

3. Kondratiuk L. V. (2023) Rukhlyvi ihry yak zasib fizychnoho vykhovannia molodshykh shkoliariv [Outdoor games as a means of physical education of younger schoolchildren]; *Metodychni rekomendatsii*. URL : <https://vseosvita.ua/library/ruhlivi-igri-ak-zasib-fizychnogo-vihovanna-molodsih-skoliariv-56430.html> (data zvernennia: 15.11.2023). (in Ukrainian).

4. Leskiv A. D. Dziubanovska A. B. (2000) Rukhlyvi ihry ta estafety na mistsevosti dlia shkoliariv molodshoho ta serednoho viku [Outdoor games and relays on the ground for schoolchildren of primary and middle age]. Ternopil: SMP «Aston». 132 s. (in Ukrainian).

5. Nosko M.O. (2020). Ontohenez motoryky shkoliariv pochatkovoї shkoly [Ontogenesis of motor skills of primary school students]. *Rukhovyi rozvytok shkoliariv riznykh vikovykh hrup : naukove vydannia / za nauk. red. M.O. Noska ta in. Chernihiv. S. 104–157.* (in Ukrainian).

6. Rukhlyvi ihry z metodykoiu vykladannia (2014). [Outdoor games with teaching methods] : navch. posibnyk / uklad. H. V. Bezverkhnia ta in. Uman: VPTs «Vizavi». 104 s. (in Ukrainian).

7. Serhiienko V.P. (2018). Osoblyvosti sotsialnoho rozvytku ditei molodshoho shkilnoho viku z riznym rivnem rukhovoї aktyvnosti [Features of Social Development of Children of Primary School Age with Different Levels of Motor Activity] / *Naukovo-pedahohichni problemy fizychnoi kultury (fizychna kultura i sport) : zbirnyk naukovykh prats. Kyiv. Vyp. 5. S. 150–153.* (in Ukrainian).

8. Tverdokhlib Zh. O., Pohrebennyk L. I. (2011). Rukhlyvi ihry dlia suchasnoi shkoly [Outdoor Games for Modern School] : *Metodychni materialy. Zhytomyr: Vyd-vo ZhDU im. I. Franka. 62 s.* (in Ukrainian).

9. Tomenko O.A. (2008) Riven rukhovoї aktyvnosti shkoliariv ta shliakhy yoho pidvyshchennia v umovakh zahalnoosvitnoi shkoly [Level of Motor Activity of Schoolchildren and Ways of Its Increase in the Conditions of General Education School] / *Pedahohika, psykholohiia ta medyko-biolohichni problemy fizychnoho vykhovannia i sportu. Kharkiv. № 2. S. 141–146.* (in Ukrainian).

DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.02\(187\).25](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.02(187).25)

УДК 616-036.82+616-089+616.366-002

Нестерчук Н.Є.

*доктор наук з фізичного виховання і спорту,
професор кафедри фізичної терапії, ерготерапії
Навчально-науковий інститут охорони здоров'я*

*Національний університет водного господарства та природокористування
ORCID ID: 0000-0003-2199-3403*

Блайда І. М.

*кандидат сільськогосподарських наук,
старший викладач кафедри реабілітації та здоров'я людини
Львівського національного університету ветеринарної
медицини та біотехнологій імені С.З. Гжицького
ORCID ID: 0009-0000-7302-102X*

ДИНАМІКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ХОЛЕЦИСТЕКТОМІЇ ПІД ВПЛИВОМ ПРОГРАМИ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

У статті висвітлено результати оцінки динаміки якості життя пацієнтів після холецистектомії під впливом програми фізичної реабілітації. Включено у дослідження 46 осіб, віком від 25 до 60 років, які в амбулаторних умовах за допомогою методу рандомізації були розподілені на дві групи: основну групу (ОГ) (n=26) де особи займалися гідрокінезітерапією (2 рази в тиждень тривалістю 3 місяці із тривалістю сеансу 40 хвилин) та отримували медикаментозне лікування; та контрольну групу (КГ) (n=20), особи якої приймали тільки медикаментозні засоби. Визначали фізичний та психічний компоненти якості життя за опитувальником SF-12 до початку проведення програми реабілітації та через 3 місяці. При вторинному обстеженні встановлено статистично значуще збільшення ($p < 0,05$) показників якості життя у порівнянні із первинним обстеженням та статистично значущу різницю відносно показника за досліджуваними показниками між КГ та ОГ при вторинному обстеженні. Таким чином, програма фізичної реабілітації після лапароскопічної холецистектомії, демонструє переваги та позитивний вплив на якість життя пацієнтів.

