МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ СОЦІАЛЬНОЇ ПЕДАГОГІКИ ТА ПСИХОЛОГІЇ
КАФЕДРА ПСИХОЛОГІЇ

КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА МАГІСТРА

на тему: ОСОБЛИВОСТІ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

Виконала: студентка ІІ курсу,
групи 8.0534-2-з-дн
спеціальності: 053 Психологія
освітньої програми: 053 Психологія
Рева Тетяна Юрівна
Керівник: к. психол. н., доцент
кафедри психології Малина О.Г.
Рецензент:к. психол. наук., доцент
кафедри психології Мосол Н.О.

Запоріжжя 2026

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
ЗАПОРІЗЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет соціальної педагогіки та психології
Кафедра психології
Рівень вищої освіти магістерський
Спеціальність 053 Психологія
Освітня програма Психологія
Спеціалізація Психологія

ЗАТВЕРДЖУЮ
Завідувач кафедри

_____
к. психол. н., доцент Н.О.Губа

«_____»_____2026 року

З А В Д А Н Н Я
НА КВАЛІФІКАЦІЙНУ РОБОТУ СТУДЕНТЦІ
Реві Тетяні Юрівні

1. Тема роботи Особливості соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму
керівник роботи Малина Олена Григорівна, кандидат психологічних наук, доцент
затверджені наказом ЗНУ від «02»10 2025 року № 1393-с
2 Термін подання студентом роботи _____
3 Вихідні дані до роботи аналіз психо-педагогічної літератури.

Зміст розрахунково-пояснювальної записки (перелік питань, які потрібно розробити) проаналізувати теоретичні підходи до проблеми соціалізації підлітків та впливу хронічних соматичних захворювань на соціальний розвиток; охарактеризувати бронхіальну астму як чинник, що може зумовлювати особливості соціалізації підлітків; підібрати та обґрунтувати методики, провести емпіричне дослідження особливостей соціалізації підлітків із бронхіальною астмою; проаналізувати, узагальнити результати дослідження та розробити практичні рекомендації щодо психологічної підтримки соціалізації підлітків із бронхіальною астмою.

Перелік графічного матеріалу: 1 таблиця, 2 рисунка.

4 Консультанти розділів роботи

Розділ	Прізвище, ініціали та посада консультанта	Підпис, дата	
		завдання видав	завдання прийняв
Вступ	Малина О.Г., доцент		
Розділ 1	Малина О.Г., доцент		
Розділ 2	Малина О.Г., доцент		
Розділ 3	Малина О.Г., доцент		
Висновки	Малина О.Г., доцент		

7. Дата видачі завдання_____

КАЛЕНДАРНИЙ ПЛАН

№ з/п	Назва етапів кваліфікаційної роботи	Термін виконання етапів роботи	Примітка
1	Збір та систематизація матеріалу	січень-лютий 2025 р.	Виконано
2	Робота над вступом	березень 2025 р.	Виконано
3	Робота над першим розділом	квітень–травень 2025 р.	Виконано
4	Робота над другим розділом	червень-серпень2025 р.	Виконано
5	Написання висновків	вересень 2025 р.	Виконано
6	Предзахист	жовтень 2025 р.	Виконано
7	Нормоконтроль	листопад 2025 р.	Виконано

Студент _____ Т. В. Рева

Керівник роботи _____ О. Г. Малина

Нормоконтроль пройдено

Нормоконтролер _____ Г. В. Коваль

РЕФЕРАТ

Кваліфікаційна робота магістра: 53 сторінка, 1 таблиця, 2 рисунка, 56 джерел.

Об’єкт дослідження – процес соціалізації підлітків із хронічним соматичним захворюванням.

Предмет дослідження – психологічні особливості соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму.

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що соціалізація підлітків із захворюванням на бронхіальну астму має специфічні особливості, що проявляються у певних труднощах соціальної адаптації та взаємодії з однолітками порівняно з підлітками без хронічних захворювань.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, класифікація, систематизація, узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень, структурний аналіз, методи теоретичного моделювання) та емпіричні (порівняльний аналіз, експеримент, спостереження, анкетування, психодіагностичний метод, індивідуальні та групові бесіди).

Наукова новизна дослідження полягає у роботи полягає у уточненні змісту і структури поняття соціалізації підлітків у контексті хронічного соматичного захворювання (бронхіальної астми); виявленні та описі психологічних особливостей соціалізації підлітків із бронхіальною астмою (соціальна адаптація, взаємини з однолітками, участь у шкільному житті, соціальна підтримка); емпіричному визначенні характерних труднощів соціалізації підлітків із бронхіальною астмою та їх відмінностей; обґрунтуванні напрямів психологічної підтримки.

Галузь використання: заклади освіти, центри психічного розвитку дитини, заклади охорони здоров’я, громадські організації підтримки жінок і дітей.

СОЦІАЛІЗАЦІЯ, ПІДЛІТКОВИЙ ВІК, БРОНХІАЛЬНА АСТМА, СОЦІАЛЬНА АДАПТАЦІЯ, ПСИХОЛОГІЧНА ПІДТРИМКА.

SUMMARY

Reva T.V. Peculiarities of socialization of adolescents with bronchial asthma.

Master's qualification work: 53 pages, 1 tables, 2 figures, 56 sources.

Object of the study – the process of socialization of adolescents with chronic somatic diseases.

Subject of the study – the psychological features of the socialization of adolescents with bronchial asthma.

The purpose of the work is to theoretically substantiate and empirically investigate the features of the socialization of adolescents with bronchial asthma.

Research hypothesis: it is assumed that the socialization of adolescents with bronchial asthma has specific features, which are manifested in certain difficulties in social adaptation and interaction with peers compared to adolescents without chronic diseases.

Research methods: theoretical (analysis, classification, systematization, generalization of data from theoretical and experimental studies, structural analysis, theoretical modeling methods) and empirical (comparative analysis, experiment, observation, questionnaire, psychodiagnostic method, individual and group conversations).

The scientific novelty of the study lies in the work is to clarify the content and structure of the concept of socialization of adolescents in the context of bronchial asthma; identify psychological features of socialization of adolescents with bronchial asthma; empirically determine the characteristic difficulties of socialization of adolescents with bronchial asthma and their differences; substantiate the directions of psychological support.Field of use: educational institutions, centers for the mental development of children, health care institutions, public organizations supporting women and children.

Key words: socialization, adolescence, bronchial asthma, social adaptation, psychological support

ЗМІСТ

ВСТУП 7

РОЗДІЛ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ 10

1.1. Психологічна характеристика соціалізації у підлітковому віці 10

1.2. Вплив хронічного соматичного захворювання на соціальний розвиток підлітка 14

1.3. Бронхіальна астма як чинник специфіки соціалізації підлітків 27

РОЗДІЛ 2. ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ПІДЛІТКІВ І ЗАХВОРЮВАННЯМ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ 21

2.1. Організація та методи дослідження особливостей соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму 21

2.2. Аналіз і інтерпретація результатів дослідження особливостей соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму 23

2.3. Практичні рекомендації щодо психологічного супроводу соціалізації підлітків із бронхіальною астмою 31

ВИСНОВКИ 51

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 54

ВСТУП

Актуальність дослідження зумовлена тим, що підлітковий вік є періодом інтенсивного становлення особистості, самосвідомості та соціальних зв'язків, а успішна соціалізація в цей час визначає подальшу адаптацію людини в навчальному, професійному й міжособистісному житті.

Бронхіальна астма як поширене хронічне соматичне захворювання може помітно змінювати умови повсякденного функціонування, обмежувати участь у навчальній і позанавчальній активності, спричиняти пропуски занять та підсилювати емоційне напруження.

У таких умовах підвищується ризик формування тривожності, нестійкого самоставлення, появи труднощів у взаєминах з однолітками, що ускладнює процес соціалізації.

Водночас у практиці шкільної психологічної служби бракує систематизованих підходів до індивідуального супроводу підлітків із бронхіальною астмою саме з позицій їх соціальної адаптації та ефективного спілкування з однолітками.

Отже, дослідження психологічних особливостей соціалізації підлітків із бронхіальною астмою є актуальним як у науковому, так і в прикладному вимірі, оскільки створює підґрунтя для розробки цілеспрямованих рекомендацій з психопрофілактики та психологічної підтримки.

Очевидна актуальність означених проблем та їх недостатня розробленість зумовили вибір теми кваліфікаційної роботи: «Особливості соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму».

Об'єкт дослідження – процес соціалізації підлітків із хронічним соматичним захворюванням.

Предмет дослідження – психологічні особливості соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму

Мета роботи – теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму.

Гіпотеза дослідження: передбачається, що соціалізація підлітків із захворюванням на бронхіальну астму має специфічні особливості, що проявляються у певних труднощах соціальної адаптації та взаємодії з однолітками порівняно з підлітками без хронічних захворювань.

Враховуючи мету і гіпотезу дослідження, були сформульовані наступні завдання:

1. Проаналізувати теоретичні підходи до проблеми соціалізації підлітків та впливу хронічних соматичних захворювань на соціальний розвиток.
2. Охарактеризувати бронхіальну астму як чинник, що може зумовлювати особливості соціалізації підлітків.
3. Підібрати та обґрунтувати методики, провести емпіричне дослідження особливостей соціалізації підлітків із бронхіальною астмою.
4. Проаналізувати, узагальнити результати дослідження та розробити практичні рекомендації щодо психологічної підтримки соціалізації підлітків із бронхіальною астмою.

Методи дослідження: теоретичні (аналіз, класифікація, систематизація, узагальнення даних теоретичних та експериментальних досліджень, структурний аналіз, методи теоретичного моделювання) та емпіричні (порівняльний аналіз, експеримент, спостереження, анкетування, психодіагностичний метод, індивідуальні та групові бесіди).

Наукова новизна дослідження полягає у роботи полягає у уточненні змісту і структури поняття соціалізації підлітків у контексті хронічного соматичного захворювання (бронхіальної астми); виявленні та описі психологічних особливостей соціалізації підлітків із бронхіальною астмою (соціальна адаптація, взаємини з однолітками, участь у шкільному житті, соціальна підтримка); емпіричному визначенні характерних труднощів соціалізації підлітків із бронхіальною астмою та їх відмінностей; обґрунтуванні напрямів психологічної підтримки.

Практичне значення роботи полягає в тому, що отримані дані дозволяють визначити напрями психологічної підтримки підлітків із

бронхіальною астмою: зниження тривожності та емоційного напруження, розвиток комунікативних умінь, підтримка позитивної Я-концепції, профілактика соціальної ізоляції, а також підвищення взаємодії між сім'єю, школою і лікарем у терапевтичному і освітньому процесі.

Галузь використання: заклади освіти, центри психічного розвитку дитини, заклади охорони здоров'я, громадські організації підтримки жінок і дітей.

РОЗДІЛ 1
ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ПІДЛІТКІВ ІЗ ЗАХВОРЮВАННЯМ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

1.1. Психологічна характеристика соціалізації у підлітковому віці

Соціалізація підлітка є складним і багатовимірним процесом, що поєднує засвоєння соціального досвіду, становлення системи цінностей і норм, формування ролей та моделей взаємодії, розвиток соціальної компетентності, здатності до співпраці та саморегуляції. У підлітковому віці соціалізація загострюється через інтенсивні вікові зміни, перебудову стосунків з дорослими, зростання значущості референтної групи однолітків, посилення потреби в автономії та самоствердженні [6; 27]. Одночасно підлітковий період характеризується підвищеною чутливістю до оцінювання, соціального порівняння й ризику переживання соціальної тривоги, що може впливати на включеність у групу та стійкість соціальних зв’язків.

За наявності хронічного соматичного захворювання процес соціалізації зазнає додаткового навантаження: підліток змушений поєднувати завдання вікового розвитку із потребою постійного контролю стану, лікування, обмеженням окремих видів активності та подоланням можливих соціально-психологічних бар’єрів (нерозуміння оточення, стигматизація, ізоляція, зниження участі у шкільному житті). Це особливо актуально для підлітків із бронхіальною астмою як одним із найбільш поширених хронічних захворювань дитячого віку, що може мати хвилеподібний перебіг, загострення та потребує тривалого лікування [43; 55; 9; 24].

