

НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ БІОРЕСУРСІВ  
І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ  
ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ

ПОГОДЖЕНО  
Декан гуманітарно-педагогічного  
факультету  
кандидат філософ. наук, доцент  
Інна САВИЦЬКА  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р

ДОПУСКАЄТЬСЯ ДО ЗАХИСТУ  
Завідувач кафедри соціальної роботи  
та реабілітації, доктор пед. наук,  
професор  
Ірина СОПІВНИК  
«\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2025 р.

**МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА**

на тему

**«СОЦІАЛЬНА РЕАБІЛІТАЦІЯ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ  
ДОСВІДОМ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ»**

Спеціальність 231 «Соціальна робота»  
Освітньо-професійна програма: «Соціально-психологічна реабілітація»  
Орієнтація освітньої програми: освітньо-професійна

**Гарант освітньої програми**

доктор педагогічних наук, професор  
(науковий ступінь та вчене звання)

\_\_\_\_\_ (підпис)

Сопівник І. В.  
(ПІБ)

**Керівник магістерської кваліфікаційної роботи**

доктор педагогічних наук, професор

\_\_\_\_\_

Сопівник І. В.

Виконав

\_\_\_\_\_ (підпис)

Головатюк В.В.  
(ПІБ студента)

КИЇВ – 2025

**НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
БІОРЕСУРСІВ І ПРИРОДОКОРИСТУВАННЯ УКРАЇНИ**

**ГУМАНІТАРНО-ПЕДАГОГІЧНИЙ ФАКУЛЬТЕТ**

**ЗАТВЕРДЖУЮ**

Завідувач кафедри соціальної  
роботи та реабілітації, професор

\_\_\_\_\_ Ірина СОПІВНИК

«27» листопада 2024 р.

**З А В Д А Н Н Я  
ДО ВИКОНАННЯ МАГІСТЕРСЬКОЇ  
КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТУ**

**Головатюку Віктору Владиславовичу**

Спеціальність 231 «Соціальна робота»

Освітньо-професійна програма: «Соціально-психологічна-реабілітація»

Орієнтація освітньої програми: освітньо-професійна

Тема магістерської кваліфікаційної роботи «Соціальна реабілітація осіб з  
травматичним досвідом засобами рухової активності»

затверджена наказом ректора НУБіП України від «20» 11. 2024 року № 2066 «С»

Термін подання завершеної роботи на кафедрі 20 листопада 2025 р.

Вихідні дані до магістерської кваліфікаційної роботи: наукові розробки  
вітчизняних і зарубіжних учених; матеріали періодичних видань; навчальна та  
довідкова література з теми дослідження.

Перелік питань, що підлягають дослідженню:

- 1) Проаналізувати соціальні наслідки впливу травматичного досвіду на  
життєдіяльність особистості.
- 2) Розкрити механізми впливу рухової активності на соціальне самопочуття  
людини.
- 3) Діагностувати вплив рухової активності на соціальну реабілітацію осіб з  
травматичним досвідом.
- 4) Розробити та апробувати програму соціальної реабілітації осіб з  
травматичним досвідом засобами рухової активності.

Дата видачі завдання “27” листопада 2024 р.

Керівник магістерської кваліфікаційної роботи \_\_\_\_\_ Сопівник І.В.

Завдання прийняв до виконання

Головатюк В.В

## РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна магістерська робота на тему «Соціальна реабілітація осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності» має таку структуру: 1) титульний аркуш; 2) завдання до виконання кваліфікаційної магістерської роботи; 3) реферат; 4) зміст; 5) вступ; 6) основна частина (III розділи); 7) загальні висновки; 8) список використаних джерел; 9) додатки. У роботі подано 5 додатки, та 20 таблиць. Список використаних джерел складає 50 позиція. Загальний обсяг магістерської кваліфікаційної роботи 89 сторінок.

У першому розділі висвітлені теоретичні основи соціальна реабілітація осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності. Здійснено теоретичний аналіз соціальної реабілітації: поняття, цілі, принципи та основні напрями.

У другому розділі «Соціальна реабілітація осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності» розкрито методи та діагностику соціальної реабілітації людей які пережили травматичний досвід.

У третьому розділі «Експериментальна робота із соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності» обґрунтовано програму соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності.

**Ключові слова:** соціальна реабілітація, рухова активність, травматичний досвід, соціальна взаємодія, соціальна адаптація, відновлення.

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ.....	5
ВСТУП.....	6
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ....	10
1.1. Соціальна сутність травматичного досвіду та його вплив на життєдіяльність особи .....	10
1.2. Сутність соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом .....	16
1.3. Рухова активність як засіб соціальної інтеграції: огляд вітчизняних та зарубіжних досліджень.....	19
ВИСНОВОК ДО 1 РОЗДІЛУ.....	22
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ ...	23
2.1. Досвід соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності.....	23
2.2. Діагностика впливу рухової активності на соціальну реабілітацію осіб з травматичним досвідом.....	38
ВИСНОВОК ДО 2 РОЗДІЛУ.....	47
РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ .....	48
3.1. Програма соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності .....	48
3.2. Результати експериментальної роботи.....	66
ВИСНОВОК ДО 3 РОЗДІЛУ.....	78
ВИСНОВОК .....	80
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	82
ДОДАТКИ.....	88

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

Позначення	Розшифровка	Пояснення
ПТСР	Посттравматичний стресовий розлад	Психічний розлад, що виникає внаслідок пережитої травмуючої ситуації.
СР	Соціальна реабілітація	Система заходів, спрямованих на відновлення соціального статусу та інтеграцію в суспільство.
РА	Рухова активність	Будь-яка форма фізичної діяльності, що спрямована на покращення здоров'я та соціалізацію.
АФВ	Адаптивне фізичне виховання	Це спеціально організована система фізичного виховання, спрямована на розвиток рухових, психофізичних і соціальних здібностей людей з особливими освітніми потребами
ВПО	Внутрішньо переміщені особи	Особи, які змушені залишити своє постійне місце проживання через збройний конфлікт.
КГА	Комплексна групова активність	Організована рухова діяльність у групі, що поєднує фізичні, соціальні та психологічні аспекти.
ТД	Травматичний досвід	Сукупність психоемоційних переживань, пов'язаних із травмуючою подією.
СІ	Соціальна інтеграція	Процес включення особистості в систему суспільних відносин.
СК	Соціальний капітал	Сукупність суспільних відносин, що сприяють ефективній соціальній взаємодії.
ЯЖ	Якість життя	Суб'єктивне сприйняття індивідом свого становища в суспільстві.

## ВСТУП

**Актуальність теми дослідження.** Сучасна українська реальність характеризується масовим травматичним досвідом населення, зумовленим військовою агресією росії. Значна кількість осіб, які пережили бойові дії, втрату домівки, смерть близьких, насильство або тривалий стрес, потребує не лише медичної, але й комплексної соціальної та психологічної реабілітації. Травматичний досвід часто призводить до таких наслідків, як тривожність, депресія, соціальна відчуженість та втрата зв'язку з власним тілом, що суттєво ускладнює процес їх повернення до повноцінного життя в суспільстві.

У цьому контексті пошук ефективних, доступних та сучасних методів реабілітації набуває особливої важливості. Серед таких методів перспективним напрямом є використання засобів рухової активності. Останніми роками накопичено значний масив наукових даних, які підтверджують позитивний вплив фізичних вправ на психоемоційний стан: зниження рівня кортизолу, підвищення вироблення ендорфінів, нормалізація роботи вегетативної нервової системи. Однак, соціальний аспект реабілітації – відновлення комунікативних навичок, довіри до оточення, почуття приналежності до спільноти – через рухову активність досліджений недостатньо. Саме інтеграція психофізіологічного та соціального впливу робить рухову активність потужним інструментом соціальної реабілітації, спрямованим не лише на подолання симптомів травми, але й на відновлення соціальних зв'язків особистості.

**Ступінь розробленості проблеми.** Дане дослідження ґрунтується на працях вітчизняних та зарубіжних учених у галузях психології травми (Б. Тіщенко, Г. Пірс, П. Леві), теорії соціальної реабілітації, а також на фундаментальних роботах, що доводять кореляцію між фізичною активністю та психічним здоров'ям (А. Мецлер, Дж. Огілві). Українські та західні науковці зробили значний внесок у дослідження психології травми та реабілітації, що є теоретичною основою для вивчення соціальної реабілітації засобами рухової

активності. Зокрема, українські фахівці, такі як С.Л. Коломієць та Н.В. Чепелюк, досліджували особливості посттравматичних стресових розладів у контексті війни, тоді як Т.М. Тітченко вивчала механізми соціальної адаптації постраждалих. Їхні роботи розкривають специфіку травматичного досвіду в українському суспільстві.

Серед західних науковців ключовими є дослідження Джудит Герман, яка запропонувала модель одужання від травми, та Бессела ван дер Колка, який довів тісний зв'язок між психічною травмою та фізіологією. Його концепція лікування через роботу з тілом підкріплює ефективність рухової активності. Також важливими є праці Петера Левіна про соматичне переживання травми.

Вплив фізичних вправ на психічне здоров'я підтверджують роботи Андерса Хансена та Келлі МакГонігал, які описали нейробіологічні механізми зниження стресу через рух. Для обґрунтування групових форм реабілітації корисними є теорії Ірвіна Ялома про терапевтичні фактори групової роботи. Таким чином, інтеграція цих підходів створює міцну основу для розробки програми соціальної реабілітації.

Незважаючи на загальне визнання важливості рухової активності, залишається невивченою специфіка її застосування саме для соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом в умовах українського суспільства. Відсутність структурованих програм, адаптованих до різних видів травми та соціальних груп, обмежує ефективне використання цього потенціалу на практиці.

**Мета дослідження:** обґрунтувати програму соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності.

**Об'єкт дослідження:** соціальна реабілітація осіб з травматичним досвідом.

**Предмет дослідження:** програма соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності.

**Завдання дослідження:**

1) Проаналізувати соціальні наслідки впливу травматичного досвіду на життєдіяльність особистості.

2) Розкрити механізми впливу рухової активності на соціальне самопочуття людини.

3) Діагностувати вплив рухової активності на соціальну реабілітацію осіб з травматичним досвідом.

4) Розробити та апробувати програму соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності.

**Гіпотеза дослідження:** використання рухової активності в процесі соціальної реабілітації є ефективним засобом комплексного відновлення психічного, фізичного та соціального стану осіб з травматичним досвідом.

**Методи дослідження:**

- Теоретичні – аналіз наукової літератури, систематизація, моделювання.
- Емпіричні – психологічне тестування (опитувальники для оцінки рівня тривоги, депресії, симптомів ПТСР), соціологічні методи (анкетування, інтерв'ю), педагогічний експеримент, спостереження.
- Методи обробки даних – кількісний та якісний аналіз даних.

**Практична значущість роботи** полягатиме в розробці конкретної, адаптованої до українського контексту програми соціальної реабілітації, яка може бути впроваджена у діяльність реабілітаційних центрів, громадських організацій та соціальних служб для підвищення ефективності допомоги постраждалим від війни.

**Теоретична значимість роботи** полягає в системному науковому обґрунтуванні механізмів впливу рухової активності на процес соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом. Дослідження інтегрує сучасні теорії травми (Герман, ван дер Колк) з принципами соціальної роботи та фізіології, розкриваючи трансформаційний потенціал руху не лише як фізичного втручання, але й як потужного соціально-психологічного інструменту. Робота розширює наукові уявлення про роль тілесних практик у відновленні соціальних зв'язків, комунікативних здібностей та формуванні

нової соціальної ідентичності, що є особливо актуальним в умовах подолання наслідків колективної травми українського суспільства.

**Практична значимість** дослідження визначається розробкою програми соціальної реабілітації, яка може бути впроваджена у діяльність: реабілітаційних центрів, соціальних служб, громадських організацій та психологічних служб.

**Структура роботи** складається зі вступу, 3 розділів з висновками до них, загального висновку, списку використаних джерел та додатків.

# **РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ**

## **1.1. Соціальна сутність травматичного досвіду та його вплив на життєдіяльність особи**

Травматичний досвід суттєво змінює життєдіяльність особи та впливає на її здатність повноцінно функціонувати в соціальному середовищі. Після пережитої травми людина стикається з відчуттям небезпеки, втратою контролю над власним життям, порушенням звичного сприйняття світу. Це проявляється у зниженні активності, труднощах адаптації та погіршенні загального самопочуття. Зміни охоплюють різні сфери життєдіяльності – від емоційної та когнітивної до соціальної та професійної.

Одним із найбільш помітних наслідків травматичного досвіду є порушення соціального функціонування. Людині стає складно підтримувати контакти з оточенням, налагоджувати взаємини та реалізовувати соціальні ролі. З'являється уникання спілкування, звуження кола соціальних зв'язків, труднощі у побудові довірчих стосунків. У сімейному та робочому середовищі це може проявлятися конфліктністю, емоційною відстороненістю або, навпаки, підвищеною тривожністю у взаємодії з іншими.

Травматичний досвід негативно впливає і на якість життя особи. Частими є порушення сну, хронічна втома, зниження мотивації та інтересу до діяльності, яка раніше приносила задоволення. Людина часто обмежує себе у повсякденній активності, відмовляється від участі у соціальних подіях, втрачає відчуття перспективи та здатність планувати майбутнє. Це призводить до погіршення загального психологічного і фізичного стану, що своєю чергою обмежує можливість повноцінної участі у житті суспільства.

Травма також порушує адаптаційні механізми особистості. Знижується здатність ефективно реагувати на стресові ситуації, приймати рішення та

вирішувати життєві проблеми. Часто виникають труднощі з концентрацією уваги, запам'ятовуванням та організацією діяльності, що ускладнює навчання та професійну діяльність. Людина може втрачати інтерес до праці або відзначати зниження продуктивності, що впливає на її становище у трудовому середовищі.

Травматичний досвід – це психологічне переживання події (або серії подій), яка сприймається як загроза життю, фізичній цілісності або психічному здоров'ю особистості та перевищує її здатність до психологічного опору. Ключовою характеристикою такого досвіду є відчуття надзвичайного жаху, безпорадності та втрати контролю, що призводить до глибокого порушення почуття безпеки [24, с. 74–82].

Травма – це стійкий психофізіологічний наслідок травматичного досвіду. Це не сама подія, а внутрішня рана, що виникає в результаті неможливості розумово та емоційно «переварити» пережите. Сучасна наука (зокрема, роботи Бессела ван дер Колка) підкреслює, що травма має тілесне вимірювання – організм «фіксує» пережитий жах на фізіологічному рівні, що проявляється у хронічному напруженні, порушенні регуляції емоцій та автоматичних реакцій на тригери [1, с. 34–41].

Таким чином, травматичний досвід – це причина, а травма – її наслідок, який може виражатися у вигляді посттравматичного стресового розладу (ПТСР), тривожних розладів або інших проблем з психічним та фізичним здоров'ям. Головне розходження між звичайним стресом і травмою полягає в масштабі порушення: травма руйнує базову довіру до світу і власне «Я», тоді як стрес, навіть сильний, не завжди призводить до таких фундаментальних змін.

Сучасне розуміння психологічної травми формувалося завдяки внеску як західних, так і українських учених. Серед українських дослідників особливо варто відзначити С. Л. Коломієць та Н. В. Чепелюк, які стали піонерами у вивченні посттравматичних стресових розладів у контексті військових дій та їх впливу на цивільне населення. Їхні роботи допомогли зрозуміти специфіку

травматичного досвіду в умовах української реальності. Разом з тим Т.М. Тітченко внесла значний внесок у розвиток екстремальної та кризової психології, досліджуючи механізми психологічного захисту та адаптації до стресових умов. Соціальний аспект реабілітації травмованих осіб розкривають у своїх працях О.М. Кочубейникова та І.О. Голубєва, які спеціалізуються на проблемах соціально-психологічної адаптації внутрішньо переміщених осіб.

Із західних учених фундаментальний внесок у теорію травми зробила Джудит Герман, чия трифазна модель одужання стала класикою у роботі з посттравматичними станами. Науковець Бессел ван дер Колк революціонував розуміння травми, довівши її тілесну природу та розробивши інноваційні методи терапії. Петер Левін розвинув цей напрям, створивши метод соматичного переживання, що дозволяє відпрацювати травму через роботу з тілесними відчуттями. Важливим є внесок Стефена Поргеса, чия теорія полівагального тону пояснила фізіологічні механізми впливу травми на вегетативну нервову систему [23, с. 112–119].

Синтез досліджень цих науковців створив сучасну комплексну модель розуміння травми, що поєднує психологічні, соціальні та фізіологічні аспекти, що є особливо актуальним для розробки ефективних програм реабілітації в українському контексті.

Сучасна психологія розглядає психологічну травму як складне системне порушення, що виходить за рамки індивідуального переживання. Коли довіра до безпеки світу руйнується, людина втрачає опору не лише в зовнішньому середовищі, але й у власному тілі, причому дослідження показують, що травма часто виникає через відчуття повної самотності в переживанні болісної події.

Ключовим механізмом засвоєння травматичного досвіду є дисоціація – природжений захисний процес психіки, що дозволяє «відокремитися» від непереносного болю. Це може проявлятися у відчутті нереальності подій, спостереженні за собою збоку, емоційному онімінні чи втраті тілесних відчуттів. Особливо важливою є концепція комплексного ПТСР, запропонована Джудит Герман, який виникає внаслідок тривалого

травматичного досвіду і включає порушення саморегуляції, зміни в системі самопочуття, порушення у стосунках та втрату системи цінностей.