Ключові слова: якість життя, холецистектомія, гідрокінезітерапія, фізична реабілітація, фізична терапія

Nesterchuk N. Dynamics of quality of life of patients after cholecystectomy under the influence of physical rehabilitation program. The article highlights the results of assessing the dynamics of the quality of life of patients after cholecystectomy under the influence of a physical rehabilitation program. The study included 46 people aged 25 to 60 years, who were randomly divided into two groups: the main group (MG) (n=26), where people were engaged in hydrokinesitherapy (2 times a week for 3 months with a session duration of 40 minutes) and received medication; and the control group (CG) (n=20), whose patients took only medications. Statistical analysis methods were performed depending on the distribution of the statistical sample using Student's parametric criteria. The method of descriptive statistics (mean, standard deviation) was used to represent the data obtained. The results were considered statistically significant at $p < 0,05$. The physical and mental components of quality of life were determined by the SF-12 questionnaire before the start of the rehabilitation program and after 3 months.

In the primary examination of the physical and mental components of the quality of life assessment in CG and MG patients using the SF-12 questionnaire, no statistically significant difference was found. The secondary examination revealed a statistically significant increase ($p < 0,05$) in quality of life indicators compared to the primary examination. In the MG group, the physical component increased by 35.1%, and the mental component - by 27.3%. In the control group, the physical component increased by 11.2% and the mental component by 10.5%. At the same time, a statistically significant difference was found in relation to the index for the studied indicators between the CG and MG at the secondary examination. Thus, the program of physical rehabilitation after laparoscopic cholecystectomy demonstrates the benefits and positive impact on the quality of life of patients.

Keywords: quality of life, cholecystectomy, hydrokinesitherapy, physical rehabilitation, physical therapy

Постановка проблеми. Жовчнокам'яна хвороба ЖКХ дуже поширена. Приблизно у 10-20% населення світу в якийсь момент життя з'являються камені в жовчному міхурі [1].

Холецистектомія є єдиним остаточним методом лікування пацієнтів із симптоматичною жовчнокам'яною хворобою, причому лапароскопічна холецистектомія є поточним золотим стандартом. У Великій Британії щороку виконується понад 60 000 холецистектомій, що еквівалентно приблизно 100 процедурам на 100 000 населення, в деяких частинах Європи та Північної Америки виконують 200 холецистектомій на 100 000 населення [9].

Хоча лапароскопічна холецистектомія є мало травматичною, після неї відбуваються значні зміни у функціонуванні біліарної системи. Жовч перестає накопичуватись у жовчному міхурі і безперервно виділяється в дванадцятипалу кишку, що вимагає адаптації травної системи та інших функцій організму. Інколи у наслідок метаболічних дисфункцій відбуваються структурні зміни в ендотеліальних тканинах, що призводить до розвитку супутніх захворювань та відповідно зниження якості життя [13].

Постановка проблеми. Незважаючи на терапевтичні переваги хірургічного втручання та потенційну економічну вигоду в запобіганні подальшої захворюваності від жовчнокам'яної хвороби, лапароскопічна холецистектомія не позбавлена ризику [7]. Daliya, P., Gemmill, E. H., Lobo, D. N., & Parsons, S. L. (2019).

На сьогодні якість життя стала важливою концепцією та ціллю для досліджень і практики в галузі охорони здоров'я та медицини [8]. Традиційно біомедичні результати, а не якість життя, були основними кінцевими точками в медичних дослідженнях. Однак протягом останніх десятиліть більше досліджень було зосереджено саме на якості життя пацієнтів [7].