У вітчизняній науковій традиції соціалізацію розглядають як процес становлення особистості у системі соціальних відносин, що відбувається через засвоєння соціальних норм, цінностей, правил поведінки й культурних зразків, а також через набуття досвіду взаємодії та виконання соціальних ролей [2; 6; 20]. Соціалізація не зводиться лише до адаптації; вона передбачає

активну позицію особистості, вибірковість засвоєння соціального досвіду, здатність до самоорганізації, саморегуляції, оцінювання й переосмислення соціальних впливів.

Традиційно виділяють первинну соціалізацію (засвоєння базових норм у сім'ї) та вторинну соціалізацію (розширення соціального простору у школі, групі однолітків, позашкільних спільнотах), де суттєво зростає роль самостійних соціальних рішень, відповідальності, формування цілісної Я-концепції [27]. У підлітковому віці соціалізація тісно пов'язана з розвитком особистісної ідентичності: підліток активно шукає відповіді на питання «хто я», «який я серед інших», «яке моє місце у групі», «що для мене прийнятно або неприйнятно».

У структурі соціалізації підлітка умовно можна виділити провідні середовища: сім'я, школа, група однолітків, позашкільні спільноти, інформаційні джерела. Сім'я залишається базовим агентом соціалізації, задаючи первинні цінності, моделі взаємодії, стилі спілкування та підтримки. Проте саме у підлітковому віці поступово зменшується монополія сім'ї на соціальні впливи і суттєво зростає значення школи та однолітків [6; 26].

Школа виконує не лише освітню, а й соціалізаційну функцію: формує досвід взаємодії з різними дорослими, правила групового життя, дисциплінарні та моральні норми, моделі співпраці й конкуренції, забезпечує можливості участі в колективних справах [13]. Група однолітків у підлітковому віці часто стає провідною референтною групою, що визначає стандарти поведінки, норми прийнятності, стилі самопрезентації та способи самоствердження. Тому прийняття в групі, наявність дружніх зв'язків та відсутність соціальної ізоляції є вагомими чинниками успішної соціалізації.

Соціалізація реалізується через систему психологічних механізмів: наслідування, ідентифікацію, інтеріоризацію норм, соціальне навчання, рефлексію та саморегуляцію. У підлітка ці механізми працюють на фоні змін у самооцінці, розвитку рефлексії, формування здатності до перспективного планування, зростання ролі моральних суджень та самоконтролю [27]. Зміна

соціальної позиції підлітка проявляється у прагненні автономії, зростанні потреби у визнанні та повазі, посиленні значущості статусу у групі.

Важливим процесом є соціальне порівняння: підліток оцінює себе через призму «як я виглядаю серед інших», «чи відповідаю груповим нормам», «наскільки я успішний/прийнятий». У цьому сенсі підліткова соціалізація є чутливою до будь-яких факторів, що можуть викликати відчуття «відмінності» або «неповноцінності». Саме тут виникає зона ризику для підлітків із хронічними соматичними захворюваннями, оскільки вимушені обмеження, потреба в лікуванні або пропуски занять можуть ставати причиною переживань меншовартості, сорому чи страху негативної оцінки.

Для наукового аналізу та емпіричного дослідження соціалізацію доцільно операціоналізувати через критерії, які дозволяють оцінити її перебіг та результативність. У межах цієї роботи (відповідно до предмета дослідження) ключовими критеріями є:

1. Соціальна адаптованість - здатність підлітка узгоджувати власні потреби та цілі з вимогами соціального оточення, конструктивно долати труднощі, підтримувати внутрішню стабільність та ефективне функціонування у шкільному й позашкільному житті [6; 27].

2. Комунікативна активність і комунікативна компетентність - готовність вступати у взаємодію, підтримувати контакти, вести діалог, конструктивно вирішувати конфлікти, враховувати позицію іншого [6].

3. Взаємини з однолітками та соціальна інтегрованість - наявність дружніх зв’язків, прийняття групою, участь у спільних видах діяльності, відсутність стійкої ізоляції.

4. Участь у шкільному житті - стабільність відвідування, залученість до навчального процесу, позакласних заходів, рівень активності в групових формах роботи [13].

5. Суб’єктивне сприйняття соціальної підтримки та ризик стигматизаці - переживання того, наскільки підліток отримує підтримку від

сім’ї, друзів і педагогів, чи стикається з осудом, недовірою, приниженням, уникненням або упередженням [19].

Особливу роль для підлітка відіграє відчуття належності до групи, що забезпечує емоційну безпеку, стабільність соціального статусу та можливість відкритого самовираження. Порушення належності (ізоляція, відторгнення, булінг) істотно деформують соціалізацію і здатні спричиняти вторинні психоемоційні труднощі.

У підлітковому віці соціалізаційні труднощі часто проявляються у зниженні комунікативної активності, схильності до уникання соціальних ситуацій, підвищеній конфліктності або, навпаки, у пасивності та залежності від групових оцінок. Серед типових проблем виділяють соціальну тривожність, невпевненість у собі, труднощі побудови дружніх стосунків, нестійкість самооцінки, підвищену чутливість до критики. За певних умов формується ризик шкільної дезадаптації: зниження успішності, пропуски, зменшення участі у класних справах, напруження у взаєминах із педагогами [13].

Стигматизація як соціально-психологічне явище пов’язана з приписуванням людині негативних характеристик або «ярликів», що знижують її статус у групі. Досвід стигматизації може бути як зовнішнім (реальні негативні реакції оточення), так і внутрішнім (самостигматизація, коли підліток сам очікує осуду і заздалегідь обмежує соціальні контакти) [19]. Для підлітків із хронічними захворюваннями ризики стигматизації посилюються через відмінність режиму життя, можливість публічних проявів симптомів, потребу в ліках та обмеження у фізичних навантаженнях.

Отже, соціалізація підлітка — це багатовимірний процес, що включає соціальну адаптацію, інтегрованість у групу, комунікативну компетентність, шкільну включеність та переживання підтримки/прийняття. Підлітковий вік є особливо чутливим до соціальних оцінок, тому фактори, що спричиняють відчуття «відмінності» або «обмеження», здатні ускладнювати соціалізацію.

1.2. Вплив хронічного соматичного захворювання на соціальний розвиток підлітка

Хронічне соматичне захворювання впливає на психологічний стан підлітка через тривалість перебігу, необхідність систематичного лікування, обмеження активності та переживання невизначеності щодо самопочуття. У психології це розглядають як особливу життєву ситуацію, яка змінює спосіб організації повсякденної діяльності, систему мотивів та емоційне тло. У межах психосоматичного підходу підкреслюється взаємозв'язок емоційних станів, стресових переживань та соматичних проявів; значущими є індивідуальні особливості реагування на стрес і стиль подолання труднощів [18; 16].

Для підлітка важливим є питання суб'єктності: чи відчуває він себе активним учасником власного життя, здатним керувати ним, чи, навпаки, переживає хворобу як зовнішню силу, що "диктує правила". Переживання контролю і самоефективності істотно пов'язані з готовністю до соціальної активності, здатністю підтримувати стосунки, брати участь у групових справах.

Сім'я при хронічному захворюванні часто змінює стиль взаємодії з підлітком. З одного боку, підтримка сім'ї виконує захисну функцію: забезпечує емоційну стабільність, допомогу в організації лікування, збереження позитивної самооцінки. З іншого боку, можуть формуватися надмірний контроль і гіперопіка, що обмежують соціальну самостійність підлітка, звужують простір спілкування і підсилюють залежність від дорослих [26]. Для підліткового віку така ситуація є проблемною, оскільки суперечить віковій потребі в автономії. Результатом може бути конфліктність, протестна поведінка або приховане ігнорування рекомендацій.

Оптимальною вважається така сімейна взаємодія, яка поєднує турботу із наданням підлітку можливості поступово брати відповідальність за самоконтроль стану, планування дня та соціальну активність.

Школа є провідним осередком соціалізації, але для підлітка з хронічним захворюванням вона може бути джерелом додаткових труднощів. По-перше, пропуски занять через загострення або планові візити до лікаря ускладнюють навчальну діяльність і зменшують включеність у колектив. По-друге, можливі труднощі взаємодії з педагогами, якщо стан підлітка інтерпретується як “лінощі”, “симуляція”, “небажання працювати”. По-третє, обмеження у фізичній активності або відмінний режим можуть бути підставою для соціального порівняння та небажаних реакцій з боку однолітків.

З позицій освітньої політики важливими є норми та вимоги законодавства щодо охорони дитинства, охорони здоров’я, доступності освіти, прав дитини та соціального захисту [12; 14; 13]. Законодавче забезпечення визначає загальні гарантії, однак реальні труднощі соціалізації залежать від того, як ці гарантії реалізуються у шкільній практиці.

Для підлітка значущими є прийняття у групі та збереження позитивного соціального статусу. Хронічне захворювання може впливати на статус опосередковано: через пропуски, обмеження активності, “інакшість” поведінки (наприклад, потреба залишити урок або скористатися ліками). У таких випадках можливі два сценарії: (а) підтримувальна реакція групи, що зміцнює відчуття належності; (б) негативна реакція, що запускає механізми соціального уникання і зниження комунікативної активності.

Значущим психологічним ресурсом є соціальна підтримка — від однолітків, сім’ї, педагогів. Вона зменшує переживання тривоги та напруження, підсилює адаптаційні можливості, сприяє відновленню після труднощів і підтримує позитивну самооцінку.

У медико-психологічних дослідженнях широко застосовується поняття якості життя, пов’язаної зі здоров’ям. Для підлітків із хронічними захворюваннями якість життя включає фізичні, емоційні та соціальні компоненти. Соціальний компонент безпосередньо відображає можливість підтримувати контакти, брати участь у подіях, навчанні, дозвіллі [17]. Оцінка

якості життя дає змогу не лише зафіксувати наявність обмежень, а й описати, як ці обмеження переживаються самим підлітком.

У практичному плані важливо, що якість життя може знижуватися навіть за відносно “помірного” перебігу хвороби, якщо підліток переживає сором, страх осуду або має негативний досвід взаємодії у шкільному колективі. Тому для аналізу соціалізації доцільно враховувати як об’єктивні фактори (частота загострень, пропуски занять), так і суб’єктивні переживання підтримки, тривоги, стигматизації.

Отже, хронічне соматичне захворювання впливає на соціальний розвиток підлітка через зміни повсякденного режиму, потребу систематичного лікування, обмеження активності, особливості сімейної взаємодії, шкільні умови та реакції однолітків. Соціальна підтримка виступає ресурсом адаптації, а стигматизаційні переживання і соціальна тривожність — чинниками, що ускладнюють включеність у групу та комунікативну активність [19; 26; 13].

1.3. **Бронхіальна астма як чинник специфіки соціалізації підлітків**

Бронхіальна астма — хронічне запальне захворювання дихальних шляхів, що проявляється епізодами свистячого дихання, задишки, кашлю, відчуттям стискання у грудях; симптоми можуть варіюватися за інтенсивністю та частотою. ВООЗ підкреслює поширеність астми та важливість доступності лікування й контролю симптомів для запобігання обмеженням у житті дітей і підлітків [55]. Міжнародні рекомендації GINA визначають принципи ведення астми з орієнтацією на контроль симптомів і зниження ризику загострень, що має пряме значення для стабільності навчання і соціальної активності підлітка [43].

В Україні питання діагностики та лікування бронхіальної астми регламентуються настановами та документами, розміщеними у Реєстрі медико-технологічних документів ДЕЦ МОЗ України [9; 10], а також наказом

МОЗ щодо затвердження стандартів медичної допомоги “Бронхіальна астма” [24]. Наявність нормативних документів важлива для забезпечення своєчасного лікування й профілактики загострень, що створює умови для більш повноцінної участі підлітка у навчанні та соціальному житті.

