

12. Romanovskaya, Y., Khafyzullyna, Y. Razvitye ynklyuzivnoy kompetentnosti uchytelya v protsesse povysheniya kvalifikatsyy. *Sovremennye problemy nauky y obrazovaniya*. № 4. 2014. S. 55-59. [in Russian].

Федорчук Л. П. Теоретические аспекты формирования профессиональной компетентности медицинской сестры к работе в инклюзивных заведениях образования

В статье рассмотрены особенности компонентной структуры формирования профессиональной компетентности медицинского персонала. Приведено уточнение основных составляющих компетентности медицинской сестры в аспекте ее готовности к работе в инклюзивных заведениях. Рассмотрена характеристика комплекса профессиональных компетенций медицинской сестры. Обоснованы основные проблемы формирования коммуникативной профессиональной компетентности медицинской сестры по работе в учреждениях инклюзивного обучения.

Ключевые слова: подготовка медицинских сестер, профессиональная компетентность медицинской сестры, инклюзивное образование, инклюзивные заведения образования.

Fedorchuk L. Theoretical aspects of Medical nurse's professional competence formation to work in inclusive educational institutions

This article is about forming competence of the medical sisters which takes place in the continuous process of self-development of knowledge, abilities and getting new ideas, information. Actually, "competence" is a possibility to carry out independent activity based on universal knowledge. A large value takes not the presence of certain internal possibilities and capabilities, but also the ability to apply this internal ability. The competence of medical sisters of inclusive educational establishment belongs to the list of special professional competences.

Professional competence provides not only the existence of certain psychological knowledge, but also pedagogical as the formation of some special skills of ability to establish contacts, listen, "read" Non-verbal communication, build a conversation, create questions. Important is also the possession of a nurse with your own emotions, ability to maintain confidence, control your reactions and behavior as a whole.

Psychological quality, which ensures adequate communication in the system of relationships "medical worker-pupil" in inclusive institutions of study, there is also empathy, ability to compassion, empathy, a kind of psychological "inclusion" into the world experiences Pupil. Emotional complicity helps establish psychological contact with pupils. get more complete and accurate information about them, about their condition, instill confidence in the competence of the medical worker, in the adequacy of his actions towards pupils.

Formation of the professional competence of a secondary medical worker in the aspect of readiness to work in inclusive educational institutions should be considered as one of the priority goals of training nurses. Designing the process of forming the professional competence of medical workers should be aimed at the development of motivational, cognitive, personal, active components of professional competence.

Keywords: preparation of medical sisters, professional competence of medical sister, inclusive education, inclusive educational establishment.

DOI 10.31392/NPU-nc.series19.2019.37.25

УДК 159.922.62-056.29

Чухрій І.В., chukhriinna@gmail.com

**ПСИХОЛОГІЧНІ МЕХАНІЗМИ СОЦІАЛЬНОЇ АДАПТАЦІЇ ВЕТЕРАНІВ
АНТИТЕРОРИСТИЧНОЇ ОПЕРАЦІЇ ОБ'ЄДНАНИХ СИЛ
З ПОРУШЕННЯМИ ФУНКЦІЙ ОПОРНО-РУХОВОГО АПАРАТУ**

В статті представлені результати емпіричного дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів антитерористичної операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Опорною структурою дослідження була Модель психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату А.Г.Шевцова, І.В.Чухрій. За результатами дослідження встановлено, що до складу структури Я-концепції досліджуваних ветеранів молодого віку увійшов компонент Я-фізичне, що займає провідне місце в більш ранні періоди вікового розвитку особистості. Було проведено емпіричне дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів з обмеженнями життєдіяльності. За результатами факторного аналізу виділено трьох-факторну структуру до компонентів якої увійшли: деструктивно-дезадаптивний фактор, приймаючо-співпрацюючий-залежний фактор та гіперкомпенсаторно-адаптивний.

Ключеві слова: ветерани, психологічні механізми соціальної адаптації, Я-концепція особистості, особистісна дезадаптованість.

