, пояснення мети заняття, налаштування на позитивний настрій та підготовку організму до виконання основного навантаження згодом, виконання певних вправ;
- основна частина: тривала 30 хвилин, містила нескладні аеробні вправи, розтяжку, дихальні практики та елементи йоги чи пілатесу;
- заключна частина: тривала 10 хвилин, включаючи вправи на розтяжку, розслаблення, релаксацію, відновлення ЧСС, медитацію та обговорення відчуттів після заняття.

Заняття проводились у різних формах:

- індивідуальні сесії;
- групові тренування;
- тренінги для емоційної розрядки.

Такий підхід дозволив адаптувати програму до потреб кожної учасниці, забезпечивши максимальний комфорт у процесі занять. Наприкінці підготовчого етапу проведено повторне обговорення з учасницями їхнього самопочуття, оцінки перших результатів та подальшої мотивації до основного етапу програми. Усе це в комплексі дозволило нам виявити можливі складнощі з метою корекції рівнів навантажень та зробити програму ефективнішою.

Другий етап програми – *основний*, який тривав 20 тижнів і був ключовим у процесі корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. Його реалізація передбачала

регулярне виконання комплексу оздоровчо-рекреаційних заходів, спрямованих на покращення фізичного та емоційного станів учасниць.

На початку етапу нами проведено вступне заняття, під час якого жінкам роз'яснено цілі та завдання цього періоду.

Заняття проводились тричі на тиждень (понеділок, середа та субота), їхня структура включала:

- розминку;
- основну частину;
- завершення із акцентом на релаксаційні техніки.

Керуючись рекомендаціями фахівців розминка мала тривалість від 5 до 15 хвилин та складалась із двох частин: загальної та спеціальної (специфічної). Для першої використовувались статичні вправи на розтягування груп м'язів. Розпочинали, при цьому, із ходьби або легкого бігу протягом 2-3 хвилин. Специфічна частина була більш інтенсивною, включала роботу з групою тих м'язів, що будуть задіяні в основній частині тренування. Інтенсивність тренування збільшувалось поступово.

Вправи різного спрямування наповнювали основну частину:

- аеробні навантаження: ходьба, танцювальна аеробіка, біг;
- блок на розвиток гнучкості і м'язового тонусу: йога, пілатес та стретчинг;
- функціональні тренування: виконувались із використанням ваги свого тіла чи легких обтяжень з метою підтримки тонусу м'язів.

Важливою складовою заключної частини, що тривала протягом 10 хвилин, як ми згадували вище, була розтяжка. Вона сприяє поступовому уповільненню обмінних процесів в організмі та ЧСС до рівня, що наближається до початкового, запобігає пошкодження та больових відчуттів у м'язах.

Важливим компонентом другого етапу стала психоемоційна складова, адже у рамках занять нами використано методи тілесно-орієнтованої терапії, дихальні практики, елементи медитації, СПА процедури. Усе це, в свою чергу,

сприяло врівноваженню емоційного стану, зниженню рівня тривожності, покращенню концентрації.

Заняття відбувались у різних формах:

- групових: сприяли соціальній адаптації учасниць, дозволивши налагодити нові соціальні зв'язки та створити атмосферу взаємної підтримки;
- парних: з метою підвищення мотивації та відповідальності учасниць за власний кінцевий результат;
- індивідуальних: застосовувано для можливості корекції програми відповідно до особливостей кожної учасниці.

Контрольно-корекційний етап програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку спрямовано на оцінку досягнутих результатів, аналіз змін їхніх станів та розробку подальших рекомендацій з метою збереження й покращення їхньої якості життя. Цей етап передбачав поступовий перехід до самостійного виконання вправ та підтримку набутих навичок у повсякденному житті. Нами проведено аналіз рівня тривожності, загального самопочуття жінок, наявності або відсутності проявів депресії, оцінку рівня адаптації до нових умов життя. Ми використали для цього ті ж самі методи, які були застосовані на початковому етапі: анкетування, психологічного тестування та фізичних випробувань, з метою порівняння результатів, аби зробити висновки щодо ефективності нашої програми.

Корекція рівня фізичних навантажень та розробка індивідуальних рекомендацій для кожної учасниці стали наступним кроком. На основі отриманих нами результатів ми визначили подальші фізичні активності, які жінка може виконувати самостійно. Основну увагу приділено вправам, які сприяють збереженню рухової активності, підтримці рівня енергії, покращенню настрою та зниженню рівня стресу:

- помірні аеробні навантаження;
- дихальні практики;
- розслаблюючі комплекси на основі йоги та пілатесу.

Заняття у межах цього етапу мали комбінований характер та поєднували:

- фізичні вправи;
- групові тренінг;
- психоемоційну підтримку;
- індивідуальні консультації.

Кожне заняття розпочиналось з короткого аналізу самопочуття, під час якого учасниці ділились своїми враженнями, говорили про труднощі, які виникали у процесі виконання вправ, а також обговорювали емоційні зміни, які відчували протягом програми.

Основна частина заняття тривала близько 40 хвилин і включала в себе:

- помірні кардіонавантаження;
- комплекси на гнучкість;
- силові вправи з власною вагою або малими обтяженнями.

Зазначимо, що комплекс вправ адаптовано до фізичних можливостей кожної учасниці та виконувався у комфортному темпі. Під час виконання вправ особливо зверталася увага на правильність дихання.

Заключна частина кожного заняття тривала близько 10 хвилин і включала такі вправи:

- релаксація;
- медитативні техніки;
- дихальні практики.

Основними завданнями цієї частини було поступове зниження ЧСС до рівня близького до норми, а також відновлення функціонального стану організму. Основною метою цього було формування навичок свідомого розслаблення, зняття напруги та покращення емоційного стану. Також учасниці отримали рекомендації щодо самостійного виконання вправ після завершення програми, а також поради щодо ведення активного способу життя, управління стресом та підтримки психологічного благополуччя.

Форма проведення занять на цьому етапі була змішаною: поряд із груповими сесіями відбувались індивідуальні консультації, під час яких жінки могли отримувати персональні рекомендації. Це дозволило кожній учасниці відчувати підтримку, зрозуміти, які саме аспекти програми були для неї найбільш ефективними, та як застосовувати набуті знання у майбутньому.

Після завершення програми нами проведено фінальне анкетування з метою оцінки рівня задоволеності учасниць, їхні суб'єктивні враження від пройденого курсу та визначення рівня готовності до самостійного підтримання фізичної активності. На основі отриманих нами даних ми сформуvalи загальні висновки щодо ефективності нашої програми та її подальшого удосконалення.

Зауважимо, що розробляючи програму, ми зосередились на тому, аби тренування були простими у виконанні і не потребували особливого додаткового інвентаря. Також намагались, щоб всі вправи були спрямовані на активну роботу м'язових груп, котрі мають важливе значення у житті кожної жінки. Регулярність і систематичність, на нашу думку, є основою успіху та досягнення поставленої мети (рис. 4.1).

Загалом наша програма, розрахована на 24 тижні й побудована, враховуючи принцип циклічності занять.

Таким чином, нами проведено усього 82 заняття.

Зокрема, протягом підготовчого періоду – 6 занять. Серед них були монозаняття (2 заняття) з оздоровчої аеробіки та ментального фітнесу і комбіновані (4 заняття) з поєднанням видів оздоровчої аеробіки та рекреаційних занять з функціональним тренінгом та ментальним фітнесом.

Під час основного етапу проведено 70 занять.

Під час комбінованих занять виконувались вправи ментального фітнесу, тривалість яких була до 20 хв. Це були вправи пілатесу та фітнес-йоги. Під час занять функціонального тренінгу ми використовували різне спортивне обладнання: гантелі, обтяжувачі для ніг, вага яких збільшувалася відповідно до етапу реалізації програми:

- вага гантелей – з 1 кг до 2 кг;
- обтяжувачів для ніг – з 0,25 кг до 0,75 кг.

Зауважимо, що вправи з комбінованим обтяженням включали в себе: підтягування, стрибки з обтяженням власного тіла чи додатковою масою, ізометричні вправи у поєднанні з подоланням різних обтяжень в динамічному режимі. Перевагою вправ з вільними обтяженнями є те, що величину обтяжень можна точно дозувати, керуючись індивідуальними можливостями людини. За допомогою вправ з комбінованими обтяженнями можна значно підвищити спеціальну силову підготовленість. При цьому відзначається підвищення емоційності та ефективність тренувань (стрибки з оптимальним додатковим обтяженням до маси власного тіла сприяють ефективному розвитку вибухової сили у відштовхуванні від опори).

Особливу увагу ми звертали і на вправи з масою власного тіла. Адже, враховуючи, що наш контингент – це внутрішньо переміщені жінки, які покинули свої рідні домівки, такі вправи не потребують додаткового інвентарю і спеціального обладнання, їх можна виконувати будь-де. Це були присідання без додаткового обтяження, вправи на згинання-розгинання рук в упорі лежачи, піднімання тулуба/ніг лежачи на животі, піднімання ніг лежачи на спині/сидячи.

Змінюючи темп музичного супроводу, ми забезпечили хвилеподібність навантаження, слідкуючи за пульсом жінок під час аеробних вправ:

- під час підготовчого етапу – 130-140 уд./ хв;
- під час основного етапу – 150-170 уд./ хв;
- під час контрольньо-корекційного етапу – 150-170 уд./ хв.

При цьому, протягом періоду відновлення пульс під час підготовчого етапу становив – 100-110 уд./ хв., під час основного та контрольньо-корекційного – 110-120 уд./хв.



Рисунок 4.1. – Структура та зміст програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо-переміщених жінок засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності

4.3 Оцінка ефективності комплексної програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб у корекції показників їхнього фізичного та психоемоційного станів

Аналіз результатів дослідження індексу маси тіла (ІМТ) проводився на основі порівняння показників до та після впровадження експериментальної програми. У дослідженні взяли участь 30 респондентів ($n = 30$). Статистичну обробку результатів здійснено із застосуванням методів описової статистики та перевірки достовірності змін за парним t -критерієм Стьюдента (рис. 4.2).

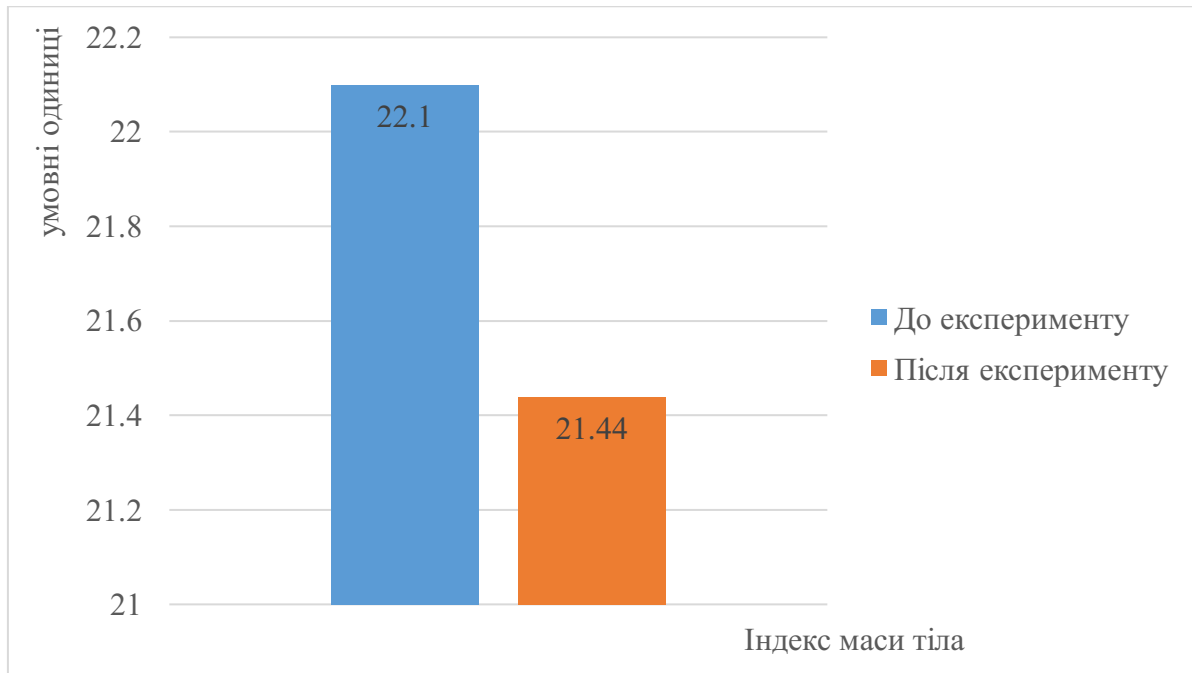


Рисунок 4.2 – Динаміка показників індексу маси тіла досліджуваних до та після експерименту, ум. од. ($n = 30$)

Аналіз результатів експериментального дослідження свідчить про позитивну динаміку показників індексу маси тіла у жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб після реалізації комплексної програми корекції фізичного і психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Встановлено, що середнє значення ІМТ до

початку експерименту становило $22,10 \pm 3,36$, тоді як після завершення 24-тижневого циклу занять цей показник знизився до $21,44 \pm 3,26$. Таким чином, зафіксовано зменшення середнього значення індексу маси тіла на 0,66 одиниці, що відповідає відносній зміні на 2,99 % від вихідного рівня.

Отримані результати свідчать про поступову оптимізацію морфофункціональних показників організму досліджуваних. Важливо зазначити, що зміни відбувалися на тлі збереження помірної варіативності показників у групі, про що свідчать значення стандартного відхилення. Це дає підстави стверджувати, що позитивна динаміка ІМТ має системний характер і не є результатом поодиноких індивідуальних змін.

Перевірка статистичної значущості різниці між показниками до та після експерименту за допомогою парного t-критерію Стьюдента показала високий рівень достовірності отриманих змін ($p < 0,001$). Це підтверджує ефективність впровадженої програми та свідчить про її реальний корекційний вплив на фізичний стан учасниць дослідження.

Позитивна динаміка показників ІМТ нами трактувалося як комплексний вплив розробленої програми корекції фізичного і психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб. Програма ґрунтувалася на міждисциплінарному підході, що інтегрує положення теорій мотивації, фізичної рекреації (активного дозвілля), адаптації організму до фізичних навантажень та біопсихосоціальної моделі здоров'я. Такий підхід дозволяє розглядати оздоровчо-рекреаційну рухову активність не лише як засіб фізичного тренування, а й як ефективний інструмент подолання наслідків хронічного стресу, психоемоційної напруги та соціальної дезадаптації, характерних для жінок-ВПО.

Важливим чинником ефективності програми стала її структурована тривалість (24 тижні) та триетапна організація, що забезпечувала поступову адаптацію організму до фізичних навантажень, цілеспрямований корекційний вплив та формування навичок самостійної оздоровчо-рекреаційної діяльності.

На адаптаційному етапі основна увага приділялася формуванню мотивації до рухової активності та поступовому залученню учасниць до фізичних навантажень помірної інтенсивності. Основний етап передбачав систематичне використання аеробних вправ, функціонального тренінгу та елементів ментального фітнесу (йога, пілатес), що сприяло підвищенню енергетичних витрат організму, нормалізації обміну речовин і гармонізації психоемоційного стану. Завершальний етап був спрямований на закріплення отриманих результатів та формування стійкої мотивації до самостійної рекреаційної активності.

Доцільність використання дихальних технік, релаксаційних практик і СПА-процедур обумовлена їх позитивним впливом на регуляцію вегетативної нервової системи, зниження рівня психоемоційного напруження та відновлення адаптаційних ресурсів організму. У свою чергу, коучинг-сесії та онлайн-підтримка забезпечували формування підтримувального соціального середовища, сприяли відновленню соціальних зв'язків, підвищували рівень залученості та мотивації учасниць до занять, а також забезпечували безперервність корекційного впливу поза межами безпосереднього тренувального процесу.

Аналіз результатів експериментального дослідження дозволив встановити позитивну динаміку показників функціонального стану серцево-судинної системи у жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб після реалізації комплексної програми корекції фізичного і психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності (табл. 4.3).

Таблиця 4.3 – Динаміка показників індексу Робінсона у жінок першого періоду зрілого віку з числа ВПО (n = 30)

Показник	До експерименту	Після експерименту	t	p	Відносна зміна, %
Індекс Робінсона, ум. од.	95,89 ± 15,02	86,24 ± 13,51	35,21	p < 0,001	-10,06

Зокрема, встановлено, що середнє значення індексу Робінсона до початку експерименту становило $95,76 \pm 14,93$ умовних одиниць, тоді як після завершення 24-тижневого циклу занять воно знизилося до $86,14 \pm 13,42$ умовних одиниць. Таким чином, зафіксовано зменшення середнього показника на 9,62 умовних одиниці, що відповідає відносній зміні на 10,04 % від початкового рівня.

Відомо, що індекс Робінсона характеризує функціональні можливості серцево-судинної системи та відображає рівень напруження механізмів регуляції серцевої діяльності. Зниження цього показника свідчить про підвищення економізації роботи серця, покращення процесів кровообігу та зменшення функціонального навантаження на серцево-судинну систему. Отримані результати дозволяють констатувати, що після впровадження експериментальної програми у досліджуваних спостерігається покращення функціонального стану кардіореспіраторної системи та підвищення рівня адаптаційних можливостей організму.

Перевірка статистичної значущості за парним t-критерієм Стьюдента засвідчила високу достовірність змін ($p < 0,001$), що підтверджує їх не випадковий характер і зумовленість впливом програми.

Покращення індексу Робінсона пояснюється комплексністю розробленої програми корекції фізичного та психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку з числа ВПО. Програма ґрунтувалася на

міждисциплінарному підході, поєднуючи теорії мотивації, фізичної рекреації, адаптації до навантажень і біопсихосоціальну модель здоров'я, що дозволило ефективно впливати на наслідки стресу та соціальної дезадаптації.

Її ефективність забезпечувалася 24-тижневою триетапною структурою, яка сприяла поступовій адаптації організму, оптимізації функціональних резервів серцево-судинної системи та формуванню сталих рухових навичок. Аеробні вправи й функціональний тренінг підвищували витривалість і покращували кровообіг, знижуючи навантаження на серце.

Застосування ментального фітнесу (йога, пілатес), дихальних і релаксаційних технік сприяло нормалізації діяльності вегетативної нервової системи та зменшенню психоемоційного напруження. СПА-процедури активізували відновні процеси та покращували самопочуття.

Додаткову ефективність забезпечили коучинг-сесії та онлайн-підтримка, які підвищували мотивацію, залученість учасниць і сприяли відновленню соціальних зв'язків, що є особливо важливим для жінок-ВПО.

Також, за результатами статистичної обробки встановлено, що середнє значення індексу функціонального стану у досліджуваних до початку експерименту становило 5,73 ум. од., тоді як після завершення реалізації 24-тижневої програми воно зросло до 6,18 ум. од.. Таким чином, зафіксовано підвищення показника на 0,45 ум. од., що відповідає відносному приросту на 7,85 % (табл. 4.4).

Таблиця 4.4 – Динаміка показників індексу функціонального стану у жінок першого періоду зрілого віку з числа ВПО (n = 30)

Показник	До експерименту	Після експерименту	t	p	Відносна зміна, %
Індекс функціонального стану, ум. од.	5,73 ± 1,50	6,18 ± 1,69	19,84	p < 0,001	+7,85

Перевірка статистичної значущості змін за парним t-критерієм Стьюдента показала високий рівень достовірності отриманих результатів ($p < 0,001$), що свідчить про не випадковий характер виявлених змін та підтверджує ефективність впровадженої програми корекції фізичного і психоемоційного станів засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Зростання індексу функціонального стану відображає покращення функціональних резервів організму, підвищення адаптаційних можливостей та загального рівня фізичної працездатності досліджуваних. Тому, ефективність програми пояснюється її міждисциплінарним характером та поєднанням аеробних вправ, функціонального тренінгу, ментального фітнесу, дихальних практик і відновлювальних процедур, що сприяло оптимізації регуляторних механізмів організму, підвищенню фізичної працездатності та покращенню психоемоційного стану жінок з числа внутрішньо переміщених осіб. Це підтверджує доцільність використання запропонованої програми як ефективного засобу корекції фізичного і психоемоційного станів цієї категорії населення.

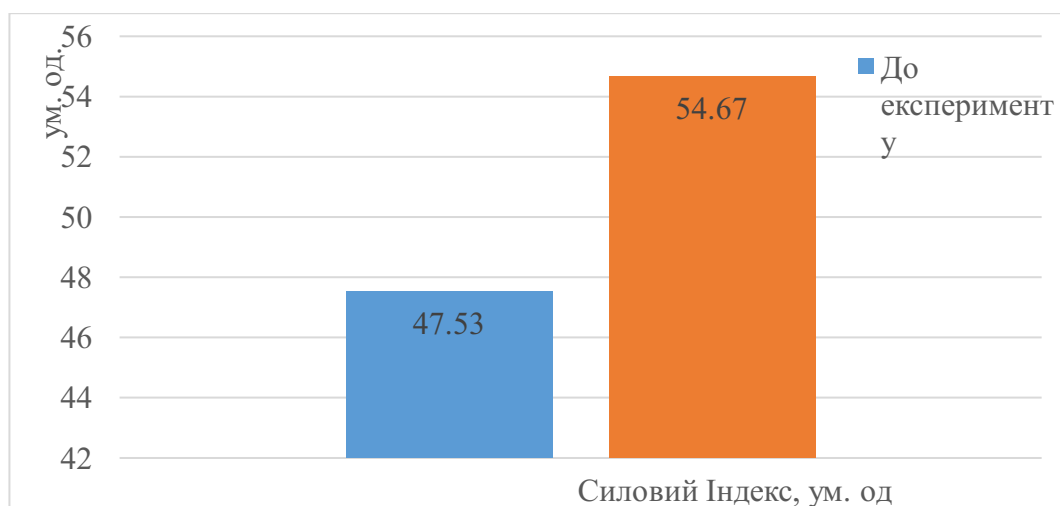


Рисунок 4.3 – Динаміка показників силового індексу у внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку до та після експерименту ($n = 30$), ум.од.

Результати дослідження свідчать про виражену позитивну динаміку показників силового індексу у досліджуваних після впровадження експериментальної програми. Зокрема, встановлено, що середнє значення силового індексу до початку експерименту становило 47,53 %, тоді як після завершення 24-тижневого циклу занять воно підвищилося до 54,67 %. Таким чином, приріст показника становив 7,14 відсоткових пунктів, що відповідає відносному збільшенню на 15,03 %. Перевірка статистичної значущості відмінностей між показниками до та після експерименту за допомогою парного t-критерію Стьюдента показала високий рівень достовірності отриманих змін ($p < 0,001$) (рис.4.3).

Отримані результати свідчать про підвищення рівня м'язової сили та силової витривалості досліджуваних, що безпосередньо пов'язано з ефективністю розробленої комплексної програми корекції фізичного і психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб. Позитивна динаміка показника нами пояснюється систематичним використанням функціонального тренінгу, вправ силового спрямування, елементів фітнесу, йоги та пілатесу, що сприяли зміцненню м'язового корсета, покращенню нервово-м'язової координації та підвищенню загального рівня фізичної підготовленості.

Також нами було проведено повторний кореляційний аналіз після завершення експерименту як елемент перевірки гіпотези про трансформацію структури та сили взаємозв'язків між показниками під впливом розробленої програми. Це дозволило оцінити не лише динаміку окремих критеріїв, а й системний ефект корекційного впливу на цілісність фізичного та психоемоційного станів жінок.

Між індексом маси тіла (ІМТ) та силовим індексом виявлено помірний негативний зв'язок ($r \approx -0,52$), що свідчить про зворотну залежність між надлишковою масою тіла та рівнем силової підготовленості. Це відповідає

фізіологічним закономірностям і вказує на більш гармонійний розподіл функціональних можливостей після програми.

ІМТ також демонструє слабкий позитивний зв'язок з індексом Робінсона ($r \approx 0,30$) та слабкий негативний – з індексом функціонального стану ($r \approx -0,18$), що свідчить про помірний вплив маси тіла на серцево-судинну реакцію та загальний функціональний резерв організму.

Життєвий індекс (ЖІ) після експерименту має помірний позитивний зв'язок із показником функціонального стану за формулою ІФС ($r \approx 0,54$), що вказує на узгодження показників дихальної системи з інтегральною оцінкою фізичного стану. Це свідчить про покращення функціональних резервів організму.

Силовий індекс демонструє помірний позитивний зв'язок з індексом функціонального стану ($r \approx 0,37$), що відображає взаємозалежність м'язової підготовленості та загальної фізичної працездатності.

Індекс Робінсона має помірний позитивний зв'язок з інтегральним показником фізичного стану ($r \approx 0,61$), що свідчить про провідну роль серцево-судинної системи у формуванні загального рівня фізичного здоров'я після експерименту (рис. 4.4).

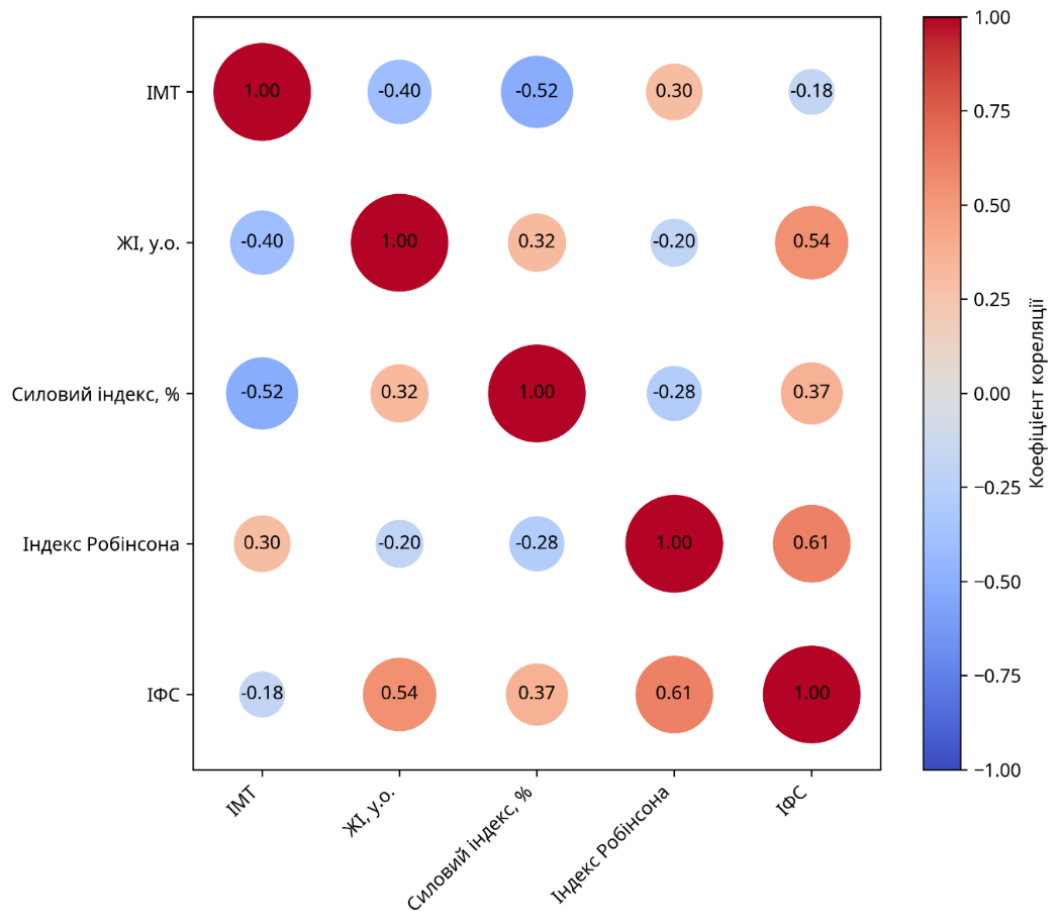


Рисунок 4.4 – Кореляційна матриця показників фізичного стану жінок після експерименту (n = 30)

Загалом, після експерименту кореляційна структура фізичних показників характеризується наявністю переважно помірних, фізіологічно обґрунтованих зв'язків, що свідчить про узгодженість функціонування різних систем організму. Відсутність хаотичних або різко полярних кореляцій вказує на гармонізацію фізичного стану та підвищення адаптаційних можливостей жінок під впливом програми.

Порівняльний аналіз кореляційних матриць показав, що після експериментальної програми відбулася перебудова функціональних взаємозв'язків між показниками фізичного стану (табл. 4.5).

Таблиця 4.5 – Порівняльний аналіз кореляційних зв'язків між показниками фізичного стану жінок до та після експерименту

№ з/п	Пара показників	r до	r після	Динаміка взаємозв'язку	Інтерпретація змін
1.	ІМТ — ЖІ	0,22	-0,40	Зміна знаку, посилення	Після програми маса тіла стала обернено пов'язана з функціональними можливостями дихальної системи
2.	ІМТ — Силовий індекс	-0,63	-0,52	Стабільний негативний	Зберігається зворотний зв'язок між масою тіла і відносною м'язовою силою
3.	ІМТ — Індекс Робінсона	0,25	0,30	Незначне посилення	Вплив маси тіла на серцево-судинну реакцію зберігається і дещо посилюється
4.	ІМТ — ІФС (Пирогова)	0,23	-0,18	Зміна знаку	Функціональний стан починає зворотно залежати від маси тіла, що відповідає закономірностям
5.	ЖІ — Силовий індекс	-0,16	0,32	Зміна знаку, посилення	Після програми дихальна і м'язова системи почали працювати узгоджено
6.	ЖІ — Індекс Робінсона	0,14	-0,20	Зміна знаку, посилення	Перебудова взаємодії дихальної та серцево-судинної систем
7.	ЖІ — ІФС	0,49	0,54	Посилення	ЖІ тісніше пов'язаний із загальним функціональним станом

Продовження таблиці 4.5

8.					
9.	Силовий індекс — Індекс Робінсона	-0,35	-0,28	Стабільний негативний	Зберігається зворотний зв'язок між силовими та кардіореспіраторними реакціями
10.	Силовий індекс — ІФС	0,04	0,37	Суттєве посилення	Логічне при появі тренувань, адже збільшуються м'язи
11.	Індекс Робінсона — ІФС	0,25	0,61	Суттєве посилення	Серцево-судинна система відіграє важливу роль у формуванні інтегрального рівня фізичного стану

Найбільш виражені зміни спостерігаються у взаємодії між життєвим індексом і силовим індексом: якщо до експерименту зв'язок був слабким і негативним ($r = -0,16$), то після — став помірним позитивним ($r = 0,52$), що свідчить про узгоджене покращення функціональних можливостей дихальної та м'язової систем.

Суттєво змінився також зв'язок між ІМТ та життєвим індексом — від помірного позитивного ($r = 0,22$) до вираженого негативного ($r = -0,40$), що вказує на те, що зниження відносної маси тіла після програми асоціюється з підвищенням ефективності дихальної системи.

Водночас інтегральний індекс фізичного стану за Пироговою не продемонстрував тісних кореляцій з окремими показниками ні до, ні після експерименту ($|r| < 0,10$), що підтверджує його інтегральний, багатофакторний характер і відносну автономність від окремих морфофункціональних параметрів.

Аналіз розподілу рівнів фізичного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку після реалізації нашої програми продемонстрував помітні зміни структури показників порівняно з вихідними даними (рис. 4.5).

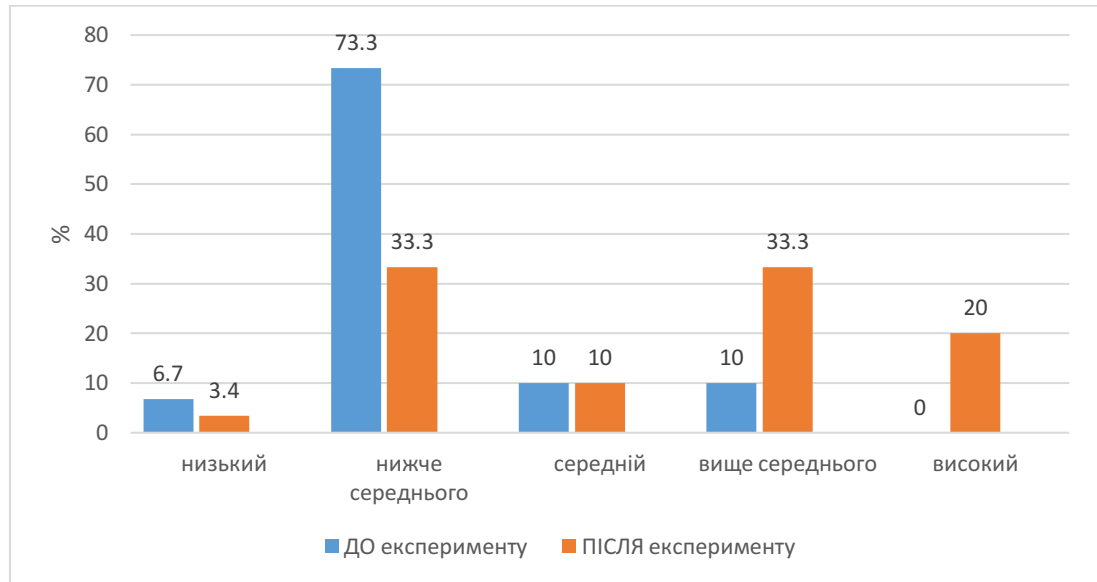


Рисунок 4.5 – Рівні фізичного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку за індексом О. Пирогової до і після експерименту (n = 30).

На початку дослідження переважали жінки з низьким та нижче середнім рівнями фізичного стану – 80 %, що свідчило про знижені функціональні резерви та недостатню адаптацію до фізичних навантажень. Після завершення програми частка цієї групи зменшилася до 37 %, що вказує на зниження поширеності функціонально ослабленого стану.

Частка жінок із рівнем нижче середнього зменшилась з 35,4% до 20,8 %, що можна розглядати як перехід частини учасниць із низького рівня до більш сприятливого функціонального стану. Частка осіб із середнім рівнем не змінилась (10 % до та після експерименту), що також відображає перерозподіл у бік вищих категорій.

Найбільш показовими є зміни у верхніх рівнях фізичного стану. Частка жінок із рівнем вище середнього збільшилась до 33,3 %, а також з'явилася нова категорія – високий рівень фізичного стану, яка на початку дослідження була відсутня (0%), а після експерименту становила 20 % вибірки. Це свідчить про формування у частини учасниць виражених адаптаційних резервів та суттєве підвищення функціональних можливостей організму.

Статистичний аналіз підтвердив достовірність цих змін: середні значення індексу фізичного стану за О. Пироговою після програми були значно вищими, ніж до її початку (парний t-критерій Стьюдента: $t = -8,10$; $p < 0,001$). Отримане р-значення свідчить про високу статистичну значущість покращення фізичного стану жінок під впливом нашої програми.

Виявлені зміни узгоджуються з результатами кореляційного аналізу, який продемонстрував посилення взаємозв'язків між показниками дихальної, серцево-судинної та м'язової систем після експерименту. Таким чином, покращення розподілу рівнів фізичного стану має системний характер і є наслідком підвищення функціональних резервів організму.

Отримані зміни мають не лише статистичну, а й практичну значущість, оскільки перехід учасниць до вищих рівнів фізичного стану свідчить про реальне зростання функціональних резервів, що знижує ризик розвитку серцево-судинних порушень і підвищує толерантність до повсякденних навантажень.

Аналіз розподілу рівнів інтегрального показника рівнів соматичного здоров'я жінок після реалізації нашої програми, визначеного за методикою Г. Апанасенка, засвідчив збереження переважання низького рівня фізичного здоров'я, проте з певними позитивними зрушеннями у структурі вибірки (рис. 4.6).

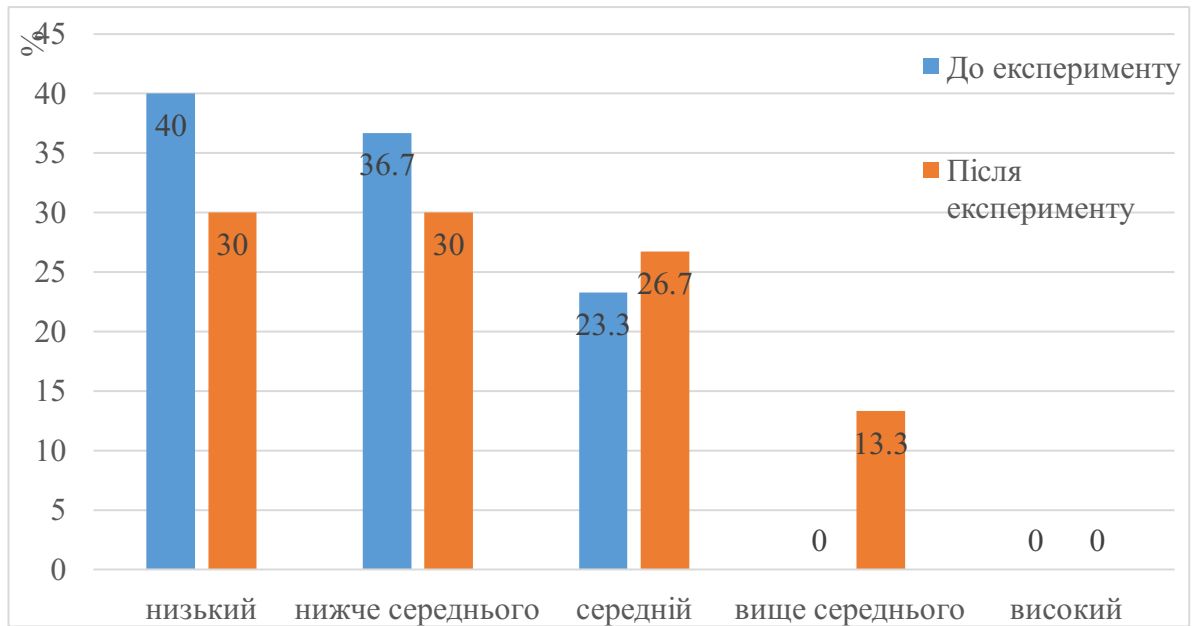


Рисунок 4.6 – Експрес-оцінка соматичного здоров'я внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку за методикою Г. Апанасенка до та після експерименту (n=30)

Аналіз результатів експрес-оцінки соматичного здоров'я за методикою Г. Апанасенка дозволив виявити чітку позитивну динаміку показників у внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (n=30) після проведення експерименту. До початку дослідження встановлено, що 40,0 % обстежуваних мали низький рівень соматичного здоров'я, 36,7 % – нижчий за середній, 23,3 % – середній. Осіб із високим рівнем соматичного здоров'я не виявлено. Після завершення експерименту відбулося суттєве покращення розподілу показників: частка жінок із низьким рівнем зменшилася до 30,0 % (-10,30), із нижчим за середній – до 30,0 % (-16,7%). Водночас кількість осіб із середнім рівнем зросла до 26,7 % (+3,3%), а з рівнем вище середнього – до 13,3 % (+13,3%). Отримані результати свідчать про ефективність впровадженої програми та її позитивний вплив на функціональний стан організму досліджуваних.

Наголосимо, що респондентки з високим рівнем інтегрального фізичного стану після експерименту не були виявлені (0 %).

Жінки з високим рівнем інтегрального фізичного стану після експерименту не були виявлені (0 %). Відсутність цієї категорії пояснюється високою вимогливістю шкали Г. Апанасенка до показників серцево-судинної витривалості та швидкості відновлення після навантаження. Досягнення високого рівня за цією методикою зазвичай потребує тривалого систематичного тренувального впливу та значних функціональних резервів, що перевищують середній рівень фізичної підготовленості.

Загалом структура розподілу після програми свідчить про часткове зміщення показників від низького до середнього рівня фізичного стану, що відображає поступове підвищення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи. Разом із тим, збереження значної частки осіб із низьким рівнем вказує на те, що глибокі функціональні резерви організму формуються повільніше, ніж загальний функціональний стан, і потребують тривалішого оздоровчо-тренувального впливу.

Статистичний аналіз підтвердив наявність достовірних змін інтегрального показника фізичного здоров'я за Г. Апанасенком після реалізації програми. Середні значення сумарної бальної оцінки після завершення програми були статистично значуще вищими порівняно з вихідними показниками (парний t-критерій Стьюдента: $t = -5,52$; $p < 0,001$). Отримане значення p свідчить про високу статистичну значущість покращення функціонального стану серцево-судинної системи жінок під впливом запропонованої оздоровчої програми.

Виявлена позитивна динаміка узгоджується зі змінами у структурі розподілу рівнів фізичного стану: зменшилася частка жінок із низьким рівнем та збільшилася частка осіб із середнім рівнем фізичного здоров'я. Хоча категорія високого рівня залишилася відсутньою, загальне зростання інтегрального балу свідчить про поступове підвищення адаптаційних можливостей серцево-судинної системи.

Отже, результати за індексом Г. Апанасенка підтверджують ефективність програми на рівні глибших функціональних резервів організму та доповнюють дані, отримані за індексом О. Пирогової й кореляційним аналізом.

Зростання сумарного балу за цим індексом відображає покращення резервних можливостей серцево-судинної системи, що є важливим показником біологічної адаптації до стресових умов життя.

Отримані результати свідчать про формування більш узгодженої системи функціональних взаємозв'язків між показниками фізичного стану, що є ознакою адаптаційної перебудови організму під впливом експериментальної програми.

Встановлено, що на початку дослідження серед жінок, які брали в ньому участь, у 44,8 % спостерігався легкий рівень депресії, що свідчить про наявність емоційного дискомфорту та зниження психоемоційного тону. У 19,8 % жінок було виявлено субдепресивний стан, який характеризується нестійким настроєм, підвищеною втомлюваністю та зниженням мотивації до активної діяльності, що вказує на тенденцію до погіршення психоемоційного здоров'я. Водночас у 18,8 % учасниць зафіксовано високий рівень депресії, що супроводжувався вираженими емоційними порушеннями, тривожністю та зниженням адаптаційних можливостей організму і потребував особливої уваги та включення додаткових корекційних заходів. При цьому лише у 16,7 % жінок не було виявлено депресивного стану (рис. 4.7).

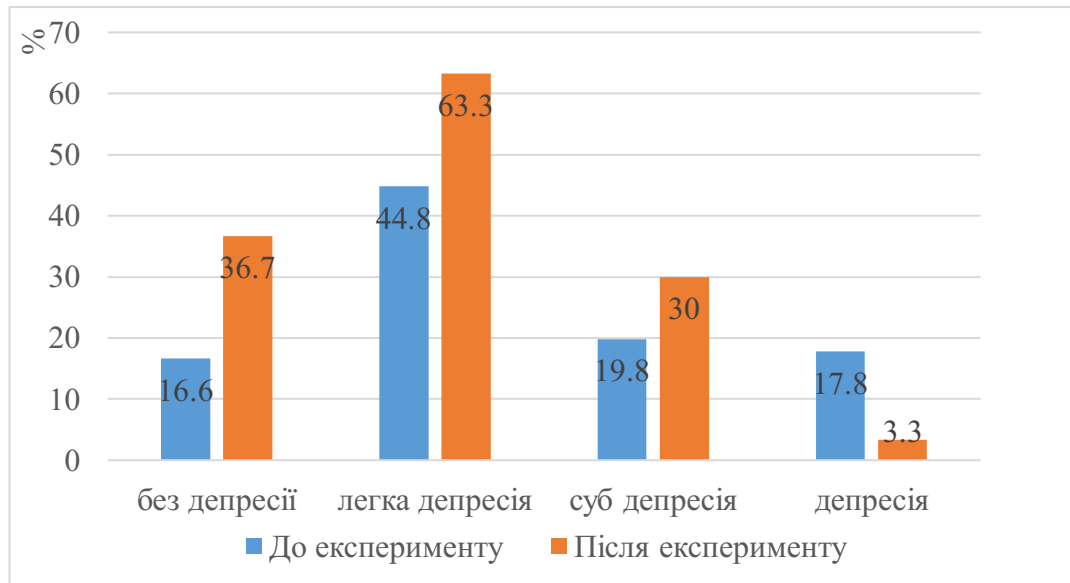


Рисунок 4.7 – Динаміка показників депресії внутрішньо переміщених жінок зрілого віку впродовж експерименту (n=30), %

Після завершення експериментальної програми зафіксовано суттєві позитивні зміни у психоемоційному стані учасниць. Зокрема, 36,7 % жінок продемонстрували відсутність депресивних проявів, що вказує на значне покращення їхнього емоційного самопочуття та стабілізацію настрою. Відбулося зниження частоти проявів субдепресивних і виражених депресивних станів, що свідчить про підвищення психологічної стійкості та адаптаційних резервів організму.

Аналіз супутніх психоемоційних показників також виявив підвищені рівні загальної тривожності за шкалою Дж. Тейлора, що свідчило про схильність до внутрішньої напруги, емоційної нестабільності та очікування негативних подій. Немотивована тривожність у значної частини жінок проявлялася у вигляді безпричинного занепокоєння та труднощів у зосередженні, що негативно позначалося на повсякденній активності та якості життя.

Показники тривожності після програми (рис. 4.8) також зазнали позитивної динаміки: зменшилася інтенсивність як загальної, так і

немотивованої тривожності, що проявлялося у зниженні внутрішньої напруги, покращенні емоційного контролю та підвищенні впевненості у власних силах.

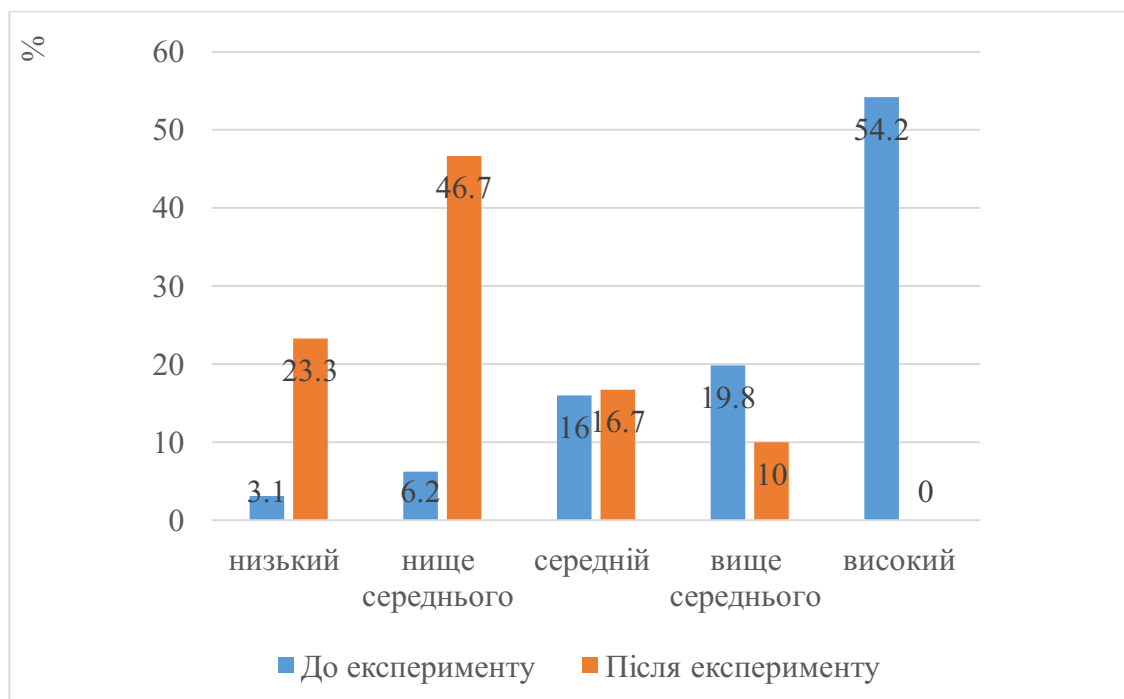


Рисунок 4.8 – Динаміка показників тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку впродовж експерименту за методикою Дж. Тейлора (n = 30), %

Після впровадження експериментальної програми кореляційний аналіз взаємозв'язку показників психоемоційного стану із рівнями рухової активності продемонстрував формування більш узгодженої та структурованої системи взаємозв'язків між різними формами тривожності. Отримані результати свідчать про те, що емоційні реакції учасниць стали менш хаотичними та набули більш впорядкованого характеру (рис. 4.9).

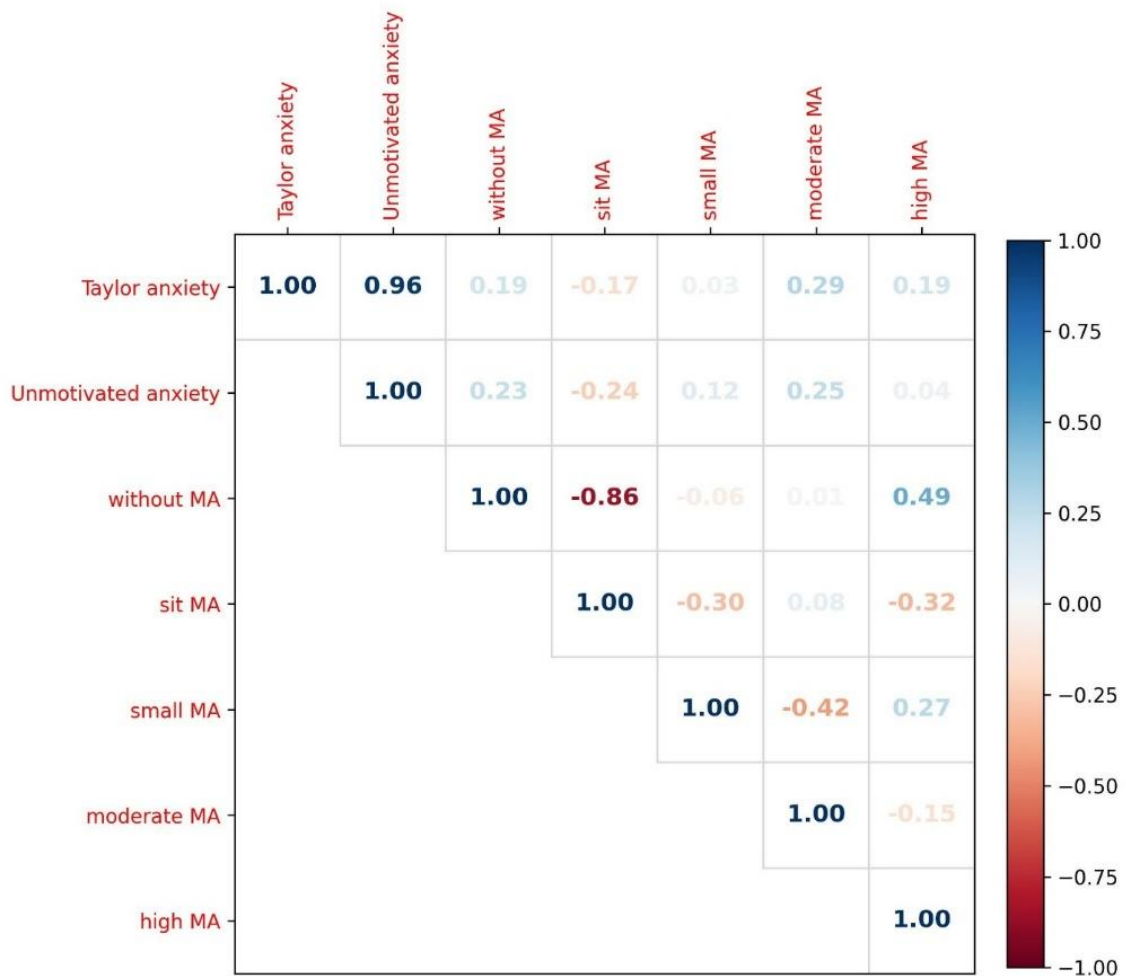


Рисунок 4.9 – Кореляційний зв'язок між рівнями рухової активності та тривожністю і немотивованою тривожністю внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку після експерименту, (n = 30)

Зокрема, відзначається, що загальна тривожність за шкалою Тейлора має дуже тісний позитивний зв'язок із немотивованою тривожністю ($r = 0,96$), що вказує на їх практично єдину емоційну основу після експерименту. Це означає, що переживання внутрішньої напруги та неспокою відбувається більш узгоджено, без різких дисоціацій між різними формами тривожності. Водночас загальна тривожність помірно пов'язана з помірним рівнем рухової активності ($r = 0,29$) та слабо — з високим ($r = 0,19$). Негативний, хоча й слабкий, зв'язок із сидячим рівнем РА ($r = -0,17$) свідчить про те, що

підвищення загальної тривожності менш характерне для станів зниженої рухової активності.

Немотивована тривожність після експерименту демонструє помірний позитивний зв'язок із помірним рівнем рухової активності ($r = 0,25$) та слабкі зв'язки з іншими рівнями. При цьому її зв'язок із сидячим рівнем має слабкий негативний характер ($r = -0,24$), що може свідчити про зменшення схильності до пасивного емоційного напруження.

Особливо показовими є взаємозв'язки між рівнями рухової активності. Показник «without MA» (відсутність рухової активності) має дуже сильний негативний зв'язок із сидячим рівнем рухової активності ($r = -0,86$), що відображає протилежну спрямованість цих станів і зберігає логічну структуру шкал. Водночас «without MA» помірно позитивно пов'язаний із високим рівнем ($r = 0,49$), що може свідчити про перерозподіл емоційної напруги у більш активні форми реагування.

Сидячий рівень рухової активності має помірний негативний зв'язок із малим ($r = -0,30$) та з високим ($r = -0,32$). Це вказує на те, що пасивні стани після експерименту менш поєднуються як з легкими, так і з вираженими формами рухової активності, тобто емоційні реакції стають більш диференційованими.

Малий рівень РА демонструє помірний негативний зв'язок із помірним рівнем ($r = -0,42$) та слабкий позитивний зв'язок із високим ($r = 0,27$). Така конфігурація може відображати перехідні емоційні стани, коли незначне напруження може або згасати, або переходити в більш активну форму реагування.

Помірний рівень рухової активності має слабкий негативний зв'язок із високим рівнем ($r = -0,15$), що свідчить про певне розмежування між середнім та високим рівнями емоційного напруження.

Таким чином, після експерименту кореляційна структура психоемоційних показників характеризується зменшенням випадкових і різко

полярних зв'язків та формуванням більш логічної і послідовної системи взаємозалежностей. Це свідчить про стабілізацію психоемоційного стану та покращення регуляції емоційних реакцій у жінок експериментальної групи під впливом запропонованої програми (табл. 4.6).

Таблиця 4.6 – Зміни кореляційних взаємозв'язків показників психоемоційного стану в процесі експериментального дослідження

№	Пара показників	г ДО	г ПІСЛЯ	Динаміка взаємозв'язку	Інтерпретація змін
1.	Taylor anxiety - Unmotivated anxiety	0,19	0,96	Посилення позитивного зв'язку	Формування єдиного інтегрованого блоку тривожності
2.	Taylor anxiety - moderate MA	0,04	0,29	Поява помірного позитивного зв'язку	Тривожність проявляється у більш керованих активних формах
3.	Taylor anxiety - sit MA	0,10	-0,17	Зміна напряму на негативний	Менше поєднання тривожності з пасивністю
4.	Unmotivated anxiety - small MA	0,50	0,25	Послаблення	Зменшення хаотичних дрібних проявів напруги
5.	Unmotivated anxiety - moderate MA	-0,46	0,25	Зміна зв'язку на позитивний	Перехід до більш адаптивної активності

Продовження таблиці 4.6

6.	Unmotivated anxiety - high MA	-0,41	0,04	Зміна зв'язку на позитивний	Зменшення крайніх емоційних реакцій
7.	without MA - sit MA	-0,88	-0,86	Без суттєвих змін	Зберігається протилежність станів
8.	small MA - moderate MA	-0,34	-0,42	Посилення негативного зв'язку	Чіткіше розмежування рівнів напруги
9.	small MA - high MA	-0,17	0,27	Зміна зв'язку на позитивний	Краще регулювання переходу до високого напруження
10.	moderate MA - high MA	0,07	-0,15	Послаблення і зміна напрямку	Помірне напруження рідше ескалує

Таким чином, результати дослідження переконливо свідчать, що запропонована програма мала виражений корекційний вплив на психоемоційну сферу жінок, сприяла зниженню рівня депресивних і тривожних проявів, нормалізації емоційної реактивності та формуванню більш стабільного й зрівноваженого психічного стану.

Виявлена позитивна динаміка психоемоційного стану узгоджується з покращенням фізичних показників, що підтверджує біопсихосоціальний характер впливу програми. Поліпшення функціонального стану організму сприяє зниженню рівня психоемоційного напруження, а зменшення тривожності й депресивних проявів, у свою чергу, підвищує мотивацію до рухової активності та відновлення фізичних резервів.

Відбулися зміни і за показниками якості життя. Після впровадження оздоровчо-рекреаційної програми спостерігалось значне покращення показників якості життя (рис. 4.10).