Дослідження з українських джерел свідчать про актуальність астми як медико-соціальної проблеми. Зокрема, у роботі О. В. Мозирської та співавторів наведено аналіз поширеності й захворюваності на бронхіальну астму у дітей України та зроблено висновки щодо тенденцій і факторів, що супроводжують ці показники [23]. Така інформація важлива для соціально-психологічного аналізу, оскільки масштаб поширення захворювання підвищує ймовірність його представленості у шкільних колективах, а отже - актуалізує потребу в організації шкільної підтримки, профілактики стигматизації та формування толерантного ставлення.

У світовій літературі також підкреслюється значний тягар астми у шкільному віці, зокрема у великих епідеміологічних дослідженнях, що описують поширеність симптомів і пов’язані з цим проблеми повсякденного функціонування [40]. Для теми соціалізації це важливо тому, що симптоми астми можуть впливати на відвідуваність школи, участь у фізичній активності, готовність підлітка брати участь у групових заходах.

Ключовою характеристикою астми є варіативність перебігу та можливість загострень. Для підлітка це означає ситуацію потенційної непередбачуваності: навіть за відносно стабільного стану може виникати страх раптового нападу, особливо у публічних ситуаціях. Такий страх може сприяти униканню активностей (спорт, екскурсії, тривалі прогулянки) або підсилювати соціальну тривожність.

Соціалізація тісно пов’язана із шкільною включеністю. Пропуски занять через загострення та лікування можуть призводити до навчальних труднощів і послаблення соціальних зв’язків. У світовій літературі проблема пропусків школи у дітей з астмою розглядається як значуща і така, що має соціальні наслідки [51]. Зниження відвідуваності зменшує участь у

неформальному житті класу, що в підлітковому віці є критично важливим для підтримання дружби та групового статусу.

В українській медико-психологічній літературі наявні дані про психологічні особливості дітей та підлітків із астмою. Так, дослідження С. М. Недельської та О. Д. Кузнєцової демонструє, що психологічні показники можуть відрізнятися залежно від рівня контролю захворювання та обсягу терапії [25]. З позицій соціалізації це означає: гірший контроль і частіші симптоми можуть спричиняти підвищення напруження, тривожності, зниження впевненості у власних можливостях, а це — чинники, що послаблюють комунікативну активність і включеність у групу.

Психосоматичний підхід акцентує взаємозв'язок емоційних станів і соматичних проявів. У роботах, присвячених психотерапевтичним аспектам бронхіальної астми, підкреслюється важливість урахування емоційної напруги, стресових переживань і особливостей реагування на труднощі як факторів, що можуть супроводжувати перебіг захворювання [16; 18]. Для підлітка емоційні труднощі часто пов'язані з переживанням "бути не як усі", необхідністю демонструвати лікувальну поведінку у присутності однолітків, а також із сумнівами щодо власної спроможності відповідати груповим нормам.

У міжнародній літературі описано зв'язки астми з соціальною тривожністю та фобічними переживаннями у підлітковому віці [44]. Це важливо для побудови гіпотези: соціальна тривожність та переживання стигматизації можуть посилювати труднощі соціальної адаптації, обмежувати участь у спільних активностях і знижувати якість взаємин з однолітками.

Соціальна підтримка виконує компенсаторну функцію у разі хронічного захворювання: вона знижує емоційне напруження, підсилює відчуття безпеки, сприяє збереженню соціальних контактів. У сучасних дослідженнях обговорюється роль підтримки у формуванні навичок самоконтролю стану та щоденної організації життя підлітка [52]. Водночас

дефіцит підтримки або негативні соціальні реакції можуть провокувати соціальне уникання та самостигматизацію.

Окрема лінія досліджень стосується соціальних навичок та дружніх взаємин підлітків із астмою. Зокрема, у роботах, присвячених предикторам дружніх навичок, підкреслюється, що соціальна компетентність формується під впливом індивідуальних та середовищних чинників, а для підлітків із хронічними станами може потребувати додаткової підтримки [54]. У поєднанні з українськими підходами до роботи зі стигмою це дає підстави розглядати стигматизацію як фактор ризику, а підтримку та комунікативну компетентність — як фактори захисту [19].

У науковій літературі розглядаються програми, що реалізуються у школах та спрямовані на навчання дітей і підлітків навичкам самоконтролю астми, правильному використанню лікування, розпізнаванню симптомів. Узагальнення результатів систематичних оглядів свідчить, що такі програми можуть позитивно впливати на низку показників, пов’язаних зі здоров’ям і повсякденним функціонуванням [45]. Для соціалізації це має опосередковане значення: стабільніший стан і сформовані навички самоконтролю зменшують страх загострення, підвищують упевненість у собі та підтримують участь у шкільному й позашкільному житті.

Водночас у вітчизняних умовах важливими є узгоджені дії сім’ї, школи й медичних служб відповідно до нормативних документів, що регулюють надання медичної допомоги при астмі та забезпечення прав дитини [9; 24; 12; 14].

На підставі викладеного бронхіальна астма може впливати на соціалізацію підлітків через взаємопов’язані групи чинників:

1. медичні (ступінь контролю, частота симптомів і загострень, необхідність терапії) [43; 9; 24];
2. організаційні (відвідуваність школи, участь у фізичній активності, включеність у шкільні справи) [51];
3. психологічні (емоційна напруга, тривожність, особливості самосприйняття, переживання контролю) [25; 18; 16];

4. соціально-психологічні (прийняття однолітками, соціальна підтримка, ризики стигматизації, рівень комунікативної активності) [19; 52; 54].

Висновки до розділу 1

1. Соціалізація у підлітковому віці є інтенсивним процесом становлення особистості у системі соціальних взаємин, що проявляється через соціальну адаптованість, комунікативну компетентність, включеність у групу однолітків, шкільну активність та суб'єктивне переживання підтримки [6; 27].

2. Хронічне соматичне захворювання впливає на соціальний розвиток підлітка, змінюючи умови повсякденного життя, структуру взаємодії з сім'єю та школою, а також підсилюючи чутливість до соціального оцінювання; важливими чинниками є підтримка та ризики стигматизації [19; 26; 13].

3. Бронхіальна астма як хронічне захворювання дитячого віку є суспільно значущою проблемою; міжнародні та національні документи визначають необхідність стабільного контролю симптомів і профілактики загострень, що є умовою збереження навчальної і соціальної активності підлітків [43; 55; 9; 24].

4. Українські дані щодо психологічних особливостей дітей/підлітків з астмою та сучасні дослідження соціальних аспектів життя з астмою свідчать про доцільність цілеспрямованого вивчення показників соціальної адаптації, комунікативної активності, взаємин з однолітками, шкільної включеності, підтримки й стигматизації у підлітків із бронхіальною астмою [25; 44; 51; 52; 54].

5. Теоретичний аналіз дозволяє обґрунтувати гіпотезу про наявність специфічних труднощів соціалізації підлітків із бронхіальною астмою порівняно з ровесниками без хронічних захворювань, а також про роль контролю захворювання, підтримки та стигматизації як ключових факторів, пов'язаних із успішністю соціальної адаптації [25], [19], [43].

РОЗДІЛ 2.
ЕМПІРИЧНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ СОЦІАЛІЗАЦІЇ ПІДЛІТКІВ І ЗАХВОРЮВАННЯМ НА БРОНХІАЛЬНУ АСТМУ

2.1. Організація та методи дослідження особливостей соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму

Емпіричний етап, спрямовано на виявлення психологічних особливостей, що можуть супроводжувати процес соціалізації підлітків із бронхіальною астмою. У роботі ми виходили з положення, що у підлітковому віці ключовими умовами успішної соціалізації є соціальна адаптованість, стійкість взаємин з однолітками, включеність у шкільне життя, сформованість комунікативної компетентності, а також позитивне самосприйняття і переживання підтримки [6; 20; 27]. За наявності хронічного захворювання ці складові можуть ускладнюватися через обмеження активності, необхідність самоконтролю стану, підвищене емоційне напруження та можливі стигматизаційні переживання [25; 43; 55; 16; 19].

Емпіричне дослідження проводилося у 2024–2025 навчальному році серед учнів закладів загальної середньої освіти м. Ірпінь та м. Вишгород (Київської області). Збір даних здійснювався дистанційно шляхом онлайн-опитування за допомогою Google Forms. Такий спосіб організації дозволив забезпечити анонімність відповідей, однак водночас обмежував можливість додаткового спостереження та контролю умов виконання завдань.

Вибірка дослідження складалася з двох груп:

— основна група — 20 підлітків віком 12–15 років із бронхіальною астмою (дані про наявність діагнозу отримано зі шкільної медичної інформації);

— контрольна група — 20 підлітків віком 12–15 років, які не мали зазначених хронічних захворювань.

Побудова вибірки виходила з порівняльної логіки: зіставлення показників двох груп дозволяє не лише описати особливості психоемоційної сфери та міжособистісних відносин підлітків із бронхіальною астмою, а й уточнити, які саме характеристики можуть бути пов'язаними з ускладненням соціалізації (насамперед у шкільному середовищі та у взаєминах з однолітками) [6; 27].

Методичний інструментарій включав чотири методики, кожна з яких дозволяє охарактеризувати окремі компоненти предмета дослідження:

1. Тест «Дослідження рівня тривожності» Ч. Спілбергера, застосований для визначення особистісної та ситуативної тривожності. Показники тривожності розглядаються як психологічні чинники, що можуть знижувати соціальну активність, ускладнювати міжособистісні контакти та підвищувати чутливість до оцінювання [6; 27]. Для підлітків із бронхіальною астмою підвищена тривожність є особливо значущою через можливе переживання непередбачуваності стану і страху загострення [25; 43].

2. Методика «Діагностика міжособистісних відносин» Т. Лірі, використана для аналізу уявлень підлітків про реальне та ідеальне «Я», а також для визначення домінуючих типів взаємин із оточенням. Ці показники дають змогу описати особливості самосприйняття, статусних прагнень, комунікативних стратегій і внутрішньої узгодженості «Я-образу» [6; 27].

3. Проективна методика «Рисунок хвороби», спрямована на виявлення емоційно-смислового ставлення до власного захворювання. Від того, як підліток переживає хворобу, залежить його самоставлення, готовність до соціальної взаємодії, а також специфіка поведінки у групі однолітків [16; 18].

4. Проективна методика «Незакінчені речення», що дозволяє оцінити ставлення до ключових сфер соціалізації: навчання, однолітків, «Я», здоров'я. Ця методика є доцільною для розкриття узагальнених установок і тенденцій переживання підлітком свого становища у школі та у системі взаємин [6; 27].

2.2. Аналіз і інтерпретація результатів дослідження особливостей соціалізації підлітків із захворюванням на бронхіальну астму

У підлітковому віці емоційна нестійкість і ситуативна тривожність часто зумовлені віковими змінами та шкільними стресорами. Однак наявність хронічного захворювання здатна підсилювати загальну напруженість, роблячи тривожність більш стійкою і значущою для повсякденного функціонування [25; 16]. Саме з цієї позиції інтерпретуються емпіричні дані.

Результати за тестом тривожності Спілбергера

Рівень тривожності є показником, який безпосередньо пов'язаний із соціалізацією, адже підвищена тривожність зменшує спонтанність поведінки, посилює обережність, сприяє униканню соціально значущих ситуацій (відповіді біля дошки, виступи, знайомства, участь у групових активностях) і підвищує залежність від реакцій оточення [6; 27]. Для підлітків із бронхіальною астмою тривожність може мати додаткові «соматично забарвлені» компоненти: побоювання задишки, страх нападу, переживання того, що симптоми стануть помітними для однолітків, і, як наслідок, очікування негативної оцінки [25; 43].

Основна група. У 75% підлітків (15 осіб) виявлено високий рівень особистісної тривожності. Це дає підстави говорити про сформовану тенденцію переживати широкий спектр ситуацій як потенційно загрозливі, реагувати внутрішнім напруженням і очікуванням небезпеки. У соціальному плані така тривожність може проявлятися як обережність у контактах, невпевненість у власній соціальній привабливості, підвищена чутливість до думки однолітків, а також прагнення «не виділятися» і уникати ситуацій, де можливі помилки чи осуд.