Постановка проблеми. В останні роки в Україні збільшилась кількість молодих людей з обмеженнями життєдіяльності, зокрема з набутими порушеннями функцій опорно-рухового апарату. Зазначені особливості значною мірою пов'язані з проведенням на території України антитерористичної операції/операції об'єднаних сил. Перед державою постає ряд нових завдань, оскільки участь у військових діях, і, як наслідок, наявність порушень функцій опорно-рухового апарату у ветеранів війни провокують комплекс незворотних психологічних змін, що вимагають комплексного реабілітування [6]. В Україні працює система реабілітаційних закладів, які можуть надавати компетентну допомогу ветеранам з обмеженнями життєдіяльності. Проте, брати участь в психологічній реабілітації, на відміну від медичної та фізичної [1], учасники військових конфліктів не завжди мають бажання, хоч і переживають негативні емоційні стани, зазнають порушень сну, наявними є конфлікти в сім'ї та виникає ризик узалежнення від вживання алкоголю та психоактивних речовин. В останні роки в Україні проводяться дослідження особливостей соціальної адаптації ветеранів антитерористичної операції /операції об'єднаних сил, проте майже не досліджена проблема соціальної адаптації ветеранів з обмеженнями життєдіяльності, зокрема з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Аналіз досліджень і публікацій. Проблема соціальної адаптації розкрита в багатьох наукових працях і має міждисциплінарний характер, її психологічні аспекти розкриті в наукових здобутках Б.Г.Ананьєва, Л.С.Виготського, А.А.Бека, О.М.Кокуна, О.Н.Леонтьєва, С.Д.Максименка, А.А.Налчаджяна, В.В.Рибалка та інших. Структура та механізми соціальної адаптації особистості розкриті в роботах Г.О.Бала, Ж.Піаже, А.А.Налчаджяна, С.І.Розума та інші. Особливості соціального адаптування військовослужбовців України до умов мирного життя та особливості їх психологічного реабілітування розкриті в дослідженнях Л.А.Кирієнко, О.М.Кокуна, С.Д.Максименка. Особливості соціальної адаптації людей з обмеженнями життєдіяльності та роль в цьому процесі спеціальної корекційної роботи описані у наукових здобутках Л.С.Виготського, В.В.Засенко, В.М.Синьова, Є.П.Синьової, Л.І.Солнцевої, Л.І.Фомічової, А.Г.Шевцова, М.К.Шеремет та інших.

Мета статті – представити емпіричне дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів антитерористичної операції / операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату з метою подальшої розробки та впровадження ефективних методів психокорекції особистісної дезадаптованості ветеранів та покращення їх соціальної адаптації до умов мирного життя.

Виклад матеріалу дослідження.

Дослідження особливостей психологічних механізмів соціальної адаптації проводилося відповідно до Моделі соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату А.Г.Шевцова, І.В.Чухрій [10, 6-14]. У центрі запропонованої моделі особистісне ядро - Я-концепція особистості з порушеннями функцій опорно-рухового апарату, в якій досліджуються компоненти: Я-фізичне; Я-психічне; Я-соціальне, в якому виділяємо: Я-професійне, Я-сімейне, Я-учнівське.

Психологічні механізми соціальної адаптації у запропонованій моделі групуються у такий спосіб: пізнавальні механізми (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри); поведінкові механізми (діяльнісний вимір); емоційно-афективні механізми (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри); комунікативні механізми (соціально-психолого-індивідуальний вимір); мотиваційно-вольові механізми (соціально-психолого-індивідуальний та діяльнісний виміри). Кожен із зазначених механізмів містить біпорядний континіум стратегій: адаптивні стратегії та дезадаптивні стратегії [10, с. 6-14].

Факторами впливу на механізми соціальної адаптації є педагогічний фактор, медичний фактор, психологічний фактор, техніко-середовищний фактор [6, с. 110-114].

На основі теоретичної моделі було сформовано психодіагностичний комплекс методів дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату: 1. Вивчення особливостей соціальної адаптації проводилося за допомогою Анкети (збір особистих даних молоді з обмеженнями життєдіяльності) І.В.Чухрій та Методики діагностики соціально-психологічної адаптації К. Роджерса і Р. Даймонда [3, с. 454-459]. 2. Дослідження особливостей Я-

концепції ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату проводилося за допомогою Методики дослідження особливостей Я-концепції молоді з обмеженнями життєдіяльності І.В.Чухрій [9, с. 48-51]. 3. Дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації проводилося за допомогою таких методів: Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації І.В.Чухрій [5, с. 83-95]; Методика діагностики копінг-механізмів Е.Хейма (E. Heim); *Опитувальник Плутчика Келлермана Конте / Методика Індекс життєвого стилю Методика (Life Style Index, LSI) / Тест для діагностики механізмів психологічного захисту*. 4. Дослідження особливостей пізнавального, поведінкового, комунікативного, емоційно-афективного та мотиваційно-вольового механізмів соціальної адаптації проводилося за допомогою Діагностики провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе Методика "Q- Сортування" В.Стефансона; Тесту поведінки К.Томаса (адаптація Н.В.Грішиної); Методики «Шкала самооцінки» (Ч.Д.Спілберга, Ю.Л. Ханіна); Діагностики рівня соціальної фрустрації л. І.Вассермана (модифікація В.В. Бойка) Методики диференціальної діагностики депресивних станів В. Зунге (модифікованої Т.І. Балашовою); Методики діагностики показників і форм агресії А. Басса та А. Дарки адаптація А.К. Осницького [3] та шкал вище запропонованих методик (1; 3).

Дослідження проводилося на базах: Вінницького обласного клінічного госпіталю ветеранів війни; ГО «ВА Асоціація ветеранів, інвалідів війни та волонтерів АТО»; ГО Ветеранів АТО міста Кропивницького; Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського, Відкритого міжнародного університету розвитку людини «Україна» (м. Київ), Вінницького соціально-економічного інституту Відкритого міжнародного університету розвитку людини Україна, Вінницького міського центру соціально-психологічної реабілітації дітей та молоді з функціональними обмеженнями «Гармонія». У дослідженні взяли участь 120 ветеранів антитерористичної операції / операції об'єднаних сил молодого віку з порушеннями функцій опорно-рухового апарату.