Результати, про які повідомляють пацієнти, надають засоби для суб'єктивного вимірювання різних результатів, таких як клінічні симптоми, задоволеність пацієнта та якість життя, пов'язана зі здоров'ям з точки зору пацієнта [5].

Для збору даних про які повідомляють пацієнти часто використовуються підтвержені опитувальники або показники результатів, повідомлені пацієнтом [10]. У Національній службі охорони здоров'я (NHS) Англії з квітня 2009 року цей процес був прийнятий як обов'язкова практика для вимірювання HRQoL після хірургічних втручань [3]. На додаток до порівняння якості послуг між постачальниками медичних послуг, збір даних про які повідомляють пацієнти також може допомогти пацієнтам і клініцистам у прийнятті клінічних рішень; шляхом моніторингу захворювання та ефективності лікування [7].

Розуміння якості життя є важливим для покращення симптомів, догляду та реабілітації пацієнтів. Проблеми, виявлені за результатами оцінки якості життя пацієнтів, можуть призвести до модифікації та покращення лікування, реабілітації та догляду або можуть показати, що деякі методи лікування/ реабілітації не приносять користі. Якість життя також використовується для визначення кола проблем, які можуть вплинути на пацієнтів. Така інформація може бути передана майбутнім пацієнтам, щоб допомогти їм передбачити та зрозуміти наслідки своєї хвороби та її лікування. Крім того, виліковані пацієнти, можуть мати проблеми ще довго після завершення лікування. Ці пізні проблеми можна не помітити без оцінки якості життя. Оцінка якості життя також важлива для прийняття медичних рішень, оскільки ЯЖ є предиктором успіху лікування і тому має прогностичне значення. Наприклад, було показано, що якість життя є сильним предиктором виживання. Ця прогностична здатність свідчить про те, що існує потреба в рутинній оцінці якості життя в клінічних дослідженнях [11].

Незважаючи на важливість якості життя в охороні здоров'я та медицині, тривають концептуальні та методологічні дебати щодо значення якості життя та того, що слід вимірювати. Єдиного визначення поняття немає; однак Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) надає одне визначення якості життя; «Сприйняття особистістю своєї позиції в житті в контексті культури, в якій вона живе, і по відношенню до її цілей, очікувань, стандартів і проблем» [16].

Крім того, термін «якість життя, пов'язана зі здоров'ям» (ЯЖПЗ) часто описується так: «Термін, що стосується аспектів якості життя зі здоров'ям, який зазвичай вважається таким, що відображає вплив захворювання та лікування на інвалідність і повсякденне функціонування; також вважалось, що він відображає вплив сприйманого стану здоров'я на здатність людини жити повноцінним життям. Однак, якщо говорити більш конкретно, ЯЖПЗ є мірою значення, присвоєного тривалості життя, зміненого порушеннями, функціональними станами, сприйняттям і можливостями, під впливом хвороби, лікування та реабілітації [19].

Згідно з визначенням ВООЗ (викладеним у конституції, ВООЗ, 2021), здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не лише відсутність хвороб чи фізичних вад. Крім дотримання клінічних протоколів, медичні працівники повинні мати чітку мету зменшити, наскільки це можливо, ступінь, до якого хвороба заважає особистому та соціальному життю пацієнтів. Це досягається шляхом усвідомлення обмежень, які накладає хвороба, а також впливу, який режими лікування мають на спосіб життя пацієнтів, і часу, який ці процедури викрадають у нормального життя. Визнання цих проблем приходять із знанням усіх аспектів хвороби, з досвідом, навчанням у пацієнтів і шляхом забезпечення цілісного підходу до пацієнтів. Окрім контролю за фізичним станом, медичний персонал повинен

бути готовий вислухати будь-які питання, які можуть поставити пацієнти, і мати можливість порадити з усіх питань, пов'язаних зі способом життя [2].