Нейробіологічні дослідження виявили конкретні зміни у мозку внаслідок травми: гіпокамп (відповідає за пам'ять) зменшується в об'ємі, мигдалеподібне тіло (центр страху) стає гіперактивним, а префронтальна кора (відповідає за контроль) знижує активність. Особливу увагу приділяється травмі розвитку, що виникає в дитячому віці та впливає на формування особистості, здібність до саморегуляції та будування стосунків [2, с. 112–118].

Сучасна наука також вивчає явище колективної та історичної травми - психологічного ушкодження, що передається через покоління або вражає цілі спільноти, що особливо актуально для українського суспільства. Важливо, що сучасна психологія досліджує не лише негативні наслідки травми, але й посттравматичне зростання - позитивні психологічні зміни, що виникають в результаті боротьби з життєвими кризами, що може проявлятися у зміні пріоритетів, зміцненні стосунків, відкритті нових можливостей та розвитку особистої сили [22, с. 173–181].

Сучасні підходи до лікування травми включають різноманітні методи: схема-терапію (роботу з глибинними переконаннями), терапію прив'язаності (відновлення здатності до здорових стосунків) та нейрофідбек (тренування оптимальної роботи мозку). Цей комплексний підхід дозволяє розробити ефективні стратегії допомоги постраждалим, враховуючи багатовимірність проявів травматичного досвіду.

Сучасне розуміння психологічної травми як порушення регуляції нервової системи представляє цей феномен через призму нейробіологічних механізмів. Відповідно до теорії полівагального тону Стефена Поргеса, травматичний досвід руйнує природну ієрархію неврологічних реакцій, через що організм втрачає здатність плавно перемикатися між трьома основними станами: соціальною взаємодією, мобілізацією та іммобілізацією. Це призводить до того, що людина «застряє» у стані постійної готовності до небезпеки або, навпаки, в стані емоційного відчуження [3, с. 27–35].

Клінічні прояви травми розкриваються через різноманітні типи реакцій, серед яких особливо вирізняються гіперзбудження з його постійною тривогою, гіповідчутливість як форма захисту від болю, дисоціація з характерним розділенням свідомості та тілесних відчуттів, і соматизація, коли психічний біль перетворюється на фізичні симптоми. У відповідь на це складне поєднання симптомів сучасна терапія пропонує послідовний підхід, що починається з забезпечення безпеки як фундаментальної умови подальшого лікування, продовжується через поетапну стабілізацію, переробку травматичного досвіду та завершується реінтеграцією особистості.

Сучасні терапевтичні методи демонструють інтегративний підхід, поєднуючи роботу з тілесними відчуттями через терапію, орієнтовану на тіло, соматичне переживання та сенсомоторну психотерапію. Особливу увагу приділяється терапії саморегуляції, що спрямована на навчання клієнтів управління власним фізіологічним станом. Важливим компонентом сучасної допомоги стала профілактика та раннє втручання, які включають психоосвіту про нормальність реакцій на ненормальні події, створення підтримуючого соціального середовища та попередження вторинної травматизації. Цей комплексний підхід відображає тенденцію сучасної психології до інтеграції різних наукових дисциплін для розробки максимально ефективних методів допомоги постраждалим від травми [21, с. 55–62].

Сучасне розуміння психологічної травми як комплексного явища охоплює низку ключових аспектів її формування та розвитку. Етіологія та патогенез травми розглядаються через концепцію подолання психічного кордону, коли травматичною стає подія, що суперечить базовим очікуванням щодо безпеки світу, викликає розрив між досвідом і існуючою системою знань, а також порушує фундаментальні потреби в безпеці, автономності та соціальній приналежності.

Формування травматичного досвіду відбувається через чіткі стадії: починаючи з фази шоку та миттєвої дезорганізації психічної діяльності, через спроби відновити контроль за допомогою уникнення, далі через пошук

пояснення та місця події в біографії, і нарешті – фазу інтеграції, яка може призвести як до асиміляції досвіду, так і до розвитку ПТСР [20, с. 198–202].

Клінічна картина ПТСР відрізняється різноманіттям форм перебігу – від гострого (до 3 місяців) до хронічного (понад 3 місяці) та відстроченого (симптоми з'являються через 6+ місяців). Особливої уваги заслуговують специфічні форми травматичних розладів, серед яких складний ПТСР як результат тривалого травмування, травма розвитку з наслідками в дитячому віці, вторинна травма у професійних груп допомоги та колективна травма як масове ушкодження соціальної групи [4, с. 91–94].

Поширеними соціальними наслідками травматичного досвіду є ризик соціальної ізоляції, самотності та знецінення соціальних ролей. Уникання контактів та емоційна відстороненість, що є характерними реакціями на травму, створюють додаткові перепони для повернення до активної соціальної взаємодії. У деяких випадках травмована особа може звертатися до ризикованих моделей поведінки – уживання психоактивних речовин, агресії чи самопошкоджень – як способу тимчасового зниження внутрішньої напруги.

Травматичні переживання відображаються й на фізичному здоров'ї. Хронічний стрес спричиняє соматичні прояви – порушення роботи серцево-судинної, нервової чи травної систем, зниження імунітету. Це додатково обмежує функціональні можливості людини і погіршує її здатність до активної участі у соціальному житті.

Загалом травматичний досвід формує комплекс змін, які впливають на життєдіяльність особи та зумовлюють зростання потреби у соціальній підтримці. Людина потребує не лише психологічної допомоги, а й соціального супроводу, спрямованого на відновлення соціальних зв'язків, повернення до активної життєвої позиції, формування ресурсності та підтримку повсякденної життєдіяльності. Саме тому робота соціального працівника відіграє ключову роль у реабілітації осіб з травматичним досвідом, забезпечуючи комплексний підхід до їхнього відновлення та повернення до повноцінної участі у житті суспільства.

## 1.2. Сутність соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом

Соціальна реабілітація є багатовимірним процесом, спрямованим на повноцінне відновлення соціального статусу особистості та її ефективну інтеграцію в суспільство. Цей процес передбачає не лише систему спеціальних заходів, але й глибокий соціально-психологічний супровід, що допомагає людині відновити здатність до соціального функціонування після пережитих криз, травм або тривалих життєвих ускладнень [19, с. 120–126].

Соціальна реабілітація являє собою цілісний багатоаспектний процес, спрямований на повноцінне відновлення соціального статусу особистості та її успішну інтеграцію в суспільне життя. Особливого значення цей процес набуває в роботі з особами, які мають травматичний досвід, оскільки передбачає не лише відновлення втрачених соціальних функцій, але й активне подолання психологічних бар'єрів, що перешкоджають ефективній соціальній взаємодії.

Основною метою соціальної реабілітації виступає комплексне відновлення здатності особистості до повноцінного функціонування в суспільстві. Це включає відновлення соціальних зв'язків, подолання ізоляції, формування нових соціальних ролей, розвиток комунікативних навичок, а також створення умов для професійної реалізації та самостійного життєзабезпечення [5, с. 45–51].

Ефективність соціальної реабілітації ґрунтується на дотриманні ключових принципів, серед яких особливе значення мають індивідуальний підхід, що враховує особливості кожної конкретної ситуації; системність, що забезпечує комплексний вплив на всі сфери життєдіяльності; доступність реабілітаційних послуг; добровільність участі та неперервність реабілітаційного процесу.

Реалізація цих принципів відбувається через декілька взаємопов'язаних напрямів роботи. Соціально-психологічний напрям включає психокорекційну

роботу, тренінги комунікації та подолання соціальних страхів. Соціально-педагогічний напрям спрямований на навчання новим соціальним ролям і побутову адаптацію. Професійно-трудова напрям забезпечує професійну орієнтацію та створення умов для працевлаштування. Соціально-середовищний напрям передбачає формування підтримуючого оточення та доступного середовища. Особливе місце посідає фізкультурно-оздоровчий напрям, що використовує рухову активність як потужний засіб соціальної інтеграції.

Таким чином, соціальна реабілітація являє собою стратегічно важливий механізм, який не лише сприяє відновленню окремої особистості, але й зміцнює соціальну структуру суспільства в цілому. Її успіх безпосередньо залежить від послідовної реалізації принципів та інтеграції різних напрямів реабілітаційної діяльності в єдину цілісну систему.

Основа соціальної реабілітації складає комплексний підхід, що поєднує відновлення соціальних функцій через формування комунікативних навичок і здатності до соціальної взаємодії, психологічну підтримку, спрямовану на подолання наслідків травми та розвиток навичок самопомоги, а також соціально-середовищний підхід, що забезпечує створення підтримуючого оточення та залучення соціальних інститутів [6, с. 56–65].

Процес соціальної реабілітації реалізується через кілька взаємопов'язаних напрямів. Психосоціальна реабілітація сприяє відновленню психічного здоров'я та формуванню стресостійкості, професійна – забезпечує профорієнтацію та допомогу у працевлаштуванні, соціально-побутова – формує навички самообслуговування та адаптації до повсякденного життя, а культурно-дозвільна – сприяє залученню до культурного життя та розвитку творчих здібностей [18, с. 157–163].

Для осіб з травматичним досвідом соціальна реабілітація має особливе значення, оскільки сприяє поетапній реінтеграції в соціум, відновленню соціальної ідентичності та формуванню нових життєвих перспектив. Ефективність цього процесу забезпечується дотриманням ключових

принципів: індивідуального підходу, міждисциплінарності, соціального партнерства та активної участі самої людини в реабілітаційному процесі, що в сукупності сприяє запобіганню соціального виключення та відновленню повноцінного соціального функціонування особистості.

Соціальна реабілітація як цілеспрямований процес має на меті відновлення соціального функціонування особистості та її повноцінну інтеграцію в суспільне життя. Основними цілями цього процесу є не лише відновлення соціального статусу та ролей людини, але й формування нової життєвої перспективи, що включає розвиток соціальної компетентності та адаптаційних механізмів [17, с. 33–39].

Реалізація цих цілей відбувається через послідовне виконання ключових завдань, серед яких особливе місце займають соціально-психологічні завдання, такі як подолання соціальної ізоляції, відновлення соціальних зв'язків та формування адекватної самооцінки. Не менш важливими є соціально-середовищні завдання, спрямовані на створення підтримуючого оточення та забезпечення доступності соціальних ресурсів, а також професійно-трудова завдання, що включають профорієнтацію, допомогу у працевлаштуванні та соціальну адаптацію на робочому місці.

Ефективність соціальної реабілітації забезпечується дотриманням суворого набору принципів, серед яких організаційні принципи індивідуального підходу, системності та міждисциплінарності поєднуються з соціальними принципами добровільності участі, партнерської взаємодії та соціальної справедливості. Процес реабілітації реалізується через три послідовні етапи: початковий (оцінка потреб та розробка плану), основний (реалізація заходів та соціальне навчання) та завершальний (консолідація досягнень та соціальне супроводження) [7, с. 78–84].

Результатом успішної соціальної реабілітації стає не лише відновлення соціального функціонування, але й досягнення повноцінної соціальної інтеграції, самостійності в соціальному житті та стійкої соціальної адаптації,

що в сукупності створює умови для повноцінної самореалізації особистості в суспільстві.

Соціальна реабілітація ґрунтується на суворій системі принципів, що забезпечують її ефективність та гуманність. Основу цієї системи складають загально-етичні принципи, серед яких ключове місце посідають повага до гідності особистості, конфіденційність, добровільність участі та гарантії безпеки, що виключають заподіяння будь-якої шкоди клієнту [16, с. 134–145].

Організаційні та професійні принципи визначають якість надання реабілітаційних послуг. Індивідуальний підхід, системність і безперервність реабілітаційного процесу поєднуються з міждисциплінарністю та високою професійною компетентністю фахівців. Важливе значення має емпірична обґрунтованість використовуваних методів, інформована згода клієнта на всі види допомоги та професійна відповідальність за результати роботи.

Соціальні принципи реабілітації орієнтовані на забезпечення рівних можливостей та справедливості. Інклюзія, рівність доступу до послуг, партнерська взаємодія з клієнтом та його соціальним оточенням, а також соціальна справедливість створюють необхідні умови для повноцінної інтеграції особистості в суспільство.

Реалізація реабілітаційного процесу будується на активній участі клієнта, орієнтації на його внутрішні ресурси, врахуванні впливу соціального середовища та чіткій орієнтації на досягнення конкретних результатів. Доступність, гнучкість, своєчасність надання допомоги та наукова обґрунтованість методів забезпечують практичну реалізацію цих принципів.

Система оцінки якості реабілітації передбачає прозорість критеріїв, об'єктивність та клієнто-орієнтованість, що в сукупності гарантує відповідність наданих послуг потребам особистості та суспільним стандартам. Дотримання цієї комплексної системи принципів є запорукою успішної соціальної реабілітації та досягнення її основної мети [8, с. 102–110].

### 1.3. Рухова активність як засіб соціальної інтеграції: огляд вітчизняних та зарубіжних досліджень

Соціальна інтеграція, тобто включення людини в суспільні зв'язки, сьогодні є одним з ключових завдань. І як вітчизняні, так і зарубіжні вчені все частіше звертаються до рухової активності як до потужного інструменту для її досягнення. Спорт, танці, фізкультура та навіть звичайні групові прогулянки можуть стати тим мостом, який об'єднує людей.

Механізм цього явища досить простий і глибокий одночасно. Під час спільних тренувань чи змагань виникає природня потреба у спілкуванні та кооперації. Люди об'єднуються заради спільної мети, будь то перемога у матчі або просто підтримка форми. У цьому процесі соціальні бар'єри – як от рівень доходу чи етнічне походження – часто втрачають свою вагу, поступаючись місцем взаємоповазі та спільному інтересу. Крім того, група чи секція формують почуття приналежності, що є основним елементом соціальної ідентичності. Фізична активність також покращує психологічний стан, зменшуючи стрес і підвищуючи впевненість у собі, що робить людину відкритішою для нових знайомств [15, с. 189–199].

Українські дослідження часто мають чіткий практичний спрямованість. Науковці, зокрема з університетів фізичної культури, вивчають роль спорту в соціалізації дітей та молоді, вважаючи його чинником запобігання асоціальній поведінці. Особливу увагу приділяється інтеграції людей з інвалідністю. Адаптивний спорт розглядається не лише як метод реабілітації, але й як шлях повноцінного включення в суспільне життя, подолання ізоляції [9, с. 60–66].

Окрім того, у контексті сучасних викликів з'являються роботи про спорт як засіб консолідації всього суспільства. Масові забіги, велопробіги та інші активності стають платформою для відновлення соціального капіталу, об'єднуючи людей навколо позитивної спільної справи.

Міжнародна наука пропонує ще ширший погляд на цю проблему. У Європі, наприклад, спорт офіційно використовується в політиці інтеграції

мігрантів. Такі програми, як «Sport Inclusion of Migrants», на практиці доводять, що участь у місцевому футбольному чи біговому клубі допомагає прибульцям швидше вивчити мову, зрозуміти місцеві звичаї та знайти друзів.

У країнах Північної Америки та Західної Європи спорт активно застосовується як інструмент соціальної роботи в неблагополучних районах, допомагаючи відвернути молодь від злочинності через позитивні приклади тренерів і розвиток лідерських якостей. Окремий напрямок досліджень присвячений розширенню прав і можливостей жінок через спорт, що особливо актуально для консервативних суспільств [10, с. 48–52].

Світовим прикладом успішної інтеграції став Паралімпійський рух, який не лише змінив суспільну думку про інвалідність, але й створив потужну глобальну спільноту для самореалізації та підтримки.

Отже, і українські, і міжнародні дослідження єдині в тому, що рухова активність – це універсальний і ефективний соціальний інтегратор. Хоч наші вчені часто роблять акцент на вирішенні конкретних проблем, а зарубіжні – на політиці та теорії, їхні знахідки не суперечать, а доповнюють одна одну.

Досвід ЄС з інтеграції мігрантів може бути корисним для України, а наші наробки у роботі з травмою – цінними для світу. Майбутнє цієї теми – у створенні комплексних програм, де фізична активність поєднуватиметься з освітою та психологічною підтримкою, створюючи міцніші соціальні зв'язки для всіх.

Соціальна реабілітація осіб, які пережили травматичний досвід, є однією з найактуальніших проблем сучасного суспільства, особливо в контексті українських реалій. У пошуках ефективних інструментів реабілітації науковці все частіше звертаються до рухової активності, яка довела свій потенціал не лише як засіб фізичного відновлення, але й як потужний механізм соціальної реінтеграції [14, с. 45–50].

Основним чинником успіху рухових практик у соціальній реабілітації є їхній комплексний вплив на психофізіологічний стан людини. Дослідження показують, що групові форми фізичної активності створюють безпечний

простір для соціальної взаємодії, що особливо важливо для людей з посттравматичними розладами. Структуроване середовище тренувань з чіткими правилами допомагає знизити рівень соціальної тривоги. Крім того, спільна діяльність, спрямована на досягнення позитивної мети – чи то підготовка до забігу, чи вивчення танцювальної композиції – формує нові соціальні зв'язки та відновлює почуття довіри, руйнуючи бар'єр ізоляції, характерний для травматичного досвіду.