Для дослідження особливостей Я-концепції та її основних компонентів молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату внаслідок участі в антитерористичній операції / операції об'єднаних сил було застосовано Методика дослідження особливостей Я-концепції молоді з обмеженнями життєдіяльності І.В.Чухрій [9, с. 48-51] За результатами дослідження встановлено, що у досліджуваних ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату розвинені такі компоненти Я-концепції як Я-фізичне, Я-психічне, Я-професійне, Я-сімейне, Я-учнівське. Особливого значення заслуговує наявність Я-фізичного у структурі Я-концепції молодих ветеранів, оскільки цей компонент не займає провідного місця у молоді з типовим розвитком. З втратою функцій опорно-рухового апарату відбувається порушення фізичної цілісності, що й викликає внутрішні перебудови Я-концепції особистості, внаслідок якого набуває провідного значення конструкт, що займав важливе місце на ранніх етапах розвитку індивіда – Я-фізичне [8].

За результатами дослідження особливостей Я-концепції ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату (рис. 1), встановлено, що компоненти Я-концепції учасників дослідження розвинуті нерівномірно: найбільше відсоткове значення за показниками Я-професійне (24%) та Я-сімейне (24%), компонент Я-психічне має 21%, а найменші, проте не менш значущі, показники за компонентами Я-фізичне (18%) та Я-учнівське (13%). Зазначена нерівномірність може спричинювати особистісну дезадаптованість та породжувати гіперкомпенсацію нерозвинутих компонентів домінуючими [2; 7]. Можна припустити, що високі показники за компонентом Я-сімейне, розвинулися внаслідок переважної активності членів сімей ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату в налагоджуванні їх соціальної адаптації. Дружини, в більшості випадків, не тільки підтримують ветеранів, але є ініціаторами включення учасників бойових дій у процес комплексного реабілітування (психологічного, педагогічного, професійного, медичного, техніко-середовищного) [6]. Також потрібно враховувати той факт, що при появі порушень функцій опорно-рухового апарату ветерани потребують спеціального супроводу (самообслуговування, забезпечення соціальної взаємодії та інші), який здійснюється членами сім'ї, переважно дружинами, що утворює негативну динаміку в стосунках, зокрема залежність з всіма негативними її наслідками.

Високі показники за компонентом Я-професійне, могу вказувати на те, що був сформований потужний конструкт професійної військової ідентичності, проте у випадку подальшого безробіття зазначений конструкт Я-концепції може зазнавати негативних змін [1].

Найнижчі показники за компонентом Я-учнівське (13%), що може вказувати на проблемну зону, а саме: складності самореалізації, саморозвитку та підвищення власної професійної компетенції.

Компонент Я-фізичне, хоча і не мав високого процентного результату, проте, він достатньо вагомий – 18%. Зазначена особливість є відмінною від показників у молодих людей з типовим розвитком (у яких зазначений компонент має показники приблизно 4% [9]), і є ознакою регресу до попередніх стадій розвитку особистості, або є результат трансформаційних процесів Я-концепції. Можливо, саме поява Я-фізичного в структурі Я-концепції ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату і спричинила розбіжності в розвитку їх основних компонентів.

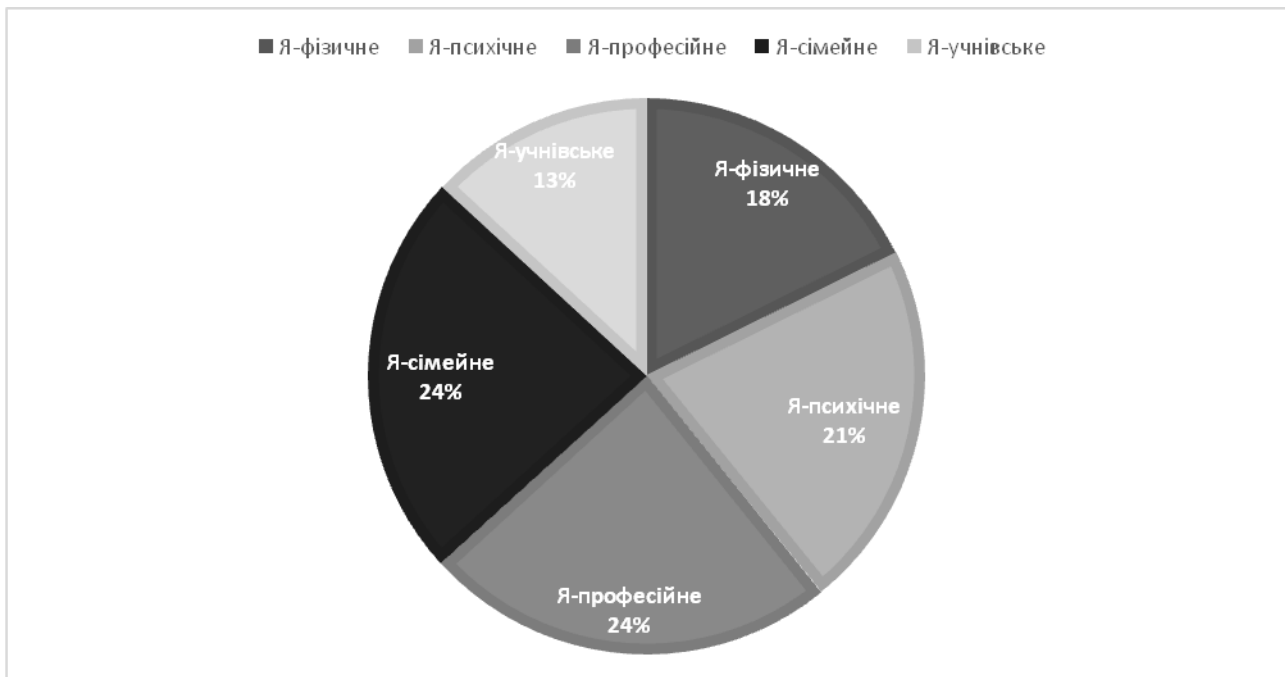


Рис.1. Компоненти Я-концепції ветеранів антитерористичної операції / операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

На другому етапі дослідження для визначення особливостей соціальної адаптації ветеранів антитерористичної операції / операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату було застосовано анкету розроблену І.В.Чухрій. За результатами проведеного анкетування (збору особистих даних) було встановлено, що переважна більшість досліджуваних ветеранів молодого віку мають середню освіту (41,7%), також значущі показники середньої спеціальної освіти (33,3%), непрацевлаштовані - 83,3% досліджуваних. Тобто, після звільнення з військової служби та набуття статусу інваліда війни переважна більшість досліджуваних має проблеми з працевлаштуванням, що з одного боку є загальнодержавною проблемою і полягає в недостатній можливості забезпечити ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату належними робочими місцями; з іншого боку - є цілий ряд причин внутрішньої неготовності самих молодих людей з обмеженнями життєдіяльності повертатися на робочі місця, або працевлаштуватися на нові. Можливо спрогнозувати, що недостатній відсоток працевлаштованості серед учасників антитерористичної операції / операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату може призвести до руйнації такого важливого компоненту Я-концепції молодого людини як Я-професійного, що створює внутрішній дисбаланс та ризик негативних проявів (до звільнення з лав армії Я-професійне було пов'язане з професією військовослужбовця).

За результатами анкетування 66,6% досліджуваних перебувають у шлюбі, 16,6% - у цивільному шлюбі. Зазначені дані анкетування вказують на прогресивну динаміку соціального адаптування, оскільки сім'я є значущим соціальним інститутом, який з одного боку - надає підтримку ветерану, з іншого - забезпечує розвиток такого важливого для молодого віку конструкту Я-концепції як Я-сімейне.

За результатами дослідження соціально-психологічної адаптації встановлено, що у досліджуваних ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату виявлені високі показники за шкалами адаптивності (83,3%), прийняття себе (75%), прийняття інших (75%), емоційний комфорт (41,7%), внутрішній контроль (91,7%). Тобто, зазначені результати вказують на надмірність адаптації, прийняття себе та внутрішнього контролю.

А.А. Налчаджяна, І.Остапівський та інші описують поняття нададаптації, або гіперадаптації [2]. Гіперадаптація в еволюційній біології – це адаптація організму з великим рівнем напруги функцій будь-якого з органів. В психічній активності людини гіперадаптація має місце тоді, коли людина постійно повторно адаптується з застосуванням одного і того самого механізму або комплексу. А.А.Налчаджян в своїх наукових працях ототожнює гіперадаптацію з персервативною або фіксованою адаптацією [2]. Мова йде про стереотипію в поведінці та надмірну внутрішню напругу. Зазначені особливості прослідковуються і в високих показниках особистісної тривожності (41,66%) за результатами дослідження за методикою діагностики самооцінки Ч.Д.Спілбергера-Ю.Л.Ханіна. Також потребують уваги високі показники за шкалою внутрішній контроль, що характеризуються надмірним прагненням контролювати ситуацію, як відповідь на надмірну фрустрацію (З.Фрейд та інші) [11].

Можливо припустити, що досліджувані надавали неправдиві відповіді для покращення результатів дослідження, для представлення себе в кращому вигляді та з інших причин, проте показники за шкалою брехні в межах норми (середнє значення 26,3), тобто середнє значення, або зона невизначеності.

Для дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату був застосований опитувальник Діагностика психологічних механізмів соціальної адаптації І.В.Чухрій. Зазначений психодіагностичний опитувальник був розроблений відповідно до теоретичної Моделі психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату А.Г.Шевцова, І.В.Чухрій. [10, с. 6-14].