За шкалою ситуативної тривожності у 85% (17 осіб) встановлено високий рівень, що відображає значне емоційне напруження у конкретних актуальних ситуаціях. Оскільки підліткове середовище часто включає багато

ситуацій оцінювання та конкуренції, такий результат може означати, що для підлітків із бронхіальною астмою типові шкільні події переживаються як більш напружені, а внутрішній ресурс саморегуляції є менш стабільним.

Контрольна група. У 35% (7 осіб) виявлено середній рівень особистісної тривожності, а у 65% (13 осіб) — низький. Це є більш типовим для ситуації, коли тривожність не набуває характеру стійкої особистісної тенденції та не домінує у поведінці. Водночас у 60% (12 осіб) зафіксовано високі показники ситуативної тривожності, що може відображати поширені шкільні стресори й вікову емоційну реактивність. Однак важливо, що в контрольній групі ситуативна тривожність частіше не супроводжується високою особистісною тривожністю, тобто має більш «ситуативний», а не системний характер.

Вища частота високих показників у групі підлітків із бронхіальною астмою може свідчити про те, що хронічний стан підсилює загальний рівень настороженості та емоційного напруження. Це узгоджується з медико-психологічним підходом, згідно з яким тривале захворювання та необхідність постійного контролю самопочуття можуть сприяти формуванню тривожних тенденцій [16; 18], а у підлітковому віці така тривожність безпосередньо ускладнює соціальну активність і включеність у групу [6; 27]. Результати представлено на рисунках: Рис. 2.1 — особистісна тривожність; Рис. 2.2 — ситуативна тривожність.

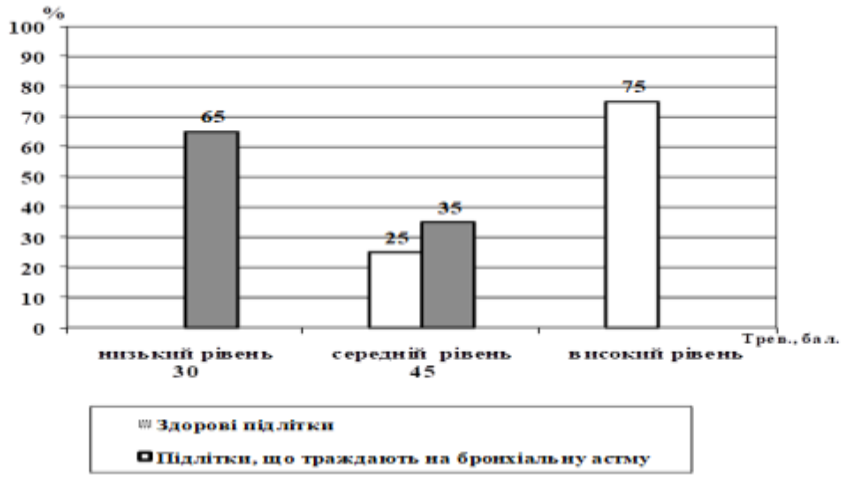


Рисунок 2.1 – Порівняльна характеристика результатів дослідження за шкалою особистісної тривожності серед підлітків, що страждають на бронхіальну астму і контрольною групою

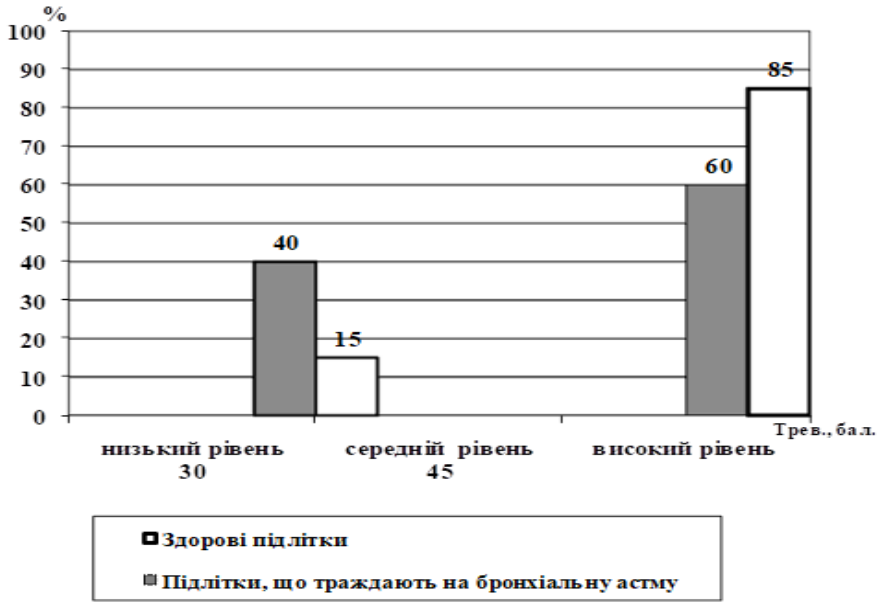


Рисунок 2.2 – Порівняльна характеристика результатів дослідження за шкалою ситуативної тривожності серед підлітків, що страждають на бронхіальну астму і контрольною групою

Результати за методикою Т. Лірі - уявлення про «Я» та міжособистісні тенденції

Методика Т. Лірі є цінною для дослідження соціалізації, оскільки дозволяє виявити, як підліток бачить себе у системі взаємин, які типові стратегії взаємодії йому властиві, а також наскільки узгодженими є реальні та бажані уявлення про себе [6]. У підлітковому віці розбіжності між «Я-реальним» і «Я-ідеальним» часто пов’язані з процесами самоствердження, пошуком статусу та становленням ідентичності [27]. Якщо ці розбіжності надмірні, вони можуть супроводжуватися внутрішнім напруженням, незадоволеністю собою та підвищеною чутливістю до оцінок оточення.

Основна група (Я-реальне). 75% (15 осіб) оцінили себе з низькою вираженістю авторитетного типу, що може відображати недостатню впевненість у можливості займати лідерські позиції, обережність у соціальних ситуаціях і слабшу домінантність у групі. Водночас спостерігались показники за егоїстичним і агресивним типами, що в сукупності можна тлумачити як внутрішню суперечність: з одного боку —

невпевненість та стриманість, з іншого — приховане прагнення до більш активного самоствердження.

Важливою ознакою є те, що 65% (13 осіб) мають високі показники недовірливого типу. Цей тип відображає труднощі у встановленні довірливих контактів, схильність очікувати негативного ставлення, настороженість, замкненість. У соціалізаційному плані це може означати, що підлітку важче включатися у близькі дружні стосунки, він може обирати дистанційовану позицію, уникати відвертості та глибоких контактів.

У 55% (11 осіб) спостерігався високо виражений підпорядкований тип. Для соціалізації це може означати схильність підлаштовуватися, уникати конфлікту, прагнути підтримки сильнішого партнера. З одного боку, така позиція може полегшувати ситуативне «вписування» у групу, але з іншого — створює ризик залежності від думки оточення та втрати автономності, що є важливою віковою потребою.

Окремо варто відзначити показники залежного типу: у 30% (6 осіб) він був сильно вираженим, а ще у 40% (8 осіб) — помірним. У поєднанні з високою тривожністю це може свідчити про недостатню психологічну впевненість у власних силах, а також про схильність до страхів і обережності.

Водночас у значної частини підлітків з астмою виявлено високі показники дружелюбного (65%, 13 осіб) і альтруїстичного (50%, 10 осіб) типів. У соціальному плані це може означати прагнення бути прийнятим, зберегти добрі стосунки, отримати схвалення, а також готовність допомагати. У деяких випадках така орієнтація може поєднуватися з гіпервідповідальністю та внутрішнім напруженням через страх «втратити прихильність» групи.

Основна група (Я-ідеальне). Уявлення про ідеальне «Я» виявилися суттєво відмінними від «Я-реального». У 85% (17 осіб) зафіксовано екстремально виражений авторитарний тип як бажаний, а у 75% (15 осіб) — високий егоїстичний тип. Такі результати можуть свідчити про сильне

прагнення до незалежності, впливовості, самостійності, лідерства. У психологічному сенсі це може бути способом компенсувати переживання обмеженості та «слабкості», які інколи переживаються підлітками з хронічним захворюванням. Тобто ідеальне «Я» може відображати бажання подолати вразливість і зайняти позицію сили у міжособистісних відносинах.

Контрольна група. У контрольній групі показники реального і ідеального «Я» переважно мають низьку або помірну вираженість, а у 65% (13 осіб) суттєвих розбіжностей між «Я-реальним» і «Я-ідеальним» не виявлено. Це свідчить про більш гармонійне самосприйняття і адаптивніші стратегії взаємодії. Водночас у 20% (4 осіб) спостерігалися розбіжності за окремими типами (авторитарним і підпорядкованим), що може відображати типові вікові коливання у сфері самоствердження та статусних прагнень.

Пояснення результатів. Для підлітків із бронхіальною астмою характерна більша напруженість самосприйняття та міжособистісних тенденцій: поєднання недовірливості, підпорядкованості та залежності з вираженим прагненням авторитету й незалежності. У термінах соціалізації це може означати внутрішній конфлікт між потребою бути прийнятим і потребою самоствердитися, що в підлітковому віці часто визначає стиль взаємодії з однолітками та включеність у шкільне життя [6; 27]. Наявність хронічного захворювання може підсилювати такі суперечності через досвід обмежень, необхідність лікування та переживання «інакшості» [25; 43].

Ставлення до захворювання (проективна методика «Рисунок хвороби»)

Ставлення до хвороби у підлітковому віці має важливе значення, оскільки воно впливає на самосприйняття, емоційний стан і соціальну поведінку. Якщо хвороба переживається як загроза або як домінуючий чинник життя, підліток може демонструвати більш тривожну, обережну та уникальну поведінку, що ускладнює соціалізацію [16; 18].

Особливості рисунків підлітків з астмою. Рисунки в основній групі переважно мають абстрактно-символічний характер (спрут, «неприємні тварини», павутина, хмара штриховки). Символічність може свідчити про те,

що захворювання переживається як важко контрольований, «чужий» або загрозливий феномен, який не завжди усвідомлюється на рівні конкретних причин, але має сильне емоційне забарвлення.

Той факт, що у 55% випадків зображення розташоване в центрі аркуша, може трактуватися як висока суб'єктивна значущість захворювання та його помітне місце у внутрішньому житті підлітка. У 45% випадків розміщення в нижній частині може свідчити про спробу витіснення або «відсунення» теми хвороби, що інколи є психологічним способом самозахисту. Разом з тим витіснення не завжди означає прийняття; воно може супроводжуватися напруженням і непереробленими страхами.

Наявність «страшних» або «неприємних» тварин у 20% випадків прямо вказує на негативне ставлення і страх, а сильний натиск, жирні штрихи, акцент на «очах», «роті», «щупальцях» може свідчити про тривожність і настороженість. Обмежена кольорова палітра та переважання темних тонів також узгоджуються з песимістичним або напруженим настроєвим фоном.

Рисунки контрольної групи. На відміну від основної групи, у контрольній групі зображення більш конкретні та пов'язані з типовими короткочасними недугами (нежить, температура, хворий у ліжку). Це може означати, що хвороба не розглядається як провідна життєва тема і не набуває такого емоційно домінуючого смислу. Більш різноманітна кольорова гама і менш напружені композиційні рішення також підтверджують, що тема здоров'я не викликає стійкого тривожного фону.

Таким чином, для підлітків із бронхіальною астмою характерне більш емоційно насичене, часто негативно забарвлене ставлення до хвороби. Це може проявлятися у переживанні обмеженості, страху загострення або сумнівів щодо «нормальності» власного життя, що потенційно ускладнює соціальну включеність і комунікативну активність [25; 43; 16; 18].

Ставлення до навчання, однолітків, себе і здоров'я (методика «Незакінчені речення»).

Методика «Незакінчені речення» дозволяє оцінити загальну спрямованість ставлень підлітка до найважливіших сфер соціалізації. Варто врахувати, що у 15% підлітків з астмою (3 особи) зафіксовано відмову від виконання завдання. Така відмова може свідчити про небажання актуалізувати переживання, пов'язані з вразливими темами, або про знижений рівень довіри до ситуації опитування.