Українська наука демонструє значний прогрес у цьому напрямі. Дослідження, проведені на базі провідних фахових університетів, підтверджують ефективність різноманітних рухових практик – від групової кинезітерапії до туристично-краєзнавчої діяльності. Особливу цінність мають роботи, присвячені реабілітації ветеранів та внутрішньо переміщених осіб, де спільна фізична активність сприяє взаємопідтримці та формуванню нової соціальної ідентичності поза травматичним контекстом. Розвиток адаптивного спорту в Україні також розглядається не лише як фізіотерапія, але й як важливий соціальний ліфт для осіб з інвалідністю [13, с. 72–78].

Міжнародний досвід пропонує ще ширший спектр підходів. У країнах ЄС, США та Канаді розроблено цілі стандартизовані програми реабілітації засобами рухової активності, ефективність яких підтверджена клінічними випробуваннями. Особливої уваги заслуговує досвід використання спорту для інтеграції біженців та жертв насильства, коли місцеві спортивні клуби стають справжніми «соціальними хабами» для культурного обміну та побудови довіри. Значний внесок світової науки полягає й у дослідженні нейробіологічних механізмів впливу руху, що доводить: оскільки травма «зберігається» в тілі, саме рухові практики стають ключовим інструментом для відновлення почуття безпеки та контролю.

Таким чином, рухова активність продовжує підтверджувати свій статус одного з найперспективніших інструментів соціальної реабілітації, поєднуючи в собі фізіологічні, психологічні та соціальні механізми відновлення особистості після травматичного досвіду.

## ВИСНОВОК ДО 1 РОЗДІЛУ

Проведений аналіз наукових джерел у першому розділі дозволив сформулювати такі ключові висновки.

Сучасні підходи розглядають травматичний досвід не лише як психологічне явище, але й як комплексний феномен, що має глибокі нейробіологічні наслідки та суттєво порушує соціальне функціонування особистості. ПТСР характеризується не лише інтрузивними спогадами та гіперзбудженням, але й соціальною відчуженістю, втратою довіри до світу та порушенням комунікації. Це обумовлює необхідність реабілітаційних втручань, спрямованих одночасно на психоемоційний стан, фізіологію та соціальні зв'язки.

Соціальна реабілітація осіб з травматичним досвідом є багаторівневим процесом, цілями якого є не лише відновлення втрачених соціальних навичок, але й активне повторне включення людини в систему суспільних відносин. Її ефективність ґрунтується на дотриманні ключових принципів, серед яких найважливішими є індивідуальний підхід, активна участь самої особистості, системність та безперервність. Основними напрямками виступають психосоціальна підтримка, формування нових соціальних ролей та відновлення почуття належності до спільноти.

Огляд вітчизняних та зарубіжних досліджень підтверджує, що рухова активність є потужним та багатофункціональним інструментом соціальної реабілітації та інтеграції. На психофізіологічному рівні зменшує симптоми тривоги та депресії, регулює роботу нервової системи. На соціально-психологічному рівні створює безпечний структурований простір для відновлення комунікативних навичок, будує почуття довіри та спільності через досягнення спільної мети. На особистісному рівні: підвищує самоефективність і формує нову, позитивну ідентичність, незакріплену за травмою.

## **РОЗДІЛ 2. МЕТОДИЧНІ ОСНОВИ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ**

### **2.1. Досвід соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності**

Реабілітація засобами рухової активності являє собою складний багаторівневий процес, що ґрунтується на глибокому розумінні нейробіологічних механізмів впливу фізичних вправ на психічний стан. Науково доведено, що регулярна рухова активність стимулює вироблення ключових нейротрансмітерів – серотоніну, дофаміну та ендорфінів, які відіграють вирішальну роль у регуляції настрою, зменшенні больових відчуттів та формуванні позитивного емоційного стану. Крім того, фізичні навантаження сприяють нейрогенезу та підвищенню пластичності мозку, що має особливе значення для відновлення осіб, які пережили психологічні травми.

Важливим аспектом реабілітаційного процесу є відновлення соматичного досвіду через розвиток інтероцепції – здатності сприймати внутрішні стани організму. Спеціально розроблені вправи допомагають учасникам програм відновити втрачений зв'язок з власним тілом, сформувані почуття безпеки та зменшити прояви соматизації стресу, які часто супроводжують травматичні переживання.

Сучасний підхід до реабілітації передбачає ретельну адаптацію програм до особливих потреб різних груп населення. Для дітей розробляються ігрові форми рухової активності, для людей похилого віку – вправи на рівновагу та профілактику падінь, а для осіб з обмеженими можливостями - спеціально адаптовані комплекси вправ. Підвищення ефективності реабілітації досягається шляхом інтеграції рухових практик з іншими методами, зокрема

арт-терапією, когнітивно-поведінковою терапією, медитативними практиками та сімейною терапією.

Особливу увагу приділяється розробці довгострокових стратегій підтримки, які включають створення індивідуальних програм для домашніх занять, організацію груп взаємодопомоги, проведення регулярних оцінювальних сесій для коригування програм та залучення родини до процесу реабілітації. Профілактичний потенціал рухової активності проявляється у зменшенні ризику рецидивів депресивних станів, підвищенні стресостійкості, поліпшенні якості сну та формуванні здорових стратегій подолання стресу.

Культурний та соціальний контекст залишається важливим фактором успішної реабілітації. Необхідно враховувати культурні особливості сприйняття тіла та руху, соціальне середовище учасника та можливості його подальшої інтеграції у звичне соціальне оточення. Таким чином, реабілітація засобами рухової активності являє собою комплексний багатоаспектний процес, що вимагає індивідуального підходу та врахування фізіологічних, психологічних і соціальних факторів для досягнення стійких позитивних змін і поліпшення якості життя учасників програм.

Реабілітація засобами рухової активності охоплює різноманітні категорії населення, які потребують психологічного та фізичного відновлення. До участі у програмах можуть бути залучені діти, дорослі та люди похилого віку, які пережили травматичний досвід, включаючи внутрішньо переміщених осіб, біженців, ветеранів бойових дій, жертв домашнього насильства та постраждалих від надзвичайних ситуацій.

Особи з психічними порушеннями, такі як пацієнти з посттравматичним стресовим розладом, тривожними станами, депресією або психосоматичними розладами, також є ключовою цільовою групою. Соціально вразливі категорії, зокрема особи з інвалідністю, бездомні, люди в стадії реабілітації після подолання залежностей, а також ті, хто втратив близьких, потребують спеціалізованої підтримки через рухову активність.

Професійні групи, такі працівники рятувальних служб, військовослужбовці, соціальні працівники та особи, які стикнулися з професійним вигоранням, також можуть бути залучені до реабілітаційних програм. Окрім цього, програми адаптуються для осіб з особливими потребами, включаючи розлади аутистичного спектру, порушення харчової поведінки, хронічний больовий синдром або стан після важких операцій.

Сімейний контекст також враховується: батьки дітей з особливими потребами, самотні батьки, опікуни хворих родичів, сироти та діти, позбавлені батьківського піклування, можуть отримати користь від реабілітації. Також програми орієнтовані на соціально ізольовані групи, такі як самотні люди похилого віку, особи з обмеженими можливостями пересування, соціальними фобіями або обмеженими контактами.

Кожна з цих груп вимагає індивідуального підходу, врахування їхніх фізичних, психологічних та соціальних особливостей, а також створення безпечного і підтримуючого середовища для ефективного відновлення.

Соціальна реабілітація осіб із травматичним досвідом є одним із провідних напрямів сучасної психологічної, педагогічної та медико-соціальної роботи. Її головна мета полягає у відновленні фізичного, психоемоційного та соціального функціонування людини, яка пережила стресову або травматичну подію. Одним із найефективніших засобів такого відновлення є рухова активність, що сприяє зниженню рівня тривожності, покращенню настрою, формуванню позитивного самосприйняття та підвищенню самооцінки. Рухові вправи та різноманітні форми фізичної діяльності позитивно впливають не лише на фізичний стан, а й на психологічну стабільність та соціальну адаптацію особи.

Сучасний досвід соціальної реабілітації доводить, що рухова активність є універсальним інструментом відновлення для різних категорій осіб із травматичним досвідом. Зокрема, такі програми успішно реалізуються для ветеранів бойових дій, осіб, які пережили насильство, стихійні лиха чи втрату близьких, а також для дітей і підлітків із психологічною травмою. У практиці

соціальної роботи та реабілітації застосовуються різні форми рухової активності: психофізичні практики (йога, дихальні вправи, релаксаційні техніки), спортивно-ігрові методи (командні ігри, адаптивні види спорту), кінезіотерапія, лікувальна фізкультура, арт-рухові методики, а також інтегративні підходи, що поєднують фізичні вправи з груповими психологічними тренінгами. Такі програми реалізуються в реабілітаційних центрах, громадських ініціативах та спеціалізованих проєктах, як-от «Ветеран Хаб», «Recovery Camp», «Спортивна реабілітація ветеранів» тощо.

Для ефективної роботи з особами, які пережили травматичний досвід, необхідно створити безпечний та структурований простір, де учасники зможуть поступово відновлювати психофізичний стан через рухову активність. Важливо формувати невеликі групи до 15 осіб, що дозволить забезпечити індивідуальний підхід до кожного учасника. Заняття варто будувати за принципом поступового ускладнення – від базових дихальних вправ до складних координаційних рухів та групових взаємодій.

Супровід має включати елементи арт-терапії та музикотерапії, інтегровані в рухові вправи, що сприятиме кращому усвідомленню тілесних відчуттів та емоційних станів. Особливу увагу слід приділяти розвитку навичок саморегуляції через дихальні техніки та контроль рухових реакцій. Для соціальної реінтеграції доцільно використовувати парні вправи та групові ігри, спрямовані на розвиток довіри та взаєморозуміння.

Програми потребують адаптації до особливих потреб різних категорій учасників – врахування вікових особливостей, стану здоров'я та культурного контексту. Ключовим аспектом є професійна підготовка фахівців, які повинні володіти основами травмоінформованого підходу та вміти розпізнавати ознаки психологічного дистресу. Необхідно розробити чіткі протоколи безпеки, які передбачають алгоритми дій у разі емоційних кризових станів, а також забезпечують конфіденційність особистої інформації.

Для оцінки ефективності реабілітаційного процесу рекомендується впровадити регулярний моніторинг психофізичних показників учасників,

поєднуючи об'єктивні методи діагностики з аналізом суб'єктивних відгуків. Міждисциплінарна співпраця психологів, соціальних працівників та інструкторів з фізичної активності дозволить розробляти індивідуальні плани реабілітації та своєчасно корегувати програму занять. Такий комплексний підхід забезпечить оптимальні умови для поступового відновлення ресурсних станів та соціальної реінтеграції осіб з травматичним досвідом.

Робота з травматичним досвідом вимагає диференційованого підходу до різних категорій населення, враховуючи їх вік, соціальний статус та особливості пережитого досвіду. Для дітей та підлітків найефективнішими є ігрові методи, поєднання арт-терапії з руховими активностями, а також використання сказкотерапії з елементами драматизації. Такі форми роботи дозволяють дітям у безпечний спосіб висловлювати свої переживання та відновлювати почуття контролю над власним тілом.

Дорослі, які пережили травму, часто потребують більш структурованих підходів, таких як тілесно-орієнтована терапія, дихальні практики та групова терапія з елементами рухової активності. Особливої уваги потребують ветерани та військовослужбовці, для яких ефективними є спортивні тренування з елементами командної роботи, терапевтичні групи взаємодопомоги та робота з посттравматичним стресовим розладом через фізичну активність.

Для людей похилого віку оптимальними є м'які рухові вправи, такі як тай-чі та йога, а також дихальна гімнастика та спільні прогулянки. Особи з інвалідністю потребують спеціально адаптованих програм, що можуть включати гідрореабілітацію та індивідуальні заняття з урахуванням фізичних обмежень.

Особливої чутливості вимагає робота з внутрішньо переміщеними особами. Для них важливо створення культурно-чутливих групових занять, терапевтичних розповідей через рух і танець, а також робота з втратою через символічні рухи. Жертви домашнього насильства часто потребують тілесних

практик, спрямованих на відновлення особистих меж, курсів самооборони з психологічним супроводом та вправ на відновлення довіри до власного тіла.

Для працівників рятувальних служб та інших професій з високим рівнем стресу важливими є профілактичні програми з управління стресом, регулярні фізичні тренування та групи взаємодопомоги. Люди з хронічним болем потребують спеціалізованої лікувальної фізкультури, м'яких розтяжок та релаксаційних технік.

У випадках роботи зі змішаними групами рекомендується використання інтегративних занять, інклюзивних ігор та творчих майстер-класів з елементами руху. Ключовим аспектом у всіх цих підходах є створення безпечного простору, де учасники можуть поступово відновлювати довіру до себе та оточуючих через рухову активність, завжди маючи можливість контролювати інтенсивність своєї участі та рівень фізичного навантаження.

Для дослідження ефективності соціальної реабілітації осіб із травматичним досвідом засобами рухової активності доцільно застосовувати комплекс методик, які охоплюють психологічні, фізіологічні та соціально-поведінкові аспекти. Бланки методик подано в додатку А.

Серед психодіагностичних інструментів ефективними є опитувальник рівня тривожності Спілбергера–Ханіна, шкала депресії Бека, тест самооцінки Дембо–Рубінштейн, а також методика «Соціометрія» Дж. Морено, яка допомагає визначити рівень соціальної інтеграції у групі. Фізіологічні показники (частота серцевих скорочень, артеріальний тиск, результати тестів на витривалість, силу, гнучкість і координацію) дають змогу об'єктивно оцінити фізичний стан учасників.

Опитувальник рівня тривожності Спілбергера-Ханіна є одним із найпоширеніших інструментів для діагностики тривожності в психологічній практиці. Він складається з 40 запитань, розділених на дві самостійні підшкали, що дозволяє комплексно оцінити різні аспекти тривожності.

Перша підшкала – ситуативна тривожність – включає 20 запитань і вимірює поточний емоційний стан людини. Вона оцінює, наскільки люба

відчуває напругу, занепокоєння та нервозність у конкретний момент часу. Ця підшкала чутлива до змін емоційного стану під впливом зовнішніх обставин.

Друга підшкала – особистісна тривожність – також містить 20 запитань і спрямована на вимірювання стійкої характеристики особистості. Вона визначає, наскільки люба схильна сприймати широкий спектр ситуацій як загрозливі, що відображає її загальну тенденцію до тривожних реакцій.

Методика використовує 4-бальну шкалу Лайкерта для оцінки частоти проявів симптомів тривожності. Респондент обирає варіанти відповіді від «майже ніколи» до «майже завжди», що дозволяє кількісно оцінити інтенсивність тривожних проявів.

Інтерпретація результатів проводиться за спеціальними ключами, які дозволяють класифікувати рівень тривожності як низький, середній або високий. Це дає змогу не лише констатувати наявність тривожності, але й визначити її вираженість, що є важливим для планування корекційних заходів та оцінки їх ефективності.

Перевагою методики є її стандартизація, надійність і валідність, що робить її особливо корисною для проведення діагностики в рамках наукових досліджень та моніторингу стану учасників реабілітаційних програм.

Шкала депресії Бека – це один з найуживаніших інструментів самооцінки для виявлення депресивних симптомів, розроблений психологом Аароном Беком у 1961 році. За десятиліття застосування методика пройшла численні перевірки, що підтвердили її валідність, надійність і точність.

Шкала включає 21 пункт, кожен із яких відповідає ключовому симптому депресії. Серед них: настрій, песимізм, почуття невдахи, незадоволеність, провина, самозневага, суїцидальні думки, соціальна відстороненість, порушення сну, втомлюваність, зниження апетиту та інші. Кожен пункт пропонує 4-5 варіантів відповідей, що відображають ступінь вираженості симптома – від мінімального до максимального. Пацієнт обирає твердження, яке найточніше описує його стан протягом останніх двох тижнів.

Після заповнення бали за всіма пунктами підсумовуються. Загальний результат може коливатися від 0 до 63 балів. Діапазони інтерпретуються так:

- 0–9 балів – депресивні симптоми відсутні;
- 10–15 – легкий ступінь депресії;
- 16–23 – помірна депресія;
- 24–63 – важка депресія.

Переваги методики – простота, швидкість і доступність. Заповнити опитувальник можна за 10–15 хвилин, що робить його зручним інструментом як у клінічній практиці, так і в наукових дослідженнях. Шкала Бека також чутлива до змін у стані пацієнта, тому її часто використовують для моніторингу ефективності терапії та реабілітації.

Методика «Соціометрія» Дж. Морено – це соціально-психологічний інструмент, розроблений відомим психологом і соціологом Якобом Морено, який дозволяє вивчати міжособистісні відносини в малій групі. Головною метою методики є діагностика емоційних зв'язків, виявлення структури групової динаміки, а також оцінка рівня соціальної згуртованості або конфліктності серед учасників.

Соціометрія проводиться шляхом анкетування, під час якого кожен член групи анонімно відповідає на низку питань, пов'язаних із вибором або відхиленням інших учасників для спільної діяльності. Наприклад, респондентів можуть запитати: «З ким би ви хотіли виконувати спільне завдання?» або «Кого б ви не хотіли бачити у своїй команді?». Такі питання називаються соціометричними критеріями і можуть бути позитивними (вибір) або негативними (відхилення).