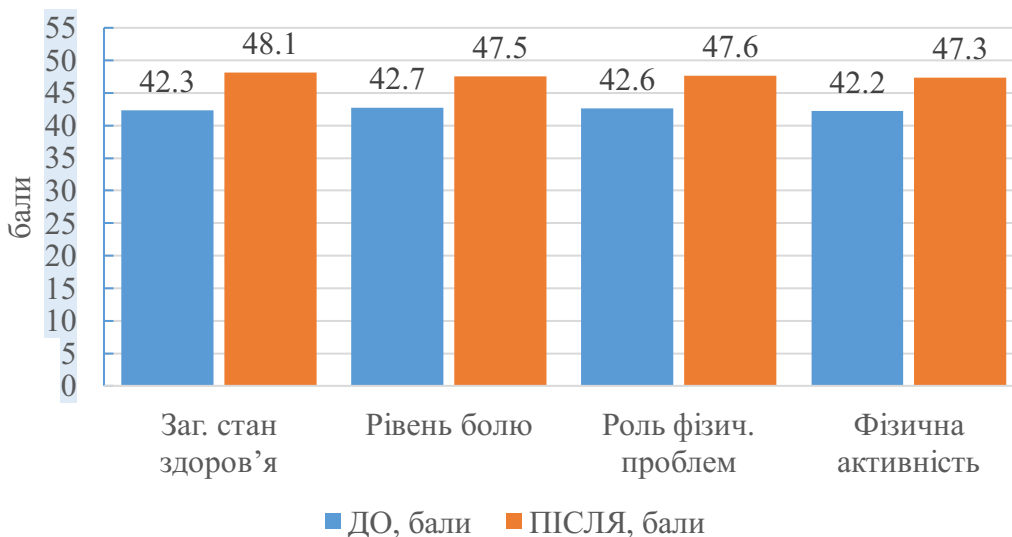


Рисунок 4.10 – Динаміка у показниках фізичного компонента якості життя внутрішньо переміщених жінок до та після впровадження програми

Отже, аналіз динаміки фізичного компонента якості життя продемонстрував позитивні зміни за всіма його складовими. Найбільше зростання зафіксовано за показником загального стану здоров'я – на 12% (з 42,9 до 48,1 бала), що свідчить про покращення суб'єктивного сприйняття фізичного благополуччя. Показник фізичної активності зріс на 10,8 %, з 42,2 до 47,3 бала, що узгоджується з підвищенням функціональних можливостей організму під впливом програми. Зменшення інтенсивності больових відчуттів та зниження обмежень життєдіяльності через фізичні проблеми також свідчать про покращення соматичного стану учасниць.

Радарна візуалізація профілю підтверджує системний характер змін, оскільки покращення спостерігається за всіма параметрами без винятку (рис. 4.11).

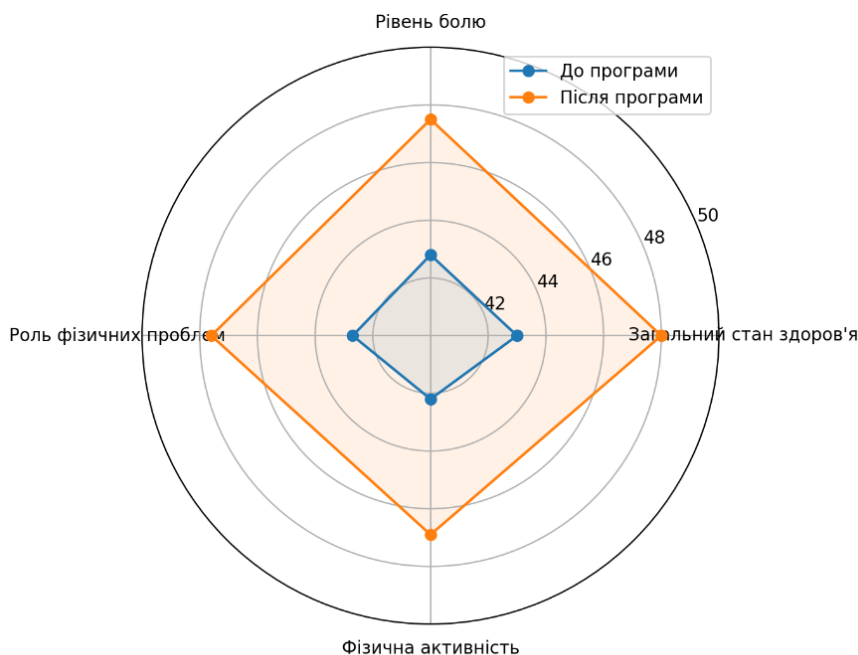


Рисунок 4.11 – Порівняльний профіль показників фізичного компонента якості життя жінок до та після реалізації програми

Про ефективність впровадженої нами програми свідчать зміни показників психологічного компонента якості життя, оскільки спостерігалось значне їх підвищення (рис. 4.12).

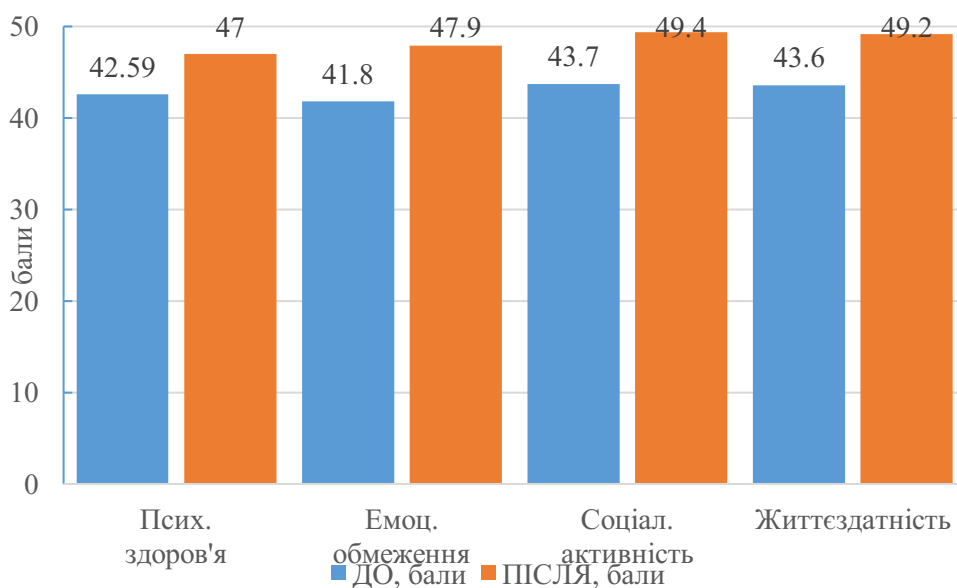


Рисунок 4.12 – Динаміка змін у показниках психологічного компонента якості життя внутрішньо переміщених жінок до та після впровадження програми

Серед складових психологічного компонента якості життя найбільш виражене зростання відзначено за показником соціальної активності — на 11,5 % (з 43,7 до 49,4 бала), що свідчить про покращення міжособистісної взаємодії, розширення соціальних контактів та підвищення соціальної включеності учасниць. Показник життєздатності зріс на 11,3 % (з 43,6 до 49,2 бала), що відображає підвищення рівня енергії, життєвого тону та загального психоемоційного самопочуття. Покращення також спостерігалося за показниками психічного здоров'я – на 9,4 % (з 42,6 до 47,0 бала) та зменшення впливу емоційних проблем на повсякденну діяльність – на 12,7% (з 42,2 до 47,9 бала), що вказує на зниження психоемоційного напруження та підвищення адаптаційних можливостей.

Радарна візуалізація цих показників профілю також підтверджує системний характер змін, демонструючи наявність покращень за всіма параметрами психологічного компонента якості життя без винятку (рис. 4.13).

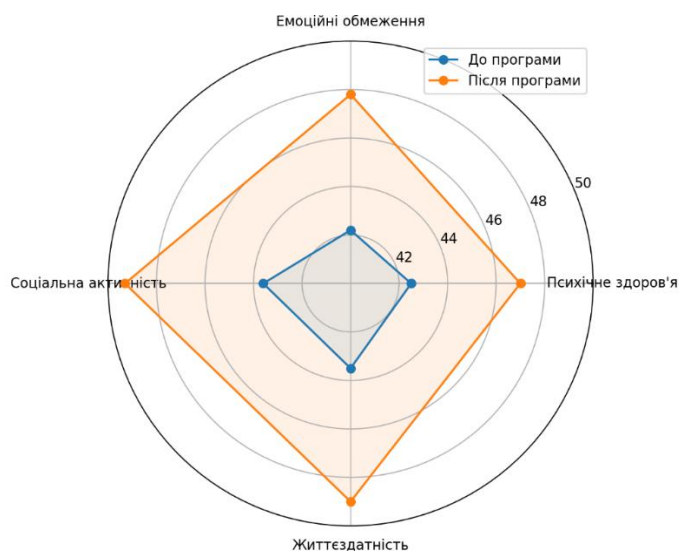


Рисунок 4.13 – Порівняльний профіль показників психологічного компонента якості життя жінок до та після реалізації програми

Загальний рівень якості життя учасниць підвищився на 10,4 %, що підтверджує ефективність впровадженої програми у покращенні як фізичного, так і емоційного стану внутрішньо переміщених жінок. Зростання інтегрального показника відображає комплексний характер позитивних змін та узгоджується з динамікою окремих складових як фізичного, так і психологічного компонентів якості життя (рис. 4.14).

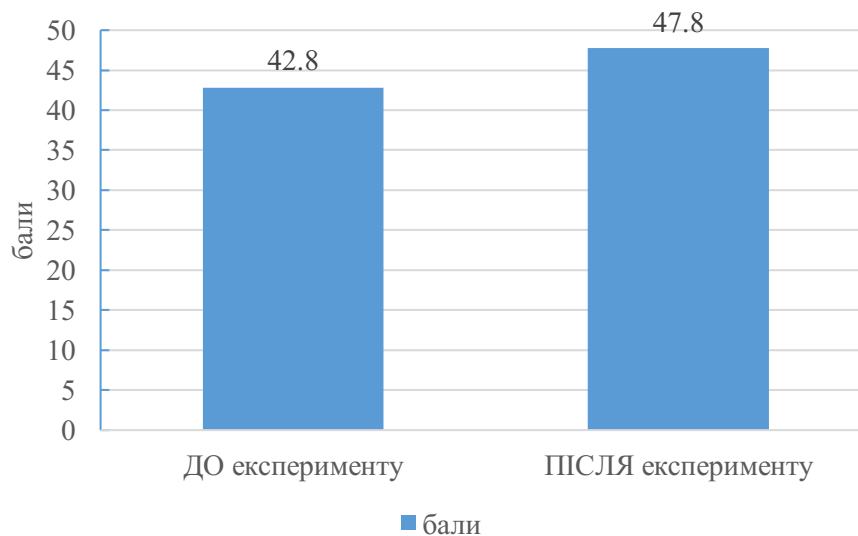


Рисунок 4.14 – Загальний рівень якості життя внутрішньо переміщених жінок до та після експерименту

Порівняльний аналіз показав, що позитивна динаміка простежується як у фізичному, так і у психологічному компонентах якості життя, проте психологічні показники продемонстрували дещо більші темпи зростання, що може свідчити про те, що запропонована оздоровчо-рекреаційна програма не лише покращила функціональний стан організму, а й сприяла соціально-емоційному відновленню жінок, що є особливо важливим в умовах вимушеного переміщення.

Примітним є і те, що до початку програми показники як фізичного, так і психологічного компонентів якості життя були згруповані в нижньому діапазоні шкали та мали близькі значення, що відображало загальне зниження ресурсного стану організму. Після реалізації програми спостерігається не

лише підвищення абсолютних значень показників, а й вирівнювання профілю якості життя – розбіжності між окремими шкалами зменшилися, що є свідченням гармонізації фізичного та психоемоційного станів.

Підвищення показників якості життя узгоджується з виявленим зростанням інтегральних показників фізичного стану. Це свідчить про взаємозв'язок суб'єктивного сприйняття здоров'я з об'єктивними функціональними резервами організму. Отримані дані підтверджують, що покращення кардіореспіраторної витривалості, м'язової сили та адаптаційних можливостей супроводжується підвищенням життєвого тону, соціальної активності та психоемоційної стабільності.

Особливо показовим є зниження впливу фізичних та емоційних проблем на повсякденну життєдіяльність, що свідчить про підвищення функціональної незалежності учасниць. Це означає, що жінки не лише краще почувалися, а й стали більш спроможними виконувати соціальні та побутові ролі, що є важливим критерієм відновлення якості життя в умовах соціального стресу.

Реалізація програми корекції психофізичного стану засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності дозволила досягти таких результатів:

- покращення психоемоційного стану: зниження рівня стресу, тривожності та депресії, підвищення самооцінки та емоційної стійкості;
- підвищення фізичного здоров'я: покращення фізичного самопочуття, зміцнення м'язів, покращення роботи серцево-судинної системи, збільшення енергії та витривалості;
- формування здорового способу життя: підвищення рівня рухової активності та мотивації до регулярної рухової активності у повсякденному житті, дбайливе ставлення до власного здоров'я.

Висновки до розділу 4

Достовірне зростання інтегральних показників за методиками О. Пирогової та Г. Апанасенка. ($t = -5,52$; $p < 0,001$) підтверджує ефективність програми у покращенні функціонального стану серцево-судинної системи та загального рівня соматичного здоров'я. Зменшилася частка осіб із низьким рівнем (з 40 % до 30,0 %), водночас зросла кількість учасниць із середнім (до 26,7 %) та вище середнього рівнями (13,3 %), що свідчить про підвищення функціональних резервів організму та покращення адаптаційних можливостей.

Результати перетворювального педагогічного експерименту засвідчили високу ефективність комплексної програми, заснованої на використанні засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності, у корекції фізичного та психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.

Реалізація програми протягом 24 тижнів сприяла істотному покращенню морфофункціональних показників. Зокрема, середнє значення індексу маси тіла знизилося з $22,10 \pm 3,36$ до $21,44 \pm 3,26$ ($-0,66$; $-2,99\%$; $p < 0,001$), що свідчить про оптимізацію маси тіла. Індекс Робінсона зменшився з $95,89 \pm 15,02$ до $86,24 \pm 13,51$ ($-9,65$; $-10,06\%$; $p < 0,001$), що підтверджує підвищення економізації діяльності серцево-судинної системи. Індекс функціонального стану зріс з $5,73 \pm 1,50$ до $6,18 \pm 1,69$ ($+0,45$; $+7,85\%$; $p < 0,001$), що вказує на покращення адаптаційних можливостей організму. Силовий індекс збільшився з 47,53% до 54,67% ($+7,14\%$; $+15,03\%$; $p < 0,001$), що відображає підвищення м'язової сили та витривалості.

Позитивні зміни підтверджуються також перерозподілом рівнів фізичного стану: частка жінок із низьким рівнем зменшилася з 37,9% до 27,6%, тоді як частка осіб із високим рівнем зросла з 0% до 10,0%. За методикою Г.

Апанасенка сумарна частка осіб із рівнем соматичного здоров'я не нижче середнього збільшилася з 23,3% до 40,0% (+16,7%).

Виявлено суттєве покращення психоемоційного стану: частка жінок без депресивних проявів зросла з 16,7% до 36,7%, при одночасному зниженні виражених форм депресії.

Вплив програми, також, відзначено на показники рівнів тривожності. До початку дослідження домінував високий рівень тривожності (54,16%), тоді як після завершення програми цей показник знизився до 0% (-54,16%). Водночас суттєво зросла частка осіб із рівнем нижче середнього – з 6,25% до 46,7% (+40,45%) та низьким рівнем – з 3,13% до 23,3% (+20,17%). Частка жінок із рівнем вище середнього зменшилася з 19,79% до 10% (-9,79%).

Узагальнення результатів дослідження свідчить про високу ефективність впровадженої програми у покращенні якості життя внутрішньо переміщених жінок. Встановлено достовірне підвищення показників фізичного компонента якості життя за всіма шкалами. Зокрема, показник загального стану здоров'я зріс з 42,9 до 48,1 бала (+5,2 бала), фізичної активності – з 42,2 до 47,3 бала (+5,1 бала), що свідчить про покращення функціональних можливостей організму. Одночасно зафіксовано зменшення інтенсивності больових відчуттів і обмежень життєдіяльності, що відображає позитивні зміни соматичного стану.

Психологічний компонент якості життя також зазнав суттєвого покращення. Найбільший приріст відзначено за показником соціальної активності – на 13% (з 43,7 до 49,4 бала) та життєздатності – на 12,53% (з 43,6 до 49,2 бала). Показники психічного здоров'я зросли з 42,6 до 47,0 бала (+4,4 бала), а вплив емоційних проблем на повсякденну діяльність зменшився (з 42,2 на 47,9 бала; +5,7 бала), що свідчить про зниження психоемоційного напруження. Загальний рівень якості життя підвищився на 12,3%, що підтверджує комплексний позитивний вплив програми. Виявлено, що більш

виражені зміни спостерігаються у психологічному компоненті, що свідчить про її значний вплив на соціально-емоційне відновлення.

Результати досліджень здобувача, наведені у цьому розділі, відображено у публікаціях [7, 17, 18].

РОЗДІЛ 5

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Жінки зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб є однією з найбільш уразливих соціально-демографічних груп, оскільки поєднання вікових інволюційних змін, вимушеної міграції та тривалого психоемоційного напруження зумовлює суттєві порушення як фізичного, так і психоемоційного станів.

Недостатній рівень рухової активності на тлі хронічного стресу сприяє прогресуванню функціональних розладів, підвищенню тривожності, зниженню адаптаційних можливостей організму та якості життя. У зв'язку з цим науково обґрунтована корекція фізичного та психоемоційного станів цієї категорії жінок засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності є доцільною та соціально значущою, оскільки дозволяє комплексно впливати на відновлення фізичного та психоемоційного здоров'я, підвищення стресостійкості та соціальної адаптації.

Одним із напрямів сучасних досліджень є оцінювання безпосереднього впливу рухової активності на психоемоційне самопочуття в умовах тривалого стресу. Зарубіжні експериментальні дослідження показали, що тривала програма фізичних вправ (12 місяців) призводила до статистично значущого зниження симптомів стресу на 16 % і одночасного підвищення психічних ресурсів у здорових дорослих, а також покращення функціонального стану серцево-дихальної системи, що свідчить про тісний взаємозв'язок між фізичною формою та психоемоційним благополуччям [206].

Систематичні огляди літератури свідчать, що регулярна рухова активність значуще зменшує симптоми стресу й тривожності, і цей ефект простежується незалежно від виду вправ – від аеробних навантажень до помірних за інтенсивністю форм, таких як ходьба чи йога. Основним механізмом вважають регуляцію нейромедіаторів та гормонального балансу

(включно з ендорфінами та кортизолом), що сприяє поліпшенню настрою й емоційної стабільності [235].

Українські дослідники також звертають увагу на специфіку рухової активності в контексті ВПО. Зокрема, аналіз рухової активності та здоров'я внутрішньо переміщених осіб вказує на суттєві бар'єри до регулярної рухової активності, які пов'язані не лише з обмеженим доступом до інфраструктури, але й з психоемоційним навантаженням, що виникає через пережитий стрес. Підкреслюється необхідність розробки комплексних програм, що поєднують фізичне тренування з психологічною підтримкою та мотиваційними стратегіями, що може сприяти сталому покращенню як фізичного, так і психічного стану ВПО [33].

У своїх дослідженнях аналіз рівнів тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку українські автори встановили, що понад половина учасниць має високий рівень тривожності, що підкреслює актуальність цілеспрямованих оздоровчих програм. При цьому автори прямо звертають увагу на роль рухової активності як одного з ключових компонентів, здатних знизити рівень тривожності та покращити якість життя цієї категорії [33].

Існують приклади українських практичних розробок, спрямованих саме на комплексну корекцію фізичного та психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок засобами рухової активності, де програми включають структуровані тренування, елементи релаксації та поступове збільшення рівня фізичного навантаження, що дає змогу адаптувати такі підходи до потреб зрілого віку [7].

Зарубіжні дослідження також підтверджують, що регулярна рухова активність пов'язана зі стійкішим емоційним реагуванням на стрес: у порівнянні з неактивними людьми, ті, хто займається фізичними вправами щонайменше раз на тиждень, демонструють менше зниження позитивного настрою під час стресових ситуацій [172].

Здійснений аналіз літератури й практичних розробок демонструє, що інтеграція оздоровчо-рекреаційної рухової активності у корекційні програми здатна позитивно впливати на фізичний та психоемоційний стан осіб зрілого віку, особливо за умов тривалого стресу, що є ключовим для вирішення завдання дослідження – обґрунтування теоретичних основ побудови ефективних корекційних підходів.

Проведений нами системний аналіз методичних підходів до організації рухової діяльності в контексті використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності з жінками зрілого віку свідчить про значний інтерес вчених до питання визначення найбільш ефективних засобів оздоровчого фітнесу та способів їх використання (табл. 4.1) [52].

Переходячи до стану справ в Україні, ми вже зазначали, що найбільш вразливою категорією громадян внаслідок воєнних дій стали внутрішньо переміщені особи (ВПО). Виникаючі стрес-фактори, які постали перед ними під час російсько-української війни, мають негативний вплив на психоемоційний та фізичний стани [9, 46]. Загальний рівень тривожності ВПО зростає не тільки внаслідок бойових дій, а й від стану соматичного здоров'я, змін умов проживання, комфорту розміщення, думок про рідних, які на відстані (в безпеці чи ні), матеріальні втрати та матеріальний стан, бар'єри спілкування, пристосування до нових умов життя тощо.

Серед ВПО значну кількість становлять соціально уразливі категорії населення (люди з особливими потребами, похилого віку, самотні батьки з дітьми, малозабезпечені тощо), і обставини переселення посилюють фактори ризику для них. Основний контингент переміщених осіб – це жінки з малолітніми дітьми. Тому побудова програм корекції показників фізичного та психоемоційного станів осіб зрілого віку на основі вивчення їх психоемоційного та фізичного станів є досить значущим та своєчасним.

Отримані результати свідчать, що більшість внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (21-35 років) мають низький або нижчий

за середній рівень соматичного здоров'я за методикою Г. Л. Апанасенка. Середнє значення загальної оцінки (1,65 балів) підтверджує наявність дефіциту у фізичній підготовленості та функціональних можливостях організму. Подібні результати раніше фіксувалися у жінок цієї вікової групи, що перебувають у стані соціального стресу, чи мають обмежений доступ до систематичної рухової активності [215, 243].

Показники силового індексу у 70 % учасниць перебували на рівні «нижче середнього», що може свідчити про знижену м'язову витривалість та недостатню залученість жінок до вправ силового спрямування у повсякденній діяльності. Враховуючи, що оптимальний силовий індекс є одним із ключових факторів збереження опорно-рухового апарату та профілактики гіподинамії [260] такі результати вказують на необхідність включення до програм рухової активності вправ з прогресивним навантаженням.

Аналіз індексу Робінсона продемонстрував, що у більшій частині жінок (55 %) він відповідає середньому рівню, а у 30 % – вище середнього, що може свідчити про відносно збережені резерви серцево-судинної системи, незважаючи на загальне зниження інших компонентів фізичного стану. Це співвідноситься з даними, отриманими у попередніх дослідженнях, де кардіореспіраторна функція у жінок могла зберігатися за рахунок побутової активності, навіть при обмеженні організованих форм тренування [221].

Показники функціональної проби з оцінки фізичної працездатності (Індекс Руф'є) вказали на уповільнене відновлення після навантаження у більшості жінок, що може бути наслідком як фізичної детренованості, так і хронічного стресу. Відомо, що стресові гормони (адреналін, норадреналін, кортизол) можуть негативно впливати на швидкість відновлення та толерантність до фізичних навантажень [255]. Наші результати підтверджують цю тенденцію, адже опитування учасниць показало поширеність тривожності, розладів сну та соматичних проявів стресу.

Особливістю виявленого рівня рухової активності є високий відсоток часу, проведеного у сидячому положенні (49,8 % доби). Це значення перевищує рекомендації ВООЗ, згідно з якими сидячий спосіб життя понад 8 годин на добу пов'язаний з підвищеним ризиком серцево-судинних захворювань та метаболічних розладів [260]. У нашому дослідженні цей показник має специфічне пояснення – часті перебування у бомбосховищах під час повітряних тривог, що створює унікальні бар'єри для рухової активності та вимагає адаптації програм занять під обмежені просторові умови.

Таким чином, виявлені особливості фізичного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку підтверджують необхідність розробки спеціалізованих, доступних та малоресурсних програм рухової активності, які враховують психологічний стан, обмеженість простору та переважно сидячий спосіб життя. Отримані дані можуть слугувати базою для індивідуалізації корекційних заходів та для подальших досліджень ефективності коротких, але регулярних комплексів вправ у кризових умовах.

За результати констатувального педагогічного експерименту у досліджуваних внутрішньо-переміщених жінок виявлено підвищену і немотивовану тривожність. Згідно з даними за шкалою Тейлора (ТМАС), понад 73 % учасниць демонструють високий або вище середнього рівень тривожності. Паралельно, за стандартизованим інструментом В. Бойка, у 75 % жінок визначено схильність до немотивованої тривожності, що вказує на стабільний емоційний дисбаланс. Ці результати узгоджуються з даними, які вказують на значне зростання психічного навантаження серед внутрішньо переміщених осіб (IDPs) в Україні: у дослідженні більш ніж 20 % IDPs мали клінічно значимі рівні тривожності та депресії, що удвічі більше, аніж серед загального населення [213].

Близько 83 % учасниць повідомляють про наявність депресивних проявів, що свідчить про потенційний ризик розвитку хронічних психологічних розладів. Це узгоджується із загальнонаціональною

картинкою: дослідження показало високу поширеність депресії й тривожності серед IDPs, аж до 25 % депресивних випадків і 16 % коморбідних станів [257].

За опитувальником Айзенка понад 43 % жінок характеризуються емоційною нестабільністю, ще 37,5 % – помірною нестабільністю. Середній бал (17,88) близький до межі нейротизму, що вказує на низький рівень адаптивності в кризових ситуаціях. Високий нейротизм підвищує ризик необґрунтованих емоційних реакцій, що не відповідають об'єктивній ситуації.

Аналіз результатів самооцінки (тривожність, фрустрація, агресивність, ригідність) дозволив виявити, що 65,6 % мають низький рівень тривожності, лише 2 % – високий; потенційно це може бути результатом емоційного виснаження або адаптації. 50 % опитаних жінок вказали на високий рівень фрустрації, 42,7 % – середній; такі дані свідчать про мотиваційне напруження та ризик формування ситуації безвиході. Жодна учасниця дослідження не проявила високого рівня агресивності, що свідчить про емоційну стриманість у кризі, а також лише 1 % респондентів мають високий рівень ригідності, більшість внутрішньо-переміщених жінок – адаптивні до змін, що є важливим фактором гнучкості реакції на стрес.

Внутрішньо переміщені жінки перебувають у стані хронічного стресу, який призводить до виснаження психоемоційних ресурсів. Результати досліджень науковців свідчать про значну кількість посттравматичних симптомів серед українських IDPs, що впливає на якість життя, психологічну адаптацію та соціальну інтеграцію [243]. Крім того, ІМО звітує, що понад 3,6 млн осіб залишаються внутрішньо переміщеними в Україні – психосоціальна підтримка для цих груп лишається недостатньо систематизованою [225].

Результати дослідження засвідчили, що більшість внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку мають середній рівень якості життя (45,8% опитаних), а високий рівень зафіксовано лише в поодиноких випадках. Це свідчить про значне навантаження соціально-економічних, психологічних та фізичних чинників на дану категорію населення, що

узгоджується з результатами попередніх досліджень впливу воєнних конфліктів та вимушеного переселення на добробут жінок [255].

Аналіз фізичного компонента якості життя показав, що найбільш уразливими сферами є загальний стан здоров'я та рухова активність, де середні бали склали 42,34 та 42,24 відповідно. Такі результати свідчать про те, що фізичне здоров'я внутрішньо переміщених жінок знаходиться під подвійним тиском: з одного боку – обмеження можливостей для рухової активності через зміну місця проживання та соціальної інфраструктури, з іншого – вплив хронічного стресу, який негативно позначається на соматичному стані [260].

Щодо психологічного компонента, найвищі оцінки отримали соціальна активність (43,71) та життєздатність (43,56), однак ці показники також залишаються в межах середнього рівня. Це вказує на збереження певного соціального ресурсу та мотивації до адаптації, але з обмеженим потенціалом для повноцінної інтеграції. Порівняно з дослідженнями серед інших груп переселенців [227, 243], наші дані підтверджують, що соціальна взаємодія та відчуття життєвої енергії можуть залишатися відносно стабільними навіть за умов обмежених фізичних можливостей, але для їх збереження потрібна цілеспрямована підтримка.

Кореляційний аналіз виявив низькі та середні позитивні зв'язки між рівнем рухової активності та такими показниками як рухова активність, соціальна активність, життєздатність та психічне здоров'я. Це підтверджує висновки інших авторів [167, 232] про те, що навіть помірне підвищення рухової активності може позитивно впливати на психоемоційний стан та загальну якість життя.

Водночас, встановлено негативні кореляції між низьким рівнем рухової активності та компонентами якості життя, що вказує на прямий позитивний ефект підвищення рухової активності. Це узгоджується з концепціями

превентивної медицини та психосоціальної реабілітації, де рухова активність виступає захисним фактором проти депресивних і тривожних станів [239].

Факторний аналіз дозволив виділити два провідних латентних фактори: психосоціальний, що охоплює роль емоційних проблем, соціальну та рухову активність, рівень болю та життєздатність та соматично-психічний, що включає загальний стан здоров'я, роль фізичних проблем у життєдіяльності та психічне здоров'я. Високий коефіцієнт коваріації між факторами (82,96) свідчить про тісний взаємозв'язок фізичного та психосоціального благополуччя. Ці результати співзвучні з біопсихосоціальною моделлю здоров'я [244], яка підкреслює, що фізичні та психологічні аспекти є взаємопов'язаними та взаємозалежними.

Порівняння з дослідженнями зарубіжних авторів показує, що в умовах війни та вимушеного переселення інтенсивність негативного впливу на якість життя в Україні є вищою, ніж у регіонах, де переміщення зумовлене економічними або екологічними причинами [214, 232]. Це обумовлено комплексним поєднанням фізичних, психологічних та безпекових загроз.

Отже, наше дослідження підтверджує, що підвищення рухової активності, зниження рівня стресу та цілеспрямована соціальна підтримка можуть суттєво покращити як фізичний, так і психологічний компоненти якості життя внутрішньо переміщених жінок зрілого віку.

На основі результатів констатувального педагогічного експерименту, системного аналізу фахової літератури розроблена програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок, що спирається на інтегративні теоретико-концептуальні підходи, які забезпечують її комплексність та ефективність.

В процесі обґрунтування програми враховано індивідуальні бар'єри і мотиви, які є важливою складовою програми, що підтверджено дослідженнями щодо жінок та вразливих груп населення, де мотивація суттєво впливала на рівень включення у програми рухової активності і пов'язані з цим

психосоціальні переваги [224]. Комбінування фізичних, психологічних і соціальних аспектів у запропонованій програмі відповідає біопсихосоціальній моделі здоров'я та відображає головну тенденцію в сучасній підтримці ВПО.

Нами підтверджено наукові дані [185] про те, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність позитивно впливає на якість життя, посередництво здійснюють покращення якості сну й зниження депресивних симптомів, чинники, які враховані в нашій програмі.

Дослідження D. Marquez зі співавторами (2020) демонструє значні переваги РА щодо якості життя серед широких верств населення [222].

Кореляції, що ми виявили між рівнем рухової активності та основними компонентами якості життя (фізичним, соціальним, емоційним), підтверджують, що рухова активність діє як медіатор психомоторної адаптації та відновлення [158, 219].

В результаті дослідження встановлено, що соціально-екологічний підхід має особливе значення: залучення ВПО до групової активності допомагає у відновленні соціальних зв'язків та формуванні почуття приналежності. Це підтверджено дослідженнями з контексту організації рухової активності серед мігрантів і переселенців [252].

Розроблена програма базується на принципі превентивності та рекреаційної спрямованості, який передбачає випереджувальний вплив на функціональні системи організму з метою попередження психосоматичних розладів та відновлення резервів здоров'я через активний відпочинок, що узгоджується з результатами наукових досліджень авторів [19].

Розроблена комплексна програма корекції фізичного та психоемоційного стану внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку підтвердила ефективність системного підходу до оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Аналіз структури програми та її реалізації показав, що поєднання фізичних, психоемоційних та соціальних компонентів дозволяє досягати позитивних змін у різних сферах здоров'я учасниць.

Використання теоретико-концептуальних засад – теорії мотивації, фізичної рекреації, біопсихосоціальної моделі здоров'я, теорії адаптації, стрес-менеджменту та психоемоційної регуляції – забезпечило комплексний підхід. Застосування цих теорій дозволило врахувати індивідуальні мотиви та бар'єри для рухової активності, психоемоційні потреби, соціальне середовище та механізми адаптації до стресу.

Структура програми, що включала три етапи – підготовчий (2 тижні), основний (20 тижнів) та контрольнo-корекційний (2 тижні), – забезпечила поступове нарощування навантажень і систематичну адаптацію організму. Підготовчий етап дав змогу оцінити фізичний та психоемоційний стан жінок, виявити рівні стресу, депресивних проявів, якості життя та мотивацію, що стало базою для індивідуального підбору засобів оздоровчо-рекреаційної активності.

Основний етап програми підтвердив ефективність поєднання аеробних, силових та функціональних тренувань з психоемоційними практиками (дихальні вправи, медитація, СПА-процедури). Регулярні заняття тричі на тиждень дозволили формувати стабільну фізичну активність та покращувати емоційний стан учасниць. Особливої уваги заслуговує використання вправ з масою власного тіла та комбінованих обтяжень, що дозволяє адаптувати навантаження до фізичних можливостей кожної учасниці, а також забезпечує доступність занять у будь-яких умовах.

Поступове нарощування навантаження (від 2 до 20 тижнів основного етапу) відповідає принципам кондиційного тренування за Л. Іващенко, О. Благій, забезпечуючи безпечну адаптацію серцево-судинної системи [66].

Ефективність поєднання аеробних навантажень із ментальним фітнесом (пілатес, йога), встановлена в нашому дослідженні, перегукується з результатами В. Wollesen et al. (2022), які довели, що «dual-task» тренування (поєднання фізичного та когнітивного навантаження) найефективніше впливають на психоемоційну стабільність [154]. Використання вправ із масою

власного тіла та малими обтяженнями забезпечує високу автономність програми, що є критично важливим в умовах обмежених ресурсів ВПО, про що також зазначають Ю. Павлова у контексті важливості доступності засобів фізичної культури для постраждалого населення.

Регулювання ЧСС у межах 150–170 уд./хв на основному етапі відповідає міжнародним рекомендаціям ACSM (2011) для розвитку аеробної витривалості у здорових дорослих. Водночас використання змінного темпу музичного супроводу не лише структурувало навантаження, а й виступало додатковим чинником зниження рівня депресивних проявів, що підтверджується дослідженнями, де музично-ритмічні компоненти фітнес-аеробіки розглядаються як засіб арт-терапії.

Використання змінного темпу музичного супроводу та контролю пульсу сприяло оптимальному розподілу фізичних навантажень, що зменшувало ризик перевантаження та сприяло розвитку аеробної витривалості. Показники ЧСС під час аеробних занять відповідали рекомендованим тренувальним зонам: під час підготовчого етапу – 130–140 уд./хв, основного та контрольньо-корекційного – 150–170 уд./хв, а у період відновлення – 100–110 уд./хв та 110–120 уд./хв відповідно.

Соціальна складова програми, що реалізовувалась через групові та парні заняття, тренінги та коучинг, сприяла підвищенню рівня соціальної підтримки, налагодженню нових соціальних контактів та формуванню позитивного емоційного фону. Це відповідає соціально-екологічній моделі здоров'я, де середовище та соціальні взаємодії є важливими факторами психоемоційного відновлення.

Контрольно-корекційний етап дозволив оцінити динаміку змін: покращення фізичної підготовленості, зниження рівня тривожності та депресивних проявів, підвищення загального самопочуття та адаптації до нових умов життя. Отримані результати свідчать про ефективність

комплексного підходу, що поєднує рухову активність, психоемоційну підтримку та соціальну інтеграцію внутрішньо переміщених жінок.

Таким чином, розроблена програма підтвердила свою доцільність як інструмент корекції фізичного та психоемоційного стану, а також підвищення якості життя жінок зрілого віку. Підхід може бути адаптований для різних груп населення з урахуванням індивідуальних особливостей та рівня фізичної підготовки, а також інтегрований у програми соціальної підтримки внутрішньо переміщених осіб.

Аналіз та узагальнення результатів дослідження дозволили встановити високу ефективність розробленої комплексної програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності для жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб. Отримані дані підтверджують та розширюють існуючі наукові уявлення про роль фізичної рекреації в адаптації осіб, що постраждали від воєнних конфліктів [38].

Отримані нами результати корелюють із висновками Ю. Песоцької щодо важливості групових тренувань для подолання соціальної ізоляції [120]. Проте, на відміну від загальних рекомендацій, наша програма була адаптована до специфічного психологічного профілю жінок-ВПО, який характеризується високим рівнем тривожності та схильністю до депресивних станів. Ми підтвердили ефективність засобів пілатесу та ментального фітнесу, відзначених у попередніх дослідженнях [209], але впровадили їх у синергії з аеробними навантаженнями та методами саморегуляції, що забезпечило комплексний ефект.

Особливої уваги заслуговує динаміка депресивних проявів. На початку дослідження близько 51% жінок мали легкий рівень депресії, а майже 19% – високий; після 24 тижнів занять у 73,2% учасниць ознаки депресії зникли повністю. Це перевертується з результатами науковців щодо антидепресивного ефекту рухової активності [198], проте в нашому випадку успіх забезпечувався не лише інтенсивністю руху, а й створенням «безпечного соціального

простору» під час групових занять та коучинг-сесій. Крім того, навчання вправам без спеціального обладнання надало жінкам інструмент «копінгу», який вони можуть застосовувати самостійно у будь-яких умовах для зниження рівня стресу та підтримки психоемоційного балансу [156].

Показники якості життя за опитувальником SF-36 продемонстрували зростання на 12,3%, найбільш значущі зміни відбулися в доменах соціальної активності (+13%) та життєздатності (+12,5%). Це підтверджує гіпотезу Н. Мазіної про те, що для ВПО рухова активність є не лише засобом зміцнення м'язів, а й інструментом відновлення соціальних зв'язків [102]. Використання змішаного формату занять (очні та дистанційні) забезпечило безперервність процесу адаптації, що є нашою авторською перевагою порівняно з традиційними офлайн-програмами.

Суттєве зростання рівня загального самопочуття, рухової активності, соціальної активності та життєздатності демонструє, що фізичні вправи у поєднанні з рекреаційними формами активності є не лише засобом фізичної реабілітації, а й інструментом відновлення психоемоційного балансу. Це особливо важливо для внутрішньо переміщених осіб, які часто стикаються з посттравматичними проявами, зниженням рівня енергії та соціальною ізоляцією.

Наші результати доповнюють висновки авторів, які підкреслюють необхідність комплексного підходу до оздоровлення жінок, що передбачає інтеграцію фізичних вправ, дихальних технік, йоги та соціально орієнтованих рекреаційних заходів [215]. Зокрема, отримані дані підтверджують ефективність підготовчого, основного та контрольного-корекційного етапів програми, кожен з яких сприяв поступовому зростанню адаптаційних можливостей організму та зменшенню психоемоційного напруження.

Важливим чинником ефективності було те, що запропоновані заняття не потребували спеціального обладнання чи значних фінансових витрат, що робить програму доступною для широкого кола внутрішньо переміщених

жінок, навіть, за умов обмежених ресурсів. Це корелює з висновками зарубіжних авторів щодо ролі доступності та низькопороговості фізичної активності у підтримці стабільності психічного здоров'я вразливих груп населення [178].

Крім того, результати експерименту SALEEM у таборах для біженців у Греції показують, що регулярні заняття руховою активністю сприяють підвищенню функціонального стану, що корелює з когнітивними показниками [243]. Це підкреслює потенціал рухової активності як засобу підтримки фізичного та психоемоційного здоров'я внутрішньо переміщених осіб у кризових умовах. Сукупність цих даних дозволяє підтвердити інформацію, що фізичні вправи для переміщених жінок не лише підвищують фізичне здоров'я, але й мають значний вплив на соціальну адаптацію та психоемоційне відновлення; групові тренування виконують подвійну функцію: фізичну і соціальну – завдяки соціальній підтримці учасниць.

Доступність програми (без витрат на інвентар) – ключовий фактор для реалізації в умовах обмежених ресурсів. Разом з тим, результати дослідження підтверджують важливість соціальної підтримки у процесі занять. Групові тренування, як показав наш досвід, виконують роль не лише фізичного навантаження, але й платформи для комунікації, взаємної підтримки та зниження відчуття ізоляції, що повністю відповідає сучасним уявленням про соціально-мотиваційний потенціал рекреаційної фізичної активності.

Таким чином, наше дослідження не лише підтверджує ефективність оздоровчо-рекреаційних програм для жінок зрілого віку, але й вносить практичний внесок у розробку доступних, соціально інтегрованих і психологічно орієнтованих підходів до відновлення фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених осіб. Перспективним напрямом подальших досліджень є оцінка довгострокового збереження досягнутих результатів та можливість адаптації програми для інших вікових і соціальних груп.

Враховуючи зазначене вище, можемо констатувати, що в результаті дисертаційного дослідження було:

- підтверджено положення про позитивний вплив оздоровчо-рекреаційної рухової активності на фізичний стан, психоемоційне благополуччя та якість життя жінок зрілого віку; наукові дані про антидепресивний ефект регулярної рухової активності, особливо у формі групових занять; доцільність використання поетапної структури програм фізичної оздоровчо-рекреаційних занять (підготовчий, основний, контрольньо-корекційний етапи) для забезпечення безпечної та ефективної адаптації організму;
- доповнено дані про структуру рухової активності внутрішньо переміщених жінок, зокрема високої частки сидячого способу життя як наслідку воєнних обмежень; результати щодо психоемоційного стану (тривожність, депресивні прояви, нейротизм, фрустрація), які конкретизують психологічні ризики для жінок-ВПО.
- дістали подальшого розвитку концептуальні положення біопсихосоціальної моделі здоров'я через їх емпіричне підтвердження на прикладі внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку; наукові підходи до ментального фітнесу та «dual-task» тренувань, які в межах дослідження набули системного застосування у поєднанні з аеробними та силовими навантаженнями; положення про превентивний та рекреаційний потенціал рухової активності як засобу попередження психосоматичних розладів у вразливих груп населення;
- розширено існуючі положення щодо впливу рухової активності на якість життя, доповнивши їх даними про значущі кореляційні зв'язки між рівнем рухової активності, соціальною активністю, життєздатністю та психічним здоров'ям внутрішньо переміщених жінок; наукові підходи до організації оздоровчо-рекреаційної діяльності жінок зрілого віку шляхом інтеграції фізичних, психоемоційних і соціальних компонентів у єдину

програму з урахуванням кризових умов життєдіяльності; уявлення про соціальну роль групових форм рухової активності як інструменту відновлення соціальних зв'язків і зниження відчуття ізоляції серед внутрішньо переміщених осіб;

- поглиблено наукові уявлення про вплив хронічного стресу воєнного походження на функціональні резерви організму, процеси відновлення після фізичного навантаження та психоемоційний стан жінок першого періоду зрілого віку; розуміння ролі силового індексу як маркера гіподинамії та зниження адаптаційних можливостей опорно-рухового апарату у внутрішньо переміщених жінок; уявлення про психоемоційний профіль жінок-ВПО, зокрема поєднання високого рівня тривожності, депресивних проявів та водночас збереженої адаптивності й низького рівня агресивності;

- уперше комплексно охарактеризовано фізичний, психоемоційний стан та якість життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку (21–35 років) в умовах воєнного часу з урахуванням специфічних обмежень рухової активності, пов'язаних із тривалим перебуванням у сидячому положенні (зокрема в укриттях під час повітряних тривог); встановлено структуру латентних факторів якості життя внутрішньо переміщених жінок (психосоціального та соматично-психічного) та доведено їх тісну взаємозалежність, що емпірично підтверджує біопсихосоціальну модель здоров'я у даній категорії населення;

- уперше обґрунтовано ефективність малоресурсної, просторово адаптованої програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності для внутрішньо переміщених жінок, яка не потребує спеціального обладнання та може реалізовуватися в умовах обмеженого простору.

Результати досліджень здобувача, наведені у цьому розділі, відображено у публікаціях [7-13, 16, 17].

ВИСНОВКИ

1. У результаті теоретичного аналізу фахової науково-методичної літератури та сучасних досліджень українських і зарубіжних науковців встановлено, що умови збройної агресії та вимушеного переміщення формують у жінок першого періоду зрілого віку комплекс взаємопов'язаних порушень фізичного, психоемоційного та соціального характеру. Домінуючими серед них є підвищений рівень хронічного стресу, тривожні й депресивні стани, зниження якості життя, соціальна дезадаптація та прояви психосоматичних розладів, що мають дезрегуляційний механізм розвитку. Аналіз теоретичних положень біопсихосоціальної моделі здоров'я дозволив обґрунтувати доцільність комплексного підходу до корекції фізичного та психоемоційного станів жінок-ВПО. Узагальнення результатів наукових досліджень підтвердило, що оздоровчо-рекреаційна рухова активність є ефективним засобом впливу, який забезпечує позитивні зміни не лише у фізичному стані, а й у психоемоційній сфері, сприяє зниженню рівня тривожності та депресії, підвищенню адаптаційного потенціалу й якості життя.

2. Результати комплексного обстеження внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засвідчили, що досліджувана вибірка є морфологічно однорідною та переважно характеризується гармонійними масо-ростовими показниками, які в більшості випадків відповідають фізіологічній нормі. Водночас, незважаючи на відносну збереженість морфологічного статусу, аналіз функціональних показників виявив наявність ознак напруження регуляторних механізмів, насамперед з боку серцево-судинної системи, що проявляється у підвищених значеннях індексу Робінсона, помірно знижених адаптаційних можливостях та середньому або нижчому за середній рівнях фізичного стану у значної частини обстежених (третина характеризується зниженими функціональними резервами), а частка

осіб з високим рівнем фізичного стану є обмеженою. Виявлена структура розподілу свідчить про істотну варіативність індивідуальних адаптаційних реакцій організму в умовах тривалого психоемоційного та соціального стресу, пов'язаного зі статусом внутрішньо переміщених осіб. Кореляційний аналіз засвідчив провідну роль серцево-судинної та респіраторної систем у формуванні інтегрального фізичного стану, а також узгодженість взаємодії основних фізіологічних компонентів без наявності негативних компенсаторних зв'язків.

3. Результати аналізу психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку з числа ВПО засвідчили наявність виражених негативних змін у сфері емоційної регуляції, психічної стійкості та адаптаційних можливостей особистості. Психоемоційна оцінка показала високий рівень тривожності у переважної більшості респонденток: жодна жінка не була без схильності до немотивованої тривожності. Дослідження депресивних станів виявило, що понад 80 % опитаних мають легкі, субдепресивні або депресивні прояви. Майже 50 % жінок віднесені до емоційно нестійких, а середній груповий показник нейротизму перебуває на межі високого рівня. Водночас рівні агресивності та ригідності залишаються низькими або помірними, що свідчить про збереження потенціалу до адаптивної поведінки та конструктивної соціальної взаємодії.

4. Аналіз добової рухової активності показав суттєві порушення її структури: переважна більшість жінок проводить понад 11–12 годин на добу у сидячому положенні. Мала та середня активність присутні у обмеженій частини групи, а високий рівень рухової активності спостерігається лише у 1,6 % респонденток, що свідчить про відсутність систематичних тренувальних навантажень. Кореляційний аналіз показав, що збільшення середньої та високої активності супроводжується зменшенням сидячого часу ($\rho \approx -0,52$ та $-0,59$ відповідно), тоді як низькоінтенсивна активність компенсаторного ефекту не має. Кластерний аналіз виокремив три типи рухової поведінки:

гіпокінетичний (максимальна сидяча поведінка, мінімум активності), проміжний (помірна активність при надмірному сидінні) та відносно сприятливий профіль, який представлений мінімальною кількістю жінок.

5. Дослідження якості життя та соціальної адаптації жінок першого періоду зрілого віку з числа ВПО показало, що у більшості респонденток рівень якості життя є середнім або зниженим: 45,8 % жінок оцінили його в межах 40–60 балів, тоді як високий рівень зафіксовано лише в 1,0 % випадків. Середній інтегральний показник фізичного компонента якості життя становив 42,59 бала, при цьому найнижчі значення виявлено за шкалами загального стану здоров'я (42,34 бала) та фізичної активності (42,24 бала), що свідчить про обмеження фізичних можливостей та зниження функціонального потенціалу респонденток. Психологічний компонент якості життя характеризувався дещо вищими, проте також недостатніми показниками: соціальна активність становила 43,71 бала, життєздатність – 43,56 бала, що відображає напруженість психоемоційного стану та неповну соціальну адаптацію жінок в умовах вимушеного переміщення.

6. Кореляційний аналіз засвідчив наявність статистично значущих позитивних зв'язків між середнім рівнем рухової активності та окремими компонентами якості життя, зокрема фізичною активністю ($\rho = 0,435$; $p = 0,003$), соціальною активністю ($\rho = 0,392$; $p = 0,008$), психічним здоров'ям ($\rho = 0,391$; $p = 0,008$) і життєздатністю ($\rho = 0,504$; $p = 0,0004$). Водночас низький рівень рухової активності мав достовірні негативні кореляції з психічним здоров'ям ($\rho = -0,411$; $p = 0,005$), життєздатністю ($\rho = -0,434$; $p = 0,003$) та фізичною активністю ($\rho = -0,431$; $p = 0,002$). Факторний аналіз підтвердив доцільність двофакторної моделі якості життя ($\chi^2(13) = 82,96$; $p < 0,001$) з дуже тісним взаємозв'язком між латентними змінними (коваріація = 82,96), що поєднують фізичні, психологічні та соціальні складові. Отримані результати свідчать, що зниження рівня рухової активності та наявність психоемоційного напруження є ключовими детермінантами погіршення якості життя

внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку та обґрунтовують необхідність впровадження цілеспрямованих програм оздоровчо-рекреаційної рухової активності для підвищення їхнього адаптаційного потенціалу та життєстійкості.

7. У ході дослідження науково обґрунтовано та розроблено комплексну програму корекції фізичного і психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. Програма ґрунтується на міждисциплінарному підході, що інтегрує положення теорій мотивації, фізичної рекреації (активного дозвілля), адаптації та біопсихосоціальної моделі здоров'я, що дозволяє розглядати рухову активність як ефективний інструмент, спрямований на подолання наслідків хронічного стресу, психоемоційної напруги та соціальної дезадаптації жінок-ВПО. Програма має чітку триетапну структуру та розрахована на 24-тижневий цикл, що забезпечує поступову адаптацію до навантажень, цілеспрямований корекційний вплив і формування навичок самостійної рекреаційної діяльності. Обґрунтовано доцільність використання аеробних вправ, функціонального тренінгу, ментального фітнесу (йога, пілатес), дихальних технік і СПА-процедур. Використання коучинг-сесій та онлайн-підтримки сприяє відновленню соціальних зв'язків, підвищенню рівня залученості та мотивації учасниць, а також забезпечує безперервність корекційного впливу.

8. Результати перетворювального педагогічного експерименту засвідчили високу ефективність комплексної програми, заснованої на використанні засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності, у корекції фізичного та психоемоційного стану жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб. Реалізація програми протягом 24 тижнів сприяла істотному покращенню психоемоційного благополуччя учасниць, що підтверджується зниженням рівнів депресивних проявів та зростанням частки жінок без ознак депресії до 73,2 %. Встановлено позитивну динаміку

показників якості життя як за фізичним, так і за психологічним компонентами, зокрема загального стану здоров'я, рухової, соціальної активності та життєздатності. Загальний рівень якості життя учасниць зріс на 12,3 %, що свідчить про комплексний оздоровчий ефект програми. Отримані результати підтверджують, що систематичне застосування оздоровчо-рекреаційної рухової активності не лише покращує фізичне самопочуття жінок-ВПО, а й сприяє зниженню психоемоційної напруги, підвищенню адаптаційного потенціалу, відновленню соціальних зв'язків та формуванню мотивації до здорового способу життя.

Перспективи подальших досліджень передбачають комплексну оцінку пролонгованого впливу розробленої програми на основі використання засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності на показники фізичного здоров'я, психоемоційного стану, рівень адаптації та якість життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку у віддалені терміни після завершення експерименту.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Андреева О., Гакман А. Вплив способу життя на показники психоемоційного стану осіб похилого віку. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2022. № 3. С. 32–36. DOI: <https://doi.org/10.32652/tmfvs.2022.3.32-36>.
2. Андреева О. Концептуальні та прикладні аспекти технологізації проєктувальної діяльності в сфері фізичної рекреації. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2013. № 1. С. 35–39.
3. Андреева О. Розробка та впровадження технології проєктування активної рекреаційної діяльності різних груп населення. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2015. № 1. С. 4–9.
4. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз рівнів тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Вісник Прикарпат. ун-ту. Фіз. культура*. 2024. № 43. С. 3–9. DOI: [10.15330/fcult.43.3-9](https://doi.org/10.15330/fcult.43.3-9).
5. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз якості життя й рівнів депресії внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Sport Science Spectrum*. 2024. № 1. С. 56–61. DOI: <https://doi.org/10.32782/spectrum/2024-1-9>.
6. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Взаємозв'язок рухової активності та компонентів якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. *Вісник Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка. Фіз. виховання, спорт і здоров'я людини*. 2024. Т. 29, № 3. С. 119–125. DOI: [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(3\).119-125](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(3).119-125).
7. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Sport Science Spectrum*. 2025. № 1. С. 8–15. DOI: <https://doi.org/10.32782/spectrum/2025-1-2>.
8. Андреева О., Гакман А., Волосюк А., Кошура А. Психофізичний стан внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Вісник Прикарпат. ун-ту*. 2023. № 40. С. 3–8. DOI: <https://doi.org/10.15330/fcult.40.3-8>.

9. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність як спосіб зниження тривожності у внутрішньо переміщених осіб. *Місце і роль фіз. терапії у сучасній системі охорони здоров'я* : зб. матеріалів 2 Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф., 16 лютого 2023 р., Чернівці. Чернівці : ЧНУ ім. Юрія Федьковича, 2023. С. 13–16.

10. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Напрями діяльності фітнес клубів у залученні внутрішньо переміщених осіб. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова*. Серія 15. 2023. Вип. 4(163). С. 30–34. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.04\(163\).05](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.04(163).05).

11. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Рівень тривожності у внутрішньо переміщених жінок зрілого віку, які займаються фітнесом. *Фізична культура і спорт: традиції, досвід, інновації* : матеріали 1 Всеукр. наук.-практ. конф., 16 березня 2023 р. Запоріжжя, Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2023. С. 7–9. URL: https://zp.edu.ua/uploads/dept_s&r/2023/conf/2.2/FKiS-TDI-materialy.pdf (дата звернення: 21.07.2023).

12. Андреева О., Волосюк А. Напрями діяльності фітнес клубів у залученні внутрішньо переміщених осіб. *Фізична культура і спорт: досвід та перспективи* : матеріали 4 міжнар. наук.-практ. конф., 6–7 квіт. 2023 р., Чернівці. Чернівці : ЧНУ ім. Юрія Федьковича, 2023. С. 130–133. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6814> (дата звернення: 14.07.2023).

13. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Фактори якості життя внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Сучасні проблеми фіз. виховання і спорту різних груп населення* : матеріали 23 міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених, 23-24 листопада 2023 р., Суми. Суми : СДПУ ім. А. С. Макаренка, 2023. С. 16–20. URL: https://sspu.edu.ua/images/2023/docs/nauka/konf/zbirnik_tmfk_2023_origin_al_cad52.pdf (дата звернення: 01.02.2024).

14. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз якості життя та рівнів психологічних станів внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Рух для здоров'я – наука майбутнього* : матеріали Всеукр. кругл. столу приуроч. відзначення Дня науки в Україні та Всесвітнього дня Руху заради здоров'я, 13 травня 2024 р., Чернівці. Чернівці : ЧНУ ім. Юрія Федьковича, 2024. С. 7–10. URL: https://health.gov.ua/wp-content/uploads/2024/05/13-05_2024-movement-for-health-is-the-science-of-the-future-round-table-proceedings.pdf (дата звернення: 15.11.2017).

15. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Рівні тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Фізична культура в закладах освіти: стан і перспективи розвитку* : зб. тез доп. 5 регіональної наук.-практ. конф., 24-26 травня 2024 р., Івано-Франківськ. Івано-Франківськ : ПНУ ім. Василя Стефаника, 2024. С. 91–94. URL: https://ktmfks.cnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/99/2024/06/tezy_2024_merged.pdf (дата звернення: 10.09.2024).

16. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Компоненти якості життя та їх взаємозалежність із руховою активністю у внутрішньо переміщених жінок першого зрілого віку. *Фізична активність і якість життя людини* : зб. тез доп. 8 міжнар. наук.-практ. конф., 13-14 червня 2024 р., Луцьк. Луцьк : ВНУ ім. Лесі Українки, 2024. С. 102–103. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/26259/1/voitovych_tezy.pdf (дата звернення: 10.09.2024).

17. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Рух для здоров'я – наука майбутнього* : матеріали 2 Всеукр. кругл. столу приуроч. відзначення Дня науки в Україні та Всесвітнього дня Руху заради здоров'я, 12 травня 2025 р., Чернівці. Чернівці : ЧНУ ім. Юрія Федьковича, 2025. С. 7–10.

URL: <https://drive.google.com/file/d/19ZxU5onLZ4qly9jGIkDk9IuQ2lySvyAB/view> (дата звернення: 15.10.2025).

18. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Ефективність програми корекції психофізичного стану внутрішньо переміщених жінок зрілого засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Молодь та олімпійський рух* : зб. тез доп. 18 міжнар. конф. молодих вчених, 22 травня 2025 р., Київ. К. : НУФВСУ, 2025. С. 167–168. URL: https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/zbirnyk_tez_molod_hviii_traven_2025_nufvsu_0.pdf (дата звернення: 05.08.2025).

19. Андреева О., Дутчак М., Благій О. Теоретичні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності різних груп населення. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2020. № 2. С. 59–66. DOI: <https://doi.org/10.32652/tmfvs.2020.2.59-66>.

20. Андреева О. В., Кенсицька І. Л., Хрипко І., Івчатова Т. Вплив програми занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю на резильєнтність здобувачів вищої освіти в умовах війни. *Науковий часопис УДУ ім. Михайла Драгоманова. Серія 15. Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2025. Вип. 2 (187). С. 9–14. DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.02\(187\).01](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.02(187).01).

21. Андреева О., Мальцев Д., Бишевець Н., Ужвенко В. Вплив занять зимовими видами рекреації в умовах розважальних центрів на показники благополуччя та якості життя сімей з дітьми. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2022. № 4. С. 21–26. DOI: <https://doi.org/10.32652/tmfvs.2022.4.21-26>.

22. Андреева О. В. Теоретико-методологічні засади рекреаційної діяльності різних груп населення : автореф. дис. ... д-ра наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02. К. : НУФВСУ, 2014. 44 с.

23. Апанасенко Г. Л. Валеологія. *ЕСУ* / за ред. І. М. Дзюба та ін. ; НАН України. К. : Ін-т енциклопедичних досліджень НАН України, 2005, оновл. 2023. URL: <https://esu.com.ua/article-32973> (дата звернення: 15.11.2017).

24. Апанасенко Г. Л., Волгіна Л. Н., Бушуєв Ю. В. Експрес-скринінг рівня соматичного здоров'я дітей та підлітків : метод. рекомендації. К., 2000. С. 12–15.
25. Апанасенко Г. Л. Валеологія чи Медицина 4Р? Як уникнути інфаркту, інсульту та діабету. К.: Медкнига, 2020.
26. Афанасьєв С., Демідова О., Мітова О. Використання обладнання TRX в процесі проведення фізкультурно-оздоровчих занять з жінками першого періоду зрілого віку. *Науковий часопис УДУ ім. Михайла Драгоманова. Серія 15. Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2023. Вип. 2 (160). С. 48–54. URL: <https://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/40121> (дата звернення: 01.11.2022).
27. Баженов Є. В. Функціонування та розвиток громадського сектору в системі оздоровчо-рекреаційної рухової активності державних службовців : автореф. дис. ... канд. наук з фіз виховання і спорту : 24.00.01. К. : НУФВСУ, 2016. 20 с.
28. Базилевич Н., Гордієнко О., Лой Б., Кусай А. Вплив занять пілатесом на морфо-функціональний стан жінок другого зрілого віку. *Теорія і практика фіз. культури і спорту*. 2023. № 3. С. 37–45. DOI: <https://doi.org/10.31470/2786-6424-1/2023-37-45>.
29. Базиліук Т. А., Борисюк М. В., Пінчук Н. І. Ставлення студенток до нових форм занять з фізичного виховання. *Актуальні питання освіти, спорту та здоров'я у вищих навчальних закладах* : матеріали 2 міжвуз. наук.-практ. конф. Донецьк : ДонДУУ, 2013. С. 3–10.
30. Белікова Н., Індика С., Цьось А., Ващук Л. Якість життя населення, яке постраждало від військових дій. *Phys. educ. sport and health culture in modern society*. 2022. № 1 (57). С. 3–9. DOI: <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2022-01-03-09>.
31. Беляк Ю. І. Класифікація та методичні особливості засобів оздоровчого фітнесу. *Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фіз.*

виховання і спорту. 2014. № 11. С. 3–8.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/PPMB_2014_11_3 (дата звернення: 15.11.2022).

32. Беляк Ю. І. Спосіб інтегральної оцінки фізичного фітнесу жінок зрілого віку. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасн. сусп-ві.* 2012. № 4. С. 244–247.

33. Беляк Ю. І. Фізичний стан жінок зрілого віку та його динаміка під впливом занять оздоровчим фітнесом. *Спортивна медицина.* 2014. № 1. С. 80–86.

34. Бишевец Н. Г., Денисова Л. В. Функціональний стан майбутніх учителів фізичної культури в процесі застосування інформаційних технологій навчання. *Молодіжний науковий вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фіз. виховання і спорт.* 2015. Вип. 20. С. 27–31.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mnv_2015_20_7 (дата звернення: 01.08.2023).

35. Білецька В. В., Бондаренко І. Б. Фізичне виховання. Оздоровчий фітнес : практикум. К. : НАУ, 2013. 52 с.

36. Богдановська Н. В. Караулова С. І., Кальонова І. В. Особливості динаміки функціонального стану системи зовнішнього дихання спортсменів у процесі адаптації до фізичних навантажень. *Вісник ЧНПУ ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Пед. науки. Фіз. виховання та спорт.* 2013. Вип. 112 (1). С. 55–58.
URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuPN_2013_112%281%29__13 (дата звернення: 01.08.2023).

37. Боднар І. Р. Інтегративне фізичне виховання школярів різних медичних груп : монографія. Л. : ЛДУФК, 2014. 315 с.

38. Боднар І., Павлова Ю., Софінський Р. Фізична активність і здоров'я внутрішньо переміщених осіб: особливості, зміни та перешкоди. *Вісник Прикарпат. ун-ту. Серія: Фіз. культура.* 2025. № 45. С. 19-27. DOI: <https://doi.org/10.15330/fcult.45.19-27>.

39. Боровик О. Диференційований підхід в процесі фізкультурно-оздоровчих занять у жінок з урахуванням спадкових чинників : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту : 24.00.02. К. : НУФВСУ, 2012. 21 с.
40. Булатова М. М., Литвин О. Здоров'я і фізична підготовленість населення України. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2004. № 1. С. 3–9.
41. Булич Е. Г., Мурахов І. В. Валеологія. *Теоретичні основи валеології* : навч. посіб. К. : ІЗМН, 1997. 224 с.
42. Волосюк А. Компоненти якості життя внутрішньо переміщених жінок з низьким рівнем рухової активності. *Молодь та олімпійський рух* : зб. тез доп. 17 міжнар. конф. молодих вчених, 7 травня 2024 р., Київ. К. : НУФВСУ, 2024. С. 211–212. URL: https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/zbirnyk_tez_dopovidey_xvii_molod_ta_olimpiyskyy_ruh_13_05_24.pdf (дата звернення: 20.09.2023).
43. Глобальні рекомендації щодо фізичної активності та здоров'я / пер. Медичний центр фізичної терапії та медицини болю «Інново». [Б. м. : б. в.], 2016. 60 с. URL: <https://repository.ldufk.edu.ua/bitstreams/dc7c15de-96fe-4e59-bc86-5a9c673c1266/download> (дата звернення: 20.09.2023).
44. Гакман А. В., Байдюк М. Ю. Закордонний досвід рекреаційно-оздоровчої діяльності у рамках дозвілля з людьми похилого віку. *Молодий вчений*. 2017. Т. 3, № 43. С. 116–120.
45. Гакман А. В., Дудіцька С. П., Первухіна С. Я. Особливості оздоровчих видів гімнастики для жінок зрілого віку в умовах пандемії COVID-19. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15. Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2021. Вип. 9 (140). С. 28–31. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/35622> (дата звернення: 20.10.2022).
46. Гакман А., Волосюк А. Особливості фізичного та психологічного станів внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми активізації рекреаційно-*

оздоровчої діяльності населення : зб. матеріалів 13 міжнар. наук.-практич. конф., 7-8 жовтня 2022 р.. Львів. Л. : ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2022. С. 24–27.

47. Гакман А., Андреева О., Волосюк А. Особливості психофізичного стану внутрішньо-переміщених осіб. *Молодіжна наука заради миру та розвитку* : зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 9-11 листопада 2022 р., Чернівці. Чернівці : ЧНУ ім. Ю. Федьковича, 2022. С. 485–489. URL: https://drive.google.com/drive/folders/1pkUUKn_HQeBSnkueerSCvn6MdE_Dfw3Bo (дата звернення: 14.07.2023).

48. Гакман А., Волосюк А. Особливості фізичного та психологічного станів внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення* : зб. матеріалів 13 міжнар. наук.-практ. конф., 7-8 жовтня 2022 р., Львів. Л. : ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2022. С. 24–27. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6092> (дата звернення: 05.01.2023).

49. Гальченко А. В. Психосоціальна дезадаптація у внутрішньо переміщених осіб (клініко-психопатологічні, патопсихологічні особливості та реабілітація) : дис. ... д-ра філософії : 222. Полтава : Полтавський ДМУ МОЗ України, 2021.

50. Гармаш А. Г. Дослідження основних антропометричних та функціональних показників жінок першого зрілого віку, які займаються оздоровчим функціональним фітнесом на першому етапі експерименту. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15 : Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2017. Вип. 6. С. 25–30. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2017_6_8 (дата звернення: 28.11.2023).

51. Гнатюк Н. О., Городецька О. В. Загальнонаукові методи дослідження. *Природничі науки і освіта* : зб. наук. праць природ.-геогр. ф-ту

УДПУ ім. П. Тичини / наук. ред. Р. А. Якимчук. Умань : Візаві, 2013. С. 98–99.
URL: <https://dspace.udpu.edu.ua/handle/6789/1751> (дата звернення: 24.03.2023).

52. Говсієвич А. Г., Іванов І. В. Особливості фізичного та функціонального стану жінок першого зрілого віку у системі оздоровчого тренування. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15 : Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. К. : Вид-во НПУ ім. М. П. Драгоманова, 2016. Вип. 5 (75). С. 30–33.

53. Гуляєва Л. П., Олійник А. А. Фінансовий стан жінок-внутрішньо переміщених осіб в Україні. *Проблеми сучасних трансформацій. Серія: економіка та управління*. 2023. № 8. DOI: <https://doi.org/10.54929/2786-5738-2023-8-08-03>.

54. Гурєєва А. М. Диференційований підхід у дозуванні фізичних навантажень у процесі фізичного виховання студенток різного рухового віку : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. вих. і спорту : 24.00.02. Дніпропетровськ, 2014. 21 с.

55. Дзьобак Р., Сидорко О. Здоров'я молоді – скарб нації. *Молода спортивна наука України*. 2008. Вип. 12, т. 4. С. 71–76.

56. Дорофєєва Т. І. Стандарти управління в розвитку фізичної культури і спорту : посібник. Х. : ХДАФК, 2021. 100 с.

57. Дроздова А. Соціально-психологічний супровід внутрішньо переміщених осіб : кваліфікаційна робота магістра : 231. Хмельницький : Хмельницьк. нац. ун-т., 2022. 96 с.

58. Дроздовська С. Б. Використання молекулярно-генетичних методів для дослідження особливостей м'язової діяльності та спадкової схильності у спорті. *Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фіз. виховання і спорту*. 2013. № 2. С. 11–16. DOI: <https://doi.org/10.6084/m9.figshare.639252>.

59. Дутчак М. В. Парадигма оздоровчої рухової активності: теоретичне обґрунтування і практичне застосування. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2015. № 2. С. 44–52.

60. Дутчак М., Баженков Є. Теоретичний аналіз дефініції "Оздоровчо-рекреаційна рухова активність". *Спортивна наука України*. 2015. № 5. С. 56–63. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/SNU_2015_5_11 (дата звернення: 20.05.2023).
61. Єдинак Г. А., Мисів В. М. Соматотип і фізичне здоров'я підлітків. *Вісник Прикарпат. ун-ту. Фізична культура*. 2013. Вип. 18. С. 3–9. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/vpnu_fiz_kult_2013_18_2 (дата звернення: 25.04.2023).
62. Єлізарова О. П. Психодіагностичні методики для оцінки емоційних станів особистості. К. : НПУ ім. М. Драгоманова, 2014.
63. Єракова Л. А., Томіліна Ю. І. Програмування фізкультурно-оздоровчих занять пілатесом для жінок першого періоду зрілого віку. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2017. № 2. С. 67–72.
64. Залойло І. В., Трачук С. В., Руденко А. М., Хрипко І. В. Вплив програми занять ментальним фітнесом на показники якості життя тимчасово переміщених жінок зрілого віку. *Науковий часопис УДУ ім. Михайла Драгоманова. Серія 15 : Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2024. Вип. 3 (175). С. 92–97. DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3\(175\).16](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.3(175).16).
65. Зінченко Н. М. Вплив занять аквафітнесом на фізіологічні показники жінок першого зрілого віку з надлишковою вагою. *Вісник ЧНПУ ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Пед. науки. Фіз. виховання та спорт*. 2016. № 136. С. 85–88.
66. Іващенко Л. Я., Благій О. Л. Фізичне виховання дорослого населення. Теорія і методика фізичного виховання : підручник / за ред. Т. Ю. Круцевич. К. : Олімпійська літ., 2008. С. 190–237.
67. Івчатова Т. В. Технологія корекції статури жінок першого зрілого віку з урахуванням індивідуальних особливостей геометрії мас тіла.

Педагогіка, психологія та мед.-біол. проблеми фіз. виховання і спорту. 2009. № 1. С. 75–78.

68. Імас Є., Андреева О., Кенсицька І., Хрипко І. Формування мотивації осіб зрілого віку до занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2019. Вип. 7, № 26. С. 64–73. DOI: <https://doi.org/10.31652/2071-5285-2019-7-26-64-73>.

69. Індика С. Я. Вплив фізичної активності на якість життя людини. *Науковий часопис УДУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15. Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2023. Вип. 12 (172). С. 96–100. DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2023.12\(172\).18](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2023.12(172).18).

70. Індика С., Белікова Н., Цьось А., Пастернак І. Прогнозування фізичної активності та якості життя працездатного населення. *Phys. Educ. Sport Health Culture in Modern Soc.* 2025. № 1 (69). С. 26–35. DOI: <https://doi.org/10.29038/2220-7481-2025-01-26-35>.

71. Інтерфакс-Україна. Майже 14 млн українців були змушені покинути свої домівки. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/general/831742.html> (дата звернення: 15.11.2022).

72. Інтерфакс-Україна. Уже майже 8% внутрішніх переселенців не мають наміру повертатися додому. URL: <https://ua.interfax.com.ua/news/general/842675.html> (дата звернення: 15.11.2022).

73. Іонов І. А., Комісова Т. Є., Дехтярьова О. О. *Фізіологія людини і тварин* : навч. посіб. Х., 2024. 444 с.

74. Карпучіна Ю. В. Вплив фітнес занять *fitsurves* на морфологічні показники у жінок різних вікових груп. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15. Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)*. 2019. Вип. 5К(113). С. 152–157. URL: <http://enpuir.npu.edu.ua/handle/123456789/26945> (дата звернення: 06.04.2023).

75. Карпюк Р. П. Стратегія підвищення якості вищої фізкультурної освіти. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасн. сусп-ві*. 2015. № 3. С. 21–24.

76. Кашуба В., Носова Н., Гончарова Н. «Фізкультурно-спортивна реабілітація» – сучасний тренд наукових досліджень. *Біомеханіка спорту, оздоровчої рухової активності, фіз. терапії та ерготерапії: актуальні проблеми, інноваційні проєкти та тренди* : матеріали 1 Всеукр. електрон. наук.-практ. конф. з міжнар. уч., 25 травня 2021 р., Київ. К. : НУФВСУ, 2021. С. 118–122.

77. Кашуба В. О., Попадюха Ю. А. Біомеханіка просторової організації тіла людини: сучасні методи та засоби діагностики і відновлення порушень : монографія. К. : Центр учбової літератури, 2018. 768 с.

78. Кашуба В. О., Футорний С. М., Афанасьєв С. М. Руденко Ю. В. Теоретико-методичні основи корекційно-профілактичних технологій у процесі занять оздоровчим фітнесом осіб зрілого віку з порушеннями просторової організації тіла. *Спортивна мед., фіз. терапія та ерготерапія*. 2021. № 2. С. 65–72. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/smed_2021_2_11 (дата звернення: 06.12.2022).

79. Кашуба В., Гончарова Н., Ткачова А. Теоретичні та практичні аспекти корекції порушень постави жінок зрілого віку з урахуванням типу тілобудови в процесі занять оздоровчим фітнесом. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2021. № 2. С. 40–50.

80. Кашуба В., Гончарова Н., Ткачова А., Прилуцька Т. Особливості тілобудови жінок першого зрілого віку, які займаються аквафітнесом. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2019. № 1. С. 97–104. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/svp_2019_1_13 (дата звернення: 15.11.2017).

81. Кашуба В., Ткачова А., Футорний С. Диференційований підхід при організації профілактико-оздоровчих занять з особами зрілого віку із урахуванням морфо-функціональних і біомеханічних показників. *Фізична*

культура, спорт та здоров'я нації : зб. наук. праць. Вінниця : ТОВ «Твори», 2023. Вип. 15 (34). С. 28–36. DOI: [https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-15\(34\)-28-36](https://doi.org/10.31652/2071-5285-2023-15(34)-28-36).

82. Коваленко Н. В., Осуховська О. С., Хаустова О. В. Аналіз взаємозв'язку якості життя та соціально-демографічних показників внутрішньо переміщених осіб. *Sciences of Europe*. 2021. № 71. С. 25–30.

83. Коваленко Н. В., Осуховська О. С., Хаустова О. О. Структурований феноменологічний аналіз розладів психіки та поведінки у внутрішньо переміщених осіб. *Scientific trends: modern challenges : collective monograph / compiled by V. Shpak*. California : GS Publishing Services, 2021. Vol. 1. P. 107–114.

84. Ковальова Н. В., Дмитрів Р., Коваленко К. А., Ковальов В. Рівень рухової активності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Науковий часопис УДУ ім. Михайла Драгоманова. Серія 15. Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2024. Вип. 6 (179). С. 121–125. DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.6\(179\).23](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.6(179).23).

85. Ковальова Н. В., Єременко Н. П., Ковальов В., Садовський О. Побудова програми «Wellness» для корекції фігури жінок першого зрілого віку. *Науковий часопис УДУ ім. Михайла Драгоманова. Серія 15. Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2024. Вип. 2 (174). С. 76–81. DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.2\(174\).18](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.2(174).18).

86. Ковальова Н. В., Єременко Н. П., Ужвенко В. А. Сучасні проблеми формування мотивації жінок до занять оздоровчо-рекреаційною руховою активністю в умовах карантинних обмежень. *Науковий часопис УДУ ім. Михайла Драгоманова. Серія 15. Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2022. Вип. 7(152). С. 66–70. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.7\(152\).16](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2022.7(152).16).

87. Ковальчук Н. М., Санюк В. І. Загальнорозвивальні вправи та їх конструювання : навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. Луцьк : “Вежа”, 2007. 104 с.
88. Козерук Ю. В., Євсейчик Я. О. Самооцінка як фактор становлення особистості студента. *Вісник ЧНПУ ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Пед. науки. Фіз. виховання та спорт.* 2015. Вип. 124. С. 163–165.
89. Козій Т. П., Тарасова О. О. Вплив фізичних навантажень під час занять аквааеробікою та шейпінгом на динаміку антропометричних показників жінок. *Вісник ЧНПУ ім. Т. Г. Шевченка. Серія: Пед. науки. Фіз. виховання та спорт.* 2012. С. 96–101.
90. Котов В. О., Масляк І. П. Вплив вправ бодіфітнесу на показники фізичного здоров'я та фізичної працездатності жінок молодого та середнього віку. Харків, 2008. 17 с.
91. Круцевич Т. Ю. Теорія і методика фізичного виховання. Т. 1. Загальні основи теорії і методики фізичного виховання. К., 2018. 392 с.
92. Круцевич Т. Ю., Воробйов М. І., Безверхня Г. В. Контроль у фізичному вихованні дітей, підлітків і молоді : навч. посіб. К. : Олімпійська літ., 2011. 224 с.
93. Круцевич Т., Трачук С. Нормативні основи сучасної системи фізичного виховання різних груп населення України. *Спортивний вісник Придніпров'я.* 2022. № 2. С. 57–63.
94. Круцевич Т., Андреева О. Теоретичні основи дослідження фізичної рекреації як наукова проблема. *Спортивний вісник Придніпров'я.* 2013. № 1. С. 5–13. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/svp_2017_1_34 (дата звернення: 25.12.2022).
95. Круцевич Т. Ю., Саїнчук М. М., Підлетьчук Р. В. Наслідки політики девальвації фізичної підготовки у фізичному вихованні освітніх закладів України для громадян і держави. *Науковий часопис НПУ ім. М. П.*

Драгоманова. Серія 15: Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт). 2018. Вип. 2 (96). С. 51–55.

96. Кутек Т. Б. Підвищення фізичної підготовленості студенток, які проживають в умовах радіаційного забруднення : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту. Л. : ЛДІФК, 2001. 21 с.

97. Луковська О. Л., Сологубова С. В. Особливості довгострокового планування у жіночому фітнесі. *Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту*. 2005. № 20. С. 50–58.

98. Луковська О. Л., Сологубова С. В. Фактори морфофункціонального стану організму жінок першого зрілого віку, значущі для побудови кондиційного тренування. *Педагогіка, психологія та мед.-біол. пробл. фіз. виховання і спорту*. 2011. № 5. С. 46–50.

99. Лядська О., Самошкін В. Вплив занять оздоровчим фітбол-тренінгом на фізичну підготовленість жінок першого зрілого віку. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2009. № 2-3. С. 48–51.

100. Лядська О., Ряпасова Н. Вплив оздоровчих занять за системою "Пілатес" та елементів програми "Пор де бра" на розвиток функції рівноваги у жінок другого зрілого віку. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2014. № 2. С. 86–89.

101. Магльований А., Кунинець О. Концептуальна основа подання здоров'я людини, як системи. *Реабілітаційні та фізкультурно-рекреаційні аспекти розвитку людини*. 2017. № 2. С. 38–44. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/rehrec_2017_2_9 (дата звернення: 25.11.2022).

102. Мазіна Н. Е. Соціально-економічна адаптація внутрішньо переміщених осіб: підходи до виміру. *Вісник Маріупольського держ. ун-ту. Серія: Філософія, культурологія, соціологія*. 2016. № 12. С. 131–138.

103. Маслюк А. М. Вплив емоційних станів на розвиток особистості. *Психологічний часопис*. 2017. № 2. С. 57–69. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/psch_2017_2_7 (дата звернення: 15.11.2023).

104. Масляк І. П., Криворучко Н. В., Слободянюк Ю. В. Фізичний розвиток здобувачів освіти 1-2 курсів закладів фахової передвищої освіти. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія № 15. Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2021. Вип. 11 (143) 21. С. 92–95. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.11\(143\).19](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2021.11(143).19).
105. Міністерство соціальної політики, сім'ї та єдності України. URL: <https://www.msp.gov.ua/> (дата звернення: 25.11.2022).
106. Мосейчук Ю. Ю., Мороз О. О. Вплив рекреаційно-оздоровчих занять по системі хатха-йоги на показники фізичного та психоемоційного стану жінок першого зрілого періоду. *Молодий вчений*. 2017. Т. 43, № 3.1. С. 218–220. URL: <https://www.researchgate.net/publication/317888863> (дата звернення: 23.12.2022).
107. Москаленко Н., Пічурін В. Аналіз фізичної підготовленості студентів. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2017. № 3. С. 97–100.
108. Міжнародна організація з міграції ООН. 2024. URL: <https://ukraine.iom.int/uk/dani-ta-resursy> (дата звернення: 23.12.2022).
109. Міхеєнко О. І. Особиста відповідальність за стан свого здоров'я як стратегічний принцип оздоровчої практики. *Загальна теорія здоров'я та здоров'язбереження* : кол. монографія / за заг. ред. проф. Ю. Д. Бойчука. Х. : Вид. Рожко С. Г., 2017. С. 238–244.
110. Наконечна А. В. Показники фізичного стану жінок другого зрілого віку, які займаються за системою Дж. Пілатеса. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасн. сусп-ві*. 2012. № 3. С. 233–236.
111. Наугольник Л. Б. Психологія стресу : підручник. Л. : Львівський держ. ун-т внутрішніх справ, 2015. 324 с.
112. Національна стратегія з оздоровчої рухової активності в Україні на період до 2025 року. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/42/2016> (дата звернення: 11.01.2023).

113. Недря К. М., Трубавіна С. М., Чередниченко О. Ю. Соціальна робота з внутрішньо переміщеними особами в Україні. *Суспільство і особистість у сучасному комунікаційному дискурсі* : матеріали 4 Всеукр. наук.-практ. конф., 2 листопада 2022 р., Запоріжжя. Запоріжжя, 2022. С. 40–43.
114. Носко М. О., С. В. Гаркуша, О. М. Воеділова. Здоров'язбережувальні технології у фізичному вихованні : монографія. К. : СПД Чалчинська Н. В., 2014. 300 с.
115. Опришко Н. Розробка профілактично-оздоровчих програм для жінок другого зрілого віку для підвищення рівня їх рухової функції. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2011. № 2. С. 69–71.
116. Особистісний опитувальник Айзенка, ЕРІ (варіант А). Testoteka.info. URL: <https://testoteka.info/uk/test/typo/eysenck> (дата звернення: 10.10.2022).
117. Павлова Ю. О. Концептуальні засади використання оздоровчо-рекреаційних технологій для поліпшення якості життя населення (на прикладі осіб літнього віку). *Вісник Чернігівського НПУ. Серія: Пед. науки*. 2017. Вип. 143. С. 300–303. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/VchdpuP_2017_143_64 (дата звернення: 16.11.2022).
118. Павлова Ю. О. Оздоровчо-рекреаційні технології та якість життя людини : монографія. Л : ЛДУФК, 2016. 356 с.
119. Павлова Ю. О. Теоретико-методичні засади забезпечення якості життя різних груп населення з використанням оздоровчо-рекреаційних технологій : дис. ... д-ра наук з фіз. виховання і спорту. Л. : ЛДУФК, 2016. 522 с.
120. Песоцька Ю. Соціальна реабілітація та соціальна адаптація внутрішньо переміщених осіб. *Social Work and Education*. 2022. Т. 9, № 1. С. 232–238. URL: <https://dtm.iom.int/sites/g/files/tmzbd11461/files/> (дата звернення: 16.05.2023).

121. Петришин Ю., Дацків П. Показники рівня фізичної підготовленості учнів середнього шкільного віку. *Спортивна наука України*. 2014. Т. 1, № 59. С. 3–7.
122. Півень С. М. Фізіологія обміну речовин і енергії. Терморегуляція : навч. посіб. Суми : Сумський держ. ун-т, 2020. 85 с.
123. Пілатес Дж. Х., Міллер У. Дж. Повернення до життя через Контрологію Пілатеса. К. : «Самміт-Книга», 2021. 168 с.
124. Подорожний В. Г. Соціально-психологічні особливості особистісного відчуження людей похилого віку : дис. ... канд. психол. наук. Вінниця, 2021. 246 с. URL: <https://www.vspu.edu.ua/content/graduate/doc/a14dis.pdf> (дата звернення: 15.11.2023).
125. Приступа Є. Н., Жданова О. М., Линець М. М. Фізична рекреація : навч. посіб. Л. : ЛДУФК, 2010. 240 с.
126. Рибалко Л. М., Жамардій В. О., Замахін А. Л. Подолання посттравматичних стресових розладів в умовах правового режиму воєнного стану. *Rehabilitation and Recreation*. 2024. Т. 18, № 3. С. 189–201. DOI: <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2024.18.3.17>.
127. Романчук О. П., Долгієр Є. В. Фізичний стан жінок середнього віку з урахуванням стажу занять аеробної спрямованості. *Слобожанський науково-спорт. вісник*. 2016. Т. 2, № 52. С. 101–106.
128. Романчук С. В., Петрук А. П., Биков Р. Г. Активізація навчального процесу з фізичного виховання студентів щодо впровадження здоров'я збережувальних методик. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15: Наук.-пед.проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2015. Вип. 5(1). С. 215–218. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2015_5\(1\)_70](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2015_5(1)_70) (дата звернення: 15.11.2022).
129. Рядова Л. О., Рожков В. О., Корчагін М. В., Мкртічян О. А. Дослідження показників розвитку деяких фізичних якостей у здобувачів

закладів вищої освіти. *Rehabilitation and Recreation*. 2023. № 14. Р. 226–235. DOI: [10.32782/2522-1795.2023.14.27](https://doi.org/10.32782/2522-1795.2023.14.27).

130. Савлюк С., Ваколюк А., Семенович С., Бутенко Т. Цілеспрямована зміна морфологічних показників тіла осіб зрілого віку у процесі занять ментальним фітнесом. *Вісник Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка. Фіз. виховання, спорт і здоров'я людини*. 2020. № 17. С. 64–68. DOI: <https://doi.org/10.32626/2309-8082.2020-17.64-68>.

131. Самошкін В. В., Лядська О. Ю., Денісенко Н. М., Ряпасова Н. Ю. Корекція статури жінок другого зрілого віку. *Вісник Чернігівського НПУ ім. Т. Г. Шевченка*. 2014. № 118. С. 266–270.

132. Синиця Т. Визначення провідних мотивів жінок першого періоду зрілого віку до відвідування занять з оздоровчої аеробіки. *Теорія і методика фіз. виховання і спорту*. 2016. № 1. С. 53–56. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/TMFVS_2016_1_12 (дата звернення: 04.02.2025).

133. Синиця Т. О. Корекція фізичного стану жінок першого зрілого віку засобами оздоровчої аеробіки та ментального фітнесу : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту. Л. : ЛДУФК, 2019. 23 с.

134. Скрипченко О. В., Долинська Л. В., Огороднійчук З. В. Вікова та педагогічна психологія : навч. посіб. К. : Просвіта, 2001. 416 с.

135. Сотник Ж., Романова В. Аналіз сучасних педагогічних технологій, які застосовуються у процесі занять оздоровчим фітнесом з жінками першого періоду зрілого віку. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2014. Вип. 18(1). С. 285–290. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fkszn_2014_18\(1\)_55](http://nbuv.gov.ua/UJRN/Fkszn_2014_18(1)_55) (дата звернення: 12.02.2024).

136. Співак І. Я. Методи та засоби наукових досліджень в інженерії програмного забезпечення: опорний конспект лекцій. Тернопіль : ТНЕУ, 2012. 79 с.

137. Степанова І., Плошинська А., Черевко С. Особливості психофізичного стану студентів, які постраждали під час проведення

антитерористичної операції. *Спортивний вісник Придніпров'я*. 2022. № 1. С. 140–150. DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.9\(182\).39](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2024.9(182).39).

138. Строган Д. О., Стрикаленко Є. А., Шалар О. Г. Фізична підготовка жінок засобами пружинячих черевиків "Kangoos Jumps". *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15 : Наук.-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2017. Вип. 5К. С. 331–336. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2017_5K_86 (дата звернення: 12.02.2024).

139. Товт В. А., Сусла В. Я. Рухова активність як фактор профілактики шкідливих звичок у студентів. *Науковий вісник Ужгородського ун-ту. Серія : Педагогіка. Соц. робота*. 2018. Вип. 1. С. 373–377. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nvuuped_2018_1_83 (дата звернення: 12.02.2024).

140. Томенко О., Горюк П., Слобожанінов А. Особливості рекреаційно-оздоровчої діяльності у структурі дозвілля осіб похилого віку. *Вісник Кам'янець-Подільського нац. ун-ту ім. Івана Огієнка. Фіз. виховання, спорт і здоров'я людини*. 2020. № 17. С. 80–84. DOI: <https://doi.org/10.32626/2309-8082.2020-17.80-84>.

141. Томіліна Ю. Аналіз конкурентних переваг фітнес-клубу для жінок першого періоду зрілого віку. *Молодіжний науковий вісник Східноєвроп. нац. ун-ту ім. Лесі Українки. Фіз. виховання і спорт*. Луцьк, 2019. Вип. 35. С. 34–30.

142. Томіліна Ю. І. Програмування занять пілатесом з жінками першого зрілого віку : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання і спорту. К. : НУФВСУ, 2017. 24 с.

143. Тріщинська М. А., Галушко О. А., Кононов О. Є. Особливості ведення пацієнтів із болем у нижній частині спини. *Журнал неврології ім. Б. М. Маньковського*. 2021. Т. 9, № 1/2. С. 56–76. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/jorn_2021_9_1-2_9 (дата звернення: 05.04.2025).

144. Трубавіна І. М. Проблеми внутрішньо переміщених осіб в Україні як основа соціально-педагогічної роботи з ними. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2015. № 8. С. 434–446. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/pednauk_2015_8_53 (дата звернення: 11.12.2022).
145. Федашко Т., Семенов Н. Забезпечення соціальним житлом внутрішньо переміщених осіб в умовах воєнного часу. 2022. 180 с.
146. Футорний С. М., Маслова О. В., Пижов О. М., Шахліна Л. Г. Світовий досвід впливу війни та повоєнного відновлення на систему освіти громадського здоров'я: огляд літератури. *Спортивна медицина, фізична терапія та ерготерапія*. 2025. № 1. С. 116–123. DOI: <https://doi.org/10.32782/spmed.2025.1.17>.
147. Футорний С., Ужвенко В., Ковальчук Д., Домашенко Н. Діалектичні наслідки війни у фізичному та психологічному станах жінок зрілого віку. *Спортивна медицина, фіз. терапія та ерготерапія*. 2024. Вип. 1. С. 145–150. DOI: <https://doi.org/10.32652/spmed.2024.1.145-150>.
148. Хаустова О. О., Коваленко Н. В. Аналіз психопатологічних особливостей розладів психіки та поведінки у вимушених переселенців. *Архів психіатрії*. 2016. Т. 22, № 1. С. 17–21. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/apsuh_2016_22_1_5 (дата звернення: 20.11.2022).
149. Хаустова О. О., Коваленко Н. В. Актуальні проблеми життя і порушення психічного здоров'я внутрішньо переміщених осіб. *Архів психіатрії*. 2015. Т. 21, № 2(81). С. 42–46.
150. Хрипко І. В., Довгич О. О., Садовський О. О., Жовтенко Є. О. Ефективність персональних фітнес-програм у корекції маси тіла клієнток віком 21-35 років. *Педагогічна академія: наукові записки*. 2025. № 23. URL: <http://pedagogical-academy.com/index.php/journal/article/view/1369> (дата звернення: 05.04.2025).
151. Червоношапка М. О., Шутка Г. І., Гнип І. Я. Вплив занять з bellydance-фітнесу на функціональні можливості м'язів тулуба у жінок

першого періоду зрілого віку. *Науковий часопис НПУ ім. М. П. Драгоманова. Серія 15 : Науково-пед. проблеми фіз. культури (фіз. культура і спорт)*. 2020. Вип. 4. С. 93–96. URL: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Nchnpu_015_2020_4_20 (дата звернення: 25.10.2022).

152. Чорна В. В. Реформування охорони здоров'я для зміцнення психічного здоров'я населення України та досвід країн ЄС. *Вісник Вінницького нац. мед. ун-ту*. 2020. Т. 24, № 3. С. 469–478. URL: <https://reports-vnmedical.com.ua/index.php/journal/issue/view/21> (дата звернення: 05.04.2025).

153. Шишкіна О. М., Бейгул О. І., Муллагільдїна А. Я. Позитивні зміни у психоемоційному стані жінок при застосуванні фітнес-аеробіки. *Вісник Чернігівського НПУ. Серія: Пед. науки. Фіз. виховання та спорт*. 2015. Вип. 129(3). С. 345–348.

154. Шиян О. І. Державна освітня політика України з питань забезпечення здорового способу життя молоді : автореф. дис. ... д-ра наук з держ. управління : 25.00.01. К. : Нац. акад. держ. управління при президентові України, 2012. 38 с.

155. Ahn Y. D., Shin J.-H. A study on the differences in senior fitness levels for health life in elderly women. *J. Korea Ent. Ind. Assoc.* 2019. Vol. 13, № 8. P. 367–375. DOI: <https://doi.org/10.21184/jkeia.2019.12.13.8.367>.

156. Anderson L. R., Monden C. W. S., Bukodi E. Stressful life events, differential vulnerability, and depressive symptoms: critique and new evidence. *J. Health Soc. Behav.* 2022. Vol. 63, № 2. P. 283–300. DOI: <https://doi.org/10.1177/00221465211055993>.

157. Andreeva O., Hakman A., Balatska L. Factors which determine the involvement of elderly people in health and recreational physical activity. *The 6 th ed. international scientific conf. "Trends and perspectives in physical culture and sports"*, 26th-27th of May 2016, Suceava. Suceava : University "Ștefan cel Mare", 2016. P. 41–46.

158. Andrieieva O., Hakman A., Kashuba V., Vasylenko M. Effects of physical activity on aging processes in elderly persons. *J. Phys.Educ. Sport.* 2019. Vol. 19, № 4. P. 1308–1314.

159. Andrieieva O., Byshevets N., Kashuba V., Hakman A. Changes in physical activity indicators of Ukrainian students in the conditions of distance education. *Phys. Rehab. Recreat. Health Tech.* 2023. Vol. 8, № 2. P. 75–81. DOI: [https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8\(2\).01](https://doi.org/10.15391/prrht.2023-8(2).01).

160. Andrieieva O., Byshevets N., Vindyk A., Stepanuk V. Prediction of quality of life parameters among university students for the optimization of health-enhancing recreational programs. *Phys. Rehab. Recreat. Health Tech.* 2025. Vol. 10, № 5. P. 310–318. DOI: [https://doi.org/10.15391/prrht.2025-10\(5\).01](https://doi.org/10.15391/prrht.2025-10(5).01).

161. Andrieieva O., Hakman A., Volosiuk A. Jakość życia i stan psychoemocjonalny kobiet w okresie wczesnej dorosłości, jako osób wewnątrznie przemieszczonych. *Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення* : матеріали 14 міжнар. наук.-практ. конф., 10-11 травня 2024 р., Львів. Л. : ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2024. С. 175–178. URL: <https://repository.ldufk.edu.ua/items/d5a8a8b1-5178-49df-9843-7d8ef8152c89> (date of access: 10.08.2024).

162. Antunes E. P., Prado W. L., Canhin D. Relationship of lifespan physical activity engagement with quality of life in community-dwelling adults: a retrospective study. *Health Sci. Rep.* 2025. Vol. 8, № 8. Art. e71153. DOI: <https://doi.org/10.1002/hsr2.71153>.

163. Ay-Woan P., Sarah C., Lyinn C., Tsy-Jang C. Quality of life in depression: predictive models. *Qual. Life Res.* 2006. Vol. 15, № 1. P. 39–48. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11136-005-0381-x>.

164. Ayşe Şafak-Ayvazoğlu, Filiz Kunuroglu, Kutlay Yağmur. Psychological and socio-cultural adaptation of Syrian refugees in Turkey. *Int. J. Intercultural Relat.* 2021. Vol. 80. P. 99–111. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijintrel.2020.11.003>.

165. Babey S. H., Hastert T. A., Brown E. R. Physical activity among adolescents: When do parks matter? *Am. J. Prev. Med.* 2008. Vol. 34, № 4. P. 345–348. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2008.01.020>.

166. Barabasz Z., Zadarko E., Shyyan V. Analiza poziomu wytrzymałości krążeniowo-oddechowej studentów uniwersytetów lwowskich na tle badań populacyjnych młodzieży akademickiej z Polski i Słowacji. *Фізична активність, здоров'я і спорт*. 2011. Т. 4, № 6. С. 66–73.

167. Bize R., Johnson J. A., Plotnikoff R. C. Physical activity level and health-related quality of life in the general adult population : a system. rev. *Prev. Med.* 2007. Vol. 45, № 6. P. 401–415. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.yjmed.2007.07.017>.

168. Bouchard C., Blair S. N., Haskell W. L. Physical activity and health. Champaign, IL : Human Kinetics, 2012. 456 p.

169. Bouchard C. Overcoming barriers to progress in exercise genomics. *Exerc. Sport Sci. Rev.* 2011. Vol. 39, № 4. P. 212–217. DOI: <https://doi.org/10.1097/JES.0b013e31822643f6>.

170. Brown T. M., Cueto M., Fee E. The World Health Organization and the transition from “international” to “global” public health. *Am. J. Public Health.* 2006. Vol. 96, № 1. P. 62–72. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2004.050831>.

171. Bull F. C., Al-Ansari S. S., Biddle S., Borodulin K. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *Br. J. Sports Med.* 2020. Vol. 54, № 24. P. 1451–1462. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>.

172. Childs E., de Wit H. Regular exercise is associated with emotional resilience to acute stress in healthy adults. *Front. Physiol.* 2014. Vol. 5. Art. 161. DOI: <https://doi.org/10.3389/fphys.2014.00161>.

173. Cho Y., Lee J. K., Kim D. H., Park J. H. Factors associated with quality of life in patients with depression: a nationwide population-based study. *PLoS ONE*.

2019. Vol. 14, № 7. Art. e0219455. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0219455>.

174. Coakley J. J., Donnelly P. Sports in Society: issues and controversies. New York : McGraw-Hill Education, 2014. 576 c.

175. Cohen, D. A., Ashwood, J. S., Scott, M. M. Public parks and physical activity among adolescent girls. *Pediatrics*. 2006 Nov. Vol. 118, № 5. P. 1381–1389. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2006-1226>.

176. Cox J. L. Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression. *Br. J. Psychiatry*. 1987 Jun. Vol. 150. P. 782–786. DOI: <https://doi.org/10.1192/bjp.150.6.782>.

177. Dalleck L. C. The ACSM exercise intensity guidelines for cardiorespiratory fitness: Why the misuse? *J. Exerc. Phys. Online*. 2008. Vol. 11, № 4. P. 1–11.

178. Dawes J., Rogans-Watson R., Broderick J. You can change your life through sports – physical activity interventions to improve the health and well-being of adults experiencing homelessness : a mixed-methods system. rev. *Br. J. Sports Med*. 2024 Apr. Vol. 58, № 8. P. 444–458. DOI: <https://doi.org/10.1136/bjsports-2023-107562>.

179. Department of Health, Education, and Welfare. A common thread of service: an historical guide to HEW. DHEW Publication No. (OS) 73-45. July 1, 1972. Archived from the original on February 14, 2014. URL: <https://aspe.hhs.gov/reports/common-thread-service> (date of access: 06.11.2023).

180. Diez Roux A. V., Evenson K. R., McGinn A. P., Brown D. G. Availability of recreational resources and physical activity in adults. *Am. J. Public Health*. 2007 Mar. Vol. 97, № 3. P. 493–499. DOI: <https://doi.org/10.2105/ajph.2006.087734>.

181. Drozdovska S., Andrieieva O., Yarmak O., Blagii O. Personalization of health-promoting fitness programs for young women based on genetic factors. *J.*

Phys. Educ. Sport. 2020. Vol. 20, № 1. P. 331–337. DOI: <https://doi.org/10.7752/jpes.2020.s1046>.

182. Effects of physical activity on patients with posttraumatic stress disorder: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials / Zhichao Yuan, Chenggen Peng, Linlin Yang, Houjin Chen et al. *Medicine (Baltimore)*. 2025. Vol. 104, № 3. Art. e41139. DOI: <https://doi.org/10.1097/md.00000000000041139>.

183. Elmadfa I., Weichselbaum E., Koenig J. European nutrition and health report 2004. *Ann. Nutr. Metabolism*. 2005. Vol. 48, № 58. P. 1–220.

184. Elmadfa I. European nutrition and health report 2004. *Forum Nutr.* 2005. Vol. 58. P. 1–220.

185. Feng C., Shi Z., Tian Y. A study of the relationship between leisure-time physical activity and residents' quality of life. *Curr. Psychol.* 2024. Vol. 43, № 26. P. 1–14. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12144-024-05990-x>.

186. Frank L., Kerr J., Chapman J., Sallis J. Urban form relationships with walk trip frequency and distance among youth. *Am. J. Health Promot.* 2007 Mar-Apr. Vol. 21, № 4. P. 305–311. DOI: <https://doi.org/10.4278/0890-1171-21.4s.305>.

187. Garber C. E., Blissmer B., Deschenes M. R. American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults: guidance for prescribing exercise. *Med. Sci. Sports Exerc.* 2011. Vol. 43, № 7. P. 1334–1359. DOI: <https://doi.org/10.1249/mss.0b013e318213fefb>.

188. Global Report on Internal Displacement. 2024 / The Internal Displacement Monitoring Centre. URL: <https://www.onlinelibrary.iihl.org/wp-content/uploads/2025/02/2024-IDMC-Global-Report-on-Internal-Displacement-GRID.pdf> (date of access: 10.04.2025).

189. Goldstein L. B., Whitsel L. P. American Heart Association and nonprofit advocacy: past, present, and future. A policy recommendation from the

American Heart Association. *Circulation*. 2011 Feb 22. Vol. 123. № 7. P. 816–832. DOI: <https://doi.org/10.1161/cir.0b013e31820a5528>.

190. Gordon-Larsen P., Nelson M. C., Page P., Popkin B. M. Inequality in the built environment underlies key health disparities in physical activity and obesity. *Pediatrics*. 2006 Feb. Vol. 117, № 2. P. 417–424. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2005-0058>.

191. Guthold R., Stevens G. A., Rile, L. M., Bull F. C. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants. *Lancet. Glob. Health*. 2018. Vol. 6, № 10. P. e1077–e1086. DOI: [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(18\)30357-7](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(18)30357-7).

192. Hakman A., Andrieieva O., Kashuba V., Dutchak M. Effect of recreational activities in urban parks on the overall condition of sedentary older adults. *J. Phys. Educ. Sport*. 2021. Vol. 21. P. 2864–2871. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/1614> (date of access: 06.05.2025).

193. Hakman A., Andrieieva O., Kashuba V., Omelchenko T. Technology of planning and management of leisure activities for working elderly people with a low level of physical activity. *J. Phys. Educ. Sport*. 2019. № 6. P. 2159–2166.

194. Hakman A., Volosiuk A., Hakman A. Predictors of the quality of life of internally displaced women of mature age. *Молодіжна наука заради миру та розвитку», присвячена Всесвітньому дню науки : зб. матеріалів міжнар. наук.-практ. конф., 8-10 листопада 2023 р., Чернівці. Чернівці : ЧНУ ім. Юрія Федьковича, 2023. С. 294–297. URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/8523> (date of access: 06.05.2024).*

195. He Y., Zheng Y., Xu C., Yang H. Sertraline hydrochloride treatment for patients with stable chronic obstructive pulmonary disease complicated with

depression : a random. control. trial. *Clin. Respir. J.* 2016 May. Vol. 10, № 3. P. 318–325. DOI: <https://doi.org/10.1111/crj.12219>.

196. Hofmann S. G., Curtiss J., Carpenter J. K., Kind S. Effect of treatments for depression on quality of life: a meta-analysis. *Cogn. Behav. Ther.* 2017 Jun. Vol. 46, № 4. P. 265–286. DOI: <https://doi.org/10.1080/16506073.2017.1304445>.

197. Holmes T. H., Rahe R. H. The Social readjustment rating scale. *J. Psychosom. Res.* 1967 Aug. Vol. 11, № 2. P. 213–218. DOI: [https://doi.org/10.1016/0022-3999\(67\)90010-4](https://doi.org/10.1016/0022-3999(67)90010-4).

198. Huang X., Chen Z., Liu X. The Relationship between physical activity and depression in college students : a system. rev. and meta-analysis. *Brain Sci.* 2025. Vol. 15, № 8. P. 875. DOI: <https://doi.org/10.3390/brainsci15080875>.

199. Ingrand I., Paccalin M., Liuu E., Gil R. Positive perception of aging is a key predictor of quality-of-life in aging people. *PLoS One.* 2018 Oct. Vol. 13, № 10. Art. e0204044. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204044>.

200. Institute of Medicine (US) and National Research Council (US) Committee on Childhood Obesity Prevention Actions for Local Governments. Local Government Actions to Prevent Childhood Obesity / eds. L. Parker, A. C. Burns, E. Sanchez. Washington (DC) : National Academies Press (US), 2009. PMID: 25032346.

201. Jin-Hee Park, Bae S. H., Jung Y. M. Validity and reliability of the Korean version of the menopause-specific quality of life. *J. Korean Acad. Nurs.* 2020 Jun. Vol. 50, № 3. P. 487–500. DOI: <https://doi.org/10.4040/jkan.20049>.

202. Johnson R. J., Antonaccio O., Botchkovar E., Hobfoll S. E. War trauma and PTSD in Ukraine's civilian population: comparing urban-dwelling to internally displaced persons. *Soc. Psychiatr. Psychiatr. Epidemiol.* 2022. Vol. 57, № 5. P. 1011–1023. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-021-02176-9>.

203. Kashuba V., Tomilina Y., Byshevets N. Impact of pilates on the intensity of pain in the spine of women of the first mature age. *Teoriâ ta Metodika*

Fizičnogo Vihovannâ. 2020. T. 20, № 1. P. 12–17. DOI: <https://doi.org/10.17309/tmfv.2020.1.02>.

204. Kashuba V. Impact of aquafitness training on physical condition of early adulthood women. *Phys. Educ. Theory Methodology*. 2021. Vol. 21, № 2. P. 152–157. DOI: <https://doi.org/10.17309/tmfv.2021.2.08>.

205. Kashuba V., Andrieieva O., Hakman A., Zukow W. Impact of aquafitness training on physical condition of early adulthood women. *Teoriâ ta Metodika Fizičnogo Vihovannâ*. 2021. Vol. 21, № 2. P. 152–157. DOI: <https://doi.org/10.17309/tmfv.2021.2.08>.

206. Kettunen O., Vuorimaa T., Vasankari T. A 12-month exercise intervention decreased stress symptoms and increased mental resources among working adults – results perceived after a 12-month follow-up. *Int. J. Occup. Med. Environ. Health*. 2015. Vol. 28, № 1. P. 157–168. DOI: <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.00263>.

207. Khan L. K., Sobush K., Keener D., Goodman K. Recommended community strategies and measurements to prevent obesity in the United States. *MMWR Recomm. Rep*. 2009. Vol. 58(RR-7). P. 1–26.

208. Kim E. S., Kubzansky L. D., Soo J., Boehm J. K. Maintaining healthy behavior: a prospective study of psychological well-being and physical activity. *Ann. Behav. Med*. 2017. Vol. 51, № 3. P. 337–347. DOI: <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9856-y>.

209. Kim S.-K., Shim J.-L., Han G.-S. The effect of mind-body exercise on sustainable psychological wellbeing focusing on pilates. *Sustainability*. 2019. Vol. 11, № 7. DOI: <https://doi.org/10.3390/su11071977>.

210. Knappe F., Filippou K., Hatzigeorgiadis A. The impact of an exercise and sport intervention on cognitive function and pain among forcibly displaced individuals at risk for PTSD: a secondary analysis of the SALEEM randomized controlled trial. *BMC Medicine*. 2024. Vol. 22, № 1. P. 387. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12916-024-03601-x>.

211. Kramer A. F., Erickson K. I., Colcombe S. J. Exercise, cognition, and the aging brain. *J. Appl. Physiol. (1985)*. 2006. Vol. 101, № 4. P. 1237–1242. DOI: <https://doi.org/10.1152/jappphysiol.00500.2006>.

212. Krutsevich T., Trachuk S., Ivanik O., Panhelova N. Assessment of a healthy lifestyle and quality of life of men and women in modern society based on SF 36. *Teoriâ ta Metodika Fizičnogo Vihovannâ*. 2021. Vol. 21, № 3. P. 211–218. DOI: <https://doi.org/10.17309/tmfv.2021.3.04>.

213. Kuznetsova I., Mikheieva O., Catling J., Round J. The mental health of internally displaced people and the general population in Ukraine. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5281/zenodo.2585564>.

214. Laban C. J., Komproe I. H., Gernaat H. B., de Jong J. T. The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc. Psychiatry. Psychiatr. Epidemiol.* 2008. Vol. 43, № 7. P. 507–515. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0333-1>.

215. Lagos-Gallego M., Gutierrez-Segura J. C., Lagos-Grisales G. J., Rodriguez-Morales A. J. Post-traumatic stress disorder in internally displaced people of Colombia: an ecological study. *Travel Med. Infect. Dis.* 2017. Vol. 16. P. 41–45. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2017.02.008>.

216. Lazarus R. Stress, appraisal, and coping : monography. New York, 1984. 445 p.

217. Lee S., Hong S. H., Song H. Y. Factors associated with health-related quality of life among older adults in rural south korea based on ecological model. *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* 2022. Vol. 19, № 12. P. 7021. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph19127021>.

218. Lee S., Jeong S., Choi Y. Effects of psychological well-being and depression on menopausal symptoms in middle-aged south korean women and the necessity of exercise. *J. Environ. Public. Health.* 2023. Vol. 2023. Art. 9804062. DOI: <https://doi.org/10.1155/2023/9804062>.

219. Liu R., Menhas R., Saqib Z. A. Does physical activity influence health behavior, mental health, and psychological resilience under the moderating role of quality of life? *Front. Psychol.* 2024. Vol. 15. Art. 1349880. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1349880>.

220. Mahmood S. S., Levy D., Vasan R. S., Wang T. J. The Framingham Heart Study and the epidemiology of cardiovascular disease: a historical perspective. *The Lancet.* 2014. Vol. 383, № 9921. P. 999–1008. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(13\)61752-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(13)61752-3).

221. Marquez D. X., Aguiñaga S., Vásquez P. M., Conroy D. E. A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Transl. Behav. Med.* 2020. Vol. 10, № 5. P. 1098–1109. DOI: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198>.

222. Marquez D. X., Aguiñaga S., Vásquez P. M., Conroy D. E. A systematic review of physical activity and quality of life and well-being. *Transl. Behav. Med.* 2020. Vol. 10, № 5. P. 1098–1109. DOI: <https://doi.org/10.1093/tbm/ibz198>.

223. McAuley E., Blissmer B., Katula J., Duncan T. E. Physical activity, self-esteem, and self-efficacy relationships in older adults: a randomized controlled trial. *Ann. Behav. Med.* 2000 Spring. Vol. 22, № 2. P. 131–139. DOI: <https://doi.org/10.1007/bf02895777>.

224. McDonald D., Maxwell H., Gholizadeh L. An exploration of physical activity, migrant women and leisure experiences. *Leisure Studies.* 2023. Vol. 42, № 3. P. 447–461. DOI: <https://doi.org/10.1080/02614367.2022.2134442>.

225. Mental Health in Ukraine: Displacement, Vulnerabilities and Support - Thematic Brief (November 2024) URL: <https://dtm.iom.int/reports/ukraine-mental-health-ukraine-displacement-vulnerabilities-and-support-november-2024> (date of access: 06.02.2025).

226. Meyer J., McDowell C., Lansing J., Brower C. Changes in physical activity and sedentary behavior in response to COVID-19 and their associations with

mental health in 3052 US Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020. Vol. 17, № 18. Art. 6469. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17196949>.

227. Monteiro A. M., Silva P., Forte P., Carvalho J. The effects of daily physical activity on functional fitness, isokinetic strength and body composition in elderly community-dwelling women. *J. Human Sport Exercise*. 2019. Vol. 14, № 2. DOI: <https://doi.org/10.14198/jhse.2019.142.11>.

228. Morina N., Akhtar A., Barth J., Schnyder U. Psychiatric disorders in refugees and internally displaced persons after forced displacement : a system. rev. *Front. Psychiatry*. 2018 Sep. Vol. 9. P. 433. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00433>.

229. Ogorenko B., Shornikov A. Sleep disorders and quality of life of medical students during martial law. *PMGP*. 2023 March. DOI: <https://doi.org/10.26766/pmgp.v8i2.439>.

230. Owoaje E. T., Uchendu O. C., Ajayi T. O., Cadmus E. O. A review of the health problems of the internally displaced persons in Africa. *Niger. Postgrad. Med. J*. 2016 Oct-Dec. Vol. 23, № 4. P. 161–171. DOI: <https://doi.org/10.4103/1117-1936.196242>.

231. Pilates J. H., Robbins J., Heuit-Robbins L. A. Pilates' primer: the millennium edition:includes the complete works of Joseph Pilates. Incline Village, NV : Presentation Dynamics, 2000. 267 p.

232. Porter M., Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005 Aug. Vol. 294, № 5. P. 602–612. DOI: <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>.

233. Proctor D. N., Fiatarone Singh M. A., Minson C. T. Exercise and physical activity for older adults. *Med. Sci. Sports Exerc*. 2009. URL: https://www.bournesportsmedicine.com/advice/Exercise_for_older_adults.pdf (date of access: 12.04.2023).

234. Puett R., Teas J., España-Romero V., Artero E. G. Physical activity: does environment make a difference for tension, stress, emotional outlook, and perceptions of health status? *J. Phys. Act. Health.* 2014 Nov. Vol. 11, № 8. P. 1503–1511. DOI: <https://doi.org/10.1123/jpah.2012-0375>.
235. Putra R. Y. E., Barlian E., Neldi H., Yendrizal Rahman D. The effect of exercise on mental health: coping with stress and anxiety through physical activity : system. lit. rev. *Poltekita: Jurnal Ilmu Kesehatan.* 2024. Vol. 17, № 4. P. 1353–1366. DOI: <https://doi.org/10.33860/jik.v17i4.3615>.
236. Rockville V. A. Physical activity and cardiovascular health. NIH Consensus Development Panel on Physical Activity and Cardiovascular Health. *JAMA.* 1996. Vol. 276, № 3. P. 241–246.
237. Rybalko L., Hulko T., Yopa T., Żukow X. Using fitness technologies to address post-traumatic stress disorders. *J. Phys. Educ. Sport.* 2024. Vol. 24. P. 1569–1581. DOI: <https://doi.org/10.7752/jpes.2024.07177>.
238. Rybalko L., Yopa T., Hagner-Derengowska M., Kałużny K. Motor activity as an indicator of a healthy way of life. *J. Phys. Educ. Sport.* 2021. Vol. 21. P. 2813–2819.
239. Schuch F. B., Vancampfort D., Richards J., Rosenbaum S. Exercise as a treatment for depression: a meta-analysis adjusting for publication bias. *J. Psychiatr. Res.* 2016 Jun. Vol. 77. P. 42–51.
240. Selye H. History and present status of the stress concept. Stress and coping: an anthology / ed. by A. Monat, R. S. Lazarus. New York ; Chichester, West Sussex : Columbia University Press, 1991. P. 21–35.
241. Selye H. Stress and the general adaptation syndrome. *Br. Med. J.* 1950. Vol. 1. P. 1383–1392.
242. Selye H. The Stress of Life. New York : McGraw-Hill, 1956.
243. Semikina O. Y., Fedchenko V. Y., Yavdak I. O., Cheredniakova O.S., Volkova S. O. Особливості емоційного стану у внутрішньо переміщених осіб.

Психіатрія, неврологія та мед. психологія. 2020. № 13. DOI: <https://doi.org/10.26565/2312-5675-2020-13-03>.

244. Silverman M. N., Deuster P. A. Biological mechanisms underlying the role of physical fitness in health and resilience. *Interface Focus*. 2014 Oct. Vol. 4, № 5. Art. 20140040. DOI: <https://doi.org/10.1098/rsfs.2014.0040>.

245. Sohn J. N. Factors influencing depression in middle-aged women: Focused on quality of life on menopause. *J. Health Inform. Stat.* 2018. Vol. 43, № 2. P. 148–157. DOI: <https://doi.org/10.21032/jhis.2018.43.2.148>.

246. Son M. Identifying trajectories of health-related quality of life in mid-life transition women: Secondary data analysis of korean longitudinal survey of women & families. *J. Korean Acad. Community Health Nurs.* 2022. Vol. 33, № 1. P. 74–83. DOI: <http://doi.org/10.12799/jkachn.2022.33.1.74>.

247. Stanton R., To Q. G., Khalesi S., Williams S. L. Depression, anxiety and stress during COVID-19: associations with changes in physical activity, sleep, tobacco and alcohol use in Australian adults. *Int. J. Environ. Res. Public. Health.* 2020 Jun. Vol. 17, № 11. P. 4065. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph17114065>.

248. Stubbe J. H., de Moor M. H., Boomsma D. I., de Geus E. J. The association between exercise participation and well-being: a co-twin study. *Prev. Med.* 2007 Feb. Vol. 44, № 2. P. 148–152. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2006.09.002>.

249. Taylor E. M., Yanni E. A., Pezzi C., Guterbock M. Physical and mental health status of Iraqi refugees resettled in the United States. *J. Immigr. Minor. Health.* 2014 Dec. Vol. 16, № 6. P. 1130–1137. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10903-013-9893-6>.

250. Taylor Manifest Anxiety Scale. *Encyclopedia of Arab Psychology*. URL: https://encyclopedia.arabpsychology.com/taylor-manifest-anxiety-scale/?utm_source=chatgpt.com (date of access: 06.10.2022).

251. **Tester J. M.** The built environment: Designing communities to promote physical activity in children. *Pediatrics*. 2009. Vol. 123, № 6. P. 1591–1598. DOI: <https://doi.org/10.1542/peds.2009-0750>.

252. Tierry Middleton T. R. F., Petersen B., Schinke R. J., Kao S. F. Community sport and physical activity programs as sites of integration: a meta-synthesis of qualitative res. *Psychol. Sport Exerc.* 2020. Vol. 51. Art. 101769. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2020.101769>.

253. Torres-Sánchez I., Cabrera-Martos I., Díaz-Pelegri A., Valenza-Demet G. Physical and functional impairment during and after hospitalization in subjects with severe COPD exacerbation. *Respiratory Care*. 2017. Vol. 62, № 2. P. 209–214. DOI: <https://doi.org/10.4187/respcare.04597>.

254. Troped P. J., Saunders R. P., Pate R. R., Reininger B. Associations between self-reported and objective physical environmental factors and use of a community rail-trail. *Preventive Med.* 2001. Vol. 32, № 2. P. 191–200. DOI: <https://doi.org/10.1006/pmed.2000.0788>.

255. Wang S., Barrett E., Hicks M. H.-R., Martsenkovskiy D. Associations between mental health symptoms, trauma, quality of life and coping in adults living in Ukraine: a cross-sectional study a year after the 2022 Russian invasion. *Psychiatry Res.* 2024. Vol. 339. Art. 116056. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116056>.

256. Ware J. E., Sherbourne C. D. The MOS 36-Item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*. 1992. Vol. 30, № 6. P. 473–483.

257. Wells K. B., Stewart A., Hays R. D., Burnam M. A. The functioning and well-being of depressed patients: results from the medical outcomes study. *JAMA*. 1989. Vol. 262, № 7. P. 914–919.

258. Wilson D. K., Kirtland K. A., Ainsworth B. E., Addy C. L. Socioeconomic status and perceptions of access and safety for physical activity. *Ann.*

Behav. Med. 2004. Vol. 28, № 1. P. 20–28. DOI: https://doi.org/10.1207/s15324796abm2801_4.

259. Wollesen B., Voelcker-Rehage C. Effects of a workplace health promotion program on physical fitness, mental well-being, and quality of life. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2022. Vol. 19. Art. 12345. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10389-016-0763-2>.

260. World Health Organization (WHO), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR). Assessing mental health and psychosocial needs and resources: Toolkit for humanitarian settings. Geneva : WHO, 2012. 84 p. URL: https://www.who.int/mental_health/resources/toolkit_mh_emergencies/en/ (date of access: 06.10.2022).

261. World Health Organization. Mental health in emergencies. 2022. URL: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-in-emergencies> (date of access: 06.05.2025).

262. Zimmermann M. B., Gübeli C., Püntener C., Molinari L. Overweight and obesity in 6-12-year-old children in Switzerland. *Swiss Med. Weekly*. 2004. Vol. 134, № 35/36. P. 523–528. DOI: <https://doi.org/10.4414/smw.2004.10640>.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

СПИСОК ПУБЛІКАЦІЙ ЗДОБУВАЧА ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Андреева О., Гакман А., Волосюк А., Кашура А. Психофізичний стан внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Вісник Прикарпатського університету*. 2023. № 40. С. 3–8. DOI: <https://doi.org/10.15330/fcult.40.3-8> Фахове видання України. *Особистий внесок здобувачки полягає у визначенні концепції дослідження, проведенні експерименту, здійсненні аналізу та узагальненні результатів, підготовці тексту публікацій. Внесок Гакман А., Андреевої О., Кашури А. полягав у консультативному супроводі дослідження, обговоренні отриманих результатів, редагуванні тексту статті та підготовці рукопису до друку.*

2. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Напрями діяльності фітнес клубів у залученні внутрішньо переміщених осіб. *Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова*. 2023. Серія 15. № 4(163). С. 30–34. DOI: [https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.04\(163\).05](https://doi.org/10.31392/NPU-nc.series15.2023.04(163).05) Фахове видання України. *Особистий внесок здобувачки полягає в організації, проведенні дослідження та в опрацюванні результатів дослідження. Внесок Гакман А., Андреевої О. полягає в узагальненні даних.*

3. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз якості життя й рівнів депресії внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Sport Scince Spectrum*. 2024. № 1. С. 56–61. DOI: <https://doi.org/10.32782/spectrum/2024-1-9> Фахове видання України. *Автором визначено концепцію дослідження, проведено експеримент, здійснено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено текст публікацій. Співавтори Гакман А., Андреева О., брали участь у консультативному супроводі дослідження, обговоренні отриманих результатів і редагуванні тексту статті, підготовці рукопису до друку.*

4. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз рівнів тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Вісник Прикарпатського університету. Фізична культура*. 2024. Вип. 43. С. 3–9. DOI: [10.15330/fcult.43.3-9](https://doi.org/10.15330/fcult.43.3-9) Фахове видання України. Автором здійснено аналіз та узагальнення результатів, підготовлено текст публікацій. Внесок співпіваторів Гакман А., Андреевої О. полягає в аналізі та систематизації літератури.

5. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Взаємозв'язок рухової активності та компонентів якості життя внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку. *Вісник Кам'янець-Подільського національного університету імені Івана Огієнка. Фізичне виховання, спорт і здоров'я людини*. 2024. Вип. 29. № 3. С. 119–125. DOI: [https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29\(3\).119-125](https://doi.org/10.32626/2309-8082.2024-29(3).119-125) Фахове видання України. Особистий внесок здобувачки полягає в організації, проведенні дослідження та в опрацюванні результатів дослідження. Внесок Гакман А., Андреевої О. полягає в узагальненні даних.

6. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Sport Science Spectrum*. 2025. № 1. С. 8–15. DOI: <https://doi.org/10.32782/spectrum/2025-1-2> Фахове видання України. Особистий внесок здобувачки полягає в організації, проведенні дослідження та в опрацюванні результатів дослідження. Внесок Гакман А., Андреевої О. полягає в узагальненні даних.

Наукові праці, які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

7. Гакман А., Волосюк А. Особливості фізичного та психологічного станів внутрішньо переміщених осіб. *Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення* : зб. матеріалів XIII Міжнар. наук.-практич. конф., Львів, 7–8 жовт. 2022 р. Львів : ЛДУФК ім. Івана Боберського, 2022. С. 24–27. URL: <https://surl.li/cubvypq> Особистий внесок здобувачки полягає у

постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.

8. Гакман А., Андреева О., Волосюк А. Особливості психофізичного стану внутрішньо-переміщених осіб. *Молодіжна наука заради миру та розвитку* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., Чернівці, 9–11 листоп. 2022 р. Чернівці : ЧНУ імені Ю. Федьковича, 2022. С. 485–489. URL: https://drive.google.com/drive/folders/1pkUUKn_HQeBSnkueerSCvn6MdEDFw3Bo *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження.*

9. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Оздоровчо-рекреаційна рухова активність як спосіб зниження тривожності у внутрішньо переміщених осіб. *Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я* : зб. матеріалів II Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф., Чернівці, 16 лют. 2023 р. Чернівці : ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2023. С. 13–16. URL: https://repo.knmu.edu.ua/bitstream/123456789/31842/1/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%BE%D0%B3%D1%83%D0%B7_%D1%86%D1%83%D0%BA%D1%80_%D0%B4%D1%96%D0%B0%D0%B1_%D1%82%D0%B5%D0%B7%D0%B8.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає в опрацюванні результатів дослідження.*

10. Андреева О., Гакман А., Волосюк А. Рівень тривожності у внутрішньо переміщених жінок зрілого віку, які займаються фітнесом. *Фізична культура і спорт: традиції, досвід, інновації* : матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф., Запоріжжя, 16 берез. 2023 р. Запоріжжя : НУ «Запорізька політехніка», 2023. С. 7–9. URL: https://zp.edu.ua/uploads/dept_s&r/2023/conf/2.2/FKiS-TDI-materialy.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає в опрацюванні результатів дослідження.*

11. Андреева О., Волосюк А. Напрями діяльності фітнес клубів у залученні внутрішньо переміщених осіб. *Фізична культура і спорт: досвід та*

перспективи : матеріали IV Міжнар. наук.-практ. конф., Чернівці, 6–7 квіт. 2023 р. Чернівці : ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2023. С. 130–133.

URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/6814> *Особистий внесок здобувачки полягає в опрацюванні результатів дослідження.*

12. Накман А., Volosiuk А., Накман А. Predictors of the quality of life of internally displaced women of mature age. *Молодіжна наука заради миру та розвитку», присвячена Всесвітньому дню науки* : зб. матеріалів Міжнар. наук.-практ. конф., Чернівці, 8–10 листоп. 2023 р. Чернівці : ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2023. С. 294–297.

URL: <https://archer.chnu.edu.ua/xmlui/handle/123456789/8523> *Особистий внесок здобувачки полягає в опрацюванні результатів дослідження.*

13. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Фактори якості життя внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення* : матеріали XXIII Міжнар. наук.-практ. конф. молодих учених, Суми, 23–24 листоп. 2023 р. Суми : СДПУ імені А. С. Макаренка, 2023. С. 16–20.

URL: https://sspu.edu.ua/images/2023/docs/nauka/konf/zbirnik_tmfk_2023_origin_al_cad52.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження.*

14. Andrieieva O, Накман А., Volosiuk А. Jakość życia i stan psychologiczny kobiet w okresie wczesnej dorosłości, jako osób wewnątrznie przemieszczonych. *Проблеми активізації рекреаційно-оздоровчої діяльності населення* : матеріали XIV Міжнар. наук.-практ. конф., Львів, 10–11 трав. 2024 р. Львів : ЛДУФК імені Івана Боберського, 2024. С. 175–178. URL:

<https://repository.ldufk.edu.ua/items/d5a8a8b1-5178-49df-9843-7d8ef8152c89>

Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження.

15. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Аналіз якості життя та рівнів психологічних станів внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Рух для*

здоров'я – наука майбутнього : матеріали Всеукр. кругл. столу приуроченого відзначення Дня науки в Україні та Всесвітнього дня Руху заради здоров'я, Чернівці, 13 трав. 2024 р. Чернівці : ЧНУ ім. Юрія Федьковича, 2024. С. 7–10. URL: https://health.gov.ua/wp-content/uploads/2024/05/13-05_2024-movement-for-health-is-the-science-of-the-future-round-table-proceedings.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.*

16. Андрєєва О., Гакман А., Волосяк А. Рівні тривожності внутрішньо переміщених жінок зрілого віку. *Фізична культура в закладах освіти: стан і перспективи розвитку* : зб. тез доп. V Регіональної наук.-практ. конф., Івано-Франківськ, 24–26 трав. 2024 р. Івано-Франківськ : ПНУ імені Василя Стефаника, 2024. С. 91–94. URL: https://ktmfks.cnu.edu.ua/wp-content/uploads/sites/99/2024/06/tezy_2024_merged.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.*

17. Волосяк А. Компоненти якості життя внутрішньо переміщених жінок з низьким рівнем рухової активності. *Молодь та олімпійський рух* : зб. тез доп. XVII Міжнар. конф. молодих вчених, Київ, 7 трав. 2024 р. Київ : НУФВСУ, 2024. С. 211–212. URL: https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/zbirnyk_tez_dopovidey_xvii_molod_ta_olimpiyskyu_ruh_13_05_24.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження*

18. Андрєєва О., Гакман А., Волосяк А. Компоненти якості життя та їх взаємозалежність із руховою активністю у внутрішньо переміщених жінок першого зрілого віку. *Фізична активність і якість життя людини* : зб. тез доп. VIII Міжнар. наук.-практ. конф., Луцьк, 13–14 черв. 2024 р. Луцьк : ВНУ імені Лесі Українки, 2024. С. 102–103. URL: https://evnuir.vnu.edu.ua/bitstream/123456789/26259/1/voitovych_tezy.pdf

Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.

19. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Рух для здоров'я – наука майбутнього* : матеріали II Всеукр. кругл. столу приуроченого відзначення Дня науки в Україні та Всесвітнього дня Руху заради здоров'я, Чернівці, 12 трав. 2025 р. Чернівці : ЧНУ імені Юрія Федьковича, 2025. С 7–10. URL: <https://drive.google.com/file/d/19ZxU5onLZ4qly9jGIkDk9IuQ2lySvyAB/view> *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження.*

20. Андрєєва О., Гакман А., Волосюк А. Ефективність програми корекції психофізичного стану внутрішньо переміщених жінок зрілого засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності. *Молодь та олімпійський рух* : зб. тез доп. XVIII Міжнар. конф. молодих вчених, Київ, 22 трав. 2025 р. Київ : НУФВСУ, 2025. С. 167–168. URL: https://uni-sport.edu.ua/sites/default/files/vseDocumenti/zbirnyk_tez_molod_hviii_traven_2025_nufvsu_0.pdf *Особистий внесок здобувачки полягає у постановці мети та завдань, проведенні дослідження, формулюванні висновків.*

ДОДАТОК Б
ВІДОМОСТІ ПРО АПРОБАЦІЮ РЕЗУЛЬТАТІВ ДИСЕРТАЦІЇ

№ з/п	Назва конференції, конгресу, симпозіуму, семінару	Місце та дата проведення	Форма участі
1.	XII Міжнародна науково-практична конференція «Проблеми активізації оздоровчо-рекреаційної діяльності населення»	7-8.10.2022 р., м. Львів	Онлайн
2.	Міжнародна науково-практична конференція «Молодіжна наука заради миру та розвитку», присвячена Всесвітньому дню науки»	9-11.11.2022р., м. Чернівці	Онлайн
3.	II Всеукраїнська науково-практична інтернет-конференція «Місце і роль фізичної терапії у сучасній системі охорони здоров'я»	16.02.2023 р., Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці	Онлайн
4.	I Всеукраїнська науково-практична конференція «Фізична культура і спорт: традиції, досвід, інновації»	16.03.2023 р., Національний університет «Запорізька політехніка»,	Онлайн

		м. Запоріжжя	
5.	IV Міжнародна науково-практична конференція «Фізична культура і спорт: досвід та перспективи»	06-07.04.2023 р., Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці	Онлайн
6.	Міжнародна науково-практична конференція «Молодіжна наука заради миру та розвитку», присвячена Всесвітньому дню науки»	08-10.11.2023 р., Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці	Онлайн
7.	XXIII Міжнародна науково-практична конференція молодих учених «Сучасні проблеми фізичного виховання і спорту різних груп населення»	23-24.11.2023 р., Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка, м. Суми -	Онлайн
8.	VII Міжнародна науково-практична конференція «Сталий розвиток і спадщина у спорті: проблеми та перспективи»	29.11.2023 р., Національний університет фізичного виховання і спорту України,	Офлайн

		м. Київ	
9.	XIV міжнародна науково-практична конференція «Проблеми активізації оздоровчо-рекреаційної діяльності населення»	10-11.05.2024 р., м. Львів	Онлайн
10.	Всеукраїнський круглий стіл приурочений Всесвітньому дню руху заради здоров'я «Рух для здоров'я – наука майбутнього»	13.05.2024 р., Чернівецький національний університет імені Юрія Федьковича, м. Чернівці	Онлайн
11.	XVII Міжнародна конференція молодих вчених «Молодь та олімпійський рух»	30.05.2024р., Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ	Офлайн
12.	V Регіональна науково-практична конференція «Фізична культура в закладах освіти: стан та перспективи розвитку»	24-26.05.2024 р., Прикарпатський національний університет імені Василя Стефаника, м. Івано-	Онлайн

		Франківськ-м. Микуличин	
13.	VIII Міжнародна науково-практична конференція «Фізична активність і якість життя людини»	13-14.06.2024 р., Волинський національний університет імені Лемі українки, м Луцьк	Онлайн
14.	II Загальноуніверситетська наукова конференція аспірантів і докторантів «Дисертаційне дослідження: від ідеї до реалізації»	19-20.06.2024 р., Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ	Офлайн
15.	VIII Міжнародна науково-практична конференція «Сталий розвиток і спадщина у спорті: проблеми та перспективи»	20.11.2024 р., Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ	Офлайн
16.	II Всеукраїнський круглий стіл приурочений Всесвітньому дню руху заради здоров'я «Рух для здоров'я – наука майбутнього»	12.05.2025 р., Чернівецький національний університет імені Юрія	Онлайн

		Федьковича, м. Чернівці	
17.	XVIII Міжнародна конференція молодих вчених «Молодь та олімпійський рух»	22.05.2025р., Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ	Офлайн
18.	IX Міжнародна науково-практична конференція «Сталий розвиток і спадщина у спорті: проблеми та перспективи»	19.11.2025р., Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ	Офлайн
19.	III Міжнародна науково-практична конференція «Актуальні проблеми фізичного виховання різних груп населення» пам'яті Т. Ю. Круцевич	23-24.01.2026 р, Національний університет фізичного виховання і спорту України, м. Київ	Офлайн

ДОДАТОК В

А К Т

**впровадження результатів наукових досліджень в освітній процес
кафедри оздоровчо-рекреаційної рухової активності
Національного університету фізичного виховання і спорту України**

м. Київ

« 03 » 11 2025 р.

Ми, ті, які підписалися нижче, склали цей акт про те, що Анна ВОЛОСЮК за результатами дисертаційного дослідження «Корекція фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених осіб засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності», виконаного відповідно до теми 3.1. «Теоретичні та технологічні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності та здорового способу життя різних груп населення» (номер державної реєстрації 0121U107534) Плану науково-дослідної роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021-2025 рр., за результатами роботи протягом 2022-2025 років, внесла такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
<p><i>Назва пропозиції:</i> «Програма корекції показників фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності».</p> <p><i>Форма впровадження:</i> інтеграція змістових матеріалів у навчальні заняття та самостійну підготовку здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти з освітнього компоненту «Основи фітнесу та рекреації».</p> <p><i>Коротка характеристика:</i> запропонована програма містить комплекс оздоровчо-рекреаційних засобів, спрямованих на поліпшення показників фізичного та психоемоційного станів та підвищення стресостійкості жінок зрілого віку. Її використання в освітньому процесі сприяє формуванню у здобувачів умінь планувати, організувати та супроводжувати корекційно-оздоровчі заняття, опанувати принципи індивідуалізації впливу, а також розуміти специфіку роботи з уразливими категоріями населення, що підвищує їх фахову компетентність та готовність до практичної діяльності. Аналогів у світовій практиці немає.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i> уперше комплексно обгрунтовано вплив психотравмуючих чинників на фізичний і психоемоційний стани, якість життя, рівень тривожності та соціальну адаптацію жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб. Доведено ефективність комплексної програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності у корекції зазначених показників, що поглиблює наукові уявлення про можливості оздоровчо-рекреаційних технологій у роботі з уразливими категоріями населення.</p> <p><i>Рекомендації з подальшого використання:</i> матеріали дослідження доцільно застосовувати в освітньому процесі закладів вищої освіти під час викладання дисциплін спеціалізації спеціальності А7 Фізична культура і спорт. Розробка може слугувати основою для формування у здобувачів компетентностей щодо планування, організації та супроводу оздоровчо-рекреаційних програм, індивідуалізації корекційних впливів, а також для підготовки майбутніх фахівців до роботи з уразливими групами населення, включаючи внутрішньо переміщених осіб.</p>	<p>Впровадження забезпечило цілісне підвищення підготовки здобувачів першого (бакалаврського) рівня, які опанували вміння планувати й організувати оздоровчо-рекреаційні заняття, застосовувати індивідуалізовані засоби корекції фізичного та психоемоційного станів та оцінювати відповідні індикатори здоров'я. Здобувачі поглибили розуміння роботи з уразливими групами населення, сформували навички соціальної підтримки й рекреаційного супроводу, а також розвинули важливі soft skills – емпатію, комунікативність, критичне мислення та здатність до мультидисциплінарної взаємодії, що підвищило їхню професійну компетентність і готовність до практичної діяльності, що магло соціальний ефект.</p>

Автори розробки:

Аспірантка кафедри
оздоровчо-рекреаційної рухової активності

Анна ВОЛОСЮК

Представник НУФВСУ:

проректор з науково-педагогічної роботи, професор

Ольга БОРИСОВА

Представник установи,

де виконувалося впровадження:

Заступник завідувача кафедри
оздоровчо-рекреаційної рухової активності, професор

Олександра БЛАГІЙ



ДОДАТОК Г

А К Т

впровадження результатів наукових досліджень в освітній процес
кафедри спорту та фітнесу

Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича

м. Чернівці

« 24 » 10 20 25 р.

Ми, ті, які підписалися нижче, склали цей акт про те, що Анна ВОЛОСЮК за результатами дисертаційного дослідження «Корекція фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених осіб засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності», виконаного відповідно до теми 3.1. «Теоретичні та технологічні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності та здорового способу життя різних груп населення» (номер державної реєстрації 0121U107534) Плану науково-дослідної роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021-2025 рр., за результатами роботи протягом 2022-2025 років, внесла такі рекомендації та пропозиції:

Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика	Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання	Ефект від впровадження
<p><i>Назва пропозиції:</i> «Програма корекції показників фізичного та психоемоційного станів жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності».</p> <p><i>Форма впровадження:</i> інтеграція змістових матеріалів у навчальні заняття та самостійну підготовку здобувачів першого (бакалаврського) рівня вищої освіти з освітнього компоненту «Оздоровчо-рекреаційні технології у фізичній екльтурі».</p> <p><i>Коротка характеристика:</i> запропонована програма містить комплекс оздоровчо-рекреаційних засобів, спрямованих на поліпшення показників фізичного та психоемоційного станів та підвищення стресостійкості жінок зрілого віку. Її використання в освітньому процесі сприяє формуванню у здобувачів умінь планувати, організувати та супроводжувати корекційно-оздоровчі заняття, опанувати принципи індивідуалізації впливу, а також розуміти специфіку роботи з уразливими категоріями населення, що підвищує їх фахову компетентність та готовність до практичної діяльності. Аналогів у світовій практиці немає.</p>	<p><i>Наукова новизна:</i> уперше комплексно обгрунтовано вплив психотравмуючих чинників на фізичний і психоемоційний стани, якість життя, рівень тривожності та соціальну адаптацію жінок першого періоду зрілого віку з числа внутрішньо переміщених осіб.</p> <p>Доведено ефективність комплексної програми оздоровчо-рекреаційної рухової активності у корекції зазначених показників, що поглиблює наукові уявлення про можливості оздоровчо-рекреаційних технологій у роботі з уразливими категоріями населення.</p> <p><i>Рекомендації з подальшого використання:</i> матеріали дослідження доцільно застосовувати в освітньому процесі закладів вищої освіти під час викладання дисциплін спеціальності А7 Фізична культура і спорт. Розробка може слугувати основою для формування у здобувачів компетентностей щодо планування, організації та супроводу оздоровчо-рекреаційних програм, індивідуалізації корекційних впливів, а також для підготовки майбутніх фахівців до роботи з уразливими групами населення, включаючи внутрішньо переміщених осіб.</p>	<p>Впровадження забезпечило цілісне підвищення підготовки здобувачів другого (магістерського) рівня, які опанували вміння планувати й організувати оздоровчо-рекреаційні заняття, застосовувати індивідуалізовані засоби корекції фізичного та психоемоційного стану та оцінювати відповідні індикатори здоров'я. Здобувачі поглибили розуміння роботи з уразливими групами населення, сформували навички соціальної підтримки й рекреаційного супроводу, а також розвинули важливі soft skills – емпатію, комунікативність, критичне мислення та здатність до мультидисциплінарної взаємодії, що підвищило їхню професійну компетентність і готовність до практичної діяльності, що магло соціальний ефект.</p>

Автори розробки:

Анна ВОЛОСЮК
Анна ГАКМАН

Представники Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича:

Декан факультету фізичної культури, спорту та реабілітації, професор

Юрій МОСЕЙЧУК

Проректор з наукової роботи Чернівецького національного університету імені Юрія Федьковича, доцент

Юрій ХАЛАВКА

ДОДАТОК Д

АКТ
впровадження результатів наукових досліджень
в роботу Благодійної організації «Благодійний фонд «Я – Маріуполь»»

м. Київ

10.09.2024 р.

Ми, ті, які підписалися нижче, склали цей акт про те, що виконавець теми Волосюк Анна Олександрівна за результатами роботи, виконаної протягом 2022-2024 рр. відповідно до Плану науково-дослідної роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою 3.1. «Теоретичні та технологічні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності та здорового способу життя різних груп населення» (номер держреєстрації 0121U107534), внесла такі рекомендації та пропозиції:

<i>Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика</i>	<i>Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання</i>	<i>Ефект від впровадження</i>
<p>Програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності.</p> <p>Запропоновано комплексно-методичні умови реалізації програми, наведено матеріали з її інтеграції під час роботи із внутрішньо переміщеними жінками.</p> <p><i>Форма впровадження</i> – програма занять із використанням засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності.</p> <p>Аналогів у світовій практиці немає</p>	<p>- вперше засоби оздоровчо-рекреаційної рухової активності визначено як ефективні методи корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку;</p> <p>- вперше розроблено і впроваджено структуру та зміст комплексної програми із використанням засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності з метою корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку;</p> <p>- доповнено та розширено дані щодо основних психотравмуючих чинників на показники фізичного та психоемоційного станів, якості життя, соціальної адаптації внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку.</p> <p>Матеріали можуть бути використані організаціями, фондами, клубами, структурами, що співпрацюють із переміщеними особами</p>	<p>Використання елементів розробленої програми дозволило позитивно вплинути на показники фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності (підвищився рівень фізичної підготовленості, працездатність, рівень здоров'я, рухова активність) та сформувала позитивне ставлення до занять фізичними вправами за рахунок впровадження засобів оздоровчого фітнесу</p>

Виконавець:**Анна ВОЛОСЮК**

Представники НУФВСУ:

Проректор з науково-педагогічної роботи**Ольга БОРИСОВА****В. о. завідувача кафедри оздоровчо-рекреаційної рухової активності****Олена АНДРЕЄВА**Представник установи, де виконувалось впровадження:
Голова Фонду**Дмитро ДРЕСВЯННИКОВ**

ДОДАТОК Е

АКТ
впровадження результатів наукових досліджень
в роботу ГО Школи танців та фітнесу «ДАНС АВЕНЮ»

м. Чернівці

17.09.2024 р.

Ми, ті, які підписалися нижче, склали цей акт про те, що Анна Волосюк за результатами роботи, виконаної протягом 2024-2025 рр., відповідно до Плану науково-дослідної роботи Національного університету фізичного виховання і спорту України на 2021–2025 рр. за темою 3.1. «Теоретичні та технологічні засади оздоровчо-рекреаційної рухової активності та здорового способу життя різних груп населення» (номер держреєстрації 0121U107534), внесла такі рекомендації та пропозиції:

<i>Назва пропозиції, форма впровадження і коротка характеристика</i>	<i>Наукова новизна та її значення, рекомендації з подальшого використання</i>	<i>Ефект від впровадження</i>
<p><i>Назва пропозиції:</i> програма корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності.</p> <p><i>Форма впровадження:</i> програма занять, комплексно-методичні умови реалізації програми корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності, матеріали з її інтеграції під час роботи із внутрішньо переміщеними жінками.</p> <p>Аналогів у світовій практиці немає</p>	<p>- вперше засоби оздоровчо-рекреаційної рухової активності визначено як ефективні методи корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку;</p> <p>- вперше розроблено і впроваджено структуру та зміст комплексної програми із використанням засобів оздоровчо-рекреаційної рухової активності з метою корекції фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку;</p> <p>- доповнено та розширено дані щодо основних психотравмуючих чинників на показники фізичного та психоемоційного станів, якості життя, соціальної адаптації внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку.</p> <p>Матеріали можуть бути використані організаціями, фондами, клубами, структурами, що співпрацюють із переміщеними особами</p>	<p>Використання елементів розробленої програми дозволило позитивно вплинути на показники фізичного та психоемоційного станів внутрішньо переміщених жінок першого періоду зрілого віку засобами оздоровчо-рекреаційної рухової активності (підвищився рівень фізичної підготовленості, працездатність, рівень здоров'я, рухова активність) та сформувала позитивне ставлення до занять фізичними вправами за рахунок впровадження засобів оздоровчого фітнесу</p>

Виконавець:

Анна ВОЛОСЮК
 Анна ГАКМАН

Керівник Школи танців та фітнесу ДАНС АВЕНЮ

Інна КОБЕВКО

Представники НУФВСУ:

Проректор з науково-педагогічної роботи,
 д.фіз.вих., професор

Ольга БОРИСОВА

Заступник завідувача кафедри
 оздоровчо-рекреаційної рухової активності

Олександра БЛАГІЙ



ДОДАТОК Ж**Анкета SF-36**

(За Міжнародною оцінювальною системою для визначення оцінки якості життя)

Цей опитувальник містить питання, що стосуються Ваших поглядів на своє здоров'я. Надана Вами інформація допоможе стежити за тим, як Ви себе почуваєте, і наскільки добре справляєтеся зі своїми звичайними навантаженнями. Дайте відповідь на кожне питання, позначаючи обраний вами відповідь, як це зазначено. Якщо Ви не впевнені в тому, як відповісти на

питання, будь ласка, виберіть таку відповідь, який точніше цього відображає Вашу думку.

Вкажіть свій вік: _____ років

1. В цілому, ви б сказали, що Ваше здоров'я це:

- 1 - відмінно
- 2 - дуже добре
- 3 - Добре
- 4 - посередньо
- 5 - погано

2. У порівнянні з минулим роком, як би Ви оцінили б своє здоров'я в цілому в даний час?

- 1 - *набагато краще, ніж рік тому*
- 2 - *Трохи краще зараз, ніж рік тому*
- 3 - *приблизно так само*
- 4 - *Деяко гірше зараз, ніж рік тому*
- 5 - *набагато гірше, ніж рік тому*

Наступні пункти присвячені діям, які Ви можете виконувати протягом звичайного дня. Чи обмежує Ваше здоров'я в даний час Вас в цій діяльності? Якщо так, то скільки?

	Так, сильно обмежений	Так, трохи обмежений	Ні, не обмежений
3. Активні види діяльності, такі як біг, підйом важких предметів, участь в напружених видах спорту	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
4. Помірні дії, такі як переміщення столу, підштовхування пирососа, боулінг або гра в гольф			
5. Підйом або перенесення продуктів	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

	Так, сильно обмежений	Так, трохи обмежений	Ні, не обмежений
6. Ходіння по сходах (більше двох поверхів)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
7. Ходіння по сходах (один поверх)	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
8. Згинання, вставання на коліна або нахил	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
9. Ходьба більше 1,5 км	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
10. Прогулянка декількома кварталами	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
11. Ходьба оздоровча	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
12. Купання чи одягання себе	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3

Чи були у Вас протягом останніх 4 тижнів будь-які з наступних проблем з Вашою роботою або іншими повсякденними справами, спричинені Вашим фізичним здоров'ям?

- | | так | ні |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 13. Зменшення кількості часу, який ви витратили б на роботу або іншу діяльність | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | 1 | 2 |
| 14. Виконано менше, ніж хотілося б | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | 1 | 2 |
| 15. Були обмежені у вигляді роботи або іншої діяльності | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | 1 | 2 |
| 16. Відчували труднощі при виконанні роботи або іншої діяльності (наприклад, були потрібні додаткові зусилля) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | 1 | 2 |

Чи були у Вас протягом останніх 4 тижнів будь-які з наступних проблем з Вашою роботою або іншими повсякденними справами в результаті будь-яких емоційних проблем (таких як почуття депресії або занепокоєння)?

- | | так | ні |
|---|-----------------------|-----------------------|
| 17. Скоротить кількість часу, який ви витратили на роботу або іншу діяльність | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | 1 | 2 |
| 18. Виконано менше, ніж хотілося б | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| | 1 | 2 |

так ні

 1 2

19. Чи не виконував роботу або інші дії так ретельно, як зазвичай

20. Протягом останніх 4 тижнів, в якій мірі Ваше фізичне здоров'я або емоційні проблеми заважали Вашій звичайній соціальній діяльності з сім'єю, друзями, сусідами або іншими групами?

- 1 – зовсім ні
- 2 - трохи
- 3 - достатньо
- 4 - багато
- 5 – надзвичайно багато

21. Скільки тілесної болі у Вас було протягом останніх 4-х тижнів?

- 1 – не було
- 2 - дуже легкий
- 3 - легкий
- 4 - помірний
- 5 - Сильний
- 6 – Дуже сильний

22. Наскільки за останні 4 тижні біль заважав Вашій звичайній роботі (включаючи хатню роботу та поза її межами)?

- 1 – зовсім ні
- 2 - трохи
- 3 - достатньо
- 4 - багато
- 5 – надзвичайно багато

Ці питання стосуються того, як Ви себе відчуваєте і як все було з Вами протягом останніх 4 тижнів. На кожне питання, будь ласка, дайте одну відповідь, яка найближче відповідає Вашим відчуттям. Скільки часу за останні 4 тижні ...

	Весь час	Більшу часу	Достатньо часу	Деякий час	Небагато часу	Жодного
23. Ви відчували себе повним бадьорості духу?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
24. Ви були дуже нервовою людиною?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6
25. Чи відчував Ви себе настільки спустошеним, що ніщо не могло підняти тобi настрої?	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 6

- | | Весь час | Більшу часу | Достатньо часу | Деякий час | Небагато часу | Жодного |
|--|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|
| 26. Ви відчували себе спокійно і мирно? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 27. У Вас було багато енергії? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 28. Ви відчували себе пригніченим і слабким? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 29. Ви відчували себе виснаженим? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 30. Ви були щасливою людиною? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
| 31. Ви відчували втому? | <input type="radio"/> 1 | <input type="radio"/> 2 | <input type="radio"/> 3 | <input type="radio"/> 4 | <input type="radio"/> 5 | <input type="radio"/> 6 |
32. Скільки часу протягом останніх 4 тижнів Ваше фізичне здоров'я або емоційні проблеми заважали Вашій соціальній діяльності (наприклад, відвідування друзів, родичів і т. д.)?
- 1 – ввесь час
 - 2 – більшу частину вільного часу
 - 3 – інколи
 - 4 – дуже рідко
 - 5 – жодного разу

Наскільки вірно чи не вірно Ви тлумачите, по відношенню до себе, кожне з нижче перерахованих тверджень?

(Обведіть одну цифру в кожному рядку)

	Визначено правильно	В основному правильно	Не знаю	В основному невірно	Визначено не правильно
33. Здається, я хворію трохи легше, ніж інші люди	<input type="radio"/> 1	<input checked="" type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
34. Я такий же здоровий, як і всі, кого знаю	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
35. Я очікую, що моє здоров'я погіршиться	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
36. У мене відмінне здоров'я	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

ДОДАТОК 3
**МЕТОДИКА «ШКАЛА ЕМОЦІЙНА СТАБІЛЬНІСТЬ -
НЕСТАБІЛЬНІСТЬ (НЕЙРОТИЗМ)» Г. АЙЗЕНКА**

Вік _____

Шкала являє собою частину методики Г. Айзенка для виміру екстраверсії -інтроверсії і нейротизму (форма А). Залишені тільки питання, що стосуються нейротизма, і питання на прихованість - відвертість відповідей.

Інструкція. Вам пропонується ряд питань про особливості вашої поведінки і прояву емоцій. Відповідайте на питання швидко, якщо «так», то ставте поряд з номером питання плюс, якщо «ні», то мінус. Пам'ятайте, що відповідати треба на кожне питання. У опитувальнику немає поганих або хороших відповідей.

1. Чи часто Ви відчуваєте потребу в друзях, які розуміють Вас, можуть схвалити і втішити?
2. Чи дуже Вам важко сказати кому-небудь «ні»?
3. Чи часто у Вас змінюється настрій?
4. Чи часто Ви відчуваєте себе нещасною людиною, без достатніх на те причин?
5. Чи з'являється у Вас почуття остраху чи збентеження, коли хочете познайомитися з симпатичним представником протилежної статі?
6. Якщо Ви обіцяєте щось зробити, то чи завжди стримуєте своє слово?
7. Чи часто Ви переживаєте від того, що зробили або сказали таке, що не слід було б?
8. Чи легко Вас образити?
9. Чи буває так, що іноді Ви так повні енергією, що все горить в руках, а іноді мляві?

10. Чи завжди Ви відразу відповідаєте на листи?
11. Виходьте Ви іноді з себе, сердячись не на жарт?
12. Чи виникають у Вас думки, які ви хотіли б приховати від інших?
13. Чи часто Вас турбує почуття провини?
14. Чи вважаєте Ви себе людиною збудливим і чутливим?
15. Чи часто Ви, зробивши якусь важлива справа, відчуваєте таке відчуття, що змогли б його зробити краще?
16. Чи всі Ваші звички хороші і бажані?
17. Чи трапляється так, що Ви не можете заснути від того, що в голову лізуть різні думки?
18. Чи буває у Вас сильне серцебиття?
19. Чи буває у Вас такий стан, що Вас кидає в тремтіння від хвилювання в якійсь екстремальній ситуації?
20. Чи не буває так, що іноді Ви брешете?
21. Ви дратівливі?
22. Чи хвилюєтеся з приводу неприємних подій?
23. Чи часто бачите кошмарні сни /?
24. Ви завжди платите за проїзд у транспорті?
25. Чи турбують якісь болі?
26. Чи можна назвати Вас нервовим людиною?
27. Ви коли-небудь спізнювалися на роботу або на зустріч?
28. Чи легко ображаєтеся, якщо інші вказують на ваші помилки в роботі або особисті недоліки?
29. Чи є серед знайомих ті, які явно не подобаються?
30. Чи турбує відчуття, що ви чимось гірші за інших?
31. Ви непокоїтеся про своє здоров'я?
32. Чи траплялося говорити про речі, в яких ви не розбираєтеся?
33. Чи страждаєте Ви від безсоння?

Обробка результатів.

За кожную відповідь, що співпадає з ключем, ставиться 1 бал. Отримані за кожною шкалою бали сумуються.

Ключ до опитувальником

Шкала емоційної стабільності: відповіді «так» з питань 1, 2, 3,4, 5, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 17, 18, 19, 21, 22, 23, 25, 26, 28, 30, 31,

Шкала прихованості-відвертості: відповіді «так» з питань 6, 10, 16, 24; відповіді «ні» -12, 20,27,29,32.

Інтерпретація.

Якщо опитуваний набрав по першій шкалі 12 балів і менше, то він емоційно стабільний, якщо 13-18 балів - то середньо стабільний, а якщо 19-24 бали, то дуже емоційно нестабільний.

Якщо по другій шкалі відповідає набрав 5 і більше балів, то його відповіді, вважає Г. Айзенк, були не завжди щирими. Мої дані свідчать про те, що питання цієї шкали швидше за все показують рівень самооцінки себе як особистості, а не щирість відповідей. Принаймні, високі бали за шкалою щирості не заважали опитуваним щиро відповідати за шкалою нейротизму, про що говорять збіги характеристик цих осіб з боку інших добре їх знаючих людей і зв'язок високого нейротизму зі слабкістю нервової системи.

ДОДАТОК И

Шкала тривожності. (Шкала Дж. Тейлора, адаптація М.М.Пейсахова)

Вік _____

Опитувальник Дж. Тейлора призначений для вимірювання проявів тривожності, який був опублікований в 1953р. Ця методика складається з 50 тверджень, на які обстежуваний повинний відповісти «так» чи «ні». Тестування продовжується 15-30 хв.

Інструкція обстежуваним

Необхідно дати відповідь на всі твердження, які містить опитувальник. Якщо вони відповідають Вашому уявленню про себе, напишіть «Так», у протилежному разі – «Ні». Якщо Вам важко дати певну відповідь, напишіть «Не знаю». Працювати бажано швидко, не пропускати запитань, ніяких додаткових записів не робити.

Тестовий матеріал

1. Часто я працюю з великим напруженням.
2. Вночі мені важко заснути.
3. Для мене приємні несподівані зміни у звичних обставинах.
4. Мені часто сняться страшні сни.
5. Мені важко зосередитися на якомусь завданні чи роботі.
6. У мене дуже неспокійний і переривчастий сон.
7. Я хотів би бути таким щасливим, як, на мій погляд, інші.
8. Безперечно, мені не вистачає впевненості в собі.
9. Моє здоров'я дуже турбує мене.
10. Часто я відчуваю себе нікому не потрібним.
11. Я часто плачу, у мене «очі на мокрому місці».
12. Я помічаю, що мої руки починають тремтіти, коли я намагаюся зробити щось складне чи небезпечне.

13. Часом, коли я збентежений, у мене виникає сильна пітливість і це дуже турбує мене.
14. Я часто ловлю себе на думці, що мене щось тривожить.
15. Нерідко я думаю про такі речі, про які не хотілося б говорити.
16. Навіть у холодні дні я легко пітнію.
17. У мене бувають періоди такого занепокоєння, Що я не можу всидіти на місці.
18. Життя для мене майже завжди пов'язане з надзвичайною напруженістю.
19. Я набагато чутливіший, ніж більшість людей.
20. Я легко бентежусь.
21. Моє місце серед оточуючих дуже мене турбує.
22. Мені дуже важко зосередитися на чомусь.
23. Майже весь час я відчуваю тривогу через когось або через щось.
24. Часто я стаю надто збудженим і мені важко заснути.
25. Мені доводилося відчувати страх навіть тоді, коли я точно знав, що мені нічого не загрожує.
26. Я схильний сприймати все дуже серйозно.
27. Мені часом здається, що переді мною постають такі труднощі, які я не здолаю.
28. Я майже завжди відчуваю невпевненість у собі.
29. Мене дуже тривожать можливі невдачі.
30. Чекання завжди нервує мене.
31. Часом мені здається, що я ні на що не здатний.
32. Бували періоди, коли через тривогу я не міг заснути.
33. Іноді я засмучуюся через дрібниці.
34. Я легко збудлива людина.
35. Я часто боюся, що ось-ось почервонію.
36. У мене не вистачить духу пережити всі майбутні труднощі.

37. Часом мені здається, що моя нервова система розхитана, і я ось-ось втрачу розум.
38. Найчастіше мої ноги і руки досить теплі.
39. У мене рівний і добрий настрій.
40. Я майже завжди відчуваю себе зовсім щасливим.
41. Коли потрібно на щось довго чекати, я можу бути спокійним.
42. У мене рідко буває головний біль.
43. У мене не буває серцебиття під час очікування на щось нове або тяжке.
44. Мої нерви розхитані не більше ніж у інших людей.
45. Я впевнений у собі.
46. Порівняно з іншими людьми я вважаю себе сміливим.
47. Я сором'язливий не більше ніж інші.
48. Часто я спокійний і вивести мене з рівноваги нелегко.
49. Практично я ніколи не червонію.
50. Я можу спокійно спати після будь-яких неприємностей.

Обробка результаті.

У твердженнях 1-37 підраховується кількість відповідей «Так», у твердженнях 38-50 - кількість відповідей «Ні». Відповіді «Не знаю» підраховуються в усіх твердженнях і кількість їх ділиться на 2. Рівень тривожності визначається сумою цих трьох показників.

До 15 балів - низький рівень.

16-20 балів - нижче середнього.

21-23 бали - середній.

24-27 балів - вище середнього.

28-50 балів - високий.

ДОДАТОК К

Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності

(автор В. В. Бойко)

Вік _____

Серед багатьох методик дослідження властивостей темпераменту, які обумовлюють стресостійкість особистості, особливу увагу привертає «Експрес-діагностика схильності до немотивованої тривожності» (В. В. Бойко).

Інструкція.

Прочитавши наведені нижче твердження, підтвердіть (відповідь “так”) або заперечте (відповідь “ні”) кожне із цих висловлювань.

Тестовий матеріал

1. Ви були сором'язливою, лякливою дитиною.
2. У дитинстві Ви боялися залишатися вдома на самоті (можливо, боїтеся і досі).
3. Вам іноді не дає спокою думка, що Вас може спіткати щось страшне.
4. Вам страшно під час грози або коли назустріч біжить незнайомий собака (лякалися в дитинстві).
5. Ви часто відчуваєте внутрішній неспокій, передчуваєте можливу біду, неприємності.
6. Ви боїтеся спускатися в темний підвал.
7. Вам часто сняться страшні сни.
8. Вас звичайно obsідають неприємні думки, коли близькі затримуються з невідомих причин.
9. Ви часто тривожитесь, аби чого не сталося.
10. Ви дуже переживаєте, коли близькі від'їжджають у відрядження, за кордон.
11. Ви боїтеся подорожувати літаком (чи поїздом).

Обробка та інтерпретація результатів тесту

Чим більше ствердних відповідей дав респондент, тим більш яскраво виражений у нього такий дисфункціональний стереотип емоційної поведінки як тривожність:

10–11 балів – безпричинна тривожність проявляється яскраво і стала невід’ємною рисою поведінки;

5–9 балів – спостерігається деяка схильність до тривожності;

4 бали і менше – схильності до тривожності немає.

ДОДАТОК Л
ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ В. ЗУНГА (АДАПТАЦІЯ Т.І.БАЛАШОВОЇ)

Вік _____

Опитувальник розроблений для диференціальної діагностики депресивних станів та станів, близьких до депресії, для скринінг-діагностики при масових дослідженнях та з метою попередньої, долікарської діагностики.

Інструкція до тесту. Прочитайте уважно кожна з наведених нижче пропозицій та закресліть відповідну цифру праворуч залежно від того, як Ви почуваетесь останнім часом. Над питаннями довго не замислюйтесь, оскільки правильних чи неправильних відповідей немає.

- А (1) – ніколи чи зрідка
- В (2) – іноді
- С (3) – часто
- D (4) – майже завжди чи постійно

ТЕСТ

1. Я відчуваю пригніченість.
2. Вранці я відчуваюся найкраще.
3. У мене бувають періоди плачу чи близькості до сліз.
4. У мене поганий нічний сон.
5. Апетит у мене не гірший від звичайного.
6. Мені приємно дивитися на привабливих жінок, розмовляти з ними, бути поруч.
7. Я помічаю, що втрачаю вагу.
8. Мене турбують запори.
9. Серце б'ється швидше, ніж зазвичай.
10. Я втомлююся без жодних причин.
11. Я мислю так само ясно, як завжди.
12. Мені легко робити те, що я вмю.
13. Відчуваю неспокій і не можу всидіти на місці.

14. Я маю надії на майбутнє.
15. Я більш дратівливий, ніж зазвичай.
16. Мені легко приймати рішення.
17. Я відчуваю, що корисний і необхідний.
18. Я живу досить повним життям.
19. Я відчуваю, що іншим людям стане краще, якщо помру.
20. Мене й досі тішить те, що тішило завжди.

ОБРОБКА ТА ІНТЕРПРЕТАЦІЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ТЕСТА

Рівень депресії (РД) розраховується за такою формулою:

$РД = \Sigma_{пр.} + \Sigma_{зв.};$ де

- $\Sigma_{пр.}$ – сума закреслених цифр до "прямих" висловів № 1, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 19;
- $\Sigma_{зв.}$ - Сума цифр, "зворотних" закресленим, до висловів № 2, 5, 6, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20.

Наприклад:

- у висловлювання №2 закреслено цифру 1, ми ставимо у суму 4 бали;
- у висловлювання №5 закреслено відповідь 2 – ставимо у суму 3 бали;
- у висловлювання №6 закреслено відповідь 3 – ставимо у суму 2 бали;
- у висловлювання №11 закреслено відповідь 4 – ставимо у суму 1 бал і

т.д.

В результаті отримуємо РД, що коливається від 20 до 80 балів.

- Якщо РД не більше 50 балів, діагностується стан без депресії.
- Якщо РД від 50 до 59 балів, робиться висновок про легку депресію ситуативного або невротичного генезу.
 - Показник РД від 60 до 69 балів – субдепресивний стан чи маскована депресія.
 - Справжній депресивний стан діагностується при РД понад 70 балів.

ДОДАТОК М

**МЕТОДИКА «САМООЦІНКА ПСИХІЧНИХ СТАНІВ»
(ЗА Г. АЙЗЕНКОМ)**

Вік _____

Опитувальник є адаптованим варіантом методики Г. Айзенка. Методика складається із 40 питань та спрямована на визначення рівня таких станів як тривожності, агресивності, фрустрації та ригідності.

Інструкція. Уважно прочитайте опис різних психічних станів.

Якщо цей опис збігається з Вашим станом і стан виникає часто, то необхідно оцінити його в 2 бали.

Якщо цей стан виникає зрідка, то ставиться 1 бал.

Якщо не збігається з Вашим станом – 0 балів.

Опис станів.

- 1 Не відчуваю у собі впевненості
- 2 Часто червонію без причини
- 3 Мій сон мене непокоїть
- 4 Легко починаю нудьгувати
- 5 Непокоюся через неприємності, які є тільки в уяві 6 Мене лякають труднощі
- 7 Люблю аналізувати свої недоліки
- 8 Мене легко переконати
- 9 Я підозріливий
- 10 Важко перенешу час очікування
- 11 Нерідко мені здаються безвихідними ситуації, із яких можна знайти вихід 12 Неприємності мене сильно засмучують, я падаю духом
- 13 У неприємних ситуаціях я схильний без поважних причин звинувачувати себе

- 14 Нещастя та невдачі нічому мене не вчать
- 15 Я часто відмовляюся від боротьби, вважаю її даремною
- 16 Я часто почуваю себе беззахисним
- 17 Іноді у мене буває стан відчаю
- 18 Відчуваю розгубленість перед труднощами
- 19 У важкі хвилини життя іноді поводжуся як дитина, хочу, щоб мене пожаліли
- 20 Вважаю недоліки свого характеру невиправними
- 21 Залишаю за собою право вирішального голосу
- 2 Часто при розмові перебиваю співрозмовника
- 23 Мене легко розсердити
- 24 Люблю робити зауваження іншим
- 25 Хочу бути авторитетом для оточуючих
- 26 Не задовольняюсь малим, хочу більшого
- 27 Коли розгніваюсь, погано себе стримую
- 28 Більше люблю керувати, ніж підкорятися
- 29 У мене різка, грубувата жестикуляція
- 30 Я злопам'ятний
- 31 Мені важко змінювати звички
- 32 Нелегко переключати увагу
- 33 З обережністю ставлюся до всього нового
- 34 Мене важко переконати
- 35 Нерідко у мене з голови не виходять думки, яких потрібно позбутися
- 36 Нелегко зближуюся з людьми
- 37 Мене розчаровує навіть незначні зміни плану 38 Я проявляю впертість
- 39 Неохоче йду на ризик
- 40 Різко реагую на відхилення від прийнятого мною режиму

Методика оцінювання. Підраховується кількість балів за кожно з чотирьох груп питань:

- I - 1-10-те питання - тривожність;
- II - 11-20-те питання - фрустрація (психологічний стан зростаючого емоційно-вольового напруження, що виникає в конфліктній ситуації);
- III- 21-30-те питання - агресивність;
- IV - 31-40-ве питання - ригідність (тенденція до збереження своїх стереотипів, способів мислення, нездатність змінити власну точку зору).

Інтерпретація результатів.

Тривожність:

- 0-7 балів - низька тривожність;
- 8-14 балів - тривожність середня, допустимого рівня;
- 15-20 балів - висока тривожність.

Фрустрація:

- 0-7 балів - висока самооцінка, стійкість до невдач, ви не боїтеся труд-нощів;
- 8-14 балів - середній рівень самооцінки, має місце фрустрація;
- 15-20 балів - низька самооцінка, ви уникаєте труднощів, боїтеся невдач.

Агресивність:

- 0-7 балів - ви спокійні, стримані;
- 8-14 балів - середній рівень агресії;
- 15-20 балів - ви агресивні, нестримані, маєте труднощі в стосунках з людьми.

Ригідність:

- 0-7 балів - ригідності нема;
- 8-14 балів - середній рівень;
- 15-20 балів - сильно виражена ригідність, вам протипоказані зміна місця роботи, зміни в сім'ї.