Сфера навчання. В основній групі 45% відповідей відображали незадоволення навчальним процесом. У соціалізаційному плані це може означати зниження шкільної включеності, внутрішню напруженість щодо оцінювання або труднощі підтримання стабільної навчальної діяльності, що може бути пов'язано з пропусками через стан здоров'я чи з переживанням втоми і напруження [25; 43].

У контрольній групі частіше зустрічалась нейтральна оцінка навчання (45%), що може бути типовим для підліткового віку, коли навчання не завжди сприймається як емоційно приваблива сфера, але не обов'язково є джерелом вираженого негативу.

Сфера однолітків. Для підлітків із астмою характерним стало нейтральне ставлення до однолітків (60%). Така нейтральність може свідчити не стільки про відсутність потреби у контактах, скільки про певну емоційну дистанцію або обережність у взаєминах. У поєднанні з високою тривожністю та недовірливими тенденціями (за Т. Лірі) це може означати прагнення уникати ситуацій, де можливі осуд або відторгнення.
У контрольній групі частіше спостерігалося позитивне ставлення до однолітків (50%), що відповідає віковому зростанню значущості дружби та групової належності.

Сфера «Я». У підлітків із астмою виявлено негативне ставлення до себе у 50% випадків. Це має важливе значення для соціалізації, оскільки знижене самоприйняття зумовлює невпевненість у контактах, підвищену залежність від схвалення та ризик уникання соціальних ситуацій. У контрольній групі переважало гармонійне ставлення до себе (85%), що свідчить про більш стабільну самооцінку та меншу напруженість самосприйняття.

Сфера здоров’я. У підлітків із бронхіальною астмою у 85% відповідей зафіксовано дисгармонійне, часто негативно забарвлене ставлення до здоров’я. Це є закономірним, оскільки хронічний стан робить тему здоров’я постійно актуальною, а переживання власної вразливості може формувати тривогу та песимістичні очікування. У контрольній групі 90% підлітків позитивно оцінювали своє здоров’я, що відповідає типовій ситуації для практично здорових дітей.

Таблиця 2.1. Порівняльна характеристика результатів проведеного дослідження за методикою “Незакінчені речення”

Сфери	Діти з бронхіальною астмою			Здорові діти		
	Позитивне відношення	Негативне відношення	Нейтральне відношення	Позитивне відношення	Негативне відношення	Нейтральне відношення
Навчання	10%	45%	30%	35%	20%	45%
Однолітки	20%	5%	60%	50%	20%	30%
Я	25%	50%	10%	85%	15%	-
Здоров’я	-	85%	-	90%	-	10%

Порівняльний аналіз свідчить: підлітки з бронхіальною астмою частіше демонструють менш позитивні установки щодо навчання і себе та більш напружене переживання сфери здоров’я. У поєднанні з нейтральністю у ставленні до однолітків це може означати певне звуження соціальної активності та ускладнення соціальної адаптації, що узгоджується з теоретичними положеннями про роль самосприйняття та емоційної стабільності в соціалізації [6; 27].

2.3. Практичні рекомендації щодо психологічного супроводу соціалізації підлітків із бронхіальною астмою

Отримані результати дозволяють описати сукупність психологічних проявів, які можуть супроводжувати соціалізацію підлітків із бронхіальною астмою:

1. Емоційно-тривожний компонент. Для основної групи характерний значно вищий рівень як особистісної, так і ситуативної тривожності. Це може зумовлювати обережність у контактах, очікування негативної оцінки, прагнення уникати соціально напружених ситуацій, а отже — зменшувати включеність у групу однолітків і шкільну активність [6; 27].

2. Комунікативно-статусний компонент. За методикою Т. Лірі у підлітків із астмою спостерігається поєднання недовірливості, підпорядкованості та залежності з вираженим прагненням сили й авторитету у «Я-ідеальному». Це може свідчити про внутрішню напруженість у сфері самоствердження: підліток прагне бути сильним і незалежним, але реальні переживання та стиль взаємин частіше є обережними, залежними або недовірливими. Така суперечність може ускладнювати стійкі дружні контакти та стабільний соціальний статус [6; 27].

3. Смислове ставлення до хвороби. Символічні, часто загрозливі образи хвороби й висока «помітність» теми здоров’я у внутрішньому житті підлітків із астмою можуть підтримувати тривожний фон і посилювати відчуття обмеженості, що позначається на соціальній активності [16; 18].

4. Установки щодо ключових сфер соціалізації. Негативніші оцінки себе й навчання, а також напружене ставлення до здоров’я разом із відносною дистанційованістю щодо однолітків можуть відображати певні труднощі адаптації і включеності у шкільне середовище [6; 27].

У сукупності це дозволяє зробити висновок: виявлені психологічні особливості можуть створювати несприятливі умови соціалізації підлітків із

бронхіальною астмою, зокрема у частині міжособистісних контактів, самосприйняття та шкільної включеності. Водночас отримані дані слід розглядати як емпіричний матеріал, що відображає тенденції у конкретній вибірці та потребує подальших уточнень на ширшій сукупності досліджуваних.

Практичні рекомендації щодо психологічної підтримки соціалізації підлітків із бронхіальною астмою

Виявлені особливості свідчать, що психологічна підтримка підлітків із бронхіальною астмою має бути спрямована насамперед на зменшення емоційного напруження, підтримку позитивного самосприйняття та поліпшення умов шкільної і міжособистісної адаптації [6; 27]. При цьому важливо враховувати нормативні засади медичного супроводу астми та необхідність стабільного контролю стану [9; 24; 43; 55].

1) Рекомендації для практичного психолога закладу освіти

— Проводити первинну оцінку тривожності та емоційної напруженості у підлітків із астмою (особливо при переході до нової школи/класу, у період підвищеного навчального навантаження). За високих показників доцільною є робота зі зниження напруження та розвитком навичок саморегуляції [16].

— Організовувати індивідуальні консультації, спрямовані на корекцію негативного самоставлення, формування більш реалістичного та підтримувального образу «Я», зниження залежності від зовнішньої оцінки [27].

— Проводити групові заняття з комунікативної компетентності (уміння говорити про свої потреби, просити допомогу, відстоювати межі без конфлікту, долати сором/страх оцінювання), що сприяє підвищенню соціальної активності [6].

2) Рекомендації для класного керівника та педагогів

— Формувати доброзичливий стиль взаємодії, уникати публічних оцінок, які можуть посилювати тривожність і переживання «відмінності».

— Підтримувати включеність підлітка у життя класу через посильні ролі та участь у групових видах діяльності, з урахуванням можливостей стану здоров’я.

— У разі пропусків занять забезпечувати допомогу в опануванні матеріалу, щоб не допустити накопичення навчальних труднощів, які можуть посилювати негативне ставлення до школи.

3) Рекомендації для батьків

— Підтримувати баланс між турботою та автономністю: не звужувати соціальні контакти підлітка через страх загострення, але й не залишати його без необхідної підтримки у питаннях лікування й організації режиму.

— Обговорювати з дитиною її переживання щодо однолітків, школи, можливих страхів, сприяти розвитку впевненості та відповідальності за самоконтроль.

4) Рекомендації щодо взаємодії школи та медичних працівників

— Узгоджувати дії дорослих щодо безпеки підлітка під час навчання та позакласних заходів відповідно до чинних стандартів і настанов щодо ведення астми [9; 24].

— За згодою батьків і дотримання конфіденційності забезпечити інформування педагогів про основні правила поведінки при погіршенні стану, що зменшує тривожність підлітка і підвищує відчуття захищеності.

Загальні положення індивідуальної допомоги підлітка з бронхіальною астмою, який має труднощі соціалізації

Індивідуальне консультування підлітка з бронхіальною астмою, який має труднощі соціалізації, доцільно будувати як поєднання трьох взаємопов’язаних напрямів:

— емоційно-регулятивний (зниження тривожності, напруження, страху оцінювання, формування навичок самозаспокоєння);

— особистісно-смисловий (позитивніше самоставлення, стабілізація Я-концепції, подолання переживання «інакшості», робота зі стигматизаційними очікуваннями);

— соціально-поведінковий (розвиток навичок контакту, самопрезентації, відстоювання меж, поступове повернення до участі у житті класу/групи однолітків).

Практичний сенс цієї логіки такий: якщо працювати тільки з «соціальними навичками», але не торкатися тривожності й негативного самоставлення, підліток може знати “як треба”, але уникати взаємодії через страх. Якщо працювати лише з емоціями, але не робити реальних кроків у соціумі, зміни залишаться «в кабінеті». Тому ефективною є послідовність: зниження напруження → зміна переживань і переконань → тренування поведінки в реальних ситуаціях.

Для підлітка вкрай значущою є думка однолітків. Тому навіть нечасті симптоми можуть переживатися як «катастрофа»: “раптом стане зле на уроці”, “я задихнуся”, “всі дивитимуться”, “буде соромно”. У такій ситуації астма починає впливати на соціалізацію не лише через об’єктивні обмеження, а через очікування загрози. Психологічно це часто підтримує уникання: підліток менше ініціює контакти, не бере участі у виступах, відмовляється від активностей, а іноді навіть намагається “стати непомітним”.

Сором через інгалятор (обмеження) на фізкультурі Підліток може сприймати інгалятор як “мітку слабкості”. Тоді він приховує лікувальні дії, терпить, або навпаки — демонстративно “грає роль сильного”, ігноруючи потреби. Обидва варіанти шкодять соціалізації: у першому — через тривогу і сором, у другому — через конфліктність або ризик небезпечних ситуацій.

Досвід неприємних коментарів і стигматизація Навіть разовий негативний досвід може сформувати установку: “зі мною так буде завжди”. Підліток починає «читати» будь-яку реакцію як осуд, стає недовірливим або замкненим. Це прямо пов’язано з труднощами соціальної адаптації та взаємин.

Пропуски занять і «випадіння» з класного життя Пропуски через погіршення стану зменшують залученість у неформальне життя класу.

Підліток починає відчувати, що “всі вже без мене”, “я не в темі”, “мене не кличуть”. Далі запускається коло: пропуски → віддалення → менше контактів → ще складніше повертатися.

Умови ефективного консультування

На першій зустрічі важливо домовитися: що є конфіденційним, що може бути передано батькам/школі, а що — лише за згодою підлітка. Це знижує недовіру й формує відчуття контролю, що особливо важливо для тривожних підлітків.

Позиція “підліток — суб’єкт”. У консультуванні варто уникати ролі “лікуємо хворого”. Натомість підлітка доцільно розглядати як активного учасника, який навчається керувати власним станом і соціальними ситуаціями. Такий підхід підтримує автономність і самоповагу.

Кроки мають бути реалістичними. Зміни в соціалізації завжди відбуваються поступово. Краще, щоб підліток виконав один невеликий крок (написав однокласнику, долучився до групової роботи), ніж отримав “велику ціль”, яка лякає і провокує зрив.

План короткотривалого психологічного консультування підлітка із захворюванням на бронхіальну астму

Універсальний сценарій для найтиповіших труднощів дозволить ефективно працювати з наступними запитами - страх симптомів у школі, сором, уникання, напруження самосприйняття, дистанція з однолітками, ризик стигматизації. Його можна адаптувати під конкретного підлітка.

Консультація 1. Уточнення проблеми соціалізації та «соціальна карта підлітка».

Мета. Побудувати контакт і довіру; конкретизувати, де саме виникають труднощі; описати ситуації, які запускають тривогу/уникання; визначити стартові показники.

Хід роботи. Спочатку доцільно дати підлітку можливість “розповісти свою версію”: що саме важко, з ким, у яких моментах (уроки, перерви, фізкультура, гуртки, спільні чати, дні народження). Психолог не поспішає

інтерпретувати, а допомагає структурувати: “де я справляюся” і “де я втрачаю впевненість”. Далі складається соціальна карта: 3–5 людей, з ким підлітку відносно легко, 3–5 ситуацій, які він уникає, і окремо - «найстрашніший сценарій» (часто це: напад/кашель/інгалятор перед класом).

Техніки.

— «Шкала напруження 0–10» для різних ситуацій.