За результатами дослідження виявленні значущі прояви адаптивних стратегій за пізнавальним механізмом соціальної адаптації (24%) та мотиваційно-вольовим (21%). Тобто, зазначені механізми є основними в соціальному адаптуванні досліджуваних. Ветерани з порушеннями функцій опорно-рухового апарату вирішують проблеми (соціальні труднощі, внутрішні хвилювання та інші) за допомогою спроб аналізувати ситуацію, пошуку ефективних шляхів подолання проблем, віри в власні сили та за допомогою внутрішнього контролю та вольових якостей. Тобто знову постає питання в надмірному контролі складних для особистості ситуацій, який при нестабільності емоційно-афективної сфери може спричинювати виникнення нестабільних психічних станів (спалахи агресії, депресивні епізоди, високі показники тривожності та інші).

Встановлено, що найвищий показник дезадаптивних стратегій за шкалою комунікативного психологічного механізму (32%). Тобто у досліджуваних ветеранів є складності в комунікації, можливі неадекватні та конфліктні форми спілкування, які призводять до соціальної дезадаптації і міжособистісних та групових конфліктів.

Також за результатами дослідження виявленні значущі показники за дезадаптивною стратегією за емоційно-афективного механізму (рис. 2), що може бути ознакою переживання негативних емоційних станів досліджуваними внаслідок участі у військових діях [1].

Для більш детального дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації молоді з порушеннями функцій опорно-рухового апарату було проведено дослідження по кожному з компонентів: емоційно-афективному, комунікативному, поведінковому, пізнавальному, мотиваційно-вольовому. За результатами дослідження встановлено, що у досліджуваних ветеранів найбільш розвинутий когнітивний механізм (Діагностика копінг-механізмів Е.Хейма) і відповідно, такі захисні механізми, як проекція, неприйняття та раціоналізація (Дослідження механізмів психологічного захисту Плутчика, Келлермана, Конте). Також у ветеранів достатньо високі показники особистісної тривожності - 41,66% (Методика «Шкала самооцінки» (Ч.Д.Спілберга, Ю.Л. Ханіна)), що може бути підґрунтям для переживання цілого спектру негативних переживань, оскільки тривога є базовим негативним станом (Л.Н. Собчик, З. Фрейд) [4; 11].

У 8,3 % відсотків досліджуваних виявлена субдепресія (Методика диференціальної діагностики депресивних станів В.Зунге (модифікована т. І. Балашовою). Найбільш виражені такі форми агресії:

непряма агресія, образа та підозрілість, провина та фізична агресія (Методика діагностики показників і форм агресії А. Басса и А. Дарки адаптація А.К. Осницького). Високі показники за описаними шкалами опитувальників спровоковані участю досліджуваних ветеранів в антитерористичній операції / операції об'єднаних сил [1] та появою внаслідок поранень порушень функцій опорно-рухового апарату.

Провідні тенденції поведінки в групі: товариськість та залежність (Діагностика провідних тенденцій поведінки в реальній групі та уявлень про себе Методика "Q- Сортуння" В.Стефансона), а в конфліктних ситуаціях ветерани діють по принципу компромісу та уникання (Тест поведінки К.Томаса (адаптація Н.В.Грішиної).

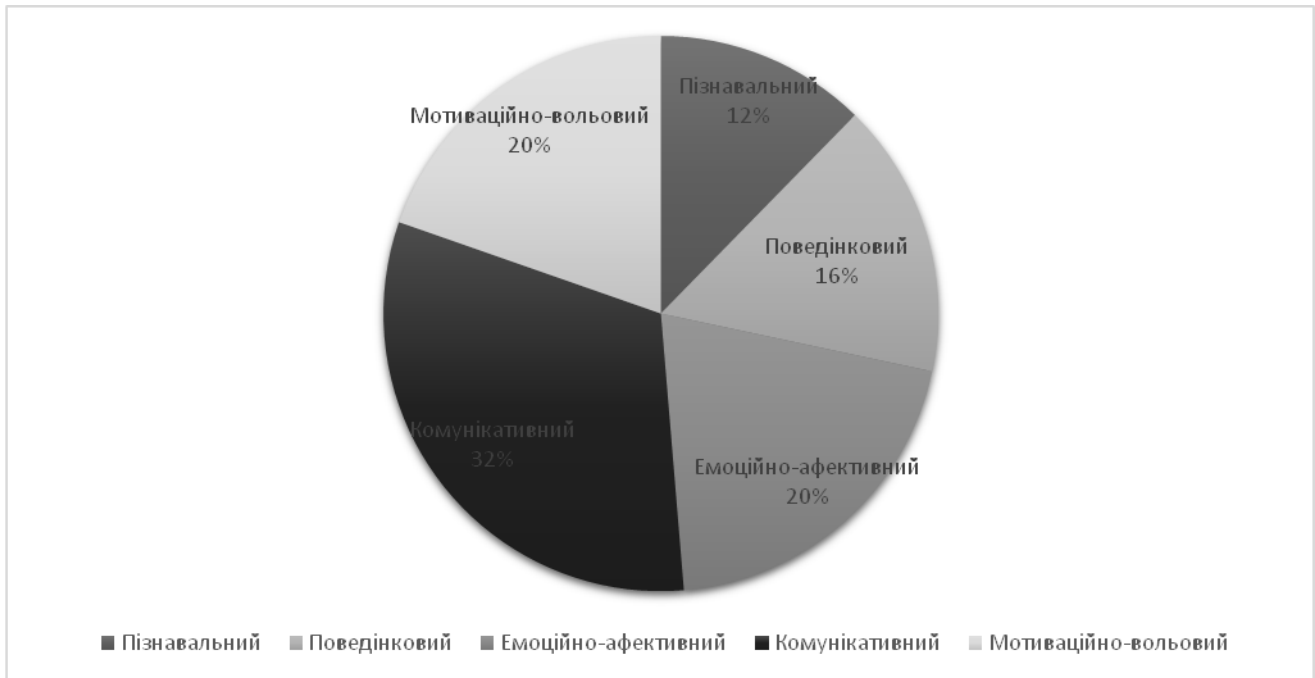


Рис. 2. Особливості дезадаптивних психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів антитерористичної операції/ операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

За результатами емпіричного експерименту було визначено факторну структуру ветеранів антитерористичної операції / операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату. За методом кам'янистого осипу Кеттела було виділено 3 фактори, які склали 63% загальної дисперсії. Подальші компоненти йшли більш-менш рівномірно з різницею в один і менше відсоток у порядку зменшення, починаючи з 9%.

Перший фактор, що включає 25% дисперсії, представив собою три групи показників. Перші пов'язані з основними внутрішніми деструктивними проявами – реактивною і особистісною тривожністю (0,85 і 0,61 відповідно), фрустрованістю (0,72), ворожістю (0,61), агресивністю (0,57); другі – з захисними механізмами – регресією (0,82), депресивністю (0,62), неприйняттям інших (0,61) та центрованістю на зовнішньому комфорті, на протизагаду внутрішньому (0,86) тощо. Найсильнішим показником у даному компоненті є інтегральна дезадаптованість (0,90). З наведеного ми запропонували називати даний фактор як **«Деструктивно-дезадаптивний»**.

Другий фактор, близький за потужністю до першого, увібрав до себе 24% поясненої загальної дисперсії. За домінуючими ознаками він отримав назву **«Приймаючо-співпрацюючий залежний»**. До складової співпраці увійшли показники несуперництва (-0,89), співпраці (0,80), неприйняття боротьби (-0,65), компромісу (0,59), комунікативна складова адаптації (0,53). До складової прийняття – прийняття себе (0,80), прийняття інших (0,80), неприйняття себе (-0,80). До залежності в даному контексті нами був віднесений безпосередній показник залежності (0,77) та слідує за ним показник Я-сімейне (0,74). Спрямованість на залежну співпрацю активує захисний механізм компенсації (0,70).

Третій фактор презентованої структури був названий **«Гіперкомпенсаторно-адаптивний»** відповідно до ключового механізму адаптації – гіперкомпенсації (0,81). Даний захисний механізм

полягає у подоланні реальних і уявних недоліків зі спрямованістю до їх вдосконалення. Зазвичай виявляється у вигляді додаткових надзусиль з метою прямого або непрямого самоствердження у різних значимих сферах життя. Самі складові адаптації були виявлені у показниках поведінкової, мотиваційно-вольової і когнітивної складових адаптації (відповідно 0,86, 0,74, 0,71). Також до цього компоненту залучено показник уникання раціоналізації (-0,60).

У підсумку для ветеранів антитерористичної операції/ операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату виокремлено 3-факторну структуру (табл. 1), в якій зафіксовано базові способи їхнього переживання життя.

Таблиця 1

Трьох-факторна структура переживання життя ветеранами з порушеннями функцій опорно-рухового апарату

Фактори	Дисперсії (%)
«Деструктивно-дезадаптивний»	25,47
«Приймаючо-співпрацюючий залежний»	23,62
«Гіперкомпенсаторно-адаптивний»	14,85
Усього	63,95

Зазначені фактори вміщують у собі показники дезадаптивних механізмів соціальної адаптації та потребують психологічної корекції. Деструктивно-дезадаптивний фактор вказує на переживання негативних станів досліджуваними ветеранами (негативні стани викликані участю в військових діях та набуттям обмежень життєдіяльності), що підсилюється неприйняттям оточення та взаємопов'язане з дезадаптацією. Зазначені особливості є індикаторами особистісної дезадаптованості досліджуваних [2]. Поступово у ветеранів з порушеннями функцій опорно-рухового апарату формується пасивна позиція, зменшення активності та залежна позиція на що вказує приймаючо-співпрацюючий-залежний фактор. Такий компонент як Я-сімейне також належить до зазначеного фактору, що можливо пояснити дещо пасивно-залежною позицією в сім'ї, що може підкріплюватись наявністю у ветеранів обмежень життєдіяльності та, відповідно, потреби в допомозі в самообслуговуванні та допомозі в реалізації власних потреб, що сприяє пригніченню активності та негативним переживанням. Спрямованість на залежну позицію сприяє утворенню захисних компенсаторних механізмів, які утворили гіперкомпенсаторний-адаптивний фактор. Основний механізм адаптації ветеранів антитерористичної операції/ операції об'єднаних сил з порушеннями функцій опорно-рухового апарату – гіперкомпенсація. Можливо, це ще одна з причин завищених показників за дослідженням соціально-психологічної адаптації. Так як ветерани відповідно до наявності у факторній структурі гіперкомпенсаторно-адаптивного фактору всі уявні та наявні обмеження життєдіяльності намагаються компенсувати за рахунок надзусиль у значимих для них сферах життя).

Висновки. За результатами емпіричного дослідження встановлено, що до структури Я-концепції ветеранів антитерористичної операції / операції об'єднаних з порушеннями функцій опорно-рухового апарату молодого віку, крім типових для даної вікової категорії складових, увійшов компонент Я-фізичне, що могло бути спричинене фактом наявності порушень функцій опорно-рухового апарату, що викликало зміни у сприйнятті власного тіла та тілесного образу. Під час дослідження психологічних механізмів соціальної адаптації ветеранів з обмеженнями життєдіяльності виявлені дезадаптивні стратегії за комунікативним та емоційно-афективним механізмами, що характеризується переживанням негативних емоційних станів та проблем в комунікації з оточуючим. Зазначені особливості можна інтерпретувати як наслідки участі у військових діях. За результатами факторного аналізу виділено трьох-факторну структуру, до компонентів якої увійшли: деструктивно-дезадаптивний фактор (характеризується наявністю негативних емоційних станів, концентрацією на зовнішньому комфорті, регресією, що пов'язані з особистісною дезадаптованістю, формується внаслідок участі у військових діях), приймаючо-співпрацюючий-залежний фактор (характеризується пасивною позицією, зниженням активності та залежністю, в першу чергу від членів родини, які здійснюють супровід ветерана,

формується внаслідок обмежень життєдіяльності) та гіперкомпенсаторно-адаптивний (характеризується гіперкомпенсаторною адаптацією на, що вказують завищені результати по значимій кількості шкал і полягає в надмірних зусиллях в виконанні поставленої мети без прив'язки до реально важливих подій та людей в житті з метою подолати уявні та реальні обмеження життєдіяльності).

Перспективи подальших пошуків у напрямку дослідження. Участь молодих людей в антитерористичній операції/операції об'єднаних сил, а особливо набуття під час військових дій обмежень життєдіяльності, викликають негативні особистісні зміни. З метою подолання особистісної дезадаптованості та вироблення ефективних, адаптивних психологічних механізмів соціальної адаптації в подальшому науковому дослідженні було розроблено та впроваджено систему психокорекційних заходів.

Список використаних джерел

1. **Кокун, О.М., Агаєв, Н.А., Пішко, І.О., Лозінська, Н.С., Остапчук, В.В.** Психологічна робота з військовослужбовцями – учасниками АТО на етапі відновлення: Методичний посібник. К.: НДЦ ГП ЗСУ. 2017. 282 с.
2. **Налчаджян, А.А.** Психологическая адаптация: механизмы и стратегии. М.: Эксмо. 2010. 368 с.
3. **Райгородский, Д.** Энциклопедия психодиагностики. Психодиагностика взрослых. Самара: Издательский Дом «Бахрах-М». 2009. 704 с.
4. **Собчик, Л.Н.** Психология индивидуальности. Теория и практика психодиагностики. СПб.: Издательство «Речь». 2005. 624 с.
5. **Чухрий, И.В.** Диагностика психологических механизмов социальной адаптации лиц молодого возраста. Диалог. Психологический и социально-педагогический журнал. Республиканское унитарное предприятие "Издательство "Пачатковая школа". Минск. 2018. № 3. С. 83-95.
6. **Шевцов, А.Г.** Освітні основи реабілітології: [монографія]. К.: «МП Леся». 2009. 483 с.
7. **Grace J., Craig Don, Baucum** Human Development. Prentice Hall. 2001. 718 p.
8. **Kilborne, B.** Disappearing persons: shame and appearance. Albany: State University of New York Press. 2002. 192 p.
9. **Chukhrii, I.** Researching of youth self-concept with the musculoskeletal system disorders. The scientific heritage. № 32 (2019). P. 3. Budapest. Hungary. P. 48-51.
10. **Shevtsov, A., Chuhrii, I.** Psychological mechanisms of social adaptation of young disabled people. American Journal of Applied and Experimental Research. №3(6). New York NY. USA. 2017. P. 6-14.
11. **Freud, S.** Mourning and melancholia. Standard Edition. 14. 1917. London. Hogarth Press. 1957. P. 243-258.

References

1. **Kokun, O.M., Agacv, N.A., Pishko, I.O., Lozins'ka, N.S., Ostapchuk, V.V.** Psihologichna robota z vijs'kovosluzhbovcjami - uchasnikami ATO na etapi vidnovlennja: Metodichnij posibnik. K.: NDC GP ZSU. 2017. 282 s. [in Ukrainian].
2. **Nalchadzhjan, A.A.** Psihologicheskaja adaptacija: mehanizmi i strategii. M.: Jeksmo. 2010. 368 s. [in Russian].
3. **Rajgorodskij, D.** Jenciklopedija psihodiagnostiki. Psihodiagnostika vzroslyh. Samara: Izdatel'skij Dom «Bahrah-M». 2009. 704 s. [in Russian].
4. **Sobchik, L.N.** Psihologija individual'nosti. Teorija i praktika psihodiagnostiki. SPb.: Izdatel'stvo «Rech'». 2005. 624 s. [in Russian].
5. **Chuhrij, I.V.** Diagnostika psihologicheskikh mehanizmov social'noj adaptacii lic molodogo vozrasta. Dialog. Psihologicheskij i socyal'no-pedagogicheskij zhurnal. Respublikanskoe unitarnoe predprijatie "Izdatel'stvo "Pachatkovaja shkola". Minsk. 2018. №3. S. 83-95. [in Russian].
6. **Shevcov, A.G.** Osvitni osnovi reabilitologii: [monografija]. K.: «MP Lesja». 2009. 483 s. [in Ukrainian].
7. **Grace J., Craig Don, Baucum** Human Development. Prentice Hall. 2001. 718 p. [in English].
8. **Kilborne, B.** Disappearing persons: shame and appearance. Albany: State University of New York Press. 2002. 192 p. [in English].
9. **Chukhrii, I.** Researching of youth self-concept with the musculoskeletal system disorders. The scientific heritage. № 32 (2019).R.3. Budapest.Hungary. P. 48-51. [in English].
10. **Shevtsov, A., Chuhrii, I.** Psychological mechanisms of social adaptation of young disabled people. American Journal of Applied and Experimental Research. №3(6). New York NY. USA. 2017. P. 6-14. [in English].
11. **Freud, S.** Mourning and melancholia. Standard Edition. 14. 1917. London. Hogarth Press. 1957. P. 243-258. [in English].

Чухрий И.В. Психологические механизмы социальной адаптации ветеранов антитеррористической операции объединенных сил с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата

В статье представлены результаты эмпирического исследования психологических механизмов социальной адаптации ветеранов антитеррористической операции объединенных сил с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата. Опорной структурой исследования была Модель психологических механизмов социальной адаптации молодежи с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата Шевцова А. Г., Чухрий И.В. По результатам исследования установлено, что в состав структуры Я-концепции исследуемых ветеранов молодого возраста вошел компонент Я-физическое, занимающий ведущее место в более ранние периоды возрастного развития личности. Было проведено эмпирическое исследование психологических механизмов социальной адаптации ветеранов с ограничениями жизнедеятельности. По результатам факторного анализа выделено трех-факторную структуру с компонентами: деструктивно-дезадаптивный фактор, принимающе-сотрудничая-зависимый фактор и гиперкомпенсаторно-адаптивный.

Ключевые слова: ветераны, психологические механизмы социальной адаптации, Я-концепция личности, личностная дезадаптация.

Chuchrii I.V. Psychological mechanisms of social adaptation of anti-terroristic operation veterans/ joint forces operations with the musculoskeletal system disorders

The results of empirical research of the characteristics of psychological mechanisms of social adaptation of anti-terroristic operation veterans/ joint forces operations with the musculoskeletal system disorders are presented in this article. The basic structure of the research was the Model of psychological mechanism of social adaptation of youth with the musculoskeletal system disorders by A.G. Shevtsov, I.V.Chuchrii. According to the results of the study it was established that in the structure of Self-Concept of anti-terroristic operation veterans/ joint forces operations with the musculoskeletal system disorders of a young age, apart from the components typical for this age category, the component Self-physical was included, which could be caused by the fact that there were the musculoskeletal system disorders. It is expected that, the musculoskeletal system disorders caused the changes in the perception of their own body and body image. During the study of psychological mechanisms of social adaptation of veterans with disabilities, the inadaptive strategies for communicative and emotional-affective mechanisms, characterized by the presence of negative emotional states and problems in communication with others, were shown. According to the results of a factor analysis, a three-factor structure components were allocated: destructive-indaptive factor (characterized by the presence of negative emotional states, concentration on external comfort, regression, which are associated with personal disadaptation), accepting-cooperating-dependent factor (characterized by a passive attitude, decrease in activity and dependence, primarily from family members, who accompany the veteran, is formed as a result of life activity limitations) and hypercompensatory-adaptive (characterized by hypercompensatory adaptation, as indicated by the overestimation of the results on a significant number of scales and lies in excessive efforts to fulfill the goal set without reference to the important events and people in life in order to overcome imaginary and real life limitations).

Keywords: anti-terroristic operation veterans/joint forces operations, psychological mechanisms of social adaptation, Self-Concept, social adaptation, personal disadaptation.