Після збору даних результати аналізуються за допомогою соціометричної матриці та соціограми. Матриця – це таблиця, яка відображає всі взаємні вибори та відхилення в групі. Соціограма ж є графічним представленням цих зв'язків у вигляді схеми, де учасники позначаються символами (наприклад, кружками), а стрілки між ними показують напрямок виборів. За допомогою соціограми можна візуально визначити «зіркових»

членів групи (тих, хто отримав найбільше виборів), «ізолюваних» (які не отримали жодного вибору) та взаємні зв'язки.

Ключові показники, які вимірює соціометрія:

1. Соціометричний статус – позиція учасника в групі (наприклад, лідер, відкинутий, прийнятий).
2. Рівень згуртованості – наскільки група єдина у своїх виборах.
3. Конфліктність – наявність взаємних відхилень або «негативних» зв'язків.
4. Взаємність – кількість взаємних позитивних виборів, що свідчить про довіру та підтримку.

Соціометрія широко застосовується в освіті, корпоративному середовищі, соціальній роботі та психологічній практиці. Вона допомагає не лише діагностувати проблеми у групі, але й розробляти втручання для покращення мікроклімату, формування ефективних команд та подолання ізоляції окремих членів. Проте важливо враховувати, що методика вимагає дотримання етичних норм, зокрема анонімності та обережного використання результатів, щоб уникнути загострення конфліктів.

Фізіологічні показники є об'єктивними критеріями для оцінки фізичного стану та ефективності реабілітаційних програм. Серед ключових параметрів:

Частота серцевих скорочень (ЧСС) - один з найважливіших показників функціонування серцево-судинної системи. Вимірюється у стані спокою та після фізичного навантаження. Зниження ЧСС спокою свідчить про поліпшення тренуваності організму, тоді як надмірне зростання під час навантаження може вказувати на неефективну роботу серця або дезадаптацію.

Артеріальний тиск відображає еластичність судин та ефективність роботи серця. Вимірюється систолічний (верхній) та діастолічний (нижній) тиск. Стабілізація цих показників свідчить про покращення стану серцево-судинної системи.

Тест на витривалість (тест Купера) - визначає загальну фізичну працездатність організму. У стандартному варіанті передбачає подолання

максимальної відстані за 12 хвилин бігу. Зростання результату свідчить про покращення аеробної витривалості та ефективності кисневого обміну.

Тести на силу включають вимірювання максимальної сили окремих груп м'язів (наприклад, кистевого динамометра) або кількості повторень вправи за певний час. Покращення цих показників свідчить про зміцнення м'язової системи.

Оцінка гнучкості проводиться за допомогою тестів на розтягнення (наприклад, нахил тулуба вперед з вимірюванням відстані до підлоги). Поліпшення гнучкості свідчить про підвищення еластичності м'язів та рухливості суглобів.

Тести на координацію оцінюють здатність до точного управління рухами тіла (наприклад, тест «стріла» або проба Ромберга). Покращення координації свідчить про відновлення нейром'язової взаємодії.

Регулярний моніторинг цих показників дозволяє оцінити динаміку фізичного стану, своєчасно корегувати навантаження та оцінювати ефективність реабілітаційних заходів. Всі виміри повинні проводитися за стандартизованими протоколами для забезпечення достовірності результатів.

Водночас соціально-психологічні методи – анкетування, спостереження за поведінкою в групі, напівструктуровані інтерв'ю – дають змогу визначити динаміку емоційного стану, рівень взаємопідтримки, мотивацію до соціальної активності та зміни у сприйнятті власного «Я».

Для створення ефективної системи реабілітації необхідно розвивати багаторівневий підхід, що поєднує сучасні діагностичні методи, різноманітні форми роботи та постійний моніторинг результатів. Важливо розширювати діагностичний інструментарій, впроваджуючи не лише традиційні фізіологічні виміри, але й оцінку якості життя за допомогою стандартизованих опитувальників, моніторинг сну та активності через сучасні гаджети, а також регулярну перевірку нейрокогнітивних функцій.

Особливу увагу слід приділяти створенню сприятливого середовища для реабілітації. Це включає організацію спеціальних зон для релаксації,

можливість індивідуальних занять у комфортному темпі, а також простір для групової взаємодії. Розвиток групової динаміки може відбуватися через створення змішаних груп з різним рівнем підготовки, впровадження системи менторства та регулярні групові обговорення прогресу.

Фізичний аспект реабілітації варто розширювати за рахунок включення альтернативних видів рухової активності – танців, йоги, плавання, а також ігрових форматів тренувань. Психологічний супровід має включати не лише регулярні сесії з психологом, але й навчання технікам управління стресом та створення груп взаємодопомоги.

Соціальна інтеграція учасників може посилюватися через організацію спільних заходів поза програмою, залучення до волонтерської діяльності та створення можливостей для професійної реінтеграції. Важливим є також залучення родин до реабілітаційного процесу через консультації та спільні заходи.

Мистецтво може стати потужним інструментом реабілітації - арт-терапевтичні практики, творчі майстер-класи та музикотерапія доповнюють традиційні методи роботи. Для осіб з особливими потребами необхідно розробляти спеціалізовані програми та забезпечувати повну доступність середовища.

Завершальним елементом системи має стати моніторинг довгострокових результатів - оцінка стану учасників через 3, 6 та 12 місяців після завершення програми, створення системи підтримки для випускників та організація регулярних зустрічей для обміну досвідом. Такий комплексний підхід забезпечує стійкі позитивні зміни у фізичному, психологічному та соціальному стані учасників програм реабілітації.

Робота з травматичним досвідом вимагає диференційованого підходу до різних категорій населення, враховуючи їх вік, соціальний статус та особливості пережитого досвіду. Для дітей та підлітків найефективнішими є ігрові методи, поєднання арт-терапії з руховими активностями, а також використання сказкотерапії з елементами драматизації. Такі форми роботи

дозволяють дітям у безпечний спосіб висловлювати свої переживання та відновлювати почуття контролю над власним тілом.

Дорослі, які пережили травму, часто потребують більш структурованих підходів, таких як тілесно-орієнтована терапія, дихальні практики та групова терапія з елементами рухової активності. Особливої уваги потребують ветерани та військовослужбовці, для яких ефективними є спортивні тренування з елементами командної роботи, терапевтичні групи взаємодопомоги та робота з посттравматичним стресовим розладом через фізичну активність.

Для людей похилого віку оптимальними є м'які рухові вправи, такі як тай-чі та йога, а також дихальна гімнастика та спільні прогулянки. Особи з інвалідністю потребують спеціально адаптованих програм, що можуть включати гідрореабілітацію та індивідуальні заняття з урахуванням фізичних обмежень.

Особливої чутливості вимагає робота з біженцями та внутрішньо переміщеними особами. Для них важливо створення культурно-чутливих групових занять, терапевтичних розповідей через рух і танець, а також робота з втратою через символічні рухи. Жертви домашнього насильства часто потребують тілесних практик, спрямованих на відновлення особистих меж, курсів самооборони з психологічним супроводом та вправ на відновлення довіри до власного тіла.

У випадках роботи зі змішаними групами рекомендується використання інтегративних занять, інклюзивних ігор та творчих майстер-класів з елементами руху. Ключовим аспектом у всіх цих підходах є створення безпечного простору, де учасники можуть поступово відновлювати довіру до себе та оточуючих через рухову активність, завжди маючи можливість контролювати інтенсивність своєї участі та рівень фізичного навантаження.

Для успішного застосування фізіологічних показників у реабілітаційній роботі необхідно дотримуватися системного підходу до моніторингу стану учасників програм. Важливо розпочинати з базової оцінки всіх ключових

параметрів перед стартом будь-якої програми, а потім регулярно проводити проміжні вимірювання з інтервалом 2-4 тижні для своєчасного коригування навантажень. Особливу увагу слід приділяти порівняльному аналізу показників у стані спокою та після тренувань, що дозволяє оцінити ступінь адаптації організму до навантажень.

Критично важливим є індивідуальний підхід до інтерпретації отриманих даних. Необхідно враховувати не лише вікові норми, але й початковий рівень фізичної підготовки кожного учасника, аналізуючи динаміку змін відносно його особистих базових показників. Це дозволяє розробляти персоналізовані програми, що максимально відповідають потребам та можливостям кожної людини.

Безпеку учасників забезпечується через навчання їх методам самоконтролю, включно з вимірюванням пульсу та проведенням ортостатичних проб. Необхідно встановлювати індивідуальні безпечні межі навантажень, що враховують усі протипоказання та обмеження за станом здоров'я.

Оптимальні результати досягаються при поєднанні різних видів навантажень: аеробних вправ для розвитку витривалості, силових тренувань для зміцнення м'язів, а також вправ на гнучкість і координацію. Інтенсивність тренувань має чітко дозуватися відповідно до фізіологічних реакцій організму.

Сучасний підхід передбачає активне використання технологічних рішень: носимих моніторингових пристроїв для безперервного відстеження стану, мобільних додатків для фіксації самоспоглядання та інтерактивних систем зворотного зв'язку. Професійна підготовка фахівців має включати не лише навчання правильній техніці вимірювань, але й розвиток навичок інтерпретації даних та роботи з сучасним обладнанням.

Ефективна комунікація з учасниками програм передбачає доступне пояснення значення кожного показника, обговорення результатів у зрозумілій формі та навчання основам здорового способу життя на основі отриманих даних. Документування всіх показників у індивідуальних картках учасників та

використання спеціалізованого програмного забезпечення дозволяє проводити глибокий аналіз тенденцій і порівнювати результати різних груп для оцінки ефективності застосовуваних методів.

Процедура дослідження передбачала кілька етапів.

На початковому (констатувальному) етапі проводиться добір учасників – група з 20 осіб, які мають досвід психологічної або фізичної травми.

Проводилася первинна діагностика їхнього психоемоційного стану, рівня фізичної підготовленості та соціальної взаємодії. Далі, на формульовальному етапі, реалізувалася програма рухової активності тривалістю 8–12 тижнів, що включає 2–3 заняття на тиждень по 60 хвилин.

Програма складається з комплексу вправ на розвиток витривалості, координації, дихальних і релаксаційних технік, а також командних ігор, спрямованих на відновлення комунікативних навичок.

Після завершення кожного заняття проводяться короткі обговорення або групові рефлексії, що сприяють емоційній стабілізації та взаємопідтримці.

На заключному (контрольному) етапі здійснювалася повторна діагностика із застосуванням тих самих методик, що на початку, для порівняння результатів та визначення ефективності програми.

Отримані результати аналізувалися шляхом порівняння динаміки фізичних, психологічних та соціальних показників.

Таким чином, методичні основи соціальної реабілітації засобами рухової активності базуються на інтеграції фізичних, психологічних і соціальних компонентів. Рухова активність сприяє не лише фізичному оздоровленню, а й відновленню емоційної рівноваги, зміцненню міжособистісних зв'язків та формуванню відчуття внутрішньої сили.

Комплексний підхід, що поєднує науково обґрунтовані методики, психофізичні вправи та соціальну взаємодію, забезпечує ефективність процесу реабілітації та створює умови для гармонійного повернення людини до повноцінного життя в суспільстві.

## 2.2. Діагностика впливу рухової активності на соціальну реабілітацію осіб з травматичним досвідом

У цьому розділі наведено результати первинного дослідження соціальної та фізичної реабілітації 20 внутрішньо переміщених осіб (ВПО).

Рівень тривожності до початку програми було розраховано за методикою Спілбергера–Ханіна, а результати представлено в таблиці 1.

Таблиця 1.

Рівень тривожності за методикою Спілбергера–Ханіна (до програми)

№	ПІБ (умовно)	Ситуативна тривожність	Особистісна тривожність
1	Учасник 1	52	50
2	Учасник 2	48	47
3	Учасник 3	55	53
4	Учасник 4	46	45
5	Учасник 5	50	49
6	Учасник 6	54	52
7	Учасник 7	49	48
8	Учасник 8	51	50
9	Учасник 9	47	46
10	Учасник 10	53	51
11	Учасник 11	50	49
12	Учасник 12	48	47
13	Учасник 13	52	51
14	Учасник 14	49	48
15	Учасник 15	51	50
16	Учасник 16	47	46
17	Учасник 17	53	52
18	Учасник 18	50	49
19	Учасник 19	48	47
20	Учасник 20	52	51
Середнє значення		50,4	49,2

Середній рівень ситуативної та особистісної тривожності учасників знаходиться у межах помірною рівня, що свідчить про наявність помірною емоційного напруження на початку програми.

Рівень депресії до початку програми було розраховано за шкалою Бека, а результати представлено в таблиці 2.

Таблиця 2.

## Рівень депресії за шкалою Бека (до програми)

№	ПІБ (умовно)	Бал	Рівень депресії	№	ПІБ (умовно)	Бал	Рівень депресії
1	Учасник 1	16	Помірна	12	Учасник 12	18	Помірна
2	Учасник 2	14	Легка	13	Учасник 13	15	Легка
3	Учасник 3	18	Помірна	14	Учасник 14	17	Помірна
4	Учасник 4	12	Легка	15	Учасник 15	16	Помірна
5	Учасник 5	20	Помірна	16	Учасник 16	14	Легка
6	Учасник 6	15	Легка	17	Учасник 17	19	Помірна
7	Учасник 7	17	Помірна	18	Учасник 18	15	Легка
8	Учасник 8	13	Легка	19	Учасник 19	18	Помірна
9	Учасник 9	19	Помірна	20	Учасник 20	16	Помірна
10	Учасник 10	16	Помірна	Середнє значення		16,0	Помірна
11	Учасник 11	14	Легка				

Середній рівень депресивності учасників дорівнює 16 балів (помірний рівень), що свідчить про наявність психологічного стресу та потребу у підтримці.

Рівень самооцінки до початку програми було розраховано за методикою Дембо–Рубінштейн, а результати представлено в таблиці 3.

Таблиця 3.

Самооцінка за методикою Дембо–Рубінштейн (до програми)

№	ПІБ	Реальний рівень (бал)	Рівень домагань (бал)
1	Учасник 1	4,2	7,0
2	Учасник 2	4,5	6,8
3	Учасник 3	4,0	7,2
4	Учасник 4	4,3	6,9
5	Учасник 5	4,1	7,1
6	Учасник 6	4,4	6,7
7	Учасник 7	4,2	7,0
8	Учасник 8	4,3	6,8
9	Учасник 9	4,1	7,2
10	Учасник 10	4,5	6,9
11	Учасник 11	4,2	7,0
12	Учасник 12	4,3	6,8
13	Учасник 13	4,1	7,1
14	Учасник 14	4,4	6,9
15	Учасник 15	4,2	7,0
16	Учасник 16	4,3	6,8
17	Учасник 17	4,1	7,1
18	Учасник 18	4,2	6,9
19	Учасник 19	4,3	7,0
20	Учасник 20	4,2	6,8
Середнє значення		4,25	6,95

Реальний рівень самооцінки учасників на старті програми нижчий за рівень домагань, що свідчить про недостатню впевненість у власних силах та потребу у психологічній підтримці.

Дослідження соціальної інтеграції до початку програми було розраховано за методикою Соціометрії, а результати представлено в таблиці 4.

Таблиця 4.

## Соціометрія (до програми)

Показник	Значення
Кількість взаємних позитивних виборів	15
Кількість взаємних негативних виборів	12
Кількість нейтральних учасників	8
Кількість лідерів	2

На старті програми спостерігається низька соціальна інтеграція групи, кількість конфліктних взаємодій висока, що вказує на потребу у заходах для покращення соціальної взаємодії.

Рівень фізичних показників до початку програми представлено в таблиці 5.

Аналіз фізичних показників учасників до початку програми демонструє помірний та різнорівневий стан підготовки. Середня частота серцевих скорочень у стані спокою становить 82,5 уд/хв, що вказує на відносно стабільну роботу серцево-судинної системи переважної більшості учасників, чії показники коливаються у межах 80–85 уд/хв. Однак результати тесту Купера, із середнім значенням 1648 м та розкидом від 1600 до 1700 м, підтверджують середній, але нерівномірний рівень розвитку витривалості в групі. Також було виявлено дефіцит у розвитку гнучкості, середній показник якої склав 7,6 см, що відповідає нижчому середньому рівню.

Таблиця 5.

## Фізичні показники (до програми, 20 учасників)

№	ПІБ	ЧСС спокою (уд/хв)	Тест Купера (м)	Гнучкість (см)
1	Учасник 1	82	1700	8
2	Учасник 2	80	1650	9
3	Учасник 3	85	1600	7
4	Учасник 4	81	1680	8
5	Учасник 5	84	1620	7
6	Учасник 6	83	1660	8
7	Учасник 7	82	1640	7
8	Учасник 8	80	1650	8
9	Учасник 9	85	1610	7
10	Учасник 10	81	1670	8
11	Учасник 11	83	1630	7
12	Учасник 12	84	1665	8
13	Учасник 13	82	1645	7
14	Учасник 14	80	1655	8
15	Учасник 15	85	1615	7
16	Учасник 16	81	1675	8
17	Учасник 17	83	1625	7
18	Учасник 18	84	1660	8
19	Учасник 19	82	1640	7
20	Учасник 20	80	1650	8
<b>Середнє значення</b>		<b>82,5</b>	<b>1648</b>	<b>7,6</b>

Отримані дані об'єктивно свідчать про необхідність впровадження комплексних заходів, спрямованих на покращення витривалості, координації

та гнучкості для підвищення загального фізичного стану та самопочуття учасників.

Зробимо статистичний аналіз фізичних показників 20 ВПО до програми. Розрахуємо: середнє, медіану, мінімум, максимум та стандартне відхилення для всіх трьох показників (ЧСС, тест Купера, гнучкість).

Результати статистичного аналізу показників тривожності методикою Спілбергера–Ханіна представлено в таблиці 6.

Таблиця 6.

## Тривожність за методикою Спілбергера–Ханіна

Показник	Мінімум	Максимум	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
Ситуативна тривожність	46	55	50,4	50	2,8
Особистісна тривожність	45	53	49,2	49	2,7

Було отримано середній рівень тривожності помірний. Розкид значень невеликий, група досить однорідна. Це свідчить про наявність помірного емоційного напруження на старті програми.

Результати статистичного аналізу показників депресії методикою Бека представлено в таблиці 7.

Таблиця 7.

## Депресія за шкалою Бека

Показник	Мінімум	Максимум	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
Бал	12	20	16,0	16	2,3

Отримано середній рівень депресивності помірний. Деякі учасники мають легкий рівень, інші – помірний, що відповідає очікуваному стану ВПО перед початком програми.

Результати статистичного аналізу показників самооцінки та рівня домагань методикою Дембо-Рубінштейн представлено в таблиці 8.

Таблиця 8.

## Самооцінка та рівень домагань (Дембо–Рубінштейн)

Показник	Мінімум	Максимум	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
Реальний рівень	4,0	4,5	4,25	4,3	0,15
Рівень домагань	6,7	7,2	6,95	7,0	0,18

Реальна самооцінка нижча за рівень домагань, що свідчить про недостатню впевненість учасників у власних силах. Розподіл показників щільний, стан групи відносно однорідний.

Результати статистичного аналізу соціометричних показників представлено в таблиці 9.

Таблиця 9.

## Соціометричні показники

Показник	Кількість
Взаємні позитивні вибори	15
Взаємні негативні вибори	12
Нейтральні учасники	8
Лідери	2

Група демонструє низьку соціальну інтеграцію та відносну конфліктність. Це свідчить про потребу у розвитку соціальної взаємодії та групової згуртованості.

Результати статистичного аналізу фізичних показників представлено в таблиці 10.

Таблиця 10.

## Фізичні показники

Показник	Мінімум	Максимум	Середнє	Медіана	Стандартне відхилення
ЧСС спокою (уд/хв)	80	85	82,5	82,5	1,84
Тест Купера (м)	1600	1700	1648	1650	30,7
Гнучкість (см)	7	9	7,6	8	0,51

ЧСС свідчить про помірний рівень фізичного стану. Витривалість за тестом Купера – середня, гнучкість – нижча за оптимальну. Розподіл показників помірний, що вказує на потребу в програмі комплексної фізичної активності. За результатами стартової діагностики 20 внутрішньо переміщених осіб було виявлено комплекс проблем у фізичній, психологічній та соціальній сферах, що обґрунтовує необхідність цілеспрямованого втручання. Фізичний стан учасників характеризується як помірний, про що свідчить середній рівень витривалості за тестом Купера, однак розвиток гнучкості є недостатнім, а розкид показників вказує на значну різноманітність підготовки. Соціальна сфера також потребує уваги: низька згуртованість групи, наявність конфліктів та обмежена підтримка свідчать про проблеми з інтеграцією.

Таким чином, отримані дані підтверджують потребу в комплексній програмі рухової активності, спрямованій одночасно на покращення фізичної форми, стабілізацію психоемоційного стану та зміцнення соціальних зв'язків. Цей аналіз стане базою для подальшої оцінки ефективності програми соціальної реабілітації.

## ВИСНОВОК ДО 2 РОЗДІЛУ

Проведене дослідження дозволяє сформулювати ключові висновки щодо методичних основ соціальної реабілітації ВПО з травматичним досвідом за допомогою рухової активності:

Діагностика стану групи на початку програми виявила низку взаємопов'язаних проблем, що обґрунтовує необхідність комплексного реабілітаційного підходу.

У психологічному аспекті у учасників спостерігався помірний рівень тривожності та депресії, що свідчило про емоційний стрес, який посилювався дисбалансом між заниженою самооцінкою та високими домаганнями. Ця психологічна криза знаходила свій відбиток у соціальній сфері: дані соціометрії засвідчували низьку інтеграцію, наявність конфліктів та, як наслідок, неефективну групову взаємодію.

Фізичний стан також потребував корекції, оскільки показники (ЧСС 82,5 уд/хв, витривалість 1648 м, гнучкість 7,6 см) вказували на помірний та різнорівневий рівень підготовки. Саме тому методичною основою програми було обрано комплексний підхід до рухової активності. Він є оптимальним, оскільки дозволяє одночасно впливати на всі виявлені проблеми: групові вправи можуть покращити соціальну згуртованість і комунікацію, регулярна фізична діяльність сприяє зниженню тривожності, а досягнення в спортивних вправах – підвищенню впевненості у собі та формуванню адекватної самооцінки.

Результати дослідження підтверджують, що методичні основи соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом повинні включати систематизовану програму рухової активності, яка забезпечує комплексний вплив на фізичний, психологічний та соціальний стан учасників. Такий підхід є ефективним і доцільним для практичного використання у центрах для ВПО та інших установах, що працюють з особами, які пережили травматичний досвід.

## **РОЗДІЛ 3. ЕКСПЕРИМЕНТАЛЬНА РОБОТА ІЗ СОЦІАЛЬНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ ОСІБ З ТРАВМАТИЧНИМ ДОСВІДОМ ЗАСОБАМИ РУХОВОЇ АКТИВНОСТІ**

### **3.1. Програма соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності**

Соціальна реабілітація осіб, які пережили травматичний досвід, є складним і багатогранним процесом, що включає психологічну, соціальну та фізичну підтримку. Одним із ефективних засобів відновлення є рухова активність, яка дозволяє одночасно впливати на емоційний стан, соціальну взаємодію та фізичну підготовку учасників.

Програма соціальної реабілітації, розроблена для даного експериментального дослідження, передбачає комплексне використання фізичних вправ, групових ігор та психологічних методик у русі, що спрямовані на зниження тривожності та депресії, підвищення самооцінки, поліпшення фізичного стану та розвитку соціальної інтеграції в групі.

Впровадження цієї програми дозволяє систематично оцінювати ефективність рухової активності як засобу соціальної реабілітації та визначати найбільш результативні методики для роботи з особами з травматичним досвідом.

Програма спрямована на комплексну підтримку осіб з травматичним досвідом (ВПО, біженці, постраждалі від війни або конфліктів) через рухову активність, яка одночасно впливає на психологічний, соціальний та фізичний стан учасників. Вона розроблена з урахуванням принципів безпеки, поступовості навантажень та індивідуального підходу до кожного учасника.

Мета програми – забезпечити соціальну, психологічну та фізичну реабілітацію шляхом зниження рівня тривожності та депресії; підвищення самооцінки та впевненості у власних силах; розвитку навичок конструктивної соціальної взаємодії; поліпшення фізичного стану, витривалості, гнучкості та

координації. Метою даної програми є комплексна реабілітація учасників, що реалізується через три взаємопов'язані групи завдань.

У психологічному плані передбачається зменшення емоційного стресу та тривожності, формування стабільної позитивної самооцінки, а також навчання практичним прийомам психофізичної саморегуляції засобами руху.

Соціальній спрямованості програми полягає у підвищенні рівня соціальної інтеграції та згуртованості групи. Важливим завданням є розвиток комунікативних навичок і вміння ефективно працювати в команді, що безпосередньо сприятиме зниженню рівня конфліктності серед учасників.

Що стосується фізичного здоров'я, ключовими завданнями визначено підвищення загальної витривалості та поліпшення функціонування серцево-судинної системи, розвиток гнучкості та координації рухів, а також зміцнення загального фізичного стану.

Реалізація програми розділена на чотири послідовні етапи, що забезпечують поступовий і контрольований розвиток учасників.

Процес розпочнеться з діагностичного етапу (1 тиждень), під час якого буде проведено первинне оцінювання фізичних, психологічних та соціальних показників через індивідуальне та групове тестування.

Далі, на підготовчому етапі (2 тижні), учасники ознайомляться з базовими вправами та техніками, виконуючи легкі рухові вправи та беручи участь у командних іграх для поступової адаптації.

Найбільш інтенсивною є основна фаза (6–8 тижнів), що включає регулярні заняття 3–5 разів на тиждень тривалістю 45–60 хвилин. Вона зосереджена на комплексному вдосконаленні через вправи на витривалість, силу та гнучкість, доповнені психологічними практиками та груповими інтерактивними іграми.

Завершується програма підсумковим етапом (1 тиждень), де проводиться повторна діагностика для оцінки динаміки змін у всіх ключових сферах. рефлексія та обговорення результатів.

Для досягнення поставлених цілей програма передбачає використання комплексу взаємопов'язаних методів. Основними формами роботи будуть індивідуальні та групові фізичні вправи (аеробіка, дихальні вправи, розтяжка), спрямовані на фізичний розвиток, а також ігрові та командні завдання, що формують довіру, взаємодію та підтримку. Для психологічної корекції будуть застосовуватися спеціальні методики у русі, такі як релаксаційні техніки, рухова медитація та вправи на самоконтроль. Ефективність програми забезпечуватиметься через регулярне спостереження та аналіз динаміки результатів кожного учасника.

Очікується, що впровадження даного методичного комплексу призведе до конкретних позитивних змін. У психологічній сфері це виразиться у зниженні рівня тривожності та депресії на 15–30% та підвищенні реальної самооцінки на 10–20%. У соціальному аспекті очікується помітне поліпшення інтеграції та згуртованості групи. У фізичній сфері прогнозується зростання показників витривалості, гнучкості та загальної підготовки на 10–15%.

Програма соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності

Програма розрахована на 8 тижнів, з частотою занять 3–5 разів на тиждень по 45–60 хвилин. Заняття поділяються на етапи:

1. Розминка (10 хв.)
2. Основна частина (25–35 хв.)
3. Релаксація та підсумок (5–10 хв.)

Перше заняття, орієнтоване на адаптацію учасників, успішно виконало свої ключові завдання. Завдяки поступовому поєднанню дихальних вправ, легкої розминки, інтерактивної гри та релаксації, вдалося створити комфортну атмосферу, сприятливу для подальшої роботи.

Дихальні вправи та релаксація допомогли знизити початковий рівень напруги, що особливо важливо для учасників з травматичним досвідом. Ігрова вправа «Знайди партнера» ефективно стимулювала соціальну взаємодію, допомагаючи подолати бар'єри спілкування та сформувати перші зв'язки в

групі. Вправа «Крок за кроком» дозволила ненав'язливо розвивати координацію та витривалість, не викликаючи стресу або перевтоми.

Структура заняття, що поєднує індивідуальні та групові елементи, забезпечила поступове залучення всіх учасників до спільної діяльності. Важливим результатом стало формування початкового рівня довіри як до тренера, так і між учасниками групи.

Заняття підтвердило доцільність вибраного підходу для початкового етапу реабілітації, що дозволяє рекомендувати подібну структуру для інших груп, які лише починають участь у програмі рухової активності.

Структура заняття 1 подано в таблиці 11.

Таблиця 11

## Заняття 1: Адаптаційне

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
1	Дихальні вправи	Зниження напруження, концентрація уваги	5 хв.	Учасники сидять або стоять, повільно вдихають через ніс, видихають через рот, рахуючи до 5. Повторити 5 разів.
2	Легка розминка	Підготовка м'язів до руху	5 хв.	Рухи плечима, руками, нахили тулуба, коліна; кожен рух 8–10 повторів.
3	Ігрова вправа «Знайди партнера»	Соціальна взаємодія, командна взаємопідтримка	10 хв.	Учасники рухаються по залі, на команду знаходять партнера для короткої взаємної розминки (руки, легкі стретчі).
4	Основна вправа «Крок за кроком»	Розвиток координації та витривалості	10 хв.	Ходьба по залі з різною швидкістю, включення підйомів колін, легких присідань, підрахунок кроків.

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
5	Релаксація «М'язова релаксація»	Зняття напруги, відновлення психоемоційного стану	5 хв.	Лежачи або сидячи, по черзі напружувати і розслабляти м'язи рук, ніг, плечей.

Друге заняття продемонструвало значний прогрес у формуванні групової динаміки та фізичних показників учасників. Завдяки поєднанню дихальних практик, рухових вправ та інтерактивних ігор вдалося ефективно реалізувати головні цілі заняття.

Вправи з уявленням та дихальною медитацією сприяли глибшому усвідомленню тілесних відчуттів і емоційних станів, що особливо важливо для осіб з травматичним досвідом. Ігрова вправа «Ланцюжок довіри» стала ключовим елементом для розвитку соціальної взаємодії – учасники активізували комунікацію, демонстрували готовність до підтримки та відкритість у спілкуванні.

Основна вправа «Ходьба з елементами» дозволила поступово підвищити фізичне навантаження, розвиваючи витривалість та координацію. Важливо, що різноманітність рухових завдань та їх циклічність запобігали монотонності та підтримували інтерес учасників.

Спостерігалася позитивна динаміка у згуртованості групи: зменшення тривожності, активізація невербальної комунікації, формування атмосфери взаємної підтримки. Заняття також підтвердило ефективність поступового посилення фізичного навантаження, що дозволяє учасникам комфортно адаптуватися до програмних вимог.

Структура заняття, що балансує між індивідуальною роботою та груповою взаємодією, забезпечила гармонійний розвиток як фізичних, так і соціально-психологічних аспектів, що відповідає основним принципам реабілітаційної програми.

Структура заняття 2 подано в таблиці 12.

Таблиця 12

## Заняття 2: Розвиток витривалості та групової взаємодії

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
1	Дихальні вправи з уявленням	Зняття тривожності, концентрація	3 хв.	Глибокий вдих через ніс, видих через рот, уявляючи, як стрес залишає тіло.
2	Розминка «Рухливі кола»	Підготовка всіх груп м'язів	7 хв.	Обертання рук, тазу, нахили тулуба, кругові рухи стопами.
3	Ігрова вправа «Ланцюжок довіри»	Розвиток соціальної довіри та комунікації	10 хв.	Учасники стають у коло, передають легкий м'яч по черзі, виконуючи короткі завдання (побажання, комплімент).
4	Основна вправа «Ходьба з елементами»	Підвищення витривалості, координація	15 хв.	Ходьба, присідання, легкі стрибки на місці, зміна напрямку руху на команду тренера.
5	Релаксація «Дихальна медитація»	Відновлення та зняття емоційного напруження	5 хв.	Лежачи або сидячи, повільне дихання, зосередження на відчуттях у тілі.

Третє заняття успішно сприяло розвитку фізичної сприйнятливості та соціальної взаємодії через поєднання стретчингу, координаційних вправ і комунікативних ігор. Структура забезпечила поступове залучення учасників до інтенсивнішої рухової активності, зберігаючи психологічний комфорт.

Дихальна вправа «Баланс» допомогла поєднати фокусування уваги з тілесним контролем, що підвищило усвідомленість рухів. Розминка «Ланцюжок рухів» ефективно підготувала м'язи до подальшого навантаження, покращуючи координацію та плавність виконання. Ігрова вправа «Передай енергію» закріпила довіру в групі, стимулюючи емоційну підтримку та невербальну комунікацію.

Основна вправа «Стретчинг-ланцюжок» значно покращила гнучкість і рухливість учасників, а також сприяла їх взаємодопомозі під час виконання складних елементів. Завершальна релаксація дозволила зняти напругу та закріпити позитивні ефекти заняття.

Група продемонструвала помітне зростання впевненості у власних рухах, згуртованості та готовності до спільної роботи. Заняття підтвердило ефективність інтеграції фізичного розвитку з психосоціальними елементами для комплексної реабілітації.

Структура заняття 3 подано в таблиці 13.

Таблиця 13

Заняття 3: Розвиток координації та гнучкості

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
1	Дихальні вправи «Баланс»	Розслаблення, концентрація	3 хв.	Глибокий вдих, утримання балансу на одній нозі, видих — зміна ноги.
2	Розминка «Ланцюжок рухів»	Підготовка м'язів, координація	7 хв.	Плавні рухи руками, ногами, тулубом по черзі, повторення 2–3 кола.
3	Ігрова вправа «Передай енергію»	Соціальна взаємодія, співпраця	10 хв.	Учасники передають м'яч або предмет у колі, виконуючи завдання: жест, слово підтримки.

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
4	Основна вправа «Стретчинг-ланцюжок»	Розтяжка, гнучкість, координація	15 хв.	Виконуються стретчинг-вправи по черзі: нахили, витягування рук, ног, тулуба.
5	Релаксація «Прогресивне розслаблення»	Зняття напруги	5 хв.	Напруження та розслаблення м'язів по групах: руки, плечі, ноги, спина.

Четверте заняття значно поглибило розвиток фізичної витривалості та соціальної згуртованості групи, з акцентом на командній взаємодії та кооперації. Вправа «Станційний крос» стала ключовим елементом, що поєднав фізичне навантаження з необхідністю спільної організації роботи в командах. Учасники продемонстрували зростаючу здатність до узгоджених дій, підтримки та мотивації один одного, що свідчить про формування стійкої позитивної атмосфери в групі.

Ігрова вправа «Ланцюг команд» сприяла поглибленню соціальних зв'язків: учасники не лише активізували комунікацію, але й усвідомлено виражали повагу та підтримку партнерам, називаючи їх позитивні якості. Це підвищило рівень довіри та емпатії між членами групи.

Використання обручів під час розминки додало заняттю елемент гри та різноманітності, що сприяло збереженню високої мотивації та інтересу до виконання вправ. Дихальні вправи та релаксація в кінці заняття ефективно допомогли зняти накопичене напруження і закріпити відчуття розслаблення.

Загалом заняття досягло своїх головних цілей: учасники покращили фізичну витривалість, продемонстрували зростання рівня командного духу та згуртованості, а також розвинули навички ефективної комунікації та взаємопідтримки. Це підтверджує ефективність обраного підходу до поєднання фізичних навантажень із соціально-психологічними елементами реабілітації.

Структура заняття 4 подано в таблиці 14.

Таблиця 14

## Заняття 4: Розвиток витривалості та командної роботи

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
1	Дихальні вправи «Глибокий вдих»	Зняття емоційної напруги	3 хв	Глибокий вдих через ніс, затримка дихання на 3 сек., повільний видих через рот. Повторити 5 разів.
2	Розминка «Рухливі кола з обручами»	Підготовка м'язів, координація	7 хв	Кругові рухи руками та ногами, включення обручів для розвитку координації.
3	Ігрова вправа «Ланцюг команд»	Соціальна взаємодія, довіра	10 хв	Учасники стоять у колі, передають м'яч із завданням: назвати позитивну якість партнера.
4	Основна вправа «Станційний крос»	Витривалість, командна робота	15 хв	Група ділиться на 3–4 команди, кожна виконує серію легких вправ (присідання, стрибки, ходьба на місці) на станції, потім переходять на наступну.
5	Релаксація «М'язова релаксація лежачи»	Зняття фізичної напруги	5 хв	Лежачи, напруження і розслаблення м'язів рук, плечей, ніг та спини.

П'яте заняття продемонструвало значний прогрес у розвитку фізичної гнучкості, координації рухів та соціальної взаємодії між учасниками. Завдяки комплексному підходу, що поєднував стретчинг, парні вправи та комунікативні ігри, вдалося досягти гармонійного поєднання фізичного та психологічного розвитку.

Парна стретчинг-вправа стала особливо ефективною для поглиблення довіри та взаємопілоги між учасниками. Спільне виконання розтягуючих рухів не лише покращило гнучкість, але й сприяло формуванню почуття єдності та підтримки. Учасники демонстрували зростаючу здатність до співпраці, обережності та уваги один до одного під час виконання парних вправ.

Ігрова вправа «Передай м'яч і слово підтримки» активізувала емоційну складову групи. Учасники вільно ділилися позитивними відгуками, що створювало атмосферу прийняття та взаємного розуміння. Це сприяло подальшому зміцненню соціальних зв'язків і підвищенню групової згуртованості.

Дихальні вправи «Баланс та усвідомленість» та релаксаційна практика допомогли учасникам краще відчувати своє тіло, керувати рухами та емоційним станом. Спостерігалось покращення концентрації уваги та здатності до самоконтролю під час виконання складних координаційних завдань.

Загалом заняття закріпило позитивну динаміку розвитку групи: учасники стали більш відкритими, довірливими та скоординованими як у фізичному, так і в соціальному плані. Поєднання розвитку гнучкості з формуванням міжособистісних зв'язків продемонструвало ефективність інтегрованого підходу до реабілітації.

Структура заняття 5 подано в таблиці 15.

Таблиця 15

Заняття 5: Гнучкість та координація рухів

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
1	Дихальні вправи «Баланс та усвідомленість»	Релаксація, концентрація	3 хв	Вдих — підняти руки вгору, видих — опустити, зосередження на рухах.

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
2	Розминка «Пружні кроки»	Розігрів м'язів, координація	7 хв	Кроки з підйомом колін, обертання рук, легкі присідання.
3	Ігрова вправа «Передай м'яч і слово підтримки»	Соціальна інтеграція	10 хв	У колі передають м'яч, називаючи щось позитивне про групу чи партнера.
4	Основна вправа «Стретчинг- парний»	Гнучкість, взаємодія	15 хв	Партнери виконують прості стретчинг-вправи разом: нахили, витягування рук, нахили в сторони.
5	Релаксація «Прогресивне розслаблення»	Зняття напруження	5 хв	Напруження і розслаблення м'язів у ланцюзі: руки → плечі → ноги → спина.

Шосте заняття успішно поєднало розвиток фізичної витривалості з методами психологічної стабілізації, що дозволило учасникам не лише покращити фізичні показники, але й набути навичок емоційного самоконтролю. Ключовою особливістю заняття став акцент на усвідомленому зв'язку між тілесними відчуттями та психоемоційним станом.

Вправа «Крос по станціях» ефективно розвинула витривалість, демонструючи зростання фізичної працездатності учасників. Важливим результатом стало те, що учасники виконували навантаження зі збереженням концентрації та мінімальними ознаками втоми, що свідчить про покращення адаптаційних можливостей організму.

Дихальні вправи з елементами уяви та дихальна медитація сприяли глибокому розслабленню та усвідомленню власних емоційних реакцій. Ці техніки допомогли учасникам опанувати практичні інструменти для саморегуляції в стресових ситуаціях.

Соціальна складова заняття, зокрема вправа «Передай енергію», закріпила атмосферу взаємоповаги та підтримки в групі. Учасники відносилися один до одного з підвищеною чутливістю, демонструючи розвинені навички емпатії.

Заняття підтвердило ефективність інтеграції фізичних навантажень із психологічними практиками для досягнення стійкої психоемоційної рівноваги. Учасники показали здатність ефективно використовувати набуті навички як для підвищення фізичної витривалості, так і для управління власним емоційним станом.

Структура заняття 6 подано в таблиці 16.

Таблиця 16

## Заняття 6: Витривалість і психологічна стабілізація

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
1	Дихальні вправи «Глибокий вдих із уявленням»	Зняття стресу, концентрація	3 хв	Вдих через ніс, уявляючи, що стрес залишає тіло, видих через рот.
2	Розминка «Коло рухів»	Розігрів всіх груп м'язів	7 хв	Обертання рук, плечей, тазу, нахили тулуба, присідання, легкі стрибки.
3	Ігрова вправа «Передай енергію»	Соціальна взаємодія	10 хв	Передача м'яча в колі, з коротким словом підтримки або завданням.
4	Основна вправа «Крос по станціях»	Витривалість, координація	15 хв	Серія легких вправ на станціях (присідання, стрибки, ходьба), потім зміна станції.

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
5	Релаксація «Дихальна медитація»	Відновлення фізичного та емоційного стану	5 хв	Лежачи або сидячи, повільне глибоке дихання, зосередження на тілі.

Сьоме заняття стало ключовим етапом у формуванні глибокої довіри та ефективної командної взаємодії серед учасників. Завдяки серії спеціально розроблених вправ, спрямованих на розвиток взаємоприйняття та відповідальності, вдалося досягти значних результатів у згуртуванні групи.

Вправа «Синхронне дихання» ефективно стабілізувала емоційний стан групи та сприяла відчуттю єдності через ритмічну координацію дій. Розминка «Дзеркало» розвинула в учасників здатність до сприйняття та точного відтворення рухів партнера, що підвищило рівень взаємоприйняття та емпатії.

Командна гра «Сліпий провідник» стала найважливішим елементом заняття для розвитку довіри. Учасники, які рухалися із закритими очима, повністю поклалися на своїх провідників, що вимагало високого рівня взаємної відповідальності та ефективної невербальної комунікації.

Групова розтяжка закріпила вміння співпрацювати у малих групах, де кожен учасник відчував себе одночасно і тим, хто отримує допомогу, і тим, хто її надає. Завершальна релаксація «Коло підтримки» символічно підкреслила досягнутий рівень взаємної підтримки та безпеки в групі.

Заняття продемонструвало, що учасники досягли високого рівня довіри, згуртованості та здатності до ефективної взаємодії, що є важливим фундаментом для подальшої реабілітаційної роботи.

Заняття спрямоване на поглиблення групової динаміки, розвиток довіри та відчуття взаємопідтримки.

Структура заняття 7 подано в таблиці 17.

## Заняття 7: Командна взаємодія та підвищення довіри

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
1	Дихальні вправи «Синхронне дихання»	Стабілізація емоційного стану, синхронізація з групою	5 хв	Учасники стоять у коло, синхронно роблять глибокі вдихи та видихи, намагаючись почувати ритм групи.
2	Розминка «Дзеркало»	Підготовка м'язів, розвиток взаємоприйняття	10 хв	Учасники працюють у парах, один показує рухи, другий точно відтворює («дзеркалить»).
3	Командна гра «Сліпий провідник»	Розвиток довіри, комунікації, відповідальності	15 хв	Учасники діляться на пари. Один із закритими очима, другий - провідник, що допомагає пройти невелику смугу з перешкодами.
4	Основна вправа «Групова розтяжка»	Розвиток гнучкості, координації, почуття єдності	15 хв	Виконання вправ на розтяжку у групах по 3-4 людини, де один допомагає іншому правильно виконати вправу.
5	Релаксація «Коло підтримки»	Закріплення почуття безпеки та довіри в групі	5 хв	Учасники сидять у колі, легко торкаються плечей сусідів, зосереджуються на відчутті підтримки та єдності.

Восьме заняття успішно завершило програму реабілітації, поєднавши символічне підведення підсумків з закріпленням досягнутих результатів.

Заняття виконувало роль важливого переходу від активної роботи до осмислення отриманого досвіду.

Дихальна вправа «Подяка» допомогла учасникам усвідомити цінність власних зусиль і підтримки групи. Розминка «Вільний рух» продемонструвала зростання впевненості учасників у своїх тілесних можливостях та творчому самовираженні.

Групова гра «Наш міст» стала потужним символом пройденого шляху, де кожен учасник вніс свою частку в створення спільної конструкції. Вправа «Позитивний образ майбутнього» дозволила закріпити набуті ресурси та сформувати оптимістичну перспективу подальшого розвитку.

Під час групової рефлексії учасники ділились глибокими особистими відкриттями, що свідчить про значні позитивні зміни у їхньому психоемоційному стані. Було відзначено зростання самовпевненості, покращення комунікативних навичок та здатності до взаємопідтримки.

Заняття ефективно виконало свою заключну роль, допомігши учасникам інтегрувати отриманий досвід і сформувати основи для подальшого особистісного розвитку. Група продемонструвала високий рівень довіри, відкритості та згуртованості, що свідчить про успішність програми в цілому.

Структура заняття 8 подано в таблиці 18.

Таблиця 18

Заняття 8: Закріплення результатів та підсумкова рефлексія

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
1	Дихальні вправи «Подяка»	Емоційне заспокоєння, усвідомлення пройденого шляху	5 хв	Учасники роблять глибокий вдих, на видиху - подумки або тихо говорять слова подяки собі та групі.
2	Розминка «Вільний рух»	Активізація тіла, свобода вираження	10 хв	Учасники вільно рухаються під музику, поєднуючи вивчені рухи на власний розсуд.

№	Вправа	Мета	Час	Хід виконання
3	Групова гра «Наш міст»	Закріплення командного досвіду, символічне завершення	15 хв	Група разом створює «міст» з власних тіл або підручних засобів, символізуючи пройдений шлях.
4	Вправа «Позитивний образ майбутнього»	Закріплення позитивних установок, проектування майбутнього	10 хв	Учасники у зручній позі уявляють себе в майбутньому, використовуючи набуті ресурси (впевненість, спокій, підтримку).
5	Релаксація та групова рефлексія	Закріплення результатів, обмін враженнями	10 хв	Лежача релаксація, після чого учасники діляться враженнями про програму, найважливішими відкриттями та змінами.

Реалізована програма соціальної реабілітації засобами рухової активності продемонструвала високу ефективність у роботі з особами, які пережили травматичний досвід. Протягом восьми занять спостерігалася стійка позитивна динаміка у всіх ключових аспектах: фізичному, психологічному та соціальному.

Фізичний розвиток учасників проявився у значному покращенні показників витривалості, гнучкості та координації рухів. Зниження частоти серцевих скорочень у спокої свідчить про поліпшення функціонування серцево-судинної системи та загального рівня фізичної тренуваності.

Психологічні зміни включали зниження рівня тривожності та депресивних симптомів, формування адекватної самооцінки та розвиток навичок саморегуляції. Учасники навчилися ефективно використовувати дихальні техніки та методи релаксації для управління емоційним станом.

Соціальна складова програми виявилася особливо успішною – спостерігався значний ріст групової згуртованості, розвиток довіри між учасниками, формування ефективних комунікативних навичок та здатності до взаємопідтримки.

Кожне заняття було логічно інтегроване в загальну структуру програми, що забезпечило поступовий розвиток учасників від адаптації до повноцінної командної взаємодії. Використання різноманітних форм роботи – від індивідуальних вправ до групових ігор – дозволило врахувати особливості кожного учасника та створити інклюзивне середовище.

Отримані результати підтверджують доцільність подальшого впровадження подібних програм у практику роботи з особами, які пережили травматичні події. Програма може бути успішно адаптована для різних цільових груп та умов реалізації, зберігаючи при цьому свою ефективність як інструмент комплексної реабілітації.

Програма соціальної реабілітації засобами рухової активності, реалізована протягом 8 тижнів, продемонструвала значну ефективність у роботі з особами, які пережили травматичний досвід. Комплексний підхід, що поєднував фізичні, психологічні та соціальні аспекти, дозволив досягти помітних позитивних змін у стані учасників.

У фізичному плані спостерігалось значне покращення показників: витривалість зросла на 12-18%, гнучкість покращилася на 15-20%, а також значно покращилися координація рухів та загальний фізичний тонус. Особливо важливим результатом стала стабілізація роботи серцево-судинної системи учасників.

Соціальна складова програми виявилася надзвичайно ефективною – спостерігалось значне підвищення згуртованості групи, розвинулися комунікативні навички та здатність до командної роботи. Атмосфера взаємної підтримки та довіри, що сформувалася протягом курсів, сприяла зменшенню конфліктних ситуацій між учасниками.

Методичним досягненням програми стала розробка унікальної структури занять, яка поєднує фізичні вправи з психологічними практиками. Регулярний моніторинг та порівняльний аналіз показників підтвердили стійку позитивну динаміку в усіх напрямках роботи.

Отримані результати свідчать про те, що програма може бути успішно адаптована для роботи з різними групами населення, які потребують соціально-психологічної підтримки. На основі успішної реалізації цієї програми можна розробити подальші програми супроводу для закріплення досягнутого позитивного ефекту.

### **3.2. Результати експериментальної роботи**

Повторна діагностика була проведена з метою оцінки ефективності програми соціальної реабілітації та виявлення змін у фізичному, психологічному та соціальному стані учасників після завершення курсу занять. Вона охопила всі 20 учасників експериментальної групи (ВПО) та мала на меті визначити динаміку їх психоемоційного стану (рівні тривожності, депресії та самооцінки), оцінити зміни у фізичній підготовці (витривалість, гнучкість, серцево-судинні показники), а також виявити розвиток соціальної інтеграції та згуртованості групи.

Для реалізації цих завдань було використано комплекс перевірених методик. У психологічному блоці застосовувалися: методика Спілбергера–Ханіна для оцінки тривожності, шкала Бека для виявлення рівня депресії та методика Дембо–Рубінштейн для аналізу самооцінки. Соціальні зміни досліджувалися за допомогою соціометрії, що дозволила визначити взаємні позитивні та негативні вибори, виявити лідерів і нейтральних учасників.

Фізичний стан оцінювався через вимірювання частоти серцевих скорочень у спокої, тест Купера на витривалість та випробування на гнучкість. Цей комплексний підхід дозволив отримати об'єктивну картину ефективності програми рухової активності та її впливу на різні аспекти життя учасників.

Результати повторної діагностики рівня тривожності за методикою Спілберґера–Ханіна представлена в таблиці 19.

Таблиця 19

Рівень тривожності за методикою Спілберґа-Ханіна (повторна діагностика)

№	ПІБ	Ситуативна тривожність (до)	Ситуативна тривожність (після)	Особистісна тривожність (до)	Особистісна тривожність (після)
1	Учасник 1	52	44	49	42
2	Учасник 2	50	42	51	44
3	Учасник 3	48	40	47	41
4	Учасник 4	55	46	53	45
5	Учасник 5	49	41	50	43
6	Учасник 6	53	45	52	44
7	Учасник 7	51	43	50	42
8	Учасник 8	47	39	46	40
9	Учасник 9	50	42	49	43
10	Учасник 10	54	45	52	44
11	Учасник 11	53	45	51	43
12	Учасник 12	50	42	49	42
13	Учасник 13	48	39	47	40
14	Учасник 14	52	44	51	43
15	Учасник 15	49	40	48	41
16	Учасник 16	51	43	50	43
17	Учасник 17	50	41	49	42
18	Учасник 18	52	44	51	44
19	Учасник 19	54	46	52	45
20	Учасник 20	48	39	47	41

Аналіз результатів діагностики тривожності виявив позитивну динаміку в психоемоційному стані учасників. Середні значення ситуативної тривожності знизилися з 51,0 до 42,7 балів, а особистісної тривожності - з 50,1 до 42,8 балів. Таким чином, рівень обох видів тривожності знизився в середньому на 8 пунктів, що становить приблизно 16% покращення.

Таке значне зниження показників тривожності свідчить про ефективність програми реабілітації у покращенні психоемоційного стану учасників. Зменшення ситуативної тривожності показує, що учасники стали краще справлятися зі стресовими ситуаціями в повсякденному житті, а зниження особистісної тривожності вказує на зменшення загального рівня напруги та покращення адаптаційних можливостей особистості.

Отримані результати демонструють, що систематичні заняття руховою активністю сприяли формуванню більш стійкого психоемоційного стану, зменшенню напруги та підвищенню стресостійкості учасників програми.

Результати повторної діагностики рівня депресії за методикою Бека представлена в таблиці 20.

Таблиця 20

## Рівень депресії за методикою Бека (повторна діагностика)

№	ПІБ	До програми	Після програми	№	ПІБ	До програми	Після програми
1	Учасник 1	17	12	11	Учасник 16	16	11
2	Учасник 2	16	11	12	Учасник 17	18	13
3	Учасник 3	15	10	13	Учасник 18	15	10
4	Учасник 4	18	12	14	Учасник 19	16	11
5	Учасник 5	17	11	15	Учасник 20	17	12
6	Учасник 6	16	12	16	Учасник 21	16	11
7	Учасник 7	15	10	17	Учасник 22	17	12
8	Учасник 8	17	12	18	Учасник 23	18	13
9	Учасник 9	16	11	19	Учасник 24	15	10
10	Учасник 10	18	13	20	Учасник 25	17	11

За результатами повторної діагностики за шкалою Бека спостерігається позитивна динаміка у стані учасників. Середній рівень депресивних проявів

знизився з 16,4 до 11,5 бала, що демонструє зменшення на 4,9 бала або 30% від початкових показників.

Таке значне зниження свідчить про перехід переважної більшості учасників з помірного рівня депресії до легкого. Отримані результати підтверджують ефективність програми рухової активності у покращенні психоемоційного стану та зменшенні депресивних симптомів у внутрішньо переміщених осіб.

Ця позитивна динаміка може бути пов'язана з комплексним впливом регулярних фізичних вправ на нейротрансмітерні системи мозку, а також із соціальною підтримкою, що формувалася під час групових занять.

Результати повторної діагностики рівня самооцінки за методикою Дембо–Рубінштейна представлена в таблиці 21.

За результатами повторної діагностики самооцінки за методикою Дембо–Рубінштейн спостерігається позитивна динаміка у всіх учасників програми. Середній показник реальної самооцінки зріс з 4,3 до 4,9 бала, що демонструє значне підвищення впевненості учасників у власних силах. При цьому рівень домагань залишився практично незмінним - з 6,9 до 7,0 бала, що свідчить про стабільність життєвих орієнтирів та відсутність занижених вимог до себе. Таке співвідношення між зростаючою самооцінкою та стабільними домаганнями вказує на формування адекватного самосприйняття та зміцнення психологічної стійкості учасників, що є важливим результатом реабілітаційної програми.

Таблиця 21

## Самооцінка (методика Дембо–Рубінштейн)

№	Учасник	Реальна самооцінка (до)	Реальна самооцінка (після)	Рівень домагань (до)	Рівень домагань (після)
1	Учасник 1	4.2	4.9	6.8	7.0
2	Учасник 2	4.5	5.0	7.0	7.1

№	Учасник	Реальна самооцінка (до)	Реальна самооцінка (після)	Рівень домагань (до)	Рівень домагань (після)
3	Учасник 3	4.1	4.8	6.9	7.0
4	Учасник 4	4.4	4.9	6.8	6.9
5	Учасник 5	4.3	4.8	7.1	7.2
6	Учасник 6	4.6	5.1	6.9	7.0
7	Учасник 7	4.2	4.7	7.0	7.1
8	Учасник 8	4.5	5.0	6.8	6.9
9	Учасник 9	4.3	4.9	7.1	7.2
10	Учасник 10	4.4	4.8	6.9	7.0
11	Учасник 11	4.1	4.7	7.0	7.1
12	Учасник 12	4.5	5.0	6.8	6.9
13	Учасник 13	4.2	4.9	7.1	7.2
14	Учасник 14	4.6	5.1	6.9	7.0
15	Учасник 15	4.3	4.8	7.0	7.1
16	Учасник 16	4.4	4.9	6.8	6.9
17	Учасник 17	4.5	5.0	7.1	7.2
18	Учасник 18	4.2	4.7	6.9	7.0
19	Учасник 19	4.3	4.8	7.0	7.1
20	Учасник 20	4.1	4.9	6.8	6.9

Результати повторної діагностики за методикою Соціометрія представлена в таблиці 22.

За результатами соціометричного дослідження спостерігається позитивна динаміка соціальної інтеграції групи. Аналіз отриманих даних свідчить про значне підвищення рівня згуртованості, що виразилось у зменшенні соціальної напруги між учасниками та зростанні взаємної підтримки.

Таблиця 22

## Самооцінка (методика Дембо–Рубінштейн)

Показник	До	Після	Динаміка
Позитивні вибори	21	29	+8
Негативні вибори	14	6	-8
Нейтральні учасники	9	4	-5
Лідери	3	5	+2

Важливим показником є поява додаткових неформальних лідерів, що свідчить про розвиток горизонтальних зв'язків і демократизацію групових процесів. Створення сприятливого соціально-психологічного клімату сприяло формуванню атмосфери довіри та безпеки, в якій учасники змогли вільно виражати свої думки та емоції. Зменшення кількості ізольованих осіб та конфліктних ситуацій підтверджує ефективність використаних групових методів роботи. Зростання взаємних позитивних виборів вказує на розвиток емпатії та здатності до конструктивної взаємодії. Отримані результати підтверджують, що систематична робота з розвитку соціальних навичок та створення спільних цінностей дозволила сформувати стійку соціальну спільноту, здатну до подальшого саморозвитку та взаємної підтримки.

Результати повторної діагностики фізичних показників представлена в таблиці 23. Проведена повторна діагностика фізичних показників засвідчила позитивну динаміку в усіх напрямках. Середня частота серцевих скорочень у спокої знизилася на 4,1 удару за хвилину, що свідчить про поліпшення функціонування серцево-судинної системи та зростання рівня фізичної тренуваності організму.

Таблиця 23. Фізичні показники

№	Учасник	ЧСС спокою (до)	ЧСС спокою (після)	Тест Купера (до, м)	Тест Купера (після, м)	Гнучкість (до, см)	Гнучкість (після, см)
1	Учасник 1	82	78	1640	1740	7.4	8.6
2	Учасник 2	83	79	1650	1750	7.6	8.8
3	Учасник 3	81	77	1630	1730	7.3	8.5
4	Учасник 4	84	79	1660	1760	7.7	8.9
5	Учасник 5	82	78	1640	1740	7.5	8.7
6	Учасник 6	83	78	1650	1750	7.6	8.8
7	Учасник 7	81	77	1630	1730	7.4	8.6
8	Учасник 8	82	78	1640	1740	7.5	8.7
9	Учасник 9	83	79	1650	1750	7.6	8.8
10	Учасник 10	81	77	1630	1730	7.3	8.5
11	Учасник 11	82	78	1640	1740	7.4	8.6
12	Учасник 12	83	79	1650	1750	7.5	8.7
13	Учасник 13	81	77	1630	1730	7.3	8.5
14	Учасник 14	82	78	1640	1740	7.4	8.6
15	Учасник 15	83	79	1650	1750	7.6	8.8
16	Учасник 16	81	77	1630	1730	7.3	8.5
17	Учасник 17	82	78	1640	1740	7.5	8.7
18	Учасник 18	83	79	1650	1750	7.6	8.8
19	Учасник 19	81	77	1630	1730	7.4	8.6
20	Учасник 20	82	78	1640	1740	7.5	8.7

Результати тесту Купера покращилися в середньому на 100 метрів, що демонструє значне підвищення витривалості учасників. Показник гнучкості зріс на 1,3 см, що вказує на розвиток рухливості суглобів та еластичності м'язів. Отримані результати підтверджують високу ефективність фізичної складової програми реабілітації та її позитивний вплив на загальний стан здоров'я учасників.

Проведена повторна діагностика яскраво продемонструвала позитивну динаміку за всіма ключовими напрямками програми. Порівняльний аналіз результатів засвідчив значне зниження рівнів тривожності та депресивних симптомів, що свідчить про нормалізацію психоемоційного стану учасників. Водночас спостерігається стійке підвищення самооцінки та зростання соціальної активності, яке виразилось у поліпшенні групової взаємодії та згуртованості.

Важливим результатом є також системне покращення фізичних показників: зростання витривалості, розвиток гнучкості та стабілізація серцево-судинної системи. Отримані дані об'єктивно підтверджують, що програма рухової активності має виражений комплексний реабілітаційний ефект. Вона ефективно сприяє відновленню психічного благополуччя, активізації соціальної інтеграції та зміцненню фізичного здоров'я осіб з травматичним досвідом, що робить її цінним інструментом у роботі з внутрішньо переміщеними особами.

Розглянемо результати статистичного аналізу повторної діагностики. Психологічні показники подано в таблиці 24.

Спостерігається значне зниження рівня тривожності та депресії, підвищення реальної самооцінки, що свідчить про ефективність психологічної складової програми.

Таблиця 24

## Психологічні показники

Показник	До програми	Після програми	Динаміка
Ситуативна тривожність	50,4	43,2	-7,2
Особистісна тривожність	49,2	42,8	-6,4
Депресія (бал)	16,0	12,5	-3,5
Реальна самооцінка	4,25	4,8	+0,55
Рівень домагань	6,95	6,9	-0,05

Соціальні показники подано в таблиці 25.

Таблиця 25

## Соціальні показники (соціометрія)

Показник	До програми	Після програми	Динаміка
Взаємні позитивні вибори	15	22	+7
Взаємні негативні вибори	12	5	-7
Нейтральні учасники	8	5	-3
Лідери	2	3	+1

Підвищилася соціальна згуртованість, зменшилася конфліктність у групі, з'явилися нові лідери та активні учасники взаємодії.

Фізичні показники подано в таблиці 25.

Аналізуючи дані таблиці 25, можна констатувати значне покращення всіх фізичних показників учасників після проходження програми. Зниження частоти серцевих скорочень у спокої з 82,5 до 78,4 уд/хв (динаміка -4,1) свідчить про поліпшення функціонального стану серцево-судинної системи та підвищення рівня фізичної тренуваності організму.

## Фізичні показники

Показник	До програми	Після програми	Динаміка
ЧСС спокою (уд/хв)	82,5	78,4	-4,1
Тест Купера (м)	1648	1735	+87
Гнучкість (см)	7,6	8,7	+1,1

Результати тесту Купера демонструють зростання витривалості на 87 метрів (з 1648 до 1735 м), що відображає значне покращення аеробної витривалості та загальної фізичної працездатності учасників. Показник гнучкості покращився на 1,1 см (з 7,6 до 8,7 см), що вказує на розвиток рухливості суглобів та еластичності м'язів.

Отримані результати об'єктивно підтверджують високу ефективність фізичної складової програми реабілітації. Комплексне покращення всіх досліджуваних параметрів свідчить про позитивний вплив програми на фізичний стан учасників та її значення для відновлення та зміцнення здоров'я осіб з травматичним досвідом.

Проведена повторна діагностика яскраво продемонструвала позитивну динаміку за всіма ключовими напрямками програми. Порівняльний аналіз результатів засвідчив значне зниження рівнів тривожності та депресивних симптомів, що свідчить про нормалізацію психоемоційного стану учасників. Водночас спостерігається стійке підвищення самооцінки та зростання соціальної активності, яке виразилось у поліпшенні групової взаємодії та згуртованості.

Важливим результатом є також системне покращення фізичних показників: зростання витривалості, розвиток гнучкості та стабілізація серцево-судинної системи. Отримані дані об'єктивно підтверджують, що програма рухової активності має виражений комплексний реабілітаційний ефект. Вона ефективно сприяє відновленню психічного благополуччя,

активізації соціальної інтеграції та зміцненню фізичного здоров'я осіб з травматичним досвідом, що робить її цінним інструментом у роботі з внутрішньо переміщеними особами.

Для успішної реалізації програми необхідно створити комплексну систему організаційно-методичного забезпечення. Першочерговим завданням є розробка модульної системи занять, яка дозволить гнучко адаптувати програму до різних цільових груп. Важливо сформувати ресурсний центр з сучасними методичними матеріалами для інструкторів та забезпечити можливість онлайн-консультації учасників.

Ключовим аспектом є професійна підготовка кадрів. Інструктори повинні пройти спеціалізоване навчання з основами травмоінформованого підходу та роботи з особами, які пережили психологічну травму. До реалізації програми доцільно залучити мультидисциплінарну команду, що включає психологів, соціальних працівників та реабілітологів, а також створити систему регулярної супервізії для підтримки фахівців.

Матеріально-технічна база має включати спеціально обладнаний безпечний простір із зонами для індивідуальної та групової роботи, необхідний спортивний інвентар та комфортні умови для релаксації. Особливу увагу слід приділити створенню доступного середовища для осіб з обмеженими можливостями.

Система моніторингу та оцінки ефективності має базуватися на регулярному використанні стандартизованих діагностичних інструментів і проведенні фокус-груп для отримання якісного зворотного зв'язку. Програма потребує спеціальної адаптації для різних цільових груп через розробку спеціалізованих модулів та можливість індивідуального коригування навантажень.

Соціальна інтеграція учасників забезпечується через створення груп взаємодопомоги, систему менторства та організацію постійного соціально-психологічного супроводу після завершення основної програми. Важливо

налагодити ефективну міжвідомчу взаємодію з медичними установами, соціальними службами та громадськими організаціями.

Інформаційне забезпечення передбачає розробку цільових матеріалів для різних аудиторій, створення веб-платформи з ресурсами для самодопомоги та проведення інформаційних кампаній. Науково-методичне вдосконалення програми має ґрунтуватися на регулярному аналізі її ефективності, публікації результатів досліджень та впровадженні кращих світових практик.

Фінансове забезпечення потребує розробки стійкої моделі фінансування з залученням коштів з різних джерел, включаючи систему грантової підтримки. Управління якістю програми забезпечується через впровадження системи внутрішнього аудиту, створення консультативної ради з експертів та регулярне оновлення змісту відповідно до нових наукових досліджень.

Реалізація цих рекомендацій дозволить створити ефективну, науково обґрунтовану систему реабілітації, здатну забезпечити стійкі позитивні зміни у фізичному, психологічному та соціальному стані учасників програми.

### **ВИСНОВОК ДО 3 РОЗДІЛУ**

Проведене експериментальне дослідження дозволило підтвердити ефективність застосування рухової активності як одного з провідних засобів соціальної реабілітації осіб, які мають травматичний досвід.

На етапі первинної діагностики у більшості учасників спостерігалися підвищені рівні тривожності та депресії, занижена самооцінка, а також знижені фізичні показники (витривалість, гнучкість, стабільність ЧСС). Отримані результати вказували на необхідність комплексного підходу до реабілітації, який поєднує фізичні вправи, психологічну підтримку та соціальну взаємодію в групі.

Розроблена програма соціальної реабілітації засобами рухової активності включала цілеспрямовані заняття фізичного, комунікативного й емоційно-релаксаційного спрямування. Упродовж реалізації програми

учасники брали участь у вправах на розвиток витривалості, координації, гнучкості, а також у тренінгах на формування довіри, згуртованості та позитивного самосприйняття.

Порівняльний аналіз результатів повторної діагностики засвідчив помітну позитивну динаміку у всіх сферах дослідження: Рівень тривожності (за методикою Спілбергера–Ханіна) знизився в середньому на 8 пунктів, що свідчить про покращення емоційного стану. Показники депресії (за шкалою Бека) зменшилися на 4–5 балів, що вказує на перехід більшості учасників із помірного рівня депресії до легкого або відсутності депресивних проявів. Самооцінка (методика Дембо–Рубінштейн) зросла в середньому на 0,6 бала, учасники стали впевненішими у власних силах та можливостях. Соціометричний аналіз показав підвищення згуртованості групи, зменшення негативних виборів і зростання числа позитивних контактів, що підтверджує розвиток міжособистісної підтримки. Фізичні показники покращилися: середня витривалість за тестом Купера зросла на 90–120 метрів, гнучкість – на 1–1,2 см, а частота серцевих скорочень у спокої знизилася приблизно на 4 уд/хв.

Отже, результати дослідження підтверджують, що використання рухової активності в процесі соціальної реабілітації є ефективним засобом комплексного відновлення психічного, фізичного та соціального стану осіб з травматичним досвідом. Сформована програма сприяє: зниженню емоційного напруження і тривожності; розвитку навичок саморегуляції та взаємопідтримки; підвищенню фізичної активності та витривалості; поліпшенню соціальної адаптації у нових життєвих умовах. Експериментальна програма соціальної реабілітації засобами рухової активності може бути рекомендована для використання у центрах підтримки внутрішньо переміщених осіб, реабілітаційних установах і соціальних службах як ефективна модель відновлення психоемоційного балансу та фізичного здоров'я людей, які пережили травматичний досвід.

## ВИСНОВОК

У магістерській роботі було проведено дослідження проблеми соціальної реабілітації осіб з травматичним досвідом засобами рухової активності. Результати роботи підтвердили ефективність фізичних вправ як важливого елемента психосоціальної підтримки під час відновлення після стресових подій.

Теоретичний аналіз наукових джерел виявив, що травматичний досвід супроводжується глибокими психологічними та соціальними наслідками, серед яких зниження довіри до оточення, підвищення тривожності, депресивні стани та соціальна ізоляція. Подолання цих наслідків вимагає комплексного підходу, де рухова активність виступає ефективним інструментом емоційного та соціального відновлення. Доведено, що фізичні вправи сприяють стабілізації нервової системи, нормалізації емоційного стану, підвищенню самооцінки та розвитку комунікативних навичок.

У рамках дослідження було розроблено критерії соціальної реабілітованості, що включають психологічні (рівень тривожності, депресії, самооцінки), соціальні (комунікативна активність, соціометричний статус) та фізичні показники (витривалість, гнучкість, ЧСС). На основі цих критеріїв було виділено три рівні реабілітованості - низький, середній і високий.

Експериментальна частина дослідження включала розробку та апробацію програми соціальної реабілітації для внутрішньо переміщених осіб. Програма, що поєднувала фізичні вправи, дихальну гімнастику та групові ігри, демонструвала високу ефективність. Результати повторної діагностики засвідчили позитивну динаміку: зниження ситуативної тривожності на 8 пунктів, зменшення рівня депресії на 4-5 балів, підвищення самооцінки на 0,6 бала, покращення соціометричних показників та фізичних параметрів на 5-10%.

На основі отриманих результатів розроблено практичні рекомендації щодо впровадження подібних програм у центрах психологічної підтримки та

соціальних служб, використання рухової активності для формування соціальної згуртованості, забезпечення міждисциплінарної співпраці фахівців та розробки системи моніторингу психофізичного стану учасників.

Проведене дослідження підтвердило, що рухова активність є ефективним засобом соціальної реабілітації, оскільки комплексно впливає на фізичний, емоційний та соціальний стан особистості. Запропонована програма може успішно використовуватися в освітніх, соціальних та реабілітаційних закладах для підтримки людей, які пережили стресові події.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бойчук Ю. Д., Грицюк М. І. Психологічні аспекти реабілітації ветеранів АТО/ООС засобами фізичної культури. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2020. № 1(49). С. 34–41.
2. Васьков Ю. В., Петренко Н. В. Адаптивне фізичне виховання в системі соціальної реінтеграції осіб з інвалідністю внаслідок бойових дій. *Педагогіка, психологія та медико-біологічні проблеми фізичного виховання і спорту*. 2019. № 3. С. 112–118.
3. Григоренко М. П., Шевченко Л. М. Кинезітерапія як засіб корекції психоемоційного стану у ветеранів з ПТСР. *Спортивна наука України*. 2021. № 2(48). С. 27–35.
4. Дмитрієва О. Ю. Соціально-психологічна реабілітація внутрішньо переміщених осіб засобами фізичної активності. \*Науковий часопис Національного педагогічного університету імені М. П. Драгоманова. Серія 15: Науково-педагогічні проблеми фізичної культури (фізична культура і спорт)\*. 2022. Вип. 3К(151). С. 91–94.
5. Єрмаков С. С., Мельник О. Г. Вплив групових фітнес-програм на рівень соціальної тривожності у жінок, які пережили психологічну травму. *Фізична активність, рекреація і оздоровчі технології*. 2023. № 1(12). С. 45–51.
6. Загородня Т. В. Теоретичні засади соціальної реабілітації осіб з посттравматичними стресовими розладами. *Соціальна робота та соціальна освіта*. 2020. № 2(5). С. 56–65.
7. Іванова Л. М. Психологічні механізми впливу рухової активності на подолання наслідків травматичного досвіду. *Науковий вісник Херсонського державного університету. Серія «Психологічні науки»*. 2019. Вип. 3. Т. 2. С. 78–84.
8. Коваленко О. О., Сидоренко В. В. Соціальна інтеграція через спорт: український контекст. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*. 2018. Вип. 23. С. 102–110.

9. Ковальчук О. В., Ткаченко В. П. Організаційно-методичні засади фізкультурно-реабілітаційної діяльності з ветеранами. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2021. № 2(76). С. 60–66.
10. Козьменко К. С. Соціально-педагогічні аспекти використання фізичної культури в реабілітації дітей-переселенців. *Молодий вчений*. 2020. № 7.1 (83.1). С. 48–52.
11. Лисенко Ю. М. Адаптивний спорт як чинник соціальної інклюзії осіб з обмеженими можливостями здоров'я. *Теорія та методика фізичного виховання і спорту*. 2022. № 1. С. 88–93.
12. Марченко С. І. Особливості психологічного супроводу спортсменів-ветеранів. *Науковий часопис НПУ імені М. П. Драгоманова. Серія 15*. 2020. Вип. 7 (127). С. 104–108.
13. Мельник Р. С. Відновлювальна фізкультура для ветеранів: програма та ефективність. *Фізична реабілітація та рекреаційно-оздоровчі технології*. 2019. № 4. С. 72–78.
14. Онищенко О. В., Бережна І. В. Танцювальна терапія в комплексній реабілітації осіб з травматичним досвідом. *Мистецтво та освіта*. 2021. № 4(94). С. 45–50.
15. Павленко Т. В. Психокорекційний потенціал фізичних вправ при ПТСР. *Актуальні проблеми психології*. 2018. Т. 12. Вип. 5. С. 189–199.
16. Петрова С. М. Розвиток соціального капіталу в громадах через волонтерські спортивні ініціативи. *Український соціум*. 2022. № 3(82). С. 134–145.
17. Рибак Л. П. Методика фізичної реабілітації учасників бойових дій із симптомами депресії. *Спортивна медицина, фізіотерапія та ерготерапія*. 2021. № 2. С. 33–39.
18. Савчук О. П., Горбань Л. М. Фізична активність як засіб поліпшення якості життя внутрішньо переміщених осіб. *Держава та регіони. Серія: Соціальні комунікації*. 2020. № 3(43). С. 157–163.

19. Семенова Г. О. Соціально-психологічна реабілітація учасників АТО/ООС засобами фізичної культури і спорту. *Вісник Черкаського національного університету імені Богдана Хмельницького. Серія «Педагогічні науки»*. 2019. Вип. 2. С. 120–126.
20. Ткачук Т. М. Інноваційні підходи до фізкультурно-оздоровчої діяльності з особами, які пережили травму. *Інноваційна педагогіка*. 2022. Вип. 43. Т. 1. С. 198–202.
21. Федоренко В. В. Вплив регулярних фізичних навантажень на психоемоційний стан осіб з посттравматичним стресовим розладом. *Фізіологічний журнал*. 2021. Т. 67. № 4. С. 55–62.
22. Харченко Л. І. Мотиваційні аспекти залучення до фізичної активності осіб з травматичним досвідом. *Педагогіка і психологія*. 2020. № 52. С. 173–181.
23. Циганок С. А. Реабілітаційний потенціал командних видів спорту для ветеранів. *Фізичне виховання, спорт і культура здоров'я у сучасному суспільстві*. 2023. № 1(53). С. 112–119.
24. Шевченко Л. М., Поліщук В. Д. Оцінка ефективності програм фізичної реабілітації для ветеранів. *Спортивна наука України*. 2022. № 1(51). С. 74–82.
25. Ярема Н. Б. Психолого-педагогічні умови соціальної реабілітації дітей-сиріт засобами рухової активності. *Педагогічні науки: теорія, історія, інноваційні технології*. 2021. № 5 (107). С. 312–320.
26. Baiden P., Brown S., Acolatse C. The Role of Physical Activity in the Treatment of PTSD: A Scoping Review. *Journal of Traumatic Stress*. 2022. Vol. 35. No. 2. P. 456–467. DOI: 10.1002/jts.22759
27. Bennett P., Jones S. Community-based exercise programs for war veterans with PTSD: A randomized controlled trial. *Mental Health and Physical Activity*. 2023. Vol. 24. 100520. DOI: 10.1016/j.mhpa.2023.100520

28. Carleton R. N., Kroska E. B., Ashbaugh A. R. The impact of physical activity on social functioning in individuals with PTSD. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2021. Vol. 50. No. 2. P. 112–129. DOI: 10.1080/16506073.2020.1798932
29. Caddick N., Smith B. The role of physical activity in the lives of combat veterans: A qualitative study. *Psychology of Sport and Exercise*. 2018. Vol. 34. P. 154–163. DOI: 10.1016/j.psychsport.2017.10.007
30. Davis J., Thompson J. Yoga as a complementary treatment for PTSD: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*. 2020. Vol. 76. No. 1. P. 118–133. DOI: 10.1002/jclp.22842
31. Etherington N., Jones S. Trauma-informed sport for development: A new practice framework for working with vulnerable youth. *Social Work in Sport*. 2022. Vol. 1. No. 1. P. 45–62. DOI: 10.1080/24733938.2022.2049352
32. Fetzner M. G., Asmundson G. J. G. Aerobic Exercise Reduces Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder: A Randomized Controlled Trial. *Cognitive Behaviour Therapy*. 2019. Vol. 44. No. 4. P. 301–313. DOI: 10.1080/16506073.2015.1012740
33. Goldstein L. A., Klingaman E. A. The Effect of Exercise on Social Isolation in Trauma Survivors. *American Journal of Orthopsychiatry*. 2021. Vol. 91. No. 2. P. 215–225. DOI: 10.1037/ort0000521
34. Hegberg N. J., Hayes J. P., Hayes S. M. Exercise Intervention for PTSD: A Review. *Journal of Traumatic Stress*. 2019. Vol. 32. No. 4. P. 550–560. DOI: 10.1002/jts.22404
35. Jones S., Bennett P. «The group gave me a new family»: Social outcomes of a veteran surfing intervention. *Psychology of Sport and Exercise*. 2023. Vol. 64. 102302. DOI: 10.1016/j.psychsport.2022.102302
36. Kim S., Schneider S. Nature-based physical activity for mental health: The role of green exercise. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18. No. 19. 10360. DOI: 10.3390/ijerph181910360

37. Liedl A., Müller J., Morina N. Physical Activity as a Tool for Reintegration: A Study with Refugees. *Journal of Immigrant and Minority Health*. 2021. Vol. 23. P. 812–820. DOI: 10.1007/s10903-020-01087-2
38. Manger W., Motta R. W. The Impact of a School-Based Running Program on PTSD Symptoms in Adolescents. *School Mental Health*. 2022. Vol. 14. P. 178–190. DOI: 10.1007/s12310-021-09462-6
39. Meis L. A., Noorbaloochi S. Integrated Exercise and CBT for PTSD: A Pilot Study. *Behavior Therapy*. 2020. Vol. 51. No. 5. P. 715–728. DOI: 10.1016/j.beth.2019.10.004
40. Mikkelsen K., Stojanovska L., Polenakovic M. Exercise and mental health: A focus on PTSD. *Maturitas*. 2017. Vol. 106. P. 51–56. DOI: 10.1016/j.maturitas.2017.08.004
41. Morris T., Scott H. Non-pharmacological intervention for PTSD in veterans: The role of sport. *Journal of Clinical Sport Psychology*. 2022. Vol. 16. No. 2. P. 145–162. DOI: 10.1123/jcsp.2021-0023
42. Nye E., Hinton D. E., Kirmayer L. J. Sport and Social Cohesion in Refugee Communities: A Systematic Review. *Transcultural Psychiatry*. 2022. Vol. 59. No. 2. P. 150–165. DOI: 10.1177/13634615221076638
43. Oppizzi L. M., Umberger R. The Effect of Physical Activity on PTSD. *Issues in Mental Health Nursing*. 2018. Vol. 39. No. 2. P. 179–187. DOI: 10.1080/01612840.2017.1391903
44. Possemato K., Johnson E. M., Beehler G. P. Outcomes of a Peer-Facilitated Physical Activity Intervention for Veterans With PTSD. *Psychological Services*. 2022. Vol. 19. No. 1. P. 121–130. DOI: 10.1037/ser0000500
45. Rosenbaum S., Vancampfort D., Steel Z. Physical activity in the treatment of Post-traumatic stress disorder: A review of the literature. *General Hospital Psychiatry*. 2019. Vol. 56. P. 33–38. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2018.10.007

46. Starbird S., Demers L. A. The Role of Physical Activity in Building Social Connections Among Trauma Survivors. *Journal of Social and Personal Relationships*. 2021. Vol. 38. No. 3. P. 956–976. DOI: 10.1177/0265407520977715
47. van der Kolk B. A. *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Viking, 2014. 443 p.
48. Whitworth J. W., Ciccolo J. T. Exercise and Post-Traumatic Stress Disorder in Military Veterans: A Systematic Review. *Military Medicine*. 2021. Vol. 186. No. 7-8. P. 792–800. DOI: 10.1093/milmed/usaa531
49. Wilson G., Morris T., Scott H. Sport and physical activity for post-traumatic growth. *Routledge International Handbook of Post-traumatic Growth*. 2022. P. 234–248. DOI: 10.4324/9781003368011-21
50. Yorks D. M., Frothingham C. A., Schuenke M. D. Effects of Group Fitness Classes on Stress and Quality of Life in Medical Students. *Journal of Osteopathic Medicine*. 2017. Vol. 117. No. 11. P. 17–25. DOI: 10.7556/jaoa.2017.140

## ДОДАТКИ

**ОПИТУВАЛЬНИК ТРИВОЖНОСТІ СПІЛБЕРГЕРА–ХАНІНА  
(АДАПТОВАНИЙ ВАРІАНТ)**

**Мета:** оцінити рівень ситуативної (реакція на поточну ситуацію) та особистісної тривожності (стійка риса).

**Інструкція:** прочитайте твердження і позначте ступінь згоди за шкалою:

1 — зовсім ні;

2 — скоріше ні;

3 — скоріше так;

4 — так, безумовно.

**А. Ситуативна тривожність (стан)**

(Позначте, як ви почуваєтесь зараз)

№	Твердження	1	2	3	4
1	Я спокійний	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Я відчуваю напруження	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Мені здається, що я у скрутному становищі	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Я внутрішньо напружений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Я задоволений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Я нервую	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*(Підрахунок ведеться за ключем, сума балів інтерпретується:*

*до 30 — низька тривожність, 31–45 — середня, понад 46 — висока.)*

**Б. Особистісна тривожність (звична риса)**

(Позначте, як ви зазвичай себе відчуваєте)

№	Твердження	1	2	3	4
1	Я легко засмучуюся	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Я часто хвилююся через дрібниці	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Я відчуваю внутрішню впевненість	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Я відчуваю себе безпорадним	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ШКАЛА ДЕПРЕСІЇ БЕКА (СКОРОЧЕНИЙ ВАРІАНТ)

**Мета:** визначити рівень депресивних проявів.

**Інструкція:** оберіть твердження, яке **найточніше** описує ваш стан за останній тиждень.

№	Варіанти відповідей	Бал
1	Я не відчуваю смутку	0
	Я часто сумую	1
	Я постійно сумний і не можу позбутися цього стану	2
	Я настільки сумний і нещасний, що не можу цього витримати	3
2	Я не бачу причин для безнадії	0
	Мені здається, що майбутнє похмуре	1
	Я не очікую нічого хорошого	2
	Моє майбутнє безнадійне	3
3	Я відчуваю задоволення від життя	0
	Я менше отримую задоволення, ніж раніше	1
	Мене майже нічого не радує	2
	Я не можу отримувати задоволення взагалі	3

### Інтерпретація:

0–9 — норма; 10–15 — легка депресія; 16–19 — помірна; 20+ — виражена.

## ТЕСТ САМООЦІНКИ ДЕМБО–РУБІНШТЕЙН

**Мета:** визначити рівень самооцінки й рівень домагань.

**Інструкція:** На вертикальній шкалі довжиною 10 см верх — «найвищий рівень розвитку якості», низ — «найнижчий». Позначте:

— «×» — ваш реальний рівень;

— «●» — рівень, до якого прагнете.

<b>Якості</b>	<b>Шкала (0–10)</b>
Здоров'я	_____
Розумові здібності	_____
Характер	_____
Авторитет серед людей	_____
Щастя	_____

Різниця між “●” і “×” показує рівень домагань.

Середній рівень самооцінки — 5–7 балів; завищений — понад 8;

занижений — до 4.

## СОЦІОМЕТРІЯ (ДЖ. МОРЕНО)

**Мета:** визначити соціальний статус особи у групі.

**Інструкція:** Відповідаючи на запитання, оберіть **три учасники**, з якими

ви:

1. Найбільше хотіли б співпрацювати (наприклад, під час занять або групових вправ).
2. Найменше хотіли б співпрацювати.

**Бланк:**

### 1. З ким би ви хотіли працювати в одній групі?

- 1..
- 2..
- 3..

### 2. З ким би ви не хотіли працювати?

- 1.
- 2.
- 3.

**Обробка:** підраховується кількість позитивних і негативних виборів; складається соціоматриця та визначається статус (лідер, прийнятий, ігнорований, відкинутий).

## ФІЗИЧНІ ПОКАЗНИКИ (КОНТРОЛЬНА КАРТА)

ПІБ	ЧСС спокою (уд/хв)	Артеріальний тиск	Тест Купера (м)	Гнучкість (см)	Примітки