— «Ланцюжок: подія → думка → емоція → поведінка» (простими словами).

— Фіксація “що я роблю, коли стає страшно” (уникання, мовчання, вихід із класу, агресія, відмова від контактів).

Домашнє завдання. Попросити підлітка протягом тижня записати 5 коротких епізодів:

1. яка ситуація; 2) що подумав; 3) що відчув; 4) що зробив; 5) чим закінчилось. Мета — не “контроль”, а збір матеріалу для наступних кроків.

Консультація 2. Робота зі страхом симптомів і «план психологічної безпеки в школі»

Мета. Зменшити катастрофізацію («якщо стане зле — все пропало»), сформувати відчуття керованості, узгодити простий план поведінки на випадок погіршення самопочуття.

Хід роботи. Психолог обережно розкладає страх на складові: що саме лякає — фізичне відчуття, реакція інших чи сором. Часто виявляється, що найбільша загроза — саме соціальна: “всі побачать”. Після цього будується план безпеки, який має психологічну функцію: підліток знає, що робити, і через це тривога зменшується.

Важливо: план безпеки не замінює медичного плану, але може бути узгоджений із батьками/лікарем у загальних рисах (без деталей лікування).

Техніки.

— «Перевірка думки»: що найгірше може статися, яка ймовірність, що сталося б реально, хто допоможе.

— «Коротка фраза самопредставлення»: 1–2 речення, які підліток

може сказати однокласникам/вчителю без сорому (наприклад: “У мене астма, я контролюю стан. Якщо мені треба — я зроблю паузу, це нормально”).

— Навчання простим способам зниження напруження (паузи, повільний видих, «заземлення» уваги) — у межах психологічної саморегуляції.

Домашнє завдання. Вибрати 1–2 ситуації зі «середнім рівнем страху» та зробити маленьку дію: наприклад, залишитися на перерві в компанії на 3 хвилини довше; поставити коротке питання однокласнику; не уникати групової роботи. Після — записати, як це пройшло.

Консультація 3. Самоставлення, «Я серед однолітків», сором і стигматизаційні очікування

Мета. Послабити переживання «я не такий», зміцнити більш стійкий образ себе, зменшити залежність самооцінки від оцінок оточення.

Хід роботи. Психолог допомагає підлітку відокремити “я як особистість” від “у мене є стан”. Часто у підлітків із хронічними захворюваннями з’являється тенденція до самозвинувачення або сорому: “через мене проблеми”, “я всім заважаю”, “я слабкий”. Такі установки прямо впливають на соціалізацію: вони примушують мовчати, не ініціювати, погоджуватися, лише б “не заважати”. На цій зустрічі важливо працювати саме з внутрішнім наративом.

Техніки.

— «Портрет себе без хвороби»: 7–10 характеристик, що описують підлітка як людину (інтереси, здібності, стиль мислення, гумор, відповідальність тощо).

— «Мій статус у класі: факти та інтерпретація інтерпретації»: що реально сказали/зробили, а що я домислив через страх.

— Якщо доречно — елемент проективної роботи (короткий малюнок “як виглядає моя тривога/хвороба в школі”) і обговорення сенсів без “психоаналізу”, у підтримувальному ключі.

Домашнє завдання. Сформулювати «соціальну самопрезентацію» у 3 варіантах: для близького друга; 2) для однокласника; 3) для вчителя. Це не “виступ”, а внутрішня готовність говорити про себе спокійно.

Консультація 4. Соціальні навички та поступове повернення до контактів

Мета. Перейти від внутрішньої роботи до практичних навичок: як починати й підтримувати контакт, як не «випадати» з групових взаємодій, як будувати дружні зв’язки без надмірного напруження.

Хід роботи. Психолог пояснює, що соціальні навички — це не «талант», а треновані кроки. Підлітку часто потрібні дуже конкретні мікро-дії: як підійти, що сказати, як реагувати на паузу, як завершити розмову. Якщо в підлітка висока тривожність, він або мовчить, або говорить різко/захисно, або намагається “сподобатися будь-якою ціною”. Тут важливо формувати рівновагу між відкритістю й межами.

Техніки.

— Рольові вправи (2–3 ситуації: знайомство, приєднання до компанії, групова робота).

— «Скрипти короткої комунікації»: привітання → запитання → короткий коментар → завершення.

— План «соціальних мікро-кроків на тиждень» (2–3 кроки, не більше).

Домашнє завдання. Виконати 2 мікро-кроки і описати результат (що вдалося, що було важко, що допомогло). Важливо фіксувати навіть частковий успіх, бо він знижує уникання.

Консультація 5. Межі, реакція на жарти/тиск, профілактика ізоляції; за потреби — робота з булінгом

Мета. Навчити підлітка зберігати гідність у складних соціальних ситуаціях: реагувати на некоректні питання, не входити у роль “жертви”, але й не відповідати агресією; мати чіткий план дій у разі повторюваних насмішок.

Хід роботи. Психолог спокійно обговорює: що саме говорили/робили однолітки, як підліток реагував, що хотів би зробити інакше. Далі тренуються короткі відповіді, які не “пояснюються занадто довго” (надмірні пояснення часто видають тривогу), і водночас встановлюють межу. Важливо, щоб підліток не залишався наодинці: якщо є ознаки булінгу, потрібна взаємодія зі школою.

Техніки.

— «Три рівні відповіді»: нейтрально → з межами → із залученням дорослого.

— Рольова репетиція “складної розмови”.

— План «включеності»: як підтримувати контакт із класом після пропусків (написати 1 людині, уточнити домашнє, повернутися в групу через спільну справу).

Домашнє завдання. Відпрацювати одну фразу межі в реальній ситуації (або в чаті), а також зробити один крок для підтримки включеності (написати однокласнику, долучитися до групового завдання).

Консультація 6. Узагальнення, закріплення змін і профілактика «відкатів»

Мета. Підсумувати прогрес, зафіксувати нові навички, сформувати план підтримки на майбутнє.

Хід роботи. На завершенні психолог повертається до «соціальної карти» з 1-ї зустрічі і порівнює: які ситуації стали легшими, що змінилося в думках і реакціях, які навички найкраще працюють. Далі будується «план стабільності»: що робити, якщо знову з’явиться страх, якщо були пропуски, якщо хтось сказав неприємне. Підлітку важливо відчути, що він не “повертається в нуль”, а має інструменти.

Техніки.

— «Мій набір інструментів» (3–5 технік саморегуляції + 3 соціальні кроки).

— «Сигнали ризику» (як я розумію, що знову починаю уникати).

— «План підтримки» (хто допоможе: психолог, друг, класний керівник, батьки).

Домашнє завдання (на майбутнє). План на 2 тижні: 2 соціальні кроки щотижня + короткий самоаналіз «що вдалося».

Пам'ятка підлітку з бронхіальною астмою: як легше спілкуватися та не випадати з життя класу

Підлітковий вік — це період, коли особливо важливими стають дружба, визнання однолітків і відчуття, що ти «свій/своя» у класі. Якщо в тебе є бронхіальна астма, інколи може з'являтися додаткове хвилювання: як реагуватимуть інші, чи не стане тобі зле у школі, чи не доведеться робити щось «незручно помітне» (наприклад, скористатися інгалятором). Важливо пам'ятати: астма не визначає твою особистість і не робить тебе гіршим. Вона лише означає, що ти маєш особливість здоров'я, з якою можна навчитися жити спокійно і впевнено.

1. Якщо ти боїшся, що стане зле в школі

Страх часто посилюється тоді, коли здається, що ситуація «не керована». Тому корисно мати простий план дій. Він допомагає заспокоїтися ще до того, як щось сталося.

Що важливо зробити заздалегідь:

— Домовся з одним дорослим у школі (класний керівник, шкільний психолог або медпрацівник), що ти можеш коротко звернутися, якщо відчуєш дискомфорт.

— Визнач для себе, куди можна вийти на 1–2 хвилини, щоб спокійно відновити дихання (коридор, медпункт, кабінет психолога — залежно від правил школи).

Що робити в момент, коли тобі тривожно або важко:

— Зроби паузу. Пауза — це не слабкість, а спосіб повернути контроль.

— Сфокусуйся на диханні: повільний видих зазвичай заспокоює і тіло, і думки.

— Якщо потрібно — зверніся до дорослого, з яким домовлявся. Твоя безпека важливіша за страх, що «хтось щось подумає».

2. Як говорити про астму так, щоб не було соромно

Іноді незручність виникає не через саму астму, а через страх реакції інших. У більшості випадків людям достатньо короткого, спокійного пояснення.

Приклади коротких фраз (обери ту, яка тобі ближча):

— “У мене астма. Я контролюю стан. Якщо треба — роблю паузу.”

— “Мені інколи потрібно подихати спокійно або скористатися інгалятором. Це нормально.”

— “Я знаю, що робити. Просто інколи мені потрібна хвилина.”

Чим спокійніше ти говориш, тим менше в інших бажання робити з цього «подію». Не потрібно довго пояснювати або виправдовуватися.

3. Якщо ти соромишся інгалятора або обмежень на фізкультурі

Сором часто виникає через думку “я відрізняюся”. Але у підлітків багато різних «відмінностей»: хтось носить окуляри, хтось має алергію, хтось не може бігати через травму. Це не робить людину слабкою — це просто особливість.

Корисно пам’ятати: інгалятор — це інструмент контролю, а не “мітка”. Ти не демонструєш слабкість — ти демонструєш здатність піклуватися про себе.

4. Як не випадати з життя класу після пропусків

Якщо ти пропустив заняття, найважче — повернутися так, ніби нічого не було. У цей момент допомагають маленькі дії, які «підтягують» тебе до класу.

Практичні кроки:

— Напиши одному однокласнику: “Привіт, що задавали? Можеш скинути фото?”

— Попроси вчителя коротко уточнити, що було головним.

— Обери один предмет і “підтяни” його першим — не намагайся одразу наздогнати все.

Ці кроки зменшують відчуття “я випав/випала” і повертають включеність.

5. Як реагувати на некоректні питання або жарти

Якщо хтось каже неприємне, важливо не залишатися у ролі того, хто «мусить терпіти». Реакція має бути короткою і гідною.

Три рівні відповіді:

1. Нейтрально: “У мене астма. Я з цим справляюсь.”
2. З межами: “Мені це неприємно. Давай без цього.”
3. З підтримкою дорослого: якщо повторюється — скажи класному керівнику або психологу.

Нормально просити підтримки. Це не «ябедництво», а захист власних меж.

6. Маленькі соціальні кроки (які реально працюють)

Іноді здається, що треба одразу стати “комунікабельним”. Насправді зміни починаються з малого.

Приклади кроків на тиждень:

— привітатися з двома людьми;

— поставити одне запитання однокласнику;

— взяти участь у груповій роботі хоча б на 5 хвилин;

— написати в чат класу нейтральне повідомлення (про домашнє/завдання).

Коли ти робиш маленькі кроки регулярно, страх слабшає, а впевненість зростає.

Пам’ятка батькам: як підтримати соціалізацію підлітка з бронхіальною астмою без гіперопіки

Для підлітка соціалізація — це не лише дружба. Це розвиток автономності, уміння бути серед людей, відстоювати себе, взаємодіяти, розв’язувати конфлікти, приймати і давати підтримку. Якщо підліток має бронхіальну астму, батьки природно прагнуть убезпечити дитину. Проте надмірна опіка інколи має побічний ефект: вона звужує соціальний досвід і

посилює тривожність, через що підліток починає уникати контактів, сумніватися у власних силах і відчувати себе “не таким”.

1. Що є головною помилкою: робити астму центром життя

Дитина не повинна щодня чути, що її життя “особливе” і “небезпечне”. Так формується образ себе як вразливого і слабкого. Важливо підтримувати нормальність: навчання, спілкування, інтереси, захоплення. Астма має бути врахованою, але не домінуючою темою.

2. Як відрізнити турботу від гіперопіки

Турбота — це допомога навчитися справлятися. Гіперопіка — це позбавлення можливості спробувати.

Ознаки гіперопіки:

— “Ти краще нікуди не ходи, бо раптом…”

— повний контроль контактів і пересування;

— постійні заборони на соціальні активності, навіть коли стан стабільний.

Натомість корисно: разом з підлітком визначити, що йому дозволено і як він діятиме, якщо стане важко (за рекомендаціями лікаря).

3. Формування автономності: підліток має відчути себе здатним

Підлітковий вік потребує самостійності. Якщо дитина відчуває, що їй не довіряють, вона або протестує, або стає пасивною і залежною.

Підтримка автономності означає:

— поступово передавати підлітку частину відповідальності за організацію дня;

— навчати говорити про свій стан спокійно й коротко;

— не лякати дитину, а допомагати їй мати план дій.

4. Якщо підліток уникає однолітків або школи

Уникання майже завжди підтримується тривогою або соромом. Фрази “та не вигадуй” зазвичай не працюють. Краще:

— спокійно розпитати, що саме лякає (реакція однолітків, симптоми, булінг);

— разом з психологом визначити маленькі кроки повернення у соціум;

— підкреслити не “ти мусиш”, а “давай зробимо так, щоб тобі було легше”.

5. Що робити, якщо є насмішки або булінг

Найгірше — залишити підлітка сам на сам і сказати “не звертай уваги”. Це формує безсилля. Правильніше:

— вислухати і зафіксувати, що саме відбувається;

— звернутися до школи (класний керівник, психолог) у конструктивній формі;

— підтримати дитину в тому, що вона має право на повагу.

6. Як підтримувати включеність у клас після пропусків

Пропуски — часта причина «випадіння» з соціального життя. Важливо допомогти підлітку зберігати зв’язок із класом:

— домовитися з одним однокласником про обмін інформацією щодо домашнього;

— допомогти дитині організувати повернення: з чого почати, що підтягнути першим;

— підтримати участь у спільних заходах, якщо медичний стан дозволяє.

7. Коли потрібна допомога психолога

Консультації доцільні, якщо спостерігаються:

— стійке уникання школи або контактів;

— різке зниження самооцінки, самозвинувачення, сором;

— виражена тривожність (особливо страх нападів у соціальних ситуаціях);

— ознаки булінгу, соціальної ізоляції;

— конфлікти в сім’ї навколо хвороби, режиму, обмежень.

Узагальнюючи розроблений комплекс технологій психологічної підтримки підлітків із захворюванням на бронхіальну астму, що зазнають

труднощів соціалізації, наводимо *загальні принципи психологічної роботи з підлітками, які мають бронхіальну астму*

Психологічний супровід підлітків із бронхіальною астмою доцільно будувати з урахуванням двох взаємопов'язаних детермінант. З одного боку, підлітковий вік є сенситивним до соціального оцінювання, статусу в групі однолітків та формування Я-концепції; саме тому будь-які переживання «відмінності» можуть загострювати внутрішню напруженість і сприяти соціальному униканню. З іншого боку, бронхіальна астма як хронічне соматичне захворювання може супроводжуватися епізодами фізичного дискомфорту, необхідністю самоконтролю, обмеженнями активності та пропусками навчання, що змінює звичний перебіг шкільного та позашкільного життя. У сукупності ці чинники підвищують ризик формування тривожності, нестійкого самоставлення, напруження у міжособистісних відносинах і, як наслідок, ускладнення соціалізації. Саме тому психологічна робота повинна спиратися на систему принципів, які забезпечують послідовність, етичність та практичну результативність допомоги.

Принцип суб'єктності та підтримки автономності підлітка.

У взаємодії з підлітком важливо зберігати позицію поваги до його гідності та самостійності, підкреслюючи, що він не зводиться до статусу «хворого». Підліток має відчувати себе активним учасником роботи, здатним формулювати власні цілі, оцінювати прогрес і поступово брати відповідальність за поведінку у соціальних ситуаціях. Такий підхід знижує залежність від зовнішнього оцінювання, сприяє зміцненню самоповаги й формує внутрішню опору, що особливо значуще за підвищеної тривожності та невпевненості в собі.

Принцип нормалізації без знецінення переживань.

Нормалізація полягає у тому, щоб допомогти підлітку сприймати бронхіальну астму як одну з умов життя, із якою можна навчитися жити без постійного страху та сорому. Водночас нормалізація не повинна

перетворюватися на знецінення. Фрази типу «нічого страшного» нерідко викликають у підлітка відчуття нерозуміння і можуть посилювати недовіру до психолога. Коректнішим є підхід, коли переживання визнаються реальними (“так, це може лякати”), але одночасно демонструється можливість керування ситуацією (“ми знайдемо способи, що допоможуть тобі справлятися”).

Принцип безпеки, передбачуваності та “відчуття контролю”.

Для багатьох підлітків із бронхіальною астмою ключовим механізмом соціального уникання є страх публічних проявів дискомфорту та реакцій однолітків. Тому психологічна робота має включати створення “простору передбачуваності”: чітке обговорення правил конфіденційності, меж відповідальності психолога і підлітка, а також формування простого плану дій у школі на випадок погіршення самопочуття (кому сказати, куди звернутися, як коротко пояснити ситуацію). Сам факт наявності узгодженого плану знижує тривогу і повертає підлітку відчуття керованості власною поведінкою.

Принцип цілісного бачення труднощів соціалізації.

Соціалізаційні труднощі підлітка з бронхіальною астмою не можна пояснювати лише медичним діагнозом. Вони формуються на перетині багатьох чинників: особистісної тривожності, досвіду взаємин у класі, стилю сімейного виховання, педагогічних реакцій, наявності або відсутності підтримки, досвіду стигматизації, а також об’єктивних умов (пропуски школи, обмеження у фізичній активності тощо). Відповідно, психологічний супровід має враховувати ці рівні, розуміючи підлітка не ізольовано, а в системі його соціальних зв’язків.

Принцип опори на ресурси та сильні сторони.

Практична робота буде значно результативнішою, якщо поряд із проблемами психолог послідовно виявляє й підкріплює ресурси підлітка: інтереси, здібності, досягнення, позитивний досвід дружби, прояви відповідальності або самоконтролю. Ресурсний акцент не означає

ігнорування труднощів; він створює для підлітка психологічний “фундамент” впевненості, що зміни можливі. Це особливо важливо для підлітків із негативним самоставленням, які схильні бачити в собі насамперед слабкі сторони.

*Принцип поступовості та “малих кроків” у соціальному включенні***.** Зміни в соціальній поведінці рідко бувають одномоментними. Для тривожного підлітка різкі вимоги “будь сміливішим” або “більше спілкуйся” можуть посилити уникання. Ефективнішою є стратегія малих, але регулярних кроків: короткі контакти, участь у нескладних групових завданнях, поступове розширення кола спілкування. Психолог має допомагати підлітку планувати ці кроки так, щоб вони були реалістичними, помірно складними й підкріплювали досвід успіху.

Принцип пріоритетності роботи з тривожністю як механізмом ускладнення соціалізації.

Емпіричні дані засвідчують, що підлітки з бронхіальною астмою часто мають підвищені рівні як особистісної, так і ситуативної тривожності, що може підтримувати обережність, недовіру та уникання соціальних ситуацій. Тому у консультуванні доцільно працювати зі зменшенням катастрофізації, формуванням навичок саморегуляції та розвитком більш реалістичних уявлень про соціальні реакції. Важливим завданням є навчити підлітка не “позбуватися тривоги повністю”, а керувати нею так, щоб вона не блокувала включеність у шкільне і позашкільне життя.

Принцип розвитку комунікативної компетентності та психологічних меж.

Для підтримки соціалізації важливо формувати не лише загальні навички спілкування, а й уміння відстоювати себе: коротко відповідати на некоректні питання, припиняти принизливі жарти, просити підтримки, говорити про свої потреби без сорому. Відсутність таких умінь часто призводить або до пасивного терпіння і замикання, або до захисної агресії. Психологічна робота може включати рольові програвання типових ситуацій,

формування коротких фраз самопрезентації та тренування поведінки у конфліктних або напружених соціальних умовах.

Принцип профілактики стигматизації та соціальної ізоляції.

Психолог має уважно відстежувати ознаки відторгнення, систематичних насмішок, "невидимої ізоляції" (коли підлітка не залучають до групових справ, ігнорують у спілкуванні, не запрошують). Якщо такі явища наявні, індивідуальне консультування має поєднуватися з роботою на рівні шкільного середовища — за умови дотримання етичних норм і за можливості за згодою підлітка та батьків. Важливо, щоб підліток не залишався наодинці з проблемою, оскільки саме самотність і безсилля є чинниками поглиблення соціальних труднощів.

Принцип партнерства з сім'єю та школою (у межах етики).

Результативність психологічного супроводу зростає, коли дорослі не суперечать цілям консультування: батьки не посилюють гіперопіку, педагоги підтримують включеність, школа забезпечує коректне ставлення до особливостей здоров'я. Разом з тим партнерство має бути делікатним: підліток має право на конфіденційність, а інформація, яку передають дорослим, повинна бути мінімально необхідною і зосередженою на умовах підтримки, а не на "контролі" чи "позначенні" підлітка у колективі.

Принцип етичності та конфіденційності як основи довіри.

Довіра є ключовою умовою індивідуальної роботи з підлітками, особливо з тими, хто демонструє недовірливість або схильність до замикання. Тому психолог зобов'язаний чітко пояснити межі конфіденційності, правила збереження інформації, а також винятки, пов'язані з безпекою. Етична позиція психолога допомагає підлітку відчути захищеність і відкритіше говорити про переживання, що безпосередньо пов'язані із соціалізаційними труднощами.

Принцип реалістичності результатів і підтримки стабільності змін.

У психологічній роботі важливо орієнтуватися не на "ідеальну соціалізацію" чи повне зникнення тривоги, а на практичні критерії: підліток

поступово розширює контакти, рідше уникає шкільних ситуацій, має навички саморегуляції, уміє відстоювати межі й звертатися по підтримку. Крім того, доцільно передбачати профілактику “відкатів”, оскільки тимчасові погіршення стану або конфлікти у класі можуть знову актуалізувати уникання. Завдання психолога — сформувати у підлітка набір інструментів, які дозволяють повертатися до активної соціальної позиції після складних періодів.

Висновки до розділу 2

Емпіричне дослідження (основна група — 20 підлітків із бронхіальною астмою; контрольна група — 20 практично здорових підлітків, вік 12–15 років) дозволило встановити низку психологічних відмінностей, що можуть мати значення для перебігу соціалізації у шкільному віці.

За тестом Ч. Спілбергера у підлітків із бронхіальною астмою частіше зафіксовано високі рівні тривожності: особистісна тривожність — у 75% (15 осіб), ситуативна тривожність — у 85% (17 осіб). У контрольній групі переважали низькі/середні показники особистісної тривожності (65% — низький; 35% — середній), при цьому високі показники ситуативної тривожності виявлено у 60% (12 осіб). Зазначене свідчить про більш виражене та стійке емоційне напруження в основній групі, що може ускладнювати комунікацію, соціальну активність та включеність у групу однолітків.

За методикою Т. Лірі у підлітків із бронхіальною астмою в структурі «Я-реального» частіше проявлялися тенденції до недовірливості (65%), підпорядкованості (55%) та залежності (у частини — вираженої), а також низька вираженість авторитетного (лідерського) типу (75%). Водночас «Я-ідеальне» у значної частини цієї групи характеризувалося різко підвищеним прагненням до авторитарності (85%) і незалежності (егоїстичний тип — 75%). Таке поєднання свідчить про напруження самосприйняття та суперечність між бажаною позицією «сили/автономії» і більш обережним або залежним стилем взаємодії, що може ускладнювати стабільні взаємини з однолітками та соціальне самоствердження.

За результатами проективної методики «Рисунок хвороби» встановлено, що підлітки з бронхіальною астмою частіше формують емоційно насичений і переважно негативно забарвлений образ захворювання (символічні загрозливі образи, центральне розміщення рисунка у 55% випадків, ознаки напруження у штрихуванні та кольоровій гамі). Це свідчить про високу суб'єктивну значущість теми хвороби, що може підтримувати тривожність і впливати на самоставлення та соціальну поведінку.

За методикою «Незакінчені речення» у підлітків із бронхіальною астмою частіше виявлялися: незадоволення навчальною сферою (45%), нейтральність у ставленні до однолітків (60%), негативне ставлення до себе (50%) і напружене/негативно забарвлене ставлення до здоров'я (85%). У контрольній групі переважали позитивні оцінки себе (85%), однолітків (50%) і здоров'я (90%). Отримані дані вказують на менш сприятливі психологічні умови соціалізації в основній групі, зокрема у сфері самосприйняття та шкільної включеності.

У цілому сукупність емпіричних результатів підтверджує припущення, що бронхіальна астма може супроводжуватися психологічними особливостями (підвищена тривожність, напружене самосприйняття, негативне переживання теми здоров'я), які здатні ускладнювати процес соціалізації підлітків у шкільному та міжособистісному середовищі.

У результаті емпіричного дослідження встановлено, що підлітки з бронхіальною астмою порівняно з практично здоровими однолітками частіше характеризуються підвищеною тривожністю, напруженим самосприйняттям і більш негативним емоційним ставленням до хвороби, а також менш сприятливими оцінками окремих сфер соціалізації (насамперед ставлення до себе, здоров'я та навчання). Отримані дані дозволяють розглядати ці особливості як чинники, що можуть ускладнювати соціальну адаптацію, включеність у шкільне життя і взаємини з однолітками, що узгоджується з теоретичними положеннями про вікову чутливість до соціального оцінювання і значущість підтримки для соціалізації, а також з уявленнями про психоемоційні прояви при бронхіальній астмі.

ВИСНОВКИ

Теоретичний аналіз показав, що соціалізація підлітків є інтегральним процесом, який охоплює адаптацію до соціальних вимог, формування комунікативної компетентності, включеність у групу однолітків, активну участь у шкільному житті, а також становлення Я-концепції та самоставлення.

Обґрунтовано, що хронічне соматичне захворювання може виступати чинником ускладнення соціалізації, оскільки змінює умови повсякденного життя підлітка, підсилює емоційне напруження, обмежує окремі види активності, впливає на самооцінку та соціальну поведінку; у підлітковому віці ці ефекти посилюються через високу значущість соціального оцінювання.

Встановлено, що бронхіальна астма як хронічне захворювання дитячого віку вимагає систематичного контролю та дотримання лікувального режиму; можливі загострення і варіативність перебігу здатні позначатися на навчальній діяльності та соціальній активності підлітків, що робить проблему їх соціалізації суспільно і практично значущою.

Емпіричне дослідження засвідчило, що підлітки з бронхіальною астмою, порівняно з практично здоровими ровесниками, частіше характеризуються:

а) підвищеним рівнем особистісної та ситуативної тривожності;

б) напруженістю уявлень про «Я» та істотними розбіжностями між «Я-реальним» і «Я-ідеальним»;

в) негативно забарвленим ставленням до хвороби та високою суб’єктивною значущістю теми здоров’я;

г) менш сприятливими установками щодо сфер соціалізації (самоставлення, навчання, взаємини з однолітками).

На підставі отриманих результатів зроблено висновок, що зазначені психологічні особливості можуть виступати чинниками, які ускладнюють соціальну адаптацію, знижують комунікативну активність і включеність у шкільне середовище, а також посилюють залежність підлітків від зовнішньої оцінки. Це узгоджується з теоретичними положеннями про роль емоційної стабільності, самосприйняття та підтримки у процесі соціалізації.

Практичне значення роботи полягає в тому, що отримані дані дозволяють визначити напрями психологічної підтримки підлітків із бронхіальною астмою: зниження тривожності та емоційного напруження, розвиток комунікативних умінь, підтримка позитивної Я-концепції, профілактика соціальної ізоляції, а також узгодження взаємодії «сім'я–школа–медичні фахівці» відповідно до чинних стандартів ведення бронхіальної астми.

Перспективним напрямом подальших досліджень є поглиблене вивчення зв'язку соціалізаційних показників із медичними характеристиками бронхіальної астми (ступінь контролю, частота загострень, обмеження фізичної активності, прихильність до лікування), оскільки саме стабільність стану може виступати важливою умовою шкільної включеності та міжособистісної активності.

Подальші дослідження можуть бути спрямовані на аналіз соціально-психологічних чинників, які опосередковують соціалізацію підлітків із БА: рівень соціальної підтримки з боку сім'ї, однолітків і педагогів, особливості сімейного виховання, стиль педагогічної взаємодії, наявність/відсутність досвіду стигматизації та соціальної ізоляції.

Доцільним є залучення розширеного психодіагностичного інструментарію, зокрема методик, що безпосередньо оцінюють соціальну адаптацію, самооцінку, рівень соціальної тривожності, переживання стигми, а також показники шкільної залученості й якості життя, пов'язаної зі здоров'ям. Це дозволить точніше описати механізми ускладнення соціалізації при хронічному захворюванні.

Перспективним є проведення лонгітюдних досліджень, що дадуть змогу простежити динаміку соціалізації підлітків із бронхіальною астмою у часі (від раннього підліткового віку до старшого), а також визначити, які чинники сприяють стабілізації соціальних контактів і шкільної адаптації.

Окремої уваги потребує розробка та апробація психологічних програм підтримки соціалізації підлітків із бронхіальною астмою (індивідуальні та групові форми роботи зі зниження тривожності, розвиток комунікативних умінь, формування позитивної Я-концепції, профілактика ізоляції), а також оцінка ефективності таких програм у шкільному середовищі з урахуванням вимог медичного супроводу.

Важливим напрямом подальшої роботи є дослідження психологічної готовності та компетентності педагогів у питаннях підтримки учнів із хронічними захворюваннями, зокрема бронхіальною астмою, а також вивчення організаційних умов школи, які сприяють або перешкоджають включеності таких підлітків у колектив.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Антипкін Ю. Г., Чумаченко Н. Г., Уманець Т. Р., Лапшин В. Ф. Аналіз захворюваності та поширеності бронхіальної астми в дітей різних вікових груп по регіонах України. *Перинатологія і педіатрія*. 2016. №1(65). С. 95–99. DOI: 10.15574/PP.2016.65.95. URL: https://surl.lu/orzvwf (дата звернення: 17.05.2025).

2. Безпалько О. В. Соціальна педагогіка : підручник. Київ : Академвидав, 2015. 312 с.

3. Богів Е. І., Когуч М. В. Психологічні аспекти соціалізації підлітків. *Наука і техніка сьогодні*. 2024. № 8(36). С. 852–860. URL : https://naukatehnika.com/index.php/journal/article/view/5569 (дата звернення: 21.07.2025).

4. Буратинська А. А. Бронхіальна астма у дітей через призму сучасності. *Астма та алергія*. 2025. № 4. URL : https://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/aa/25/pdf25-4/36.pdf (дата звернення: 17.05.2025).

5. Бучма В. В. Стан здоров’я та якість життя дітей із бронхіальною астмою, які займаються в спортивних секціях. *Фізична культура, спорт та здоров’я нації*. 2019. Вип. 32. С. 29–35. DOI : 10.15330/fcult.32.29-35. URL : https://journal.pnu.edu.ua/index.php/fcult/article/view/3761 (дата звернення: 17.05.2025).

6. Волянюк Н. Ю., Ложкін Г. В., Винославська О. В. та ін. Соціальна психологія : навчальний посібник. Київ : КПІ ім. Ігоря Сікорського, 2019. 254 с. URL : https://surl.li/sasofb (дата звернення: 01.02.2025).

7. Гладченко І. В. та ін. Соціалізація дитини з обмеженими розумовими можливостями : методичний посібник. Київ, 2020. URL : https://surl.li/kdplhj (дата звернення: 13.04.2025).

8. Григус І. М. Фізична реабілітація в пульмонології : навчальний посібник. Рівне, 2015. 184 с.

9. Державний експертний центр МОЗ України. Бронхіальна астма : клінічна настанова (00614). 2017. URL : https://www.dec.gov.ua/mtd/bronhialna-astma/ (дата звернення: 18.09.2025).

10. Державний експертний центр МОЗ України. Бронхіальна астма : розділ Реєстру медико-технологічних документів. 2021. URL : https://www.dec.gov.ua/mtd/bronhialna-astma/ (дата звернення: 18.09.2025).

11. ДСТУ 8302:2015. Інформація та документація. Бібліографічне посилання. Загальні положення та правила складання. Київ : ДП «УкрНДНЦ», 2016. 16 с.

12. Закон України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 № 2801-XII. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12 (дата звернення: 18.09.2025).

13. Закон України «Про освіту» від 05.09.2017 № 2145-VIII. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2145-19 (дата звернення: 18.09.2025).

14. Закон України «Про охорону дитинства» від 26.04.2001 № 2402-III. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2402-14 (дата звернення: 18.09.2025).

15. Закон України «Про реабілітацію осіб з інвалідністю в Україні» від 06.10.2005 № 2961-IV. URL : https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2961-15 (дата звернення: 18.09.2025).

16. Ізвєкова О. Ю. Психотерапевтичні аспекти лікування бронхіальної астми як психосоматичної патології. *Habitus*. 2020. Вип. 12. С. 167–171. URL: https://habitus.od.ua/journals/2020/12-2020/31.pdf (дата звернення: 21.08.2025).

17. Клименко В. А., Карпушенко Ю. В. Якість життя дітей з алергічними захворюваннями. *Астма та алергія*. 2014. № 3. С. 26–29. URL : https://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/aa/14/pdf14-3/26.pdf (дата звернення: 09.05.2025).

18. Кочарян О. С., Бєлоусова Ю. О., Піонтковська О. В., Лідовець О. С. Основи психосоматики : навчальний посібник. Харків : ХНУ імені В. Н. Каразіна, 2017. 144 с.

19. Коробка Л. М. Технології роботи зі стигмою : практичний посібник. Київ, 2022. 120 с.

20. Кравченко Т. В. Соціалізація дітей шкільного віку у взаємодії сім'ї і школи : монографія. Київ : Фенікс, 2009. 416 с. URL : https://irbis-nbuv.gov.ua/publ/REF-0000117535 (дата звернення: 18.08.2025).

21. Майданник В. Г., Сміян О. І. Бронхіальна астма у дітей : навчальний посібник. Київ, 2017. 240 с.

22. Малина О. Г. Стигматизація в контексті психосоматичних розладів. *Психологічний часопис*. 2017. № 2(6). С. 48–55.

23. Мозирська О. В., Охотнікова О. М., Волосовець О. П., Дорошенко Н. М. Бронхіальна астма у дітей України: аналіз поширеності та захворюваності. *Медичні перспективи*. 2020. Т. 25. № 3. С. 184–190. URL : http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mp_2020_25_3_26 (дата звернення: 11.08.2025).

24. Наказ МОЗ України від 24.12.2021 № 2856 «Про затвердження Стандартів медичної допомоги "Бронхіальна астма"». URL : https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v2856282-21 (дата звернення: 05.05.2025).

25. Недельська С. М., Кузнєцова О. Д. Психологічна характеристика дітей, які хворіють на бронхіальну астму. *Запорізький медичний журнал*. 2020. Т. 22. № 1. С. 118–123. DOI : 10.14739/2310-1210.2020.1.193302. URL : https://zmj.zsmu.edu.ua/article/download/193302/191166 (дата звернення: 11.08.2025).

26. Оржеховська В. М., Кириченко В. І., Ковганич Г. Г. Взаємодія навчального закладу і сім'ї: стратегії, технології, моделі : навчально-практичний посібник. Харків : Точка, 2007. 192 с.

27. Павелків Р. В. Вікова психологія : підручник. Київ : Кондор, 2011. 468 с.

28. Процюк Т. Л. Якість життя хворих на бронхіальну астму дітей та чинники, що впливають на неї. *Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики*. 2013. № 3(13). С. 66–67. URL : https://surl.li/qtnkoa (дата звернення: 11.08.2025).

29. Слепченко Н. С., Бірченко В. В., Слобода Н. М. Ведення бронхіальної астми у дітей з супутнім алергічним ринітом: клінічні акценти. *Астