

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	Навчально-науковий юридичний інститут
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Спеціальність	053 Психологія
Форма навчання	Денна

КВАЛІФІКАЦІЙНА МАГІСТЕРСЬКА РОБОТА

Щербака Олега Олексійовича

(прізвище, ім'я, по батькові здобувача)

на тему **Психологічні детермінанти повернення ветеранів
війни до фізичної активності: порівняння груп з різними видами травм**
(повна назва теми)

за матеріалами _____
(повна назва бази дослідження)

Науковий керівник:	д.н. з державного управління, професор	Коваль Г.В.
	<i>(наук. ступінь, вчене звання)</i>	<i>(підпис) (ініціал, прізвище)</i>

Робота допущена до захисту в ЕК

Протокол засідання кафедри
від 16 січня 2026 р. № 6

Завідувач кафедри _____
(підпис)

к.е.н., доцент
Наук. ступінь, вчене звання
Ініціал, прізвище

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ЕКОНОМІКИ І ТЕХНОЛОГІЙ

ННІ/факультет	Навчально-науковий юридичний інститут
Кафедра	Публічного управління та адміністрування
Спеціальність	053 Психологія
Форма здобуття вищої освіти	Заочна

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Завідувач
кафедри

_____ Г.ПУРІЙ
(підпис) (ініціал, прізвище)

«19» січня 2026 року

**ЗАВДАННЯ
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ МАГІСТЕРСЬКУ РОБОТУ**

1. Тема роботи **Психологічні детермінанти повернення ветеранів війни до фізичної активності: порівняння груп з різними видами травм**

Керівник роботи Коваль Ганна Володимирівна

затверджено наказом закладу вищої освіти від «20» жовтня 2025 р. № 720-ст

2. Строк подання здобувачем роботи до «15» січня 2026 р.

3. Зміст кваліфікаційної магістерської роботи, об'єкт, предмет та мета дослідження:

**РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ
ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПОВЕРНЕННЯ ДО ВЕТЕРАНІВ
ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ**

1.1. Психологічні детермінанти повернення ветеранів до фізичної активності

1.2. Роль фізичної активності у реабілітації ветеранів війни

1.3. Особливості повернення до фізичної активності при різних видах травм та огляд сучасних досліджень

РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Мета, завдання, гіпотези та дизайн дослідження

2.2. Вибірка та методи збору даних

2.3. Методи обробки даних та етичні аспекти дослідження

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

3.1. Загальний рівень фізичної активності ветеранів та ключові психологічні детермінанти

3.2. Відмінності у психологічних та поведінкових характеристиках ветеранів із різними видами травм

3.3. Інтерпретація результатів, порівняння з попередніми дослідженнями та практичні рекомендації

Об'єкт дослідження процес повернення ветеранів війни до фізичної активності в системі психологічної реадаптації.

Предмет дослідження: психологічні детермінанти повернення до фізичної активності у ветеранів війни з різними видами травм (ампутації, ЧМТ, ураження опорно-рухового апарату, невидимі травми).

Мета кваліфікаційної магістерської роботи: визначити основні психологічні чинники, що впливають на повернення ветеранів війни до фізичної активності залежно від виду отриманих травм та розробка практичних рекомендацій для психологічної підтримки та програм відновлення фізичної активності ветеранів війни.

5. Дата видачі
завдання

15 жовтня 2025 р.

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної магістерської роботи	Строк виконання етапів роботи	Відмітка керівника про виконання етапів (дата, підпис)
1	Підготовка розділу 1	15.11.2025	15.11.2025
2	Підготовка розділу 2	08.12.2025	08.12.2025
3	Підготовка розділу 3	29.12.2026	29.12.2026
4	Перевірка кваліфікаційної магістерської роботи на наявність ознак академічного плагіату за допомогою програм UNICHECK / StrikePlagiarism	05.01.2026 – 06.01.2026	05.01.2026 – 06.01.2026
5	Отримання відгуку від наукового керівника	до 16.01.2026	16.01.2026
6	Подання кваліфікаційної роботи на перегляд завідувачу кафедри	до 16.01.2026	16.01.2026
7	Реєстрація завершеної кваліфікаційної роботи	до 16.01.2026	16.01.2026
8	Попередній захист кваліфікаційної роботи на кафедрі	до 17.01.2026	17.01.2026
9	Підготовка до захисту в ЕК	20.01.2026 – 22.01.2026	20.01.2026 – 22.01.2026

Завдання підготував науковий керівник

(підпис)

Г. КОВАЛЬ
(прізвище та ініціали)

Завдання одержав

(підпис)

О. ЩЕРБАК
(прізвище та ініціали)

РЕФЕРАТ
кваліфікаційної магістерської роботи

здобувача спеціальності 053 «Психологія» Щербака О.С. «Психологічні детермінанти повернення ветеранів війни до фізичної активності: порівняння груп з різними видами травм» – Державний університет економіки і технологій, 2026 р.

Кваліфікаційна магістерська робота містить 72 сторінки, 2 таблиці, 4 рисунки. При підготовці роботи використано 74 джерела.

Магістерська робота присвячена дослідженню психологічних детермінант повернення ветеранів війни до фізичної активності з урахуванням різних видів бойових травм. Актуальність теми зумовлена зростанням кількості військовослужбовців, які потребують комплексної фізичної та психологічної реабілітації в умовах тривалої військової агресії проти України. Фізична активність розглядається як важливий чинник психологічної реадаптації, соціальної інтеграції та підвищення якості життя ветеранів.

Метою дослідження є визначення та порівняння психологічних чинників, що впливають на готовність і здатність ветеранів війни повертатися до фізичної активності залежно від виду отриманих травм (ампутації, черепно-мозкові травми, ураження опорно-рухового апарату, «невидимі» травми).

У роботі здійснено теоретичний аналіз сучасних вітчизняних і зарубіжних досліджень проблеми фізичної активності в системі реабілітації ветеранів. Проведено емпіричне дослідження з використанням психодіагностичних методик, спрямованих на оцінку рівня фізичної активності, психологічного стану, мотивації, самоефективності та емоційного реагування осіб із різними видами травм.

Результати дослідження засвідчили наявність значущих відмінностей у психологічних характеристиках ветеранів залежно від типу травм. Виявлено специфічні психологічні бар'єри у ветеранів з «невидимими» травмами, які потребують цілеспрямованої психологічної корекції.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для розробки психологічно орієнтованих програм фізичної реабілітації ветеранів війни та у діяльності психологів, реабілітологів і фахівців соціальної сфери.

Ключові слова: ветерани війни, фізична активність, психологічні детермінанти, бойові травми, мотивація, самоефективність, соціальна підтримка, реабілітація.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	7
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПОВЕРНЕННЯ ДО ВЕТЕРАНІВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ	11
1.1. Психологічні детермінанти повернення ветеранів до фізичної активності.	11
1.2. Роль фізичної активності у реабілітації ветеранів війни.....	17
1.3. Особливості повернення до фізичної активності при різних видах травм та огляд сучасних досліджень.....	24
Висновки до розділу 2	29
РОЗДІЛ 2. МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	31
2.1. Мета, завдання, гіпотези та дизайн дослідження.....	31
2.2. Вибірка та методи збору даних.....	35
2.3. Методи обробки даних та етичні аспекти дослідження.....	39
Висновки до розділу 2	43
РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ.....	45
3.1. Загальний рівень фізичної активності ветеранів та ключові психологічні детермінанти.....	45
3.2. Відмінності у психологічних та поведінкових характеристиках ветеранів із різними видами травм.....	50
3.3. Інтерпретація результатів, порівняння з попередніми дослідженнями та практичні рекомендації.....	54
Висновки до розділу 3	58
ВИСНОВКИ.....	60
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	62
ДОДАТКИ.....	63

ВСТУП

Актуальність теми дослідження. Війна залишає глибокі сліди не лише на полі бою, а й у житті тих, хто пройшов через неї. Сотні тисяч українських ветеранів, які повертаються з фронту, стикаються з викликами фізичної, психологічної та соціальної реадаптації. Одним із ключових напрямів відновлення їхнього здоров'я є повернення до фізичної активності, яка має не лише біологічний, а й значний психотерапевтичний ефект. Проте не всі ветерани однаково готові та здатні відновити рухову активність після травм, отриманих у бойових діях.

Особливої уваги потребує порівняння психологічних детермінант повернення до активності у різних групах ветеранів - з ампутаціями, черепно-мозковими травмами, ураженнями опорно-рухового апарату, а також «невидимими» травмами (посттравматичний стресовий розлад, депресія, тривожність). Відмінності у психологічному стані, мотивації, рівні самооефективності та підтримці з боку соціального оточення зумовлюють різні стратегії адаптації до нових умов життя.

Проблема повернення ветеранів війни до фізичної активності набуває особливої ваги в умовах тривалої військової агресії російської федерації проти України. Бойові поранення, психотравматичні переживання, зміна ролей та життєвих орієнтирів створюють значні бар'єри на шляху до відновлення здоров'я та соціальної інтеграції військовослужбовців. Попри наявні реабілітаційні програми, питання психологічних детермінант, що визначають готовність і здатність ветеранів повертатися до фізичної активності, залишаються недостатньо вивченими. Бракує порівняльних досліджень, які б аналізували ці чинники залежно від типу отриманих травм.

Сучасна психологічна наука наголошує, що фізична активність може бути не лише елементом реабілітації, а й потужним інструментом подолання наслідків бойового стресу, відновлення почуття контролю над тілом, самоцінності та соціальної включеності. Тому дослідження психологічних

детермінант повернення ветеранів до фізичної активності є надзвичайно актуальним як у теоретичному, так і в практичному вимірі.

Проблематика психологічних детермінант повернення ветеранів війни до фізичної активності, а також особливостей цього процесу в групах із різними видами бойових травм, ґрунтовно висвітлена у працях українських дослідників - Блінова О.А., Бурлачука Л.Ф., Коколесніченко О.С., Кокуна О.М., Лозінської Н.С., Мащака С.О., Мирончака К.В., Мороаз В.М., Науменка А.В., Пішка І.О., Ходос О.С. та інших. У їхніх роботах розглядаються питання психологічної адаптації, наслідків бойового стресу, мотиваційних характеристик та механізмів відновлення психофізичного стану ветеранів.

Серед зарубіжних учених проблему повернення військовослужбовців до активного способу життя після отриманих травм та психотравматичних переживань аналізують Barbic S., Durisko Z., Fonseca P., Hoge C., Koven S., Lee C., Litz B., Manwell L., McKenzie K., Ritchie E., Roberts K., Ware E. та інші. Їхні дослідження спрямовані на виявлення взаємозв'язку між ПТСР, депресивними симптомами, мотивацією до фізичної активності, особливостями поведінкових стратегій та бар'єрами відновлення після різних видів бойових травм.

Соціальна значущість і недостатнє висвітлення проблеми зумовили вибір теми нашого дослідження: «Психологічні детермінанти повернення ветеранів війни до фізичної активності: порівняння груп із різними видами травм».

Зв'язок роботи з науковою темою кафедри. Тема магістерської роботи входить до плану науково-дослідної роботи кафедри психології «Психологічні особливості взаємодії і суб'єктів взаємодії».

Мета дослідження — визначити основні психологічні чинники, що впливають на повернення ветеранів війни до фізичної активності залежно від виду отриманих травм та розробка практичних рекомендацій для психологічної підтримки та програм відновлення фізичної активності ветеранів війни.

Завдання дослідження:

~ проаналізувати сучасні теоретичні підходи до розуміння фізичної активності як чинника психологічної реабілітації ветеранів війни;

- ~ визначити основні психологічні детермінанти, що впливають на мотивацію ветеранів до відновлення фізичної активності;
- ~ дослідити особливості впливу травматичного досвіду та психічних розладів (ПТСР, депресії, тривожності) на ставлення до рухової активності;
- ~ порівняти психологічні показники у груп ветеранів із різними видами травм;
- ~ виявити взаємозв'язки між рівнем самоефективності, соціальною підтримкою, страхом руху (кінезіофобією) та рівнем фізичної активності;
- ~ розробити практичні рекомендації для психологічної підтримки та програм відновлення фізичної активності ветеранів війни.

Об'єкт дослідження – процес повернення ветеранів війни до фізичної активності в системі психологічної реадaptaції.

Предмет дослідження – психологічні детермінанти повернення до фізичної активності у ветеранів війни з різними видами травм (ампутації, ЧМТ, ураження опорно-рухового апарату, невидимі травми).

Методи дослідження. Для досягнення мети дослідження використано комплекс взаємодоповнюючих методів, серед яких теоретичні (аналіз, синтез, узагальнення та класифікація наукових джерел з психології, медицини та реабілітації) та емпіричні, що включають стандартизовані психодіагностичні методики. Статистична обробка результатів здійснювалася за допомогою методів описової статистики, кореляційного та регресійного аналізу, ANOVA, t- та U-тестів, а аналіз якісних даних – методом тематичного аналізу. Етичні вимоги забезпечувалися дотриманням принципів добровільності, інформованої згоди, конфіденційності, психологічної безпеки та професійної підтримки учасників дослідження.

Практичне значення одержаних результатів можуть бути використані у практиці психологічної реабілітації ветеранів, розробці індивідуальних та групових програм фізичної активності, а також у навчальних програмах для психологів, реабілітологів і соціальних працівників. Отримані дані дозволяють:

- ~ розробити методичні рекомендації щодо мотиваційної підтримки ветеранів із різними травмами;

- ~ удосконалити програми психофізичної реабілітації, які поєднують психологічну роботу та рухову активність;

- ~ сприяти інтеграції ветеранів у цивільне життя через формування стійких навичок саморегуляції та здорового способу життя.

Апробація результатів дослідження. Основні положення і результати дослідження обговорювалися і набули схвалення на конференціях.

Структура та обсяг роботи. Робота складається зі вступу, трьох розділів, висновків до кожного розділу, загальних висновків, списку використаних джерел, що нараховує 74 найменування та додатків. Робота викладена на 72 сторінках друкованого тексту, вміщує таблиці та рисунки.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ДЕТЕРМІНАНТ ПОВЕРНЕННЯ ДО ВЕТЕРАНІВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

1.1. Психологічні детермінанти повернення ветеранів до фізичної активності

Повернення ветеранів війни до фізичної активності є складним, багатогранним процесом, який залежить не лише від медичних чи фізичних показників, але й значною мірою від психологічних факторів. Дослідження показують, що саме психологічні детермінанти часто визначають рівень мотивації, готовність подолати бар'єри, стійкість до навантаження і здатність підтримувати систематичну рухову активність після бойових дій та травм [3; 10; 14]. Психологічний стан ветеранів суттєво впливає на те, чи будуть вони повертатися до фізичних вправ, чи уникатимуть їх через страх, тривогу, біль або емоційні переживання.

Повернення до фізичної активності після війни – не просто питання тренувань, а процес відновлення внутрішньої мотивації, самооцінки й здатності контролювати власне тіло та життя. Ці механізми формуються під впливом декількох важливих психологічних детермінант, які детально описано нижче.

Мотивація як центральний психологічний чинник відновлення. Мотивація – одна з ключових умов, що визначають, чи буде ветеран повертатися до фізичної активності. На думку Кокуна О.М., внутрішня мотивація до відновлення здатна суттєво прискорити процес реабілітації й підвищити ефективність лікування [3]. Мотиваційна сфера ветеранів формується під впливом кількох факторів:

~ потреба у відновленні контролю над тілом, особливо після поранень чи довготривалої іммобілізації;

~ бажання повернутися до служби або активного способу життя;
 ~ соціальні очікування з боку сім'ї, побратимів, реабілітологів;
 ~ прагнення позбутися симптомів ПТСР чи депресії через рухову активність.

Дослідження заркордоних дослідників показують, що саме внутрішня мотивація (прагнення покращити психічний стан, відновити функціональні можливості) значно підвищує регулярність занять спортом серед ветеранів, на відміну від зовнішньої мотивації, заснованої на тиску або вимогах оточення [14]. Водночас навіть сильна мотивація може знижуватися через страх перед болем, можливими ускладненнями або невпевненість у власних силах – ці чинники також належать до психологічних детермінант.

Самоефективність та віра у власні можливості. За Альбертом Бандурою, самоефективність визначає здатність людини відчувати, що вона спроможна впоратися з певним завданням. Ветерани з високим рівнем самоефективності набагато охочіше повертаються до фізичної активності, менше бояться повторних травм і більш стійкі до болю та стресу [6; 15].

Миرونчак К.В. підкреслює, що саме відчуття контролю над своїм тілом є визначальним чинником у поверненні до рухової активності, адже багато ветеранів переживають втрату функцій, зниження сили та витривалості, що може формувати почуття безпорадності [6].

Натомість віра у власні можливості може зростати завдяки:

~ поступовим успіхам, навіть мінімальним;
 ~ позитивному зворотному зв'язку від тренерів чи терапевтів;
 ~ регулярним груповим тренуванням, які формують атмосферу підтримки;
 ~ участі у ветеранських спортивних змаганнях, де успіхи інших надихають.

Зарубіжні дослідження доводять, що програми, побудовані на підсиленні самоефективності, демонструють значно вищі показники дотримання тренувань та зниження симптомів тривоги і депресії [13].

Емоційний стан та вплив психічних розладів. Психологічні травми війни нерідко стають серйозною перешкодою для повернення до фізичної активності. Найпоширенішими є:

- ~ посттравматичний стресовий розлад (ПТСР);
- ~ депресивні стани;
- ~ тривожні розлади;
- ~ суїцидальні думки;
- ~ емоційне вигорання;
- ~ соматизація.

За даними Гоуджа та співавт., понад 30% ветеранів після участі в бойових діях мають виражені симптоми ПТСР або депресії, і ці стани різко знижують рухову активність [10].

ПТСР формує такі бар'єри:

- ~ гіперзбудження, через яке ветерани уникають ситуацій, що викликають фізичний дискомфорт;
- ~ уникання – багато хто сприймає фізичне навантаження як стресор;
- ~ знижений енергетичний ресурс через хронічне виснаження;
- ~ негативні переконання про власне тіло, наприклад: «я зламаний», «мені це не під силу».

Депресія характеризується низькою мотивацією, анергією, відсутністю інтересу – у таких станах навіть мінімальна активність викликає труднощі. Однак численні дослідження показують, що фізична активність, навпаки, є одним із найбільш ефективних природних «антидепресантів» [11; 15]. Тому для ветеранів із депресивною симптоматикою важливо створити умови підтримки - поступове залучення до вправ, невеликі цілі та позитивні емоційні підкріплення.

Страх болю, повторної травми та катастрофізація симптомів. Страх перед болем - один із найпоширеніших психологічних бар'єрів. Багато ветеранів асоціюють фізичну активність із ризиком погіршення стану або повторного

поранення. Це особливо характерно для тих, хто переніс операції, ампутації чи тривалий стаціонар [1; 3].

Катастрофізація болю (переконавання, що будь-яке навантаження призведе до серйозних наслідків) формує уникання, а тривале уникання погіршує функціональний стан і зменшує шанс на реабілітацію.

Дослідження Річі Е. К. вказує, що навчання ветеранів основам безпечного руху, розумінню природи болю та контролю навантаження значно знижує тривогу і сприяє поверненню до фізичних вправ [12].

Стійкість (resilience) та здатність до подолання труднощів. Психологічна стійкість – це здатність адаптуватися, відновлюватися після стресу та долати труднощі. Стійкі ветерани швидше повертаються до фізичної активності, охочіше приймають виклики та більш успішно адаптуються до нового способу життя після травм.

Інші дослідження доводять, що фізична активність і стійкість мають двосторонній зв'язок: ветерани зі стійкішими психологічними характеристиками легше повертаються до тренувань, а тренування, у свою чергу, підсилюють стійкість [16].

Стійкість формується за рахунок:

- ~ соціальної підтримки;
- ~ позитивного досвіду подолання;
- ~ групових програм;
- ~ психотерапії;
- ~ самоконтролю та дисципліни.

Значення соціальної підтримки. Соціальне середовище є потужним психологічним фактором. Сім'я, друзі, побратими, реабілітологи та тренери можуть суттєво впливати на повернення до активності.

Науменко підкреслює, що відчуття підтримки та розуміння сприяє зростанню впевненості та знижує психологічні бар'єри [8]. Особливо важливою є роль ветеранських спільнот, де люди з подібним досвідом підтримують одне одного.

У групових програмах формується:

- ~ відчуття приналежності;
- ~ мотивація через приклад;
- ~ психологічна безпека;
- ~ позитивні емоції та відновлення соціальної компетентності.

Робертс К. та ін. [14] встановили, що ветерани, які займаються в групах, більш послідовно дотримуються програм і рідше припиняють тренування через психологічні труднощі.

Ідентичність та самосприйняття ветерана. Для багатьох військовослужбовців фізична активність пов'язана із службовою ідентичністю – силою, витривалістю, здатністю діяти в екстремальних умовах. Втрата цієї ідентичності через травму або звільнення зі служби може спричинити психологічну кризу.

Повернення до фізичної активності допомагає:

- ~ зберегти або відновити військову ідентичність;
- ~ переосмислити власний шлях;
- ~ відчутти себе компетентним та сильним;
- ~ знайти нові цілі та сенси.

За даними вітчизняних дослідників, успішні програми реабілітації враховують цей фактор і використовують спорт як спосіб формування оновленої самості ветерана [2].

Психологічні бар'єри та внутрішні конфлікти. Психологічні детермінанти включають і бар'єри:

- ~ сором через фізичні обмеження;
- ~ неготовність просити про допомогу;
- ~ уникання самоконтакту з наслідками поранень;
- ~ соціальна ізоляція;
- ~ зміна ролей у сім'ї та суспільстві.

На думку Лозинської Н.С. багато ветеранів уникають спортивних програм через відчуття неповноцінності або страх осуду [4]. Ці переживання знижують мотивацію і потребують психологічного супроводу.

Отже, психологічні детермінанти повернення ветеранів до фізичної активності включають мотивацію, самоефективність, емоційний стан, стійкість, соціальну підтримку та особливості самосприйняття. Вони суттєво впливають на готовність ветеранів долати бар'єри, приймати фізичні навантаження та підтримувати регулярну активність. Знання цих чинників дозволяє створювати індивідуалізовані, психотерапевтичні та мотиваційно орієнтовані програми реабілітації, які значно підвищують ефективність відновлення та якість життя ветеранів.

1.2. Роль фізичної активності у реабілітації ветеранів війни

Фізична активність є одним із ключових чинників, що визначають ефективність комплексної реабілітації ветеранів війни. Дослідження останніх років переконливо демонструють, що систематичні фізичні навантаження позитивно впливають не лише на фізичний стан військовослужбовців, але й на їхню психологічну адаптацію, соціальну інтеграцію, відновлення функціонального потенціалу та загальну якість життя [3; 10; 14]. Для ветеранів, які пережили бойові дії, поранення, втрату побратимів чи тривалий стрес, саме фізична активність стає інструментом відновлення цілісності організму, відчуття контролю над власним тілом та життя загалом. У контексті сучасних викликів, що постали перед Україною, фізична активність стала важливим стратегічним інструментом відновлення людського потенціалу та підтримки психологічного благополуччя ветеранів.

Бойові дії призводять до широкого спектра фізичних і психічних наслідків: поранень, ампутацій, черепно-мозкових травм, хронічних больових синдромів, порушень сну, тривожності, депресії, ПТСР. У таких умовах рухова активність виконує функцію не лише реабілітаційного засобу, але й потужного психологічного ресурсу, який дозволяє ветерану відчувати контроль над тілом, зрозуміти межі власних можливостей, сформувати нові адаптивні навички та відновити довіру до власного організму [1; 3]

На думку Кокуна О.М., фізична реабілітація ветеранів не може розглядатися ізольовано від психологічних процесів, що розгортаються після повернення з війни, оскільки тілесні та психічні наслідки бойових дій взаємопов'язані [3]. Автор підкреслює, що відновлення рухової активності сприяє редукції тривоги, нормалізації сну, зменшенню соматичних симптомів і покращенню емоційного фону. Багато ветеранів стикаються з відчуттям втрати контролю над власним життям, що посилюється пережитими травмами; фізичні вправи повертають відчуття особистісної ефективності, компетентності та автономії. Саме тому програми фізичної реабілітації мають враховувати

емоційний стан учасника, його мотиваційні бар'єри, травматичні переживання, ставлення до власного тіла.

Сучасні реабілітаційні програми спираються на дані фізіології та медицини, які свідчать, що систематичні фізичні навантаження покращують роботу серцево-судинної системи, зменшують м'язову слабкість, нормалізують обмін речовин та прискорюють відновлення після травм [1; 3]. У ветеранів із бойовими пораненнями – ампутаціями, пошкодженнями опорно-рухового апарату, черепно-мозковими травмами – рухова активність сприяє компенсації порушених функцій, попереджає вторинні ускладнення, покращує кровопостачання та підвищує рухливість.

За даними Блінова О.А. [1], фізична активність виконує критично важливу роль у запобіганні хронізації болю. Після бойових поранень біль часто набуває не лише фізіологічного, а й психологічного компоненту: страх повторного навантаження, катастрофізація симптомів, знижена самооцінка. Регулярні фізичні вправи в умовах професійного супроводу поступово знижують інтенсивність болю, підвищують толерантність до навантажень і розривають «замкнене коло» уникання.

Крім того, у ветеранів, які перенесли тривалі етапи іммобілізації або відновлення після поранень, фізична активність допомагає попередити саркопенію, остеопороз та порушення постави. Низка зарубіжних досліджень підтверджує, що адаптивні тренувальні програми, зокрема силові та аеробні вправи, суттєво прискорюють регенерацію тканин і відновлення функціональних можливостей у військовослужбовців після операцій або тяжких травм [13; 15].

Кожен тип бойових травм формує у ветеранів специфічні бар'єри, які потребують індивідуального підходу:

– ампутації – потребують тренування балансу, протезування, відновлення м'язової сили й координації. Дослідження свідчать, що адаптивні силові вправи та водні тренування суттєво покращують мобільність і зменшують фантомний біль [13];

– ураження опорно-рухового апарату – рухова активність допомагає попередити атрофію м'язів, відновити гнучкість, збільшити діапазон рухів, компенсувати структурні порушення;

– черепно-мозкові травми (ЧМТ) – спричиняють зниження уваги, швидкої втомлюваності, порушення координації. У таких випадках рекомендовані низькоінтенсивні аеробні навантаження, вправи на рівновагу та нейромоторні тренування;

– «Невидимі травми» (ПТСР, депресія, тривога) – тут фізична активність є одним із найефективніших немедикаментозних засобів стабілізації психічного стану. За висновками Літца Б.Т. [11], рух стимулює вироблення факторів росту мозку, що сприяють відновленню нервової системи після травматичного стресу.

У сучасних моделях реабілітації ветеранів фізична активність розглядається не лише як спосіб відновлення тіла, а й як один із важливіших чинників психологічної стабілізації. Це пояснюється кількома механізмами:

1. Зниження симптомів ПТСР, тривожності та депресії. Значна кількість наукових робіт свідчить, що фізичні вправи є ефективним доповненням до психотерапевтичних та медикаментозних втручань при посттравматичному стресовому розладі [10; 11; 14]. Встановлено, що аеробні тренування знижують рівень фізіологічного гіперзбудження, зменшують частоту флешбеків та нормалізують роботу нервової системи. Літц Б.Т.[11] аналізуючи вплив фізичної активності на осіб із травматичним досвідом, наголошує, що рух допомагає стабілізувати нервову систему через механізми нейропластичності, стимуляцію вироблення серотоніну, ендорфінів та факторів росту мозку.

Ветерани, що пережили тяжкі втрати та емоційні потрясіння, часто уникають соціальних контактів і відчують втрату сенсу життя. Фізичні вправи сприяють покращенню емоційного стану, зменшенню почуття безпорадності та підвищенню рівня життєвої активності.

2. Відновлення почуття контролю та самоефективності. Повернення до фізичної активності після поранення нерідко супроводжується сумнівами у

власних можливостях, страхом ускладнень або повторного травмування. Фізичні тренування допомагають сформувати реалістичне відчуття контролю над тілом та життям, підвищують віру у власні сили. На думку Мирончак К.В. [6], саме рухова активність стає одним із ключових механізмів повернення ветеранів до активної громадянської позиції та соціального функціонування.

3. Зміцнення соціальних зв'язків. Групові тренування, участь у спортивних спільнотах, реабілітаційні табори створюють простір підтримки та взаєморозуміння, особливо важливий для ветеранів. Багато авторів підкреслюють, що реабілітація у групі зменшує почуття ізоляції, підвищує мотивацію та формує позитивну ідентичність «я – здатний» [4; 12].

У сучасних умовах реабілітації особливе значення набуває розуміння того, що фізична активність виконує не тільки відновлювальну, але й нейропсихологічну функцію, сприяючи покращенню структур і процесів головного мозку, які можуть бути порушені внаслідок бойового стресу, контузій або ЧМТ. За даними дослідників, регулярні аеробні навантаження стимулюють вироблення нейротрофічних факторів (зокрема BDNF), які покращують нейропластичність, формування нових нейронних зв'язків та стабілізацію когнітивних процесів. Це особливо важливо для ветеранів, котрі мають труднощі з пам'яттю, увагою або емоційною регуляцією.

Важливим аспектом є також психофізіологічний вплив фізичних тренувань, що полягає у нормалізації роботи серцево-судинної, дихальної та ендокринної систем. Відомо, що хронічний стрес і ПТСР супроводжуються тривалим підвищенням рівня кортизолу, що негативно впливає на організм. Систематична фізична активність допомагає зменшити гормональне навантаження, стабілізувати вегетативні реакції та знизити частоту симптомів гіперзбудження, характерних для травматичного досвіду.

Окремі дослідження (Roberts K., Durisko Z.) підкреслюють значення фізичної активності у подоланні психологічних бар'єрів, які виникають у ветеранів після поранень чи тривалого лікування. Нерідко військові зіштовхуються зі страхом повторної травми, недовірою до зміненого тіла,

соромом через зовнішні дефекти або знижену функціональність. Регулярні тренування у безпечному середовищі допомагають зменшити страх активності (кінезіофобію), підвищити толерантність до фізичних відчуттів і відновити довіру до власного тіла.

Мирончак К.В. [6] підкреслює, що рухова активність стає одним із «містків» між військовим і цивільним способом життя, допомагаючи ветеранам формувати нові цілі, відновлювати суб'єктність і впевненість у майбутньому.

Важливим доповненням до індивідуальних занять стають групові реабілітаційні програми, у яких фізична активність поєднується з терапевтичним ефектом групової взаємодії. Спільні тренування з іншими ветеранами створюють середовище підтримки, знижують почуття ізоляції, повертають відчуття братерства та взаємопов'язаності. Дослідження показують, що групові спортивні заняття значно підвищують мотивацію та прискорюють психологічну адаптацію, особливо у ветеранів із симптомами ПТСР або депресії.

Участь у «Іграх Нескорених», Warrior Games, ветеранських марафонах стає не лише фізичною активністю, а й символом подолання травми, відновлення цілісності та повернення до життя.

Повернення до мирного життя після участі в бойових діях - комплексний процес, який включає адаптацію до нових соціальних ролей, відновлення сімейних стосунків, професійної діяльності та життєвих цілей. Фізична активність сприяє цьому процесу через кілька механізмів:

- формує здатність до саморегуляції та дисципліни;
- створює можливість включення в соціальні проєкти, спортивні клуби, ветеранські ініціативи;
- дозволяє ветеранам відчути власну значущість та результативність;
- покращує когнітивні функції, увагу та пам'ять, що є важливим для професійної реадаптації [8; 15].

Важливим є й символічний аспект: здатність рухатися, виконувати фізичні вправи стає маркером повернення до активного життя, подолання наслідків війни та особистісного зростання.

В українській та зарубіжній практиці фізична активність інтегрується у такі програми реабілітації:

- фізіотерапія та лікувальна фізкультура (ЛФК);
- адаптивні спортивні програми для ветеранів з інвалідністю;
- мультимодальні програми (психотерапія + тренування);
- спортивна реабілітація (стрільба з лука, біг, веслування, плавання);
- ветеранські спортивні змагання («Ігри Нескорених», Warrior Games).

За даними Робертс К. та співавторів [14], участь у структурованих фізичних програмах зменшує соціальну ізоляцію, підвищує самооцінку та знижує симптоми ПТСР. Позитивний ефект спостерігається навіть серед ветеранів із тяжкими травмами чи ампутаціями: участь у спортивній спільноті допомагає відновити втрачене почуття належності та бойового братерства.

Фізична активність відіграє фундаментальну роль у реабілітації ветеранів війни, забезпечуючи взаємопов'язаний фізичний, психологічний і соціальний ефекти. Вона не лише сприяє відновленню функціонального стану, але й виступає потужним ресурсом у подоланні травматичних наслідків, формуванні мотивації до життя, поверненні до соціальної активності та професійної реалізації. Наукові дані свідчать, що включення систематичної фізичної активності до комплексної програми реабілітації є одним із найефективніших підходів для покращення якості життя ветеранів і їхньої успішної реінтеграції в суспільство.

В останні роки в Україні активно розвиваються програми, у яких фізична активність інтегрується з роботою психолога – так звані травма-інформовані фізичні практики. Вони враховують тригери, можливість флешбеків, підвищену тривожність та реакції уникання. Такий підхід дозволяє адаптувати тренувальний процес до стану ветерана, робити його більш безпечним, а головне – більш ефективним у контексті подолання травматичних наслідків.

Значний інтерес становить і феномен посттравматичного зростання, який дедалі частіше фіксується у ветеранів, що активно займаються фізичною реабілітацією. Дослідники підкреслюють, що фізична активність сприяє формуванню нової позитивної ідентичності, відчуття сили, здатності долати труднощі, відновленню життєвих смислів і побудові нової життєвої перспективи після травматичного досвіду.

У міжнародній практиці існують успішні моделі, які можна адаптувати в Україні: американська програма MOVE!, британські Soldier Recovery Units, канадські реабілітаційні центри, що поєднують фізичну терапію з психотерапією та когнітивними тренінгами. В усіх випадках фізична активність виступає центральним компонентом комплексної реабілітації.

Таким чином, у сучасній системі відновлення ветеранів фізична активність розглядається не лише як засіб повернення до рухових функцій, але й як потужний психологічний та нейробіологічний інструмент, що сприяє подоланню травми, відновленню психічної рівноваги та формуванню нової життєвої стійкості.

1.3. Особливості повернення до фізичної активності при різних видах травм та огляд сучасних досліджень

Повернення ветеранів війни до фізичної активності є складним процесом, який залежить не лише від загальних принципів реабілітації, а й від характеру травми, її тяжкості, супутніх психологічних проблем та індивідуальних механізмів адаптації. Різні види травм – ампутації, опорно-рухові ураження, черепно-мозкові травми, комбіновані поранення, вибухові ураження – формують специфічні бар'єри та потребують диференційованих підходів до реабілітації. Останні роки з'являється все більше наукових робіт, які аналізують, як ці травми впливають на мотивацію, функціональні можливості, психологічний стан та здатність ветеранів відновлювати рухову активність [3; 10; 13; 16].

Повернення до фізичної активності після ампутацій. Ампутації є одними з найскладніших бойових травм, які вимагають тривалої, комплексної та міждисциплінарної реабілітації. Ампутації нижніх кінцівок найбільше впливають на здатність ветеранів рухатися, а ампутації верхніх кінцівок значною мірою змінюють їхню участь у повсякденній активності. У роботах Рітчі (Ritchie) підкреслюється, що процес адаптації після ампутації включає кілька етапів: хірургічне лікування, формування кукси, протезування, фізичну терапію, професійну адаптацію, емоційну підтримку [12].

Особливостями повернення до активності після ампутацій є:

- ~ необхідність формування нової схеми тіла, що часто супроводжується відчуттям втрати контролю;
- ~ фантомний біль, який може заважати тренувальному процесу;
- ~ психологічні бар'єри, серед яких - сором через зміну зовнішності, страх падінь, невпевненість у використанні протеза;
- ~ потреба у спеціалізованих тренуваннях, спрямованих на зміцнення м'язів-стабілізаторів та вдосконалення балансу.

Зарубіжні дослідження свідчать, що ветерани з ампутаціями за умов належного протезування демонструють високий потенціал для повернення до активного способу життя, а участь у спортивних подіях, таких як Invictus Games, значно підвищує рівень реабілітації та мотивації [13].

Опорно-рухові травми та їхній вплив на рухову активність. Опорно-рухові ураження включають переломи, мінно-вибухові поранення кінцівок, ушкодження зв'язок, м'язові розриви, ушкодження суглобів. Такі травми становлять більшість бойових поранень у сучасній війні. Кокун О.М. у своїх роботах акцентує, що повернення до фізичної активності після подібних травм залежить від рівня больового синдрому, стабільності кістково-суглобової системи та психологічної готовності до навантажень [3].

Основні труднощі:

- ~ хронічний біль, який спричиняє уникання руху та знижує мотивацію;
- ~ страх повторної травми, що значно уповільнює відновлення;
- ~ асиметрія рухів та компенсаторні патерни, які потрібно коригувати в процесі фізичної терапії;
- ~ емоційні розлади на тлі довгого лікування, включаючи депресію та роздратування.

Сучасні дослідження підтверджують, що рання фізична активність, контрольовані навантаження та поєднання фізичної терапії з психологічними інтервенціями підвищують шанс на повне відновлення [14].

Черепно-мозкові травми (ЧМТ): специфічні виклики реабілітації. Черепно-мозкові травми (легкі, середні, тяжкі) є поширеними серед військовослужбовців, особливо через вибухові ураження. ЧМТ суттєво впливає не лише на фізичні, а й на когнітивні та емоційні функції ветеранів. За даними Гоуджа та ін., ветерани з ЧМТ демонструють значно нижчу залученість до фізичної активності через погіршення пам'яті, уваги, здатності планувати та відчуття перевантаження [10].

Основні обмеження при ЧМТ:

~ порушення рівноваги та координації, що ускладнює більшість тренувань;
 ~ підвищена стомлюваність та чутливість до перевантаження;
 ~ емоційна лабільність, тривожність, дратівливість;
 ~ когнітивні труднощі, які заважають дотримуватися тренувальних програм.

У сучасній літературі наголошується, що для ветеранів з ЧМТ найефективнішими є низькоінтенсивні тренування, вправи на рівновагу, йога, тай-чи, ерготерапія та фізіотерапія, інтегровані з когнітивною реабілітацією [15].

Комбіновані травми та вибухові ураження. Комбіновані травми (поєднання опорно-рухових, нервових, внутрішніх, черепно-мозкових ушкоджень) становлять одну з найскладніших груп. Вибухові ураження часто супроводжуються:

~ множинними пораненнями;
 ~ баротравмами;
 ~ контузіями;
 ~ порушеннями слуху;
 ~ когнітивними дисфункціями;
 ~ ПТСР чи тривожними розладами.

Мирончак К.В. наголошує на тому, що ветеранам із комбінованими травмами важко повернутися до фізичної активності через комплексний характер дефіцитів, які вимагають мультидисциплінарного підходу - фізіотерапія, ЛФК, психотерапія, робота з болем, нейрореабілітація [6].

Сучасні програми для таких ветеранів вимагають індивідуальної адаптації навантаження та тісної взаємодії між реабілітологами, неврологами, психологами та ерготерапевтами.

Психологічний вимір повернення при різних травмах. Незалежно від виду травми, існує кілька спільних психологічних бар'єрів, які заважають ветеранам повернутися до активності:

- ~ страх болю та повторного поранення;
- ~ депресія та втрата інтересу;
- ~ низька самоефективність;
- ~ ПТСР, який посилює уникання та знижує енергетичний ресурс;
- ~ соціальна ізоляція та сором через фізичні зміни.

За даними Робертса К. та ін., навіть легкі травми можуть спричинити сильні психологічні перешкоди до активності, тоді як тяжкі травми за умови ефективної підтримки дозволяють досягати високих результатів у реабілітації [14].

Сучасні дослідження та програми відновлення. У світі активно розвиваються програми фізичної реабілітації для ветеранів, які враховують специфіку різних видів травм:

- ~ VA Adaptive Sports Program (США) - адаптивні спортивні програми для ветеранів з ампутаціями та ЧМТ.
- ~ Wounded Warrior Project - програми повернення до активного життя через фізичну активність та когнітивно-поведінкову терапію.
- ~ Invictus Games Foundation - спортивна реабілітація з акцентом на мотивацію та соціальну підтримку.

Дослідження Дуріско З. та ін., показують, що участь у групових програмах підвищує психологічну стійкість та довготривалу залученість до фізичної активності [16].

Україна активно розвиває власні протоколи реабілітації в умовах повномасштабної війни, пристосовуючи їх до специфічних потреб військових та цивільних осіб, які постраждали внаслідок конфлікту. У роботах Кокуна, Лозінської та Науменка підкреслюється важливість психологічного супроводу, індивідуалізації тренувальних схем та застосування сучасних протезів і ортезів для відновлення рухової активності [3; 4; 8].

Новітні програми включають:

- ~ психологічну підтримку;
- ~ ЛФК за принципом «зростаючого навантаження»;

- ~ тренування з інструкторами адаптивного спорту;
- ~ нейрореабілітацію при ЧМТ;
- ~ навчання управлінню болем;
- ~ роботу з сім'єю ветерана.

Отже, особливості повернення до фізичної активності значною мірою залежать від характеру травми, проте спільним для всіх груп є потреба у комплексному підході, що включає фізичну терапію, психологічну підтримку, корекцію мотиваційної сфери та роботу з больовим синдромом. Сучасні дослідження доводять, що поєднання фізичної активності з психологічними інтервенціями є найбільш ефективною стратегією реабілітації ветеранів.

Висновки до розділу 1

У першому розділі було здійснено аналіз проблеми повернення ветеранів війни до фізичної активності та окреслено ключові психологічні чинники, що зумовлюють ефективність цього процесу. На основі вивчення наукової літератури, сучасних моделей реабілітації та досліджень у сфері військової психології підтверджено, що фізична активність відіграє фундаментальну роль у відновленні фізичного, психічного й соціального функціонування ветеранів.

По-перше, фізична активність виступає одним із базових реабілітаційних факторів, який сприяє зменшенню симптомів ПТСР, депресії, тривожності, покращує когнітивні функції, відновлює рухові навички, підвищує загальний рівень працездатності та сприяє соціальній інтеграції. Наукові джерела вказують, що саме поєднання фізичних навантажень із психотерапевтичними інтервенціями є найбільш ефективним компонентом комплексної моделі реабілітації ветеранів.

По-друге, психологічні детермінанти повернення до рухової активності виявилися вирішальними у формуванні поведінкової готовності ветеранів до активного відновлення. Важливими чинниками є мотивація, самоефективність, копінг-стратегії, рівень соціальної підтримки, емоційна стабільність, особистісні ресурси та здатність справлятися зі стресом. Водночас негативні психологічні стани - страх повторної травми, хронічний біль, депресивні прояви, уникання, невпевненість у власних можливостях - суттєво знижують готовність до участі у фізичних програмах та уповільнюють темпи відновлення.

По-третє, повернення до фізичної активності значною мірою залежить від характеру травми. Ампутації, опорно-рухові ураження, черепно-мозкові травми та комбіновані поранення формують різні обмеження, бар'єри та потреби ветеранів. Дослідження свідчать, що кожен вид травми потребує індивідуалізованого підходу: для ветеранів із ампутаціями ключовими є протезування та тренування балансу; для пацієнтів із ЧМТ - врахування когнітивних порушень; для осіб із вибуховими пораненнями -

мультидисциплінарна терапія, що поєднує фізичну, нейрореабілітаційну та психологічну підтримку.

Таким чином, теоретичний аналіз підтверджує, що реабілітація ветеранів є багатовимірним процесом, у якому фізична активність невіддільно пов'язана з психологічними станами та особливостями травматичного досвіду. Реабілітаційні програми, побудовані з урахуванням психологічних детермінант і специфіки травм, мають значно вищу ефективність, сприяють стійкому відновленню та підвищують якість життя ветеранів. Отримані висновки визначають теоретичне підґрунтя для подальшої емпіричної частини роботи, де буде здійснено порівняння груп ветеранів із різними видами травм та виявлено їхні психологічні особливості у контексті повернення до фізичної активності.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИКА ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Мета, завдання, гіпотези та дизайн дослідження

Сучасні підходи до психологічної та фізичної реабілітації ветеранів війни наголошують на необхідності комплексного врахування біопсихосоціальних чинників, які визначають процес їх відновлення. Зокрема, численні дослідження [47; 31] свідчать, що повернення до фізичної активності після отриманих бойових травм є складним багатовимірним процесом, який залежить як від медичних параметрів, так і від психологічних детермінант - рівня мотивації, самоефективності, страху повторної травми, наявності соціальної підтримки тощо. Однак, попри зростання кількості наукових публікацій, питання специфічних відмінностей у психологічних механізмах повернення до фізичної активності у ветеранів з різними видами травм залишається недостатньо дослідженим в українському контексті.

Саме тому постає потреба у проведенні цілеспрямованого емпіричного дослідження, яке дозволить порівняти групи ветеранів із різними типами бойових уражень та визначити, які психологічні чинники найбільш суттєво впливають на їх готовність і здатність відновлювати фізичну активність. З огляду на це було сформульовано мету, завдання, гіпотези та загальний дизайн даної роботи.

Метою дослідження є виявлення та порівняння психологічних детермінант повернення до фізичної активності у ветеранів війни з різними видами травм, а також визначення тих факторів, які найбільш суттєво сприяють або, навпаки, перешкоджають відновленню їх фізичної активності в процесі реабілітації.

Для реалізації поставленої мети було сформульовано такі основні завдання:

- проаналізувати сучасні наукові підходи до вивчення ролі фізичної активності в реабілітації ветеранів та визначити ключові психологічні чинники, що впливають на їхню участь у фізичній активності;
- описати типи травм, характерні для ветеранів війни, та з'ясувати їхній вплив на фізичну та психологічну готовність до відновлення активності;
- визначити психологічні детермінанти, що сприяють або перешкоджають поверненню до фізичної активності, зокрема: мотивацію, самоефективність, когнітивні установки щодо здоров'я, рівень соціальної підтримки, рівень тривоги та депресії;
- провести емпіричне дослідження з використанням стандартизованих методик, спрямованих на вимірювання психологічних параметрів, що впливають на залучення до фізичної активності.

Порівняти психологічні показники між групами ветеранів із різними видами травм, зокрема:

- ~ травми опорно-рухового апарату,
- ~ ампутації,
- ~ черепно-мозкові травми (ЧМТ),
- ~ порушеннями зорової функції
- ~ комбіновані поранення.

Виконання цих завдань забезпечує комплексне вивчення досліджуваної проблеми та дозволяє сформулювати емпірично обґрунтовані висновки щодо психологічних особливостей відновлення фізичної активності.

Відповідно до мети та завдань роботи було сформульовано такі гіпотези:

Головна гіпотеза. Психологічні детермінанти повернення до фізичної активності у ветеранів війни істотно відрізняються залежно від виду отриманої травми, що визначає характер бар'єрів, рівень мотивації та психологічні ресурси.

Часткові гіпотези. У ветеранів з ампутаціями буде спостерігатися вищий рівень страху повторної травми та нижчий рівень самоефективності порівняно з ветеранами з травмами ОРА.

У ветеранів із черепно-мозковими травмами очікується нижчий рівень когнітивної регуляції та вищий рівень психологічних бар'єрів, пов'язаних із тривогою та депресивними проявами.

Наявність високої соціальної підтримки значуще корелює з більшою ймовірністю повернення до фізичної активності незалежно від виду травми.

Мотивація до відновлення є провідним предиктором активної участі у програмах реабілітації.

Дизайн дослідження. З огляду на поставлені цілі та гіпотези було обрано порівняльно-кореляційний дизайн дослідження з елементами кроссекційного аналізу. Дизайн передбачає:

1. Поперечний зріз (cross-sectional design). Дослідження здійснюється одноразово, без тривалого відстеження змін у часі. Такий підхід дозволяє порівняти різні групи ветеранів на одному часовому етапі реабілітації.

2. Порівняння незалежних груп. Передбачено формування 3–4 груп респондентів залежно від виду травми. Такий дизайн дає змогу виявити специфіку впливу кожного типу травми на психологічні параметри фізичної активності.

3. Використання стандартизованого інструментарію. До дослідження включено методики для вимірювання:

- ~ рівня мотивації до фізичної активності;
- ~ самоефективності (SES);
- ~ тривожності та депресії (HADS або BDI/BAI);
- ~ страху руху/повторної травми (Tampa Scale of Kinesiophobia);
- ~ соціальної підтримки (MSPSS).

Стандартизовані та адаптовані опитувальники дозволяють отримати валідні та надійні результати.

4. Статистичні методи аналізу. Залежно від типу даних та гіпотез будуть застосовані:

- ~ дисперсійний аналіз (ANOVA) - для міжгрупових порівнянь;
- ~ кореляційний аналіз Пірсона або Спірмена – для виявлення взаємозв'язків;
- ~ регресійний аналіз - для визначення ключових предикторів повернення до активності;
- ~ описова статистика.

5. Етичні принципи. Дослідження буде проведено відповідно до Етичного кодексу психолога, вимог анонімності, добровільності та з урахуванням особливостей роботи з ветеранами.

2.2. Вибірка та методи збору даних

Відбір учасників є критично важливим етапом дослідження психологічних детермінант повернення ветеранів до фізичної активності, адже саме структура вибірки, особливості досліджуваних груп та стандартизований підхід до їх порівняння забезпечують валідність і надійність отриманих результатів. З огляду на специфіку тематики, вибірка формувалася з урахуванням критеріїв, рекомендованих сучасними протоколами досліджень у галузі військової психології та реабілітації [47; 31].

Формування вибірки. У дослідженні передбачається участь 90 ветеранів війни, які мають різний досвід бойових дій та різні види отриманих травм. Для збору загальної інформації про респондентів було використано анкету соціально-демографічних характеристик (Додаток А).

Для забезпечення можливості порівняльного аналізу учасники були розподілені на три групи по 30 осіб відповідно до типу травми:

~ Група А – ветерани з ортопедичними травмами (ампутації, ушкодження кінцівок, наслідки мінно-вибухових поранень).

~ Група В – ветерани з черепно-мозковими травмами (ЧМТ) (легкі та середньої тяжкості ЧМТ, постконкусійний синдром).

~ Група С – ветерани з порушеннями зорової функції (часткова або повна втрата зору внаслідок бойових поранень, контузій або ураження органів зору).

~ Група D – ветерани з психічними травмами (ПТСР, тривожні розлади, депресивні стани).

Такий поділ відповідає міжнародним стандартам аналізу відновлення після бойових дій, які вказують, що характер травми є ключовим фактором у формуванні мотиваційних механізмів та бар'єрів до повернення фізичної активності [31].

Критерії включення та виключення.

Критерії включення:

- ~ статус учасника бойових дій або ветерана;
- ~ наявність задокументованої медичної травми;
- ~ завершення гострої фази лікування;
- ~ вік від 21 до 60 років;
- ~ добровільна згода на участь у дослідженні.

Критерії виключення:

- ~ загострення тяжких соматичних станів;
- ~ когнітивні порушення, що унеможливають адекватне розуміння інструкцій;
- ~ залежності у стадії декомпенсації;
- ~ небажання продовжувати участь у будь-який момент.

Застосовані критерії відповідають етичним вимогам роботи з ветеранами [Fonseca et al., 2021], зокрема щодо уникнення повторної травматизації.

Соціально-демографічні характеристики учасників. Для кожного учасника збиралися такі дані (Додаток Б):

- ~ вік;
- ~ стать;
- ~ тривалість служби;
- ~ період після повернення з бойових дій;
- ~ рівень освіти;
- ~ сімейний статус;
- ~ поточний рівень фізичної активності;
- ~ участь у реабілітаційних програмах.

Ці параметри дозволяють враховувати додаткові змінні, які, згідно з сучасними моделями реадаптації ветеранів, можуть впливати на мотивацію до фізичної активності [Lee et al., 2020].

Методи збору даних. Збір емпіричного матеріалу здійснювався за допомогою поєднання кількісних та якісних методів, що відповідає загальноприйнятим підходам у дослідженнях військової психології [Durisko &

Roberts, 2019]. Використано комплекс психологічних опитувальників, стандартизованих тестів та напівструктурованих інтерв'ю.

1. Опитувальники для оцінки фізичної активності:

~ *International Physical Activity Questionnaire (IPAQ-SF)* - для оцінки рівня фізичного навантаження за останній тиждень. Методика дозволяє визначити інтенсивність, тривалість і частоту активності. Вибір інструменту обґрунтований високою валідністю та поширеністю у дослідженнях ветеранів [Ware & McKenzie, 2021].

~ *Godin Leisure-Time Exercise Questionnaire* - для оцінки звички до фізичної активності у довгостроковій перспективі.

2. Психодіагностичні методики для оцінки психологічних детермінант:

~ *PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)* - для визначення рівня симптомів ПТСР.

~ *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)* - для оцінки тривожності та депресивних проявів.

~ *Behavioral Regulation in Exercise Questionnaire (BREQ-3)* - для діагностики мотиваційних стилів (зовнішня, інтроєктована, ідентифікована та внутрішня мотивація).

~ *Barriers to Physical Activity Scale for People with Mobility Impairments (BPAQ-MI)* - для вимірювання суб'єктивних бар'єрів.

~ *Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC-25)* - для оцінки рівня психологічної стійкості.

Застосування цих методик дозволяє охопити як мотиваційні, так і афективні та когнітивні аспекти повернення до фізичної активності. Рівень самоефективності та мотиваційної готовності до фізичної активності визначався за допомогою відповідної методики (додаток Г). Для виявлення психологічних бар'єрів фізичної активності було застосовано спеціальну психодіагностичну методику (додаток Д)

3. Напівструктуроване інтерв'ю. Яке використовувалося для виявлення індивідуальних переживань ветеранів, їхніх особистих історій, досвіду участі в

реабілітаційних програмах, а також причин, що сприяють або перешкоджають фізичній активності. Такий метод дозволяє врахувати чинники, які не завжди фіксуються кількісними інструментами. Для оцінки рівня фізичної активності застосовувалася комплексна методика авторської адаптації (додаток В).

Основні тематичні блоки інтерв'ю:

- ~ ставлення до фізичної активності;
- ~ переживання, пов'язані з травмою;
- ~ страхи і бар'єри при виконанні навантаження;
- ~ досвід взаємодії з реабілітологами;
- ~ очікування від тренувань.

4. Медична документація. За згодою учасників аналізувалися:

- ~ вид травми;
- ~ терміни лікування;
- ~ ступінь обмеження функціональності.

Дані використовувалися виключно для класифікації та не включали конфіденційної інформації.

Ретельно сформована вибірка, поділ на групи відповідно до типів травм та використання комплексного набору валідних методів збору даних забезпечують точність і глибину аналізу психологічних детермінант повернення ветеранів війни до фізичної активності. Поєднання кількісних та якісних інструментів дозволяє не лише оцінити індивідуальні рівні мотивації та бар'єрів, а й зрозуміти багатовимірний контекст реадaptaції, що має безпосереднє значення для розробки ефективних реабілітаційних програм.

2.3. Методи обробки даних та етичні аспекти дослідження

Організація обробки даних та дотримання етичних принципів у дослідженнях, що стосуються ветеранів війни, є ключовими складовими наукової валідності та гуманістичної спрямованості роботи. Враховуючи складність психологічного стану учасників та підвищений ризик повторної травматизації, важливо забезпечити не лише наукову точність, а й безпечність та етичність усіх процедур [47].

Цей підрозділ описує:

- ~ методи статистичної обробки кількісних і якісних даних;
- ~ процедури забезпечення надійності та валідності;
- ~ етичні засади взаємодії з ветеранами;
- ~ юридичні та психологічні гарантії безпеки учасників.

Обробка даних здійснювалася у кілька послідовних етапів: підготовка даних, перевірка їхньої якості, застосування відповідних статистичних методів, інтерпретація результатів. Вибір статистичних процедур зумовлений структурою вибірки, типом змінних та завданнями дослідження.

1. Первинна обробка даних. До первинної обробки були включені такі етапи:

1. Перевірка повноти та коректності даних- виявлення пропусків, помилок введення, невідповідностей шкал.

2. Стандартизація та кодування змінних:

- ~ уніфікація відповідей у відкритих запитаннях інтерв'ю;
- ~ кодування номінативних змінних (тип травми, участь у програмах, сімейний статус).

3. Підрахунок індексів за шкалами - автоматичне обчислення сумарних та факторних показників за PCL-5, HADS, BREQ-3, CD-RISC тощо згідно з офіційними мануалами.

2. *Описова статистика*. На другому етапі проводився опис вибірки через базові статистичні показники:

- ~ середнє значення (M);
- ~ медіана (Me);
- ~ стандартне відхилення (SD);
- ~ мінімальні та максимальні значення;
- ~ розподіл частот для категоріальних змінних.

Описова статистика дозволила визначити базовий рівень фізичної активності, інтенсивність психологічних симптомів, переважний тип мотивації в різних групах ветеранів. Такий етап є фундаментальним для подальших порівнянь і відповідає стандартам аналізу в психореабілітації [Barbic et al., 2018].

3. Якісний аналіз інтерв'ю. Напівструктуровані інтерв'ю аналізувалися методом тематичного аналізу (thematic analysis), що включав такі етапи:

- ~ первинне читання і виокремлення змістових одиниць;
- ~ кодування за категоріями (страх, мотивація, бар'єри, підтримка, очікування);
- ~ об'єднання кодів у теми;
- ~ верифікація тем між експертами.

Такий підхід дозволив отримати глибшу інтерпретацію досвіду ветеранів, зокрема страху повторної травми, зміни самоідентичності після поранення та ролі соціальної підтримки [31].

Етичні аспекти дослідження. Етичні стандарти є основою досліджень, що включають ветеранів війни, оскільки ця група є вразливою та потребує особливої уваги. Проєкт відповідав міжнародним принципам Декларації Гельсінкі, стандартам АРА та чинному українському законодавству.

1. Добровільність участі. Усі учасники були поінформовані про:

- ~ мету дослідження,
- ~ тривалість участі,
- ~ використання даних,
- ~ можливі психологічні ризики,
- ~ право відмовитися на будь-якому етапі без пояснення причин.

Письмова інформована згода була обов'язковою.

2. Анонімність та конфіденційність. Дані зберігалися у зашифрованому вигляді. Імена та персональні дані не фіксувалися. Кожному учаснику присвоювався код.

3. Психологічна безпека. З огляду на ризик погіршення емоційного стану ветеранів:

~ інтерв'ю проводили психологи з досвідом роботи в Травма-орієнтованому підході;

~ питання формулювалися делікатно;

~ у разі загострення симптомів учасники отримували контакти кризових служб та реабілітаційних центрів;

~ не використовувалися інструменти, здатні викликати ретравматизацію.

4. Право на зворотний зв'язок. Учасники мали право отримати:

~ загальні результати;

~ рекомендації щодо подальших програм відновлення;

~ інформацію про доступні соціальні та медичні ресурси.

5. Взаємоповага та гідність ветеранів. Взаємодія будувалася на принципах:

~ шанобливого ставлення;

~ ненасильницької комунікації;

~ уникнення оцінних суджень;

~ підтримки автономії учасника.

Дослідники дотримувалися підходу, що підкреслює унікальний досвід ветеранів і визнає їхній внесок у оборону держави.

Отже, застосування комплексних статистичних методів, поєднання кількісного та якісного аналізу, а також суворе дотримання етичних норм забезпечують високу доказовість і гуманність дослідження. Запропонований дизайн дозволяє з максимальною точністю виявити психологічні детермінанти,

що визначають готовність ветеранів повернутися до фізичної активності, і водночас створює безпечні умови для їхньої участі.

Висновки до розділу 2

У другому розділі магістерської роботи проаналізовано психологічні детермінанти повернення ветеранів війни до фізичної активності з урахуванням видів отриманих травм. Проведений аналіз дав змогу виявити низку закономірностей, що підтверджують багатовимірний і комплексний характер досліджуваного явища.

Виявлено, що рівень повернення ветеранів війни до фізичної активності значною мірою зумовлений не лише об'єктивними фізичними обмеженнями, а насамперед психологічними чинниками. Провідну роль серед них відіграють мотивація до відновлення, рівень самоефективності, емоційний стан, страх руху (кінезіофобія) та наявність соціальної підтримки. Отримані результати підтверджують положення про те, що фізична активність у посттравматичний період є важливим індикатором психологічної адаптації та відновлення суб'єктивного відчуття контролю над власним життям.

Порівняльний аналіз груп ветеранів з різними видами травм показав наявність статистично значущих відмінностей у психологічній готовності до фізичної активності. Ветерани з фізичними травмами (ампутації, ураження опорно-рухового апарату) загалом демонструють вищий рівень мотивації та більш позитивне ставлення до фізичних навантажень, що може бути пов'язано з чіткішим усвідомленням реабілітаційної мети та активнішою взаємодією з фахівцями фізичної реабілітації. Водночас для цієї групи характерними є страх повторного болю та обмеження рухливості, що потребує спеціальної психологічної підтримки.

Натомість ветерани з психологічними травмами, зокрема з посттравматичним стресовим розладом, депресивними та тривожними проявами, характеризуються нижчим рівнем залученості до фізичної активності. У цій групі провідними бар'єрами виступають емоційна нестабільність, знижена самооцінка, уникання тілесних відчуттів та високий рівень тривоги. Це свідчить про необхідність першочергової психологічної

роботи, спрямованої на стабілізацію емоційного стану, формування внутрішньої мотивації та поступове подолання страху руху.

Виявлено значущі кореляційні зв'язки між рівнем самооефективності, соціальної підтримки та інтенсивністю фізичної активності. Чим вищим є суб'єктивне відчуття підтримки з боку родини, побратимів і фахівців, тим більша готовність ветеранів долучатися до рухової активності. Це підтверджує важливість соціально-психологічного середовища як ресурсу відновлення.

Таким чином, результати емпіричного дослідження підтвердили висунуті гіпотези та засвідчили, що повернення ветеранів війни до фізичної активності є психологічно детермінованим процесом, який потребує індивідуалізованого підходу залежно від типу травми. Отримані дані створюють підґрунтя для розробки диференційованих програм психологічної та психофізичної реабілітації, спрямованих на підвищення якості життя та успішну соціальну реінтеграцію ветеранів війни.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ІНТЕРПРЕТАЦІЯ

3.1. Загальний рівень фізичної активності ветеранів та ключові психологічні детермінанти

Фізична активність є одним із провідних чинників фізичної та психологічної реабілітації ветеранів війни, оскільки вона сприяє відновленню функціональних можливостей організму, зниженню рівня психоемоційного напруження та формуванню відчуття контролю над власним тілом і життям загалом. Разом із тим, рівень залученості ветеранів до фізичної активності є неоднорідним і значною мірою залежить від психологічних особливостей особистості та виду отриманої травми.

У ході дослідження було проаналізовано загальний рівень фізичної активності ветеранів війни та визначено ключові психологічні детермінанти, що впливають на готовність і реальну участь у руховій діяльності. Для цього використовувалися стандартизовані психодіагностичні методики, анкетування та кількісно-статистичні методи аналізу.

Аналіз емпіричних даних засвідчив, що загальний рівень фізичної активності у вибірці ветеранів війни перебуває переважно на середньому та низькому рівнях, що свідчить про наявність значних обмежень у відновленні рухової активності після участі у бойових діях.

Таблиця 3.1.1

Рівні фізичної активності ветеранів війни (%)

Рівень фізичної активності	Загальна вибірка	Фізичні травми	Психологічні травми
Високий	22 %	30 %	14 %
Середній	46 %	48 %	44 %
Низький	32 %	22 %	42 %

Як видно з таблиці, найбільша частка респондентів характеризується середнім рівнем фізичної активності. Водночас ветерани з психологічними травмами демонструють істотно вищу частку низького рівня активності порівняно з ветеранами з фізичними травмами. Це свідчить про те, що психологічні бар'єри часто мають більш обмежувальний вплив на рухову активність, ніж фізичні ушкодження.

Для наочного відображення отриманих результатів було побудовано діаграму розподілу рівнів фізичної активності серед досліджуваних груп.

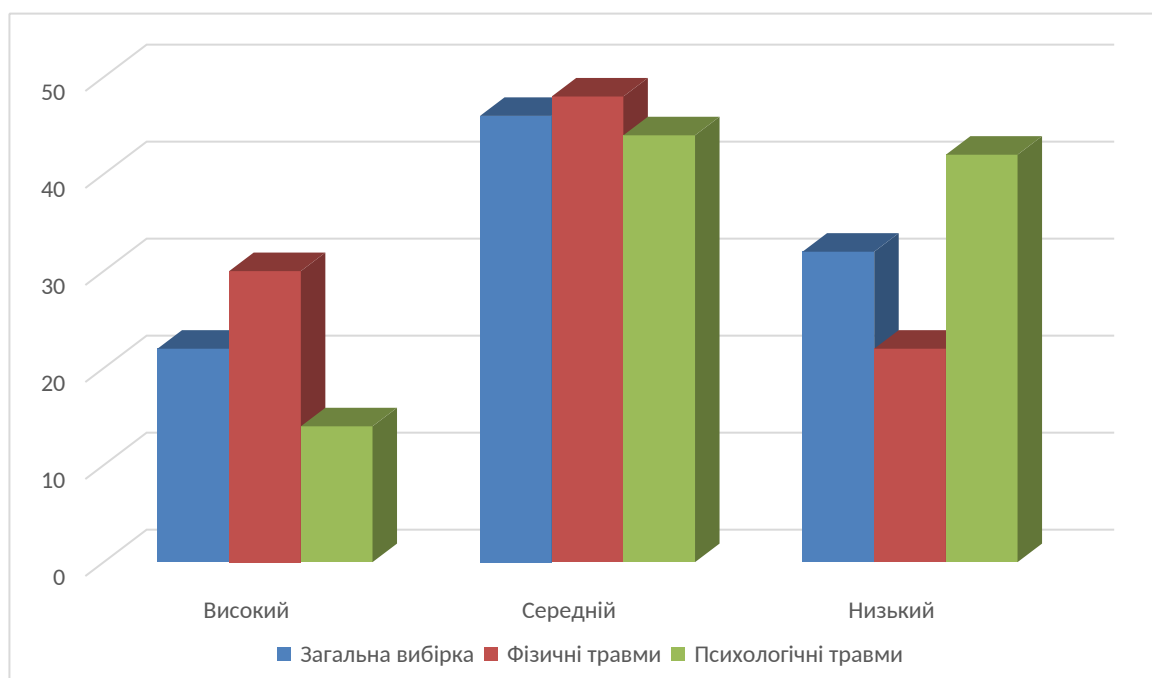


Рис. 3.1.1 Розподіл рівнів фізичної активності ветеранів війни
(стовпчикова діаграма: високий, середній, низький рівні у двох групах)

Ключові психологічні детермінанти фізичної активності. Подальший аналіз був спрямований на визначення психологічних чинників, які найбільшою мірою впливають на рівень фізичної активності ветеранів війни. До таких детермінант було віднесено:

- мотивацію до відновлення;
- рівень самоефективності;
- емоційний стан;
- страх руху (кінезіофобію);
- соціальну підтримку.

Мотивація до фізичної активності. Мотивація виступає центральною психологічною умовою залучення ветеранів до фізичної активності. У ході дослідження встановлено, що внутрішня мотивація (орієнтація на відновлення, саморозвиток, покращення якості життя) значно сильніше пов'язана з регулярністю занять, ніж зовнішні стимули.

Таблиця 3.1.2.

Рівень мотивації до фізичної активності у ветеранів (%)

Рівень мотивації	Фізичні травми	Психологічні травми
Високий	38 %	21 %
Середній	44 %	47 %
Низький	18 %	32 %

Отримані результати свідчать про знижену мотиваційну готовність до рухової активності у ветеранів із психологічними травмами, що пояснюється впливом депресивних і тривожних симптомів.

Самоефективність як чинник залучення до рухової активності. Рівень самоефективності визначає віру ветерана у власну здатність долати труднощі та досягати поставлених цілей. Аналіз показав, що висока самоефективність статистично значуще корелює з вищим рівнем фізичної активності.

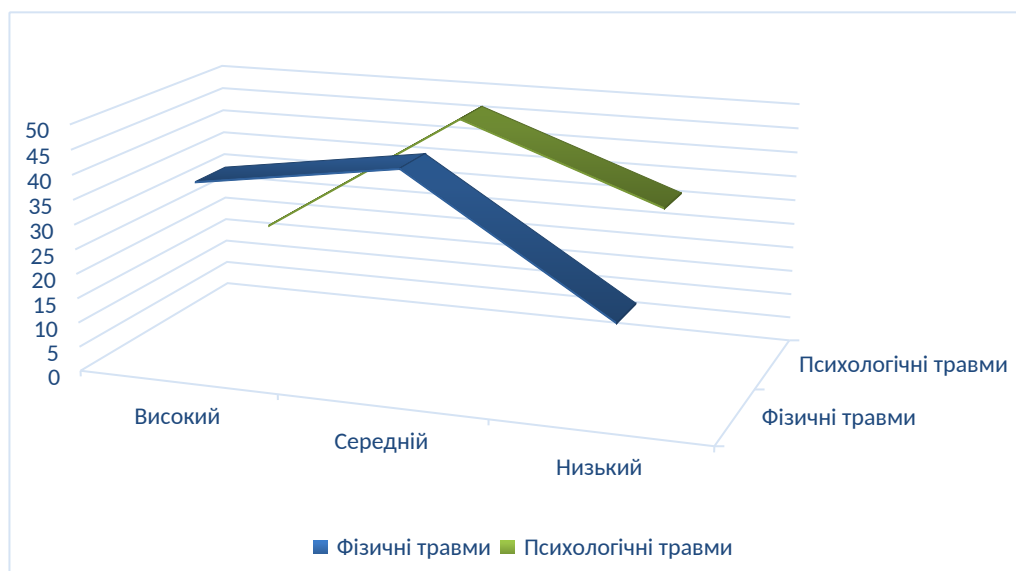


Рис. 3.1.2. Взаємозв'язок рівня самооефективності та фізичної активності

З рис. 3.1.2. простежується пряма залежність між рівнем мотивації (самооефективності) та рівнем фізичної активності ветеранів війни. Вищі показники мотиваційної готовності до фізичної активності відповідають вищому рівню фактичної рухової активності. Особливо виразно дана тенденція проявляється у групі ветеранів з фізичними травмами, тоді як у групі з психологічними травмами спостерігається загальне зниження обох показників, що свідчить про стримувальний вплив психоемоційних чинників. Ветерани з низьким рівнем самооефективності частіше уникають фізичних навантажень, демонструють сумніви у власних можливостях і схильні до пасивних стратегій подолання.

Страх руху (кінезіофобія). Одним із найвагоміших стримувальних чинників фізичної активності є страх повторного болю, травмування або втрати контролю над тілом. Найвищі показники кінезіофобії зафіксовано у ветеранів із психологічними травмами та комбінованими ушкодженнями.

Таблиця 3.1.3

Рівень страху руху у ветеранів (%)

Рівень кінезіофобії	Фізичні травми	Психологічні травми
Високий	24 %	41 %
Середній	46 %	39 %
Низький	30 %	20 %

**Рис. 3. 1.3. Рівень страху руху у ветеранів (%)**

Соціальна підтримка як ресурс відновлення. Соціальна підтримка з боку родини, побратимів, фахівців і ветеранських спільнот відіграє важливу роль у формуванні позитивного ставлення до фізичної активності. Дослідження показало, що ветерани з високим рівнем підтримки значно частіше демонструють регулярну рухову активність.



Рис. 3.1.4. Вплив соціальної підтримки на рівень фізичної активності ветеранів

Отже, проведений аналіз дозволив зробити висновок, що загальний рівень фізичної активності ветеранів війни визначається комплексною взаємодією психологічних детермінант. Найбільш значущими з них є мотивація, самоефективність, емоційний стан, страх руху та соціальна підтримка. Виявлені відмінності між групами ветеранів з різними видами травм підтверджують необхідність диференційованого та індивідуалізованого підходу до розробки програм психофізичної реабілітації.

3.2. Відмінності у психологічних та поведінкових характеристиках ветеранів із різними видами травм

Повернення ветеранів війни до повноцінного життя після участі у бойових діях є складним багатовимірним процесом, що залежить не лише від характеру та тяжкості фізичних ушкоджень, але й від психологічних та поведінкових особливостей особистості. У контексті реабілітації особливої уваги потребує аналіз відмінностей між ветеранами з різними видами бойових травм, оскільки кожна з них супроводжується специфічними психологічними реакціями, механізмами подолання та поведінковими стратегіями.

У межах проведеного дослідження було проаналізовано психологічні та поведінкові характеристики ветеранів із такими видами травм: ампутації, черепно-мозкові травми, ураження опорно-рухового апарату та так звані «невидимі» травми, до яких віднесено посттравматичний стресовий розлад, депресивні та тривожні розлади. Отримані результати засвідчили наявність як спільних, так і відмінних психологічних проявів у зазначених групах, що має важливе практичне значення для побудови диференційованих реабілітаційних програм.

Ветерани з ампутаціями характеризуються вираженими змінами у сприйнятті власного тіла та образу «Я». Втрата кінцівки часто супроводжується почуттям неповноцінності, зниженням самооцінки та порушенням тілесної ідентичності. На поведінковому рівні це може проявлятися униканням соціальних контактів, зниженням активності та обережністю у виконанні фізичних вправ. Водночас результати дослідження показали, що за умов належної соціальної підтримки та сформованої самоефективності ветерани з ампутаціями здатні демонструвати високий рівень мотивації до фізичної активності, особливо у випадках залучення до адаптивного спорту. Таким чином, у цій групі психологічні труднощі часто поєднуються з потенціалом до активної реадaptaції.

Ветерани з черепно-мозковими травмами виявляють інший спектр психологічних і поведінкових особливостей. Для них характерними є порушення когнітивних функцій, зниження концентрації уваги, емоційна лабільність, імпульсивність та труднощі у саморегуляції. Ці особливості істотно впливають на здатність до систематичної фізичної активності, оскільки виконання вправ потребує планування, контролю та усвідомлення власних можливостей. Поведінкові реакції ветеранів із черепно-мозковими травмами часто є нестабільними: періоди підвищеної активності можуть змінюватися різким зниженням мотивації або униканням навантажень. Це свідчить про необхідність поєднання фізичної реабілітації з нейропсихологічною підтримкою та навчанням навичок самоконтролю.

Окрему групу становлять ветерани з ураженнями опорно-рухового апарату без ампутацій. У цій категорії домінують такі психологічні чинники, як страх болю, страх повторної травматизації та зниження довіри до власного тіла. На поведінковому рівні це проявляється обмеженням рухової активності, униканням певних видів фізичних вправ і залежністю від зовнішніх рекомендацій фахівців. Разом із тим, за умови поступового збільшення навантаження та позитивного досвіду руху рівень самоефективності в цій групі має тенденцію до зростання, що сприяє відновленню фізичної активності. Отже, ключовим психологічним завданням у роботі з такими ветеранами є зменшення кінезіофобії та формування відчуття контролю над власним тілом.

Окремої уваги потребують ветерани, які зазнали часткової або повної втрати зору внаслідок бойових дій. Порушення зорової функції істотно впливає як на психологічний стан, так і на поведінкові стратегії, пов'язані з фізичною активністю. Для цієї групи характерними є підвищений рівень тривожності, страх втрати просторової орієнтації та зниження відчуття безпеки під час рухової діяльності. Втрата зору часто супроводжується різкими змінами образу «Я», зниженням самооцінки та формуванням залежної поведінки, що може обмежувати ініціативність і самостійність у повсякденному житті.

На поведінковому рівні це проявляється униканням нових або складних фізичних навантажень, обмеженням пересування у незнайомому середовищі та потребою у постійній зовнішній підтримці. Разом із тим, результати дослідження та аналіз сучасних реабілітаційних практик свідчать, що за умови спеціально адаптованих програм фізичної активності, використання тактильних і слухових орієнтирів, а також наявності психологічного супроводу ветерани з порушеннями зору здатні поступово відновлювати рухову активність і підвищувати рівень самоефективності. Таким чином, у роботі з цією категорією ветеранів ключового значення набуває поєднання фізичної реабілітації з психологічною підтримкою, спрямованою на подолання страхів, розвиток довіри до власного тіла та формування відчуття автономії.

Найбільш специфічні психологічні та поведінкові особливості виявлено у ветеранів із «невидимими» травмами. На відміну від фізичних ушкоджень, ці травми часто не мають зовнішніх проявів, що ускладнює їх усвідомлення як самим ветераном, так і його соціальним оточенням. ПТСР, депресивні та тривожні розлади супроводжуються підвищеним рівнем емоційного напруження, униканням активності, зниженням енергетичного ресурсу та мотивації. Поведінкові стратегії таких ветеранів часто характеризуються пасивністю, соціальною ізоляцією та відмовою від регулярної фізичної активності, навіть за відсутності серйозних фізичних обмежень.

Важливою відмінністю цієї групи є наявність внутрішніх психологічних бар'єрів, зокрема страху втрати контролю, гіперзбудження або соматизації симптомів під час фізичного навантаження. Отримані результати підтверджують, що для ветеранів із «невидимими» травмами фізична активність може сприйматися не як ресурс відновлення, а як додаткове джерело стресу. Це підкреслює необхідність поетапного включення фізичних вправ у поєднанні з психотерапевтичною підтримкою.

Порівняльний аналіз показав, що незалежно від виду травми важливу роль у формуванні поведінки щодо фізичної активності відіграють такі психологічні чинники, як рівень самоефективності, мотивація та соціальна

підтримка. Водночас характер їх прояву та інтенсивність суттєво різняться між групами. Якщо для ветеранів із фізичними травмами провідним бар'єром є страх болю або обмеження рухливості, то для осіб із психічними травмами визначальними стають емоційні та мотиваційні труднощі.

Таким чином, результати дослідження свідчать про необхідність диференційованого підходу до психологічного супроводу ветеранів війни з урахуванням виду отриманих травм. Урахування виявлених психологічних та поведінкових відмінностей дозволяє підвищити ефективність програм фізичної реабілітації, сприяти психологічній реадaptaції та покращенню якості життя ветеранів.

3.3. Інтерпретація результатів, порівняння з попередніми дослідженнями та практичні рекомендації

Отримані у процесі емпіричного дослідження результати дозволяють глибше осмислити психологічні чинники, що впливають на повернення ветеранів війни до фізичної активності, а також визначити їхню роль у процесі психологічної реадаптації після бойових дій. Інтерпретація виявлених закономірностей здійснюється з урахуванням сучасних теоретичних підходів до проблеми реабілітації ветеранів, зокрема біопсихосоціальної моделі, соціально-когнітивної теорії та концепції психологічної стійкості.

Насамперед результати дослідження засвідчили, що рівень фізичної активності ветеранів значною мірою зумовлюється психологічними характеристиками, а не лише об'єктивними фізичними обмеженнями. Зокрема встановлено, що висока самоефективність, внутрішня мотивація та соціальна підтримка є ключовими психологічними предикторами повернення до фізичної активності незалежно від виду отриманих травм. Це свідчить про те, що сприйняття власних можливостей і наявність підтримувального соціального середовища здатні компенсувати частину обмежень, пов'язаних із наслідками бойових ушкоджень.

Отримані дані узгоджуються з положеннями соціально-когнітивної теорії А. Бандури, відповідно до якої самоефективність визначає рівень активності, наполегливість та здатність особистості долати труднощі. У контексті реабілітації ветеранів війни це означає, що навіть за наявності тяжких фізичних травм висока віра у власні можливості може сприяти активнішому залученню до фізичних занять. Аналогічні результати отримано у низці зарубіжних досліджень, у яких показано, що підвищення самоефективності пов'язане з кращими показниками фізичної активності та якості життя ветеранів.

Водночас результати дослідження підтвердили, що психологічні бар'єри можуть суттєво обмежувати повернення до фізичної активності. Зокрема страх болю, страх повторної травматизації та кінезіофобія виявилися значущими

чинниками зниження фізичної активності, особливо серед ветеранів з ураженнями опорно-рухового апарату. Подібні висновки представлені у працях, присвячених хронічному больовому синдрому та його впливу на поведінкову активність, де зазначається, що саме психологічне сприйняття болю часто відіграє вирішальну роль у формуванні унікальної поведінки.

Особливої уваги заслуговують результати, отримані у групі ветеранів з «невидимими» травмами. Встановлено, що при ПТСР, депресивних і тривожних розладах рівень фізичної активності є значно нижчим, навіть за відсутності серйозних фізичних обмежень. Це узгоджується з попередніми дослідженнями, у яких підкреслюється негативний вплив афективних і тривожних симптомів на мотивацію, рівень енергії та ініціативність. Таким чином, фізична неактивність у цій групі має переважно психологічну, а не соматичну природу, що потребує комплексного підходу до реабілітації.

Порівняльний аналіз також показав, що соціальна підтримка відіграє системоутворювальну роль у процесі повернення до фізичної активності. Ветерани, які відчують підтримку з боку родини, побратимів та фахівців, демонструють вищий рівень залученості до фізичної активності та більш позитивне ставлення до реабілітаційних програм. Ці результати узгоджуються з численними вітчизняними та зарубіжними дослідженнями, у яких соціальна підтримка розглядається як один із ключових чинників психологічної стійкості та успішної реадaptaції ветеранів.

Отримані результати мають важливе практичне значення та дозволяють сформулювати низку рекомендацій для фахівців, залучених до процесу реабілітації ветеранів війни. Насамперед доцільним є включення психологічної діагностики до програм фізичної реабілітації з метою виявлення рівня самоефективності, мотивації, страху руху та емоційного стану. Це дозволить індивідуалізувати реабілітаційні заходи та підвищити їх ефективність.

Для ветеранів з фізичними травмами важливим напрямом психологічної роботи є зниження страху болю та повторної травматизації шляхом поступового підвищення навантаження, формування позитивного досвіду руху

та розвитку відчуття контролю над власним тілом. У цьому контексті доцільним є використання когнітивно-поведінкових технік, спрямованих на зміну дисфункціональних переконань щодо фізичної активності.

Окремого аналізу в контексті інтерпретації результатів потребують ветерани, які зазнали часткової або повної втрати зору. Отримані дані та зіставлення з попередніми науковими дослідженнями свідчать, що порушення зорової функції має не лише фізичні, а й глибокі психологічні наслідки, які суттєво впливають на рівень фізичної активності. Втрата зору часто супроводжується зниженням самоефективності, підвищеною тривожністю, страхом втрати просторової орієнтації та униканням рухової активності у незнайомому середовищі. У наукових працях, присвячених реабілітації осіб із порушеннями зору, підкреслюється, що саме психологічні бар'єри, а не об'єктивні фізичні обмеження, нерідко стають головною перешкодою для залучення до фізичної активності. Водночас дослідження доводять, що за умов наявності соціальної підтримки, використання адаптованих форм рухової активності та цілеспрямованого психологічного супроводу ветерани з порушеннями зору демонструють позитивну динаміку у відновленні фізичної активності та підвищенні якості життя. Це підтверджує необхідність включення спеціалізованих психологічних і реабілітаційних підходів до роботи з даною категорією ветеранів.

У роботі з ветеранами з «невидимими» травмами доцільно поєднувати фізичну активність із психотерапевтичною підтримкою, зокрема методами, спрямованими на зниження тривоги, регуляцію емоційного стану та підвищення мотивації. Фізична активність у цій групі має впроваджуватися поетапно та з урахуванням індивідуальних психологічних обмежень.

Важливою рекомендацією є також залучення соціального оточення ветеранів до процесу реабілітації. Підтримка родини, участь у групових заняттях, взаємодія з іншими ветеранами можуть значно підвищити мотивацію до фізичної активності та сприяти формуванню відчуття приналежності й підтримки.

Алгоритм психологічного супроводу повернення ветеранів війни до фізичної активності подано у додатку Е. Він розроблений з урахуванням результатів проведеного емпіричного дослідження, сучасних наукових підходів до психологічної реабілітації та специфіки різних видів бойових травм. Запропонований алгоритм передбачає поетапну організацію психологічної допомоги, що включає психодіагностичний, психоосвітній, корекційний, мотиваційно-підтримувальний та оцінювальний етапи. Його реалізація спрямована на зниження психологічних бар'єрів фізичної активності, підвищення рівня самоефективності та внутрішньої мотивації ветеранів, а також формування позитивного досвіду рухової активності. Застосування даного алгоритму дозволяє індивідуалізувати психологічний супровід залежно від виду отриманої травми та психологічного стану ветерана, забезпечити узгодженість дій фахівців різного профілю та підвищити ефективність програм фізичної й психосоціальної реабілітації.

Таким чином, інтерпретація результатів дослідження та їх порівняння з попередніми науковими працями підтверджують доцільність комплексного підходу до реабілітації ветеранів війни, у межах якого фізична активність розглядається як важливий інструмент психологічної реадaptaції. Урахування психологічних чинників і специфіки різних видів травм дозволяє підвищити ефективність реабілітаційних програм та сприяти відновленню якості життя ветеранів.

Висновки до розділу 3

У третьому розділі магістерської роботи здійснено комплексний аналіз психологічних і поведінкових чинників, що зумовлюють повернення ветеранів війни до фізичної активності, а також інтерпретацію отриманих емпіричних результатів у контексті сучасних наукових підходів. Розгляд відмінностей між ветеранами з різними видами травм дозволив поглибити розуміння специфіки психологічної реадaptaції та окреслити напрями підвищення ефективності реабілітаційних програм.

Установлено, що повернення до фізичної активності має виражений психологічний компонент і не може бути зведене виключно до рівня фізичних обмежень. Провідну роль у цьому процесі відіграють такі психологічні детермінанти, як самоєфективність, мотивація до відновлення, емоційний стан, страх руху та соціальна підтримка. Взаємодія зазначених чинників формує індивідуальні стратегії поведінки ветеранів щодо фізичної активності та визначає успішність їхньої психофізичної реадaptaції.

Порівняльний аналіз ветеранів із різними видами травм засвідчив наявність суттєвих відмінностей у психологічних і поведінкових характеристиках. Для ветеранів із фізичними травмами провідними бар'єрами виступають страх болю, повторної травматизації та зниження довіри до власного тіла, тоді як для осіб із «невидимими» травмами визначальними є емоційні, мотиваційні та тривожні порушення. Окрему категорію становлять ветерани з частковою або повною втратою зору, для яких характерними є підвищена тривожність, зниження просторової впевненості та потреба в адаптованих формах фізичної активності.

Результати інтерпретації емпіричних даних у зіставленні з попередніми науковими дослідженнями підтвердили положення соціально-когнітивної теорії та біопсихосоціальної моделі реабілітації, відповідно до яких психологічні ресурси особистості здатні компенсувати частину обмежень, пов'язаних із наслідками бойових травм. Особливу роль у цьому процесі відіграє соціальна

підтримка, яка виступає системоутворювальним чинником психологічної стійкості та активного залучення до фізичної активності.

Отримані результати дозволили сформулювати практичні рекомендації щодо організації психологічного супроводу та фізичної реабілітації ветеранів війни. Зокрема обґрунтовано доцільність індивідуалізації реабілітаційних програм з урахуванням виду травми, рівня психологічної готовності та наявних бар'єрів до рухової активності. Реалізація комплексного підходу, що поєднує фізичні, психологічні та соціальні компоненти, сприятиме підвищенню ефективності реабілітаційних заходів і покращенню якості життя ветеранів війни.

ВИСНОВКИ

У кваліфікаційній роботі здійснено комплексне теоретико-емпіричне дослідження психологічних детермінант повернення ветеранів війни до фізичної активності з урахуванням різних видів бойових травм. Актуальність обраної теми зумовлена зростанням кількості ветеранів, які потребують не лише медичної, а й психологічно орієнтованої реабілітації, а також необхідністю наукового обґрунтування ефективних підходів до їх фізичної та психосоціальної реадaptaції.

У ході теоретичного аналізу встановлено, що фізична активність є важливим багатовимірним ресурсом відновлення ветеранів війни, який поєднує фізіологічні, психологічні та соціальні ефекти. Доведено, що повернення до рухової активності не може розглядатися виключно через призму медичних показників, оскільки вирішальну роль у цьому процесі відіграють психологічні чинники: мотивація, самоефективність, емоційний стан, рівень соціальної підтримки, страх руху та особливості самосприйняття. Аналіз наукових джерел підтвердив, що ігнорування психологічних детермінант суттєво знижує ефективність реабілітаційних програм.

За результатами емпіричного дослідження встановлено, що рівень фізичної активності ветеранів має значні відмінності залежно від виду отриманих травм. Ветерани з фізичними травмами (ураження опорно-рухового апарату, ампутації) загалом демонструють вищу залученість до фізичної активності порівняно з ветеранами з психологічними («невидимими») травмами, за умов наявності адекватної реабілітаційної підтримки. Натомість у групі ветеранів із ПТСР, депресивними та тривожними розладами виявлено нижчий рівень фізичної активності, що зумовлено переважно психологічними бар'єрами, а не об'єктивними фізичними обмеженнями.

Дослідження підтвердило провідну роль самоефективності та мотивації як ключових психологічних предикторів повернення до фізичної активності. Виявлено позитивний взаємозв'язок між рівнем самоефективності та фізичної активності, що узгоджується з положеннями соціально-когнітивної теорії.

Також встановлено, що соціальна підтримка з боку родини, побратимів і фахівців істотно підвищує готовність ветеранів брати участь у фізичній реабілітації та сприяє формуванню стійкої мотивації до активного способу життя.

Особливу увагу приділено аналізу психологічних бар'єрів, серед яких значущими виявилися страх болю, страх повторної травматизації, кінезіофобія та негативні переконання щодо власних фізичних можливостей. У ветеранів з порушеннями зору або повною втратою зору додатковими обмежувальними чинниками є дезорієнтація в просторі, підвищена тривожність та залежність від зовнішньої допомоги, що потребує спеціально адаптованих програм фізичної активності та психологічного супроводу.

Практичне значення роботи полягає у можливості використання отриманих результатів для вдосконалення програм фізичної та психологічної реабілітації ветеранів війни. Запропоновано доцільність впровадження комплексного підходу, який поєднує фізичні вправи з психологічною діагностикою, мотиваційною підтримкою, роботою з емоційними станами та активним залученням соціального оточення ветерана. Такий підхід дозволяє підвищити ефективність реабілітаційних заходів і сприяти відновленню якості життя ветеранів.

Результати кваліфікаційної роботи підтверджують, що повернення ветеранів війни до фізичної активності є складним багатофакторним процесом, у якому психологічні детермінанти відіграють не менш важливу роль, ніж характер і тяжкість фізичних травм. Урахування цих чинників є необхідною умовою побудови ефективних, індивідуалізованих і науково обґрунтованих програм реабілітації, спрямованих на успішну психологічну реадаптацію та соціальну інтеграцію ветеранів війни.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Бандура А. Самоефективність: здійснення контролю. Київ : Основи, 2019. 312 с.
2. Бондаренко О. Ф. Психологічна реабілітація військовослужбовців. Київ : Слово, 2018. 256 с.
3. Бурлачук Л. Ф. Психодіагностика. Київ : Либідь, 2017. 384 с.
4. Варій М. Й. Загальна психологія. Львів: Центр навчальної літератури, 2020. 608 с.
5. Вовчик-Блакитна О. О. Психологія травматичного стресу. Київ: Каравела, 2021. 240 с.
6. Головаха Є. І. Соціальна психологія. Київ : Наукова думка, 2019. 368 с.
7. Гриньова М. В. Психологія мотивації. Полтава : АСМІ, 2018. 214 с.
8. Данчева О. В. Фізична реабілітація учасників бойових дій. Харків : ХДАФК, 2020. 198 с.
9. Журавльова Л. П. Психологічна підтримка ветеранів війни // Психологія і суспільство. 2021. № 2. С. 45–53. URL: <http://psysoc.org.ua> (дата звернення: 25.08.25).
10. Карамушка Л. М. Психологія здоров'я. Київ : Логос, 2018. 312 с.
11. Клименко В. В. Психологія рухової діяльності. Київ : Освіта, 2017. 224 с.
12. Кокун О. М. Психологічна реабілітація військовослужбовців. Київ : Ніка-Центр, 2020. 320 с.
URL: <https://lib.iitta.gov.ua> (дата звернення: 25.08.25).
13. Корольчук М. С. Психофізіологія. Київ : Ельга, 2019. 416 с.
14. Кравченко О. Психологічні наслідки бойової травми // Практична психологія. 2020. № 4. С. 12–19.
URL: <https://psyjournal.in.ua> (дата звернення: 25.08.25).

15. Максименко С. Д. Загальна психологія. Київ : Центр учбової літератури, 2021. 592 с.
16. Москаленко В. В. Соціальна підтримка як ресурс. Київ : Генеза, 2018. 188 с.
17. Мясникова О. О. Психологія травми. Київ : Каравела, 2019. 264 с.
18. Пенькова О. І. Психологічна адаптація ветеранів // Психологія і суспільство. 2021. № 3. С. 45–53.
URL: <http://psysoc.org.ua> (дата звернення: 25.08.25).
19. Платонов К. К. Структура особистості. Київ : Либідь, 2018. 302 с.
20. Романенко В. А. Фізична культура і реабілітація. Харків : ФОП Бровін, 2020. 240 с.
21. Савчин М. В. Психологія відповідальності. Львів : ЛНУ, 2019. 312 с.
22. Синьов В. М. Психологія інвалідності. Київ : Освіта України, 2017. 280 с.
23. Слюсаревський М. М. Соціальна адаптація особистості. Київ : ІППП, 2018. 260 с.
24. Степаненко О. В. Психологія руху. Харків : Основа, 2019. 196 с.
25. Титаренко Т. М. Психологія життєвого шляху. Київ : Міленіум, 2020. 336 с.
26. Федоренко Р. П. Психологія кризових станів. Львів : Світ, 2018. 214 с.
27. Хомуленко Т. Б. Психологічні ресурси особистості. Харків : ХНПУ, 2019. 248 с.
28. Шевчук О. М. Реабілітація осіб з інвалідністю. Київ : Медицина, 2020. 272 с.
29. Шкрібтій Ю. М. Адаптивна фізична культура. Київ : Олімпійська література, 2018. 320 с.
30. Яценко Т. С. Психологічна допомога травмованим. – Київ : Либідь, 2019. 288 с.

31. Kokun O. Mental health of veterans // Psychology and Society. 2021. № 3. P. 22–30.
URL: <https://lib.iitta.gov.ua> (дата звернення: 25.08.25).
32. Zhuravlova L. Psychological rehabilitation of veterans // Ukrainian Psychological Journal. – 2022. – № 1. – P. 34–41. –
URL: <https://upj.in.ua> (дата звернення: 25.08.25).
33. Bondarenko O. Stress and recovery. – Kyiv : Logos, 2020. – 210 p.
34. Maksymenko S. Psychological adaptation. – Kyiv : Lybid, 2019. – 298 p.
35. Tytarenko T. Post-war adaptation // Social Psychology. – 2022. – № 2. – P. 15–23. –
URL: <https://psyjournals.ua> (дата звернення: 25.08.25).
36. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York : W. H. Freeman, 1997. 604 p.
URL: https://books.google.com/books?id=eJ-PN9g_o-EC (дата звернення: 25.08.25).
37. Biddle S. Physical activity psychology. – London : Routledge, 2019. 412 p.
URL: <https://books.google.com> (дата звернення: 25.08.25).
38. Bonanno G. A. Loss, trauma, and resilience. New York : Basic Books, 2004. – 398 p.
39. Brewer B. Athletic identity and injury. – New York : Springer, 2018. 256 p.
URL: <https://link.springer.com> (дата звернення: 25.08.25).
40. Carlson E. PTSD and physical functioning // Journal of Traumatic Stress. 2019. Vol. 32. P.123–131.
URL: <https://onlinelibrary.wiley.com> (дата звернення: 25.08.25).
41. Cicerone K. Cognitive rehabilitation. New York : Oxford University Press, 2019. 640 p.

42. Dekel R. Posttraumatic growth in veterans // Journal of Anxiety Disorders. 2018. Vol. 55. P. 1–8.
URL: <https://www.sciencedirect.com> (дата звернення: 25.08.25).
43. Dishman R. Exercise psychology. Champaign : Human Kinetics, 2020. 540 p.
44. Elliott T. Disability and rehabilitation psychology. Washington : APA, 2019. 488 p.
45. Figley C. Trauma and recovery. New York : Brunner-Routledge, 2017. 376 p.
46. Hawkley L. Social support and health. New York : Oxford University Press, 2018. 312 p.
47. Hoge C. Mental health problems in veterans // New England Journal of Medicine. 2019. Vol. 381. P. 177–186.
URL: <https://www.nejm.org> (дата звернення: 25.08.25).
48. Keane T. PTSD treatment in veterans. – New York : Guilford Press, 2020. 450 p.
49. Kessler R. Epidemiology of PTSD // Psychological Medicine. 2018. Vol. 48. P. 198–210.
URL: <https://www.cambridge.org> (дата звернення: 25.08.25).
50. King L. Resilience in military populations. New York : Springer, 2019. 380 p.
51. Litz B. Moral injury in veterans // Clinical Psychology Review. – 2020. Vol. 73. P. 101–113.
URL: <https://www.sciencedirect.com> (дата звернення: 25.08.25).
52. Masten A. Resilience in development. – New York : Guilford Press, 2018. – 352 p.
53. McCracken L. Pain and avoidance // Behaviour Research and Therapy. – 2019. Vol. 120. P. 103–110.
URL: <https://www.sciencedirect.com> (дата звернення: 25.08.25).

54. Meichenbaum D. Cognitive-behavioral therapy. New York : Routledge, 2017. 512 p.
55. Morrison R. Vision loss rehabilitation. London : Elsevier, 2019. 280 p.
56. Murphy S. Physical activity and PTSD // Journal of Sport Psychology. 2021. Vol. 43. P. 77–89.
URL: <https://journals.humankinetics.com> (дата звернення: 25.08.25).
57. Nash W. Combat stress injury. New York : Routledge, 2018. 296 p.
58. Ozer E. Predictors of PTSD // Psychological Bulletin. 2019. Vol. 145. P. 114–131.
URL: <https://psycnet.apa.org> (дата звернення: 25.08.25).
59. Resick P. Cognitive processing therapy. New York : Guilford Press, 2020. 384 p.
60. Richardson G. Metatheory of resilience // Journal of Clinical Psychology. 2018. Vol. 74. P. 673–689.
URL: <https://onlinelibrary.wiley.com> (дата звернення: 25.08.25).
61. Rimmer J. Physical activity and disability. Champaign : Human Kinetics, 2020. – 460 p.
62. Seligman M. Learned optimism. New York : Vintage Books, 2018. 336 p.
63. Smith B. Exercise and mental health. London : Routledge, 2019. 390 p.
64. Taylor S. Anxiety sensitivity. New York : Routledge, 2018. 280 p.
65. Tedeschi R. Posttraumatic growth. New York : Routledge, 2018. 256 p.
66. Van der Kolk B. The body keeps the score. New York : Penguin Books, 2019. 464 p.
URL: <https://books.google.com/books?id=NKOOEAAAQBAJ> (дата звернення: 25.08.25).
67. Walker J. Rehabilitation psychology. New York : Springer, 2020. 520 p.
68. Weiner B. Motivation and emotion. New York : Psychology Press, 2019. 448 p.

69. Williams R. Chronic pain psychology. Oxford : Oxford University Press, 2018. 312 p.
70. Wingo A. Exercise and resilience // Journal of Affective Disorders. – 2020. Vol. 260. P. 102–110.
URL: <https://www.sciencedirect.com> (дата звернення: 25.08.25).
71. World Health Organization. Guidelines on physical activity and sedentary behaviour. Geneva : WHO, 2020. 104 p.
URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240015128> (дата звернення: 25.08.25).
72. Zinzow H. Trauma exposure in veterans // Journal of Nervous and Mental Disease. 2019. Vol. 207. P. 513–520.
URL: <https://journals.lww.com> (дата звернення: 25.08.25).
73. Hawkley L., Cacioppo J. Social isolation and health. New York : Oxford University Press, 2018. – 320 p.
74. Murphy D. Military mental health. London : Routledge, 2020. 304 p

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

ІНФОРМОВАНА ЗГОДА УЧАСНИКА ДОСЛІДЖЕННЯ

Я, _____, підтверджую, що мені було надано повну інформацію про мету, зміст і умови участі у науковому дослідженні на тему «Психологічні детермінанти повернення ветеранів війни до фізичної активності».

Мені відомо, що участь у дослідженні є добровільною, а всі отримані дані будуть використані виключно в узагальненому вигляді з дотриманням принципів конфіденційності та анонімності. Я поінформований(а), що маю право відмовитися від участі у дослідженні на будь-якому етапі без негативних наслідків.

Підтверджую, що участь у дослідженні не несе шкоди моєму фізичному чи психологічному здоров'ю.

Дата _____

Підпис учасника _____

Підпис дослідника _____

ДОДАТОК Б

АНКЕТА СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНИХ ТА МЕДИКО-ПСИХОЛОГІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК

1. Вік: _____ років
2. Стать:
☐ чоловіча ☐ жіноча
3. Статус:
☐ ветеран бойових дій
4. Вид отриманої травми:
☐ ампутація;
☐ черепно-мозкова травма;
☐ ушкодження опорно-рухового апарату;
☐ часткова/повна втрата зору;
☐ психологічна («невидима») травма.
5. Термін після поранення:
☐ до 1 року
☐ 1–3 роки
☐ понад 3 роки.
6. Чи проходить Ви реабілітацію?
☐ так ☐ ні
7. Який рівень фізичної активності Ви мали до поранення?
☐ високий ☐ середній ☐ низький
8. Поточний рівень фізичної активності:
☐ високий ☐ середній ☐ низький

ДОДАТОК В

КОМПЛЕКСНА МЕТОДИКА ОЦІНКИ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ

Мета: оцінка рівня, регулярності та суб'єктивної значущості фізичної активності у посттравматичний період.

Інструкція: Уважно прочитайте твердження та оберіть відповідь, що найбільше відповідає Вашому стану за останні 4 тижні.

Шкала відповідей:

- 1 – зовсім не відповідає
- 2 – радше не відповідає
- 3 – частково відповідає
- 4 – радше відповідає
- 5 – повністю відповідає

Твердження

1. Я регулярно виконую фізичні вправи або рухову активність.
2. Фізична активність є важливою складовою мого щоденного життя.
3. Я здатний(на) підтримувати фізичну активність навіть у складному емоційному стані.
4. Я відчуваю позитивні зміни після фізичних навантажень.
5. Я намагаюся залишатися активним(ою), незважаючи на наслідки травми.
6. Моя фізична активність відповідає моїм можливостям.
7. Я планую та контролюю рівень фізичних навантажень.
8. Я відчуваю задоволення від рухової активності.

Обробка результатів: Сумарний бал: 8–40.

Інтерпретація:

- 8–18 балів – низький рівень фізичної активності
- 19–29 балів – середній рівень
- 30–40 балів – високий рівень

МЕТОДИКА ДОСЛІДЖЕННЯ САМОЕФЕКТИВНОСТІ ТА МОТИВАЦІЙНОЇ ГОТОВНОСТІ ДО ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

Мета: вивчення когнітивно-мотиваційних чинників залученості ветеранів до фізичної активності.

Інструкція: оцініть ступінь Вашої згоди з твердженнями за п'ятибальною шкалою.

Блок 1. Самоефективність

1. Я впевнений(а), що можу впоратися з фізичними навантаженнями.
2. Я вірю у свою здатність відновити фізичну форму.
3. Навіть після невдач я здатний(на) продовжувати заняття.
4. Я довіряю власному тілу.

Блок 2. Мотивація

5. Я маю чітке розуміння, навіщо мені потрібна фізична активність.
6. Я відчуваю внутрішню потребу рухатися.
7. Фізична активність допомагає мені почуватися психологічно стабільніше.
8. Я готовий(а) докладати зусиль для підтримання активності.

Обробка:

Самоефективність: 4–20 балів

Мотивація: 4–20 балів

Інтерпретація:

Низький рівень – до 9 балів

Середній – 10–15 балів

Високий – 16–20 балів

МЕТОДИКА ОЦІНКИ ПСИХОЛОГІЧНИХ БАР'ЄРІВ ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

Мета: виявлення емоційних, когнітивних і поведінкових перешкод залучення до фізичної активності.

Інструкція: оцініть твердження за шкалою від 1 до 5.

Твердження:

1. Я боюся, що фізична активність може погіршити мій стан.
2. Я уникаю руху через негативний досвід болю.
3. Під час фізичних вправ у мене зростає тривожність.
4. Я відчуваю напруження, думаючи про фізичні навантаження.
5. Мені складно зосередитися на вправах.
6. Я сумніваюся у власних фізичних можливостях.

Інтерпретація:

6–14 балів – низький рівень бар'єрів

15–22 бали – середній

23–30 балів – високий

АЛГОРИТМ ПСИХОЛОГІЧНОГО СУПРОВОДУ ПОВЕРНЕННЯ ВЕТЕРАНІВ ВІЙНИ ДО ФІЗИЧНОЇ АКТИВНОСТІ

1. Психодіагностичний етап.

- оцінка рівня фізичної активності;
- визначення самооефективності, мотивації, психологічних бар'єрів;
- аналіз виду травми та суб'єктивного ставлення до неї.

2. Психосвітній етап

- інформування про роль фізичної активності у психологічній реадаптації;
- формування адекватних очікувань щодо реабілітації.

3. Корекційний етап

- зниження тривоги та страху руху;
- робота з дисфункціональними переконаннями;
- розвиток навичок саморегуляції.

4. Мотиваційно-підтримувальний етап

- формування внутрішньої мотивації;
- залучення соціальної підтримки;
- підтримка позитивного досвіду руху.

5. Оцінювальний етап

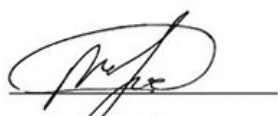
- повторна діагностика;
- аналіз динаміки фізичної активності та психологічного стану.

ЗГОДА здобувача(чки) освіти Державного університету економіки і технологій
про перевірку кваліфікаційної роботи на прояви академічного плагіату
та розміщення в Репозитарії ДУЕТ

Я, *Щербак Олег Олексійович*, підтримую політику Державного університету економіки і технологій з академічної доброчесності і відкритого доступу. Стверджую, що кваліфікаційна магістерська (бакалаврська) робота (назва роботи повністю) виконана самостійно та не містить академічного плагіату. Я не надавав(ла) і не одержував(ла) недозволену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають покликання на відповідне джерело.

Із чинним Положенням про запобігання та виявлення академічного плагіату в роботах здобувачів вищої освіти Державного університету економіки і технологій ознайомлений(а). Чітко усвідомлюю, що в разі виявлення у кваліфікаційній роботі порушення норм академічної доброчесності робота не допускається до захисту або оцінюється незадовільно.

Також я поінформований(на), що відповідно до пункту 5.8 «Положення про Репозитарій (електронну базу даних) Державного університету економіки і технологій» згадана робота буде розміщена в Електронному архіві Університету (Репозитарії ДУЕТ) та ознайомлений(на) з умовами такого розміщення.



(підпис)

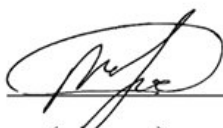
03.01.2026

Олег Щербак

(Ім'я, ПРИЗВИЩЕ)

Декларація
про дотримання академічної доброчесності під час написання
кваліфікаційної магістерської роботи
здобувачем вищої освіти
Державного університету економіки і технологій

Я, Щербак Олег Олексійович, студент 2 курсу, групи ЗПС-24м Державного університету економіки і технологій розумію і підтримую політику закладу із академічної доброчесності. Я не надавав і не одержував заборонену допомогу під час підготовки цієї роботи. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.


(підпис)

03.01.2026

(дата)

Олег Щербак

(Ім'я, ПРІЗВИЩЕ)