Науковці Teoli, D., та Bhardwaj, A. (2023) зазначають, що якість життя – це концепція, яка спрямована на охоплення добробуту населення чи окремої людини щодо як позитивних, так і негативних елементів у межах їхнього існування в певний момент часу. Наприклад, загальні аспекти якості життя включають особисте здоров'я (фізичне, психічне та духовне), стосунки, освітній статус, робоче середовище, соціальний статус, багатство, відчуття безпеки, свободу, автономію у прийнятті рішень, соціальну приналежність та їхнє фізичне оточення [15].

Ведення «нормального» життя є пріоритетом, про який часто говорять пацієнти. Це включає соціальну інтеграцію, зв'язок і взаємодію з людьми та внесок у суспільство, незважаючи на протидію, яку приносить хвороба та її лікування, що може призвести до ізоляції, а в деяких суспільствах – стигматизації. Маргіналізація призведе до депресії та, можливо, збільшить ризики для здоров'я. Ці проблеми та ширша концепція якості життя стають більш актуальними, оскільки завдяки сучасному лікуванню/реабілітації досягається більш тривале виживання та мінімізація ускладнень. Поняття якості життя, соціальної інтеграції, життя та досвіду життя поза межами збереження здоров'я переплітаються. Психосоціальна підтримка є необхідним компонентом управління, як і високоякісний і добре організований комплексний догляд. Команда фахівців галузі охорони здоров'я повинна мати на увазі ці концепції та бути в змозі скеровувати пацієнтів щодо різноманітних питань способу життя. Поняття якості життя передбачає сприйняття кожним пацієнтом свого власного життя та благополуччя, а оскільки благополуччя включає психологічні та соціальні функції, на які, у свою чергу, впливає фізичний стан здоров'я, будь-яка оцінка повинна включати всі ці виміри. [2].

Численна когорта науковців зазначає, що послуги галузі охорони здоров'я мають бути в першу чергу, зосереджені на профілактиці захворювань, зміцненні здоров'я та лікуванні хронічних захворювань, що виникають переважно у наслідок нездорового способу життя та наявності шкідливих звичок. Профілактичні заходи для покращення здоров'я у першу чергу мають включати заходи для підвищення фізичної активності, збалансованого харчування, емоційного благополуччя, відсутністю шкідливих звичок, менеджменту здоров'я, контролю маси тіла у межах норми. Адаже, як відомо хронічні неінфекційні захворювання, які виникають у наслідок нездорового способу життя є основною і найпоширенішою причиною захворюваності, смертності та основною причиною життя з інвалідністю в усьому світі [6, 12, 14].

Як відомо, порушення функціонування органів і систем організму після холецистектомії призводить до виникнення певної симптоматики, з якою особи звертаються за допомогою до лікувальних та реабілітаційних закладів на більш пізніх етапах реабілітації. Відчуття болю, диспепсії, скарг на порушення роботи шлунково-кишкового тракту призводить до зниження психоемоційного, фізичного станів, що відповідно негативно позначається на якості життя.

Корекція дієти, помірна фізична активність, здоровий спосіб життя, психологічна підтримка, на думку науковців є основними засобами реабілітації для таких пацієнтів [18].

Фізичну активність рекомендують збільшувати за рахунок регулярних прогулянок, дихальної гімнастики, легких вправ для зміцнення м'язів живота, тулуба, гідрокінезотерапії, яка здатна покращити кровообіг у черевній порожнині та відток жовчі. При цьому категорично слід уникати в перші місяці після операції інтенсивних фізичних навантажень, підняття важких предметів та вправ, які призводять до різкого напруження м'язів черевної порожнини [17].

Мета статті. Оцінити динаміку якості життя пацієнтів після холецистектомії під впливом програми фізичної реабілітації

Виклад основного матеріалу. У дослідження включено 46 осіб (12 осіб чоловічої статі та 34 жіночої), віком від двадцяти п'яти до шістдесяти років після холецистектомії лапароскопічним способом. Для розподілу груп застосовували метод рандомізації. Було сформовано дві групи: основна група (ОГ), особи якої займалися за програмою фізичної реабілітації, яка включала гідрокінезітерапію та отримувала медикаментозне лікування (n=26) та контрольну групу (КГ), особи якої отримали загальні рекомендації щодо рухового режиму та приймали медикаментозні засоби (n=20). Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника SF-12.

В ОГ фізичну реабілітацію здійснювали із застосуванням занять із гідрокінезітерапії з помірною інтенсивністю та тривалістю 40 хв. 3 місяці 2 рази в тиждень, поступово збільшуючи навантаження шляхом збільшення інтенсивності занять та зменшення інтервалів відпочинку між вправами.

Виконували методи статистичного аналізу в залежності від розподілу статистичної вибірки за допомогою параметричних критеріїв Ст'юдента. Використовували метод описової статистики (середнє, стандартне відхилення) для репрезентації отриманих даних. Результати розцінювалися як статистично значущі при $p < 0,05$. Визначали фізичний та психічний компоненти якості життя за опитувальником SF-12 до початку проведення програми реабілітації та через 3 місяці.

Результати оцінки динаміки фізичного компоненту якості життя пацієнтів після холецистектомії під впливом програми фізичної реабілітації за опитувальником SF-12 представлені у таблиці 1.

Таблиця 1

Результати оцінки динаміки фізичного компоненту якості життя пацієнтів після холецистектомії під впливом програми фізичної реабілітації за опитувальником SF-12

Показник	Фізичний компонент якості життя	
	\bar{x}	S
КГ первинне обстеження	46,97	4,04
ОГ первинне обстеження	47,01	3,92

КГ вторинне обстеження	52,24 *	4,33
ОГ вторинне обстеження	63,51 **	3,75

Результати оцінки динаміки психічного компоненту якості життя пацієнтів після холецистектомії під впливом програми фізичної реабілітації за опитувальником SF-12 представлені у таблиці 2.

Таблиця 2

Результати оцінки динаміки психічного компоненту якості життя пацієнтів після холецистектомії під впливом програми фізичної реабілітації за опитувальником SF-12

Показник	Психічний компонент якості життя	
	\bar{x}	S
КГ первинне обстеження	46,21	2,85
ОГ первинне обстеження	46,11	3,03
КГ вторинне обстеження	51,05 *	3,22
ОГ вторинне обстеження	58,69 **	3,18

Примітки: * статистично значуща різниця відносно показника первинного обстеження;

** статистично значуща різниця відносно показника контрольної групи

При первинному обстеженні фізичного та психічного компонентів оцінки якості життя у осіб КГ та ОГ за опитувальником SF-12 статистично значущої різниці виявлено не було. При вторинному обстеженні встановлено статистично значуще збільшення ($p < 0,05$) показників якості життя у порівнянні із первинним обстеженням. У осіб ОГ фізичний компонент зріс на 35,1%, а психічний компонент – на 27,3 %. У контрольній групі фізичний компонент зріс на 11,2%, а психічний компонент – на 10,5%. При цьому встановлено статистично значущу різницю відносно показника за досліджуваними показниками між КГ та ОГ при вторинному обстеженні. Таким чином, програма фізичної реабілітації після лапароскопічної холецистектомії, демонструє переваги та позитивний вплив на якість життя пацієнтів.

Висновки. Реабілітаційне втручання в основній групі пацієнтів зумовило виражено позитивну динаміку у фізичному та психологічному компонентах оцінки якості життя на протигагу тільки медикаментозного менеджменту в контрольній групі.

References

1. Andercou O., Olteanu G., Mihaileanu F., Stancu B., Dorin M. Risk factors for acute cholecystitis and for intraoperative complications. *Ann Ital Chir.* 2017. № 8. P. 318-325. [PubMed]
2. Angastiniotis, M., Maggio, A., & Porter, J. (Eds.). (2023). *Lifestyle and Quality of Life*. In M. D. Cappellini (Eds.) et al., *2021 Guidelines: For the Management of Transfusion Dependent Thalassaemia (TDT)*. (4th ed.). Thalassaemia International Federation.
3. Black N. (2013). Patient reported outcome measures could help transform healthcare. *BMJ (Clinical research ed.)*, 346, f167. <https://doi.org/10.1136/bmj.f167>
4. Brauer, D. G., Hawkins, W. G., Strasberg, S. M., Brunt, L. M., Jaques, D. P., Mercurio, N. R., Hall, B. L., & Fields, R. C. (2015). Cost variation in a laparoscopic cholecystectomy and the association with outcomes across a single health system: implications for standardization and improved resource utilization. *HPB : the official journal of the International Hepato Pancreato Biliary Association*, 17(12), 1113–1118. <https://doi.org/10.1111/hpb.12500>
5. Calvert, M., Blazeby, J., Altman, D. G., Revicki, D. A., Moher, D., Brundage, M. D., & CONSORT PRO Group (2013). Reporting of patient-reported outcomes in randomized trials: the CONSORT PRO extension. *JAMA*, 309(8), 814–822. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.879>
6. Carbohydrate intake for adults and children: WHO guideline. World Health Organization. 2023. URL: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240073593>
7. Daliya, P., Gemmill, E. H., Lobo, D. N., & Parsons, S. L. (2019). A systematic review of patient reported outcome measures (PROMs) and quality of life reporting in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Hepatobiliary surgery and nutrition*, 8(3), 228–245. <https://doi.org/10.21037/hbsn.2019.03.16>
8. Fayers, P. M., & Machin, D. (2016). *Quality of life: the assessment, analysis and reporting of patient-reported outcomes* (3rd ed.). Hoboken, NJ: Wiley Blackwell.
9. Haraldstad, K., Wahl, A., Andenæs, R., Andersen, J. R., Andersen, M. H., Beisland, E., Borge, C. R., Engebretsen, E., Eisemann, M., Halvorsrud, L., Hanssen, T. A., Haugstvedt, A., Haugland, T., Johansen, V. A., Larsen, M. H., Løvereide, L., Løyland, B., Kvarme, L. G., Moons, P., Norekvål, T. M., ... LIVSFORSK network (2019). A systematic review of quality of life research in medicine and health sciences. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 28(10), 2641–2650. <https://doi.org/10.1007/s11136-019-02214-9>
10. Kyte, D., Ives, J., Draper, H., & Calvert, M. (2016). Current practices in patient-reported outcome (PRO) data collection in clinical trials: a cross-sectional survey of UK trial staff and management. *BMJ open*, 6(10), e012281. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-012281>

11. Li, Y., Li, J., & Hu, X. (2023). The effectiveness of symptom management interventions based on electronic patient-reported outcomes (ePROs) for symptom burden, quality of life, and overall survival among patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *International journal of nursing studies*, 147, 104588. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2023.104588>
12. Padda I.S., Johal G.S. Lifestyle Prevention Measures for the Clinic Visit. In StatPearls. StatPearls Publishing. 2023. PMID: 36508517 Bookshelf ID: NBK587343. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK593396/>
13. Saleem, S., Weissman, S., Gonzalez, H., Rojas, P. G., Inayat, F., Alshati, A., & Gaduputi, V. (2021). Post-cholecystectomy syndrome: a retrospective study analysing the associated demographics, aetiology, and healthcare utilization. *Translational gastroenterology and hepatology*, 6, 58. <https://doi.org/10.21037/tgh.2019.11.08>
14. Saturated Fatty Acid and Trans-Fatty Acid Intake for Adults and Children: WHO Guideline. World Health Organization. 2023. ISBN-13: 978-92-4-007359-3 ISBN-10: 978-92-4-007360-9.
15. Teoli, D., & Bhardwaj, A. (2023). Quality Of Life. In StatPearls. StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536962/>
16. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Social science & medicine* (1982), 41(10), 1403–1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
17. Wang, X., Li, Y., & Yang, W. (2022). Rapid Rehabilitation Program Can Promote the Recovery of Gastrointestinal Function, Speed Up the Postoperative Rehabilitation Process, and Reduce the Incidence of Complications in Patients Undergoing Radical Gastrectomy. *Journal of oncology*, 2022, 1386382. <https://doi.org/10.1155/2022/1386382>
18. Xiang, Y., Kong, X., Zhang, C., He, C., Cai, J., Lu, R., Zhang, B., Lu, L., & Yang, Y. (2021). Free fatty acids and triglyceride change in the gallbladder bile of gallstone patients with pancreaticobiliary reflux. *Lipids in health and disease*, 20(1), 97. <https://doi.org/10.1186/s12944-021-01527-4>

DOI: [https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.02\(187\).26](https://doi.org/10.31392/UDU-nc.series15.2025.02(187).26)

Омельчук О.В.,

ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0003-1771-730X>

кандидат педагогічних наук, доцент,

Український державний університет імені Михайла Драгоманова, м. Київ

Крайнський І.С

ORCID iD: <https://orcid.org/0009-0001-5717-3725>

Аспірант

Український державний університет імені Михайла Драгоманова, м. Київ

РУХОВА АКТИВНІСТЬ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ СТРЕСОСТІЙКОСТІ ШКОЛЯРІВ

В роботі наголошується що в період активного психофізіологічного розвитку рухова активність відіграє важливу роль у підтримці емоційної стабільності, адаптації до стресу та загальному фізичному здоров'ї школярів.. Саме тому необхідно впроваджувати ефективні методики фізичного виховання, спрямовані на зниження рівня стресу, покращення психоемоційного стану та підвищення загальної стійкості організму до негативних факторів середовища. **Здійснено аналіз наукової літератури.** Підтверджено позитивний вплив фізичної активності на стресостійкість дітей шкільного віку. Серед ефективних методик виділяють аеробні програми, танцювальні заняття, йогу, дихальні практики, а також участь у командних іграх. **Виявлено,** що регулярні фізичні навантаження сприяють зниженню рівня кортизолу (гормону стресу), покращують серцево-судинну витривалість та розвивають навички саморегуляції. **Доведено,** що заняття спортом у дитинстві покращують когнітивні здібності, формують здорові поведінкові звички та емоційну регуляцію. Рухова активність позитивно позначається на рівні тривожності, покращує концентрацію уваги та сприяє розвитку навичок подолання стресу. Вказується на те, що 30 хвилин фізичних вправ тричі на тиждень значно знижують рівень стресу та депресії у дітей молодшого шкільного віку. Важливу роль у підвищенні стресостійкості відіграють командні види спорту. Вони розвивають швидкість адаптації до нових умов, покращують навички міжособистісного спілкування та сприяють емоційній стійкості. **Висновок.** Різноманітні форми рухової активності не лише покращують фізичний розвиток школярів, а й сприяють формуванню емоційної стабільності, здатності до саморегуляції та комунікативних навичок.. Фізичне виховання має стати невід'ємною частиною шкільної програми, спрямованої на формування здоров'язберезувальної компетентності учнів.

Ключові слова: рухова активність, стресостійкість, школярі, фізичне виховання, адаптація до стресу, здоровий спосіб життя.

Omelsuk Olena, Kraysky Ilya., Motor activity as a basis for the formation of schoolchildren's stress resistance.

The paper emphasizes that during the period of active psychophysiological development, physical activity plays an important role in maintaining emotional stability, adaptation to stress, and overall physical health of schoolchildren. That is why it is necessary to introduce effective methods of physical education aimed at reducing stress, improving the psycho-emotional state and increasing the overall resistance of the body to negative environmental factors. The scientific literature is analyzed. The positive effect of physical activity on the stress resistance of school-age children is confirmed. Among the effective methods are aerobic programs, dance classes, yoga, breathing practices, and participation in team games. Regular physical activity has been shown to reduce cortisol levels (a stress hormone), improve cardiovascular endurance, and develop self-regulation skills. It has been proven that playing sports in childhood improves cognitive abilities, healthy behavioral habits and emotional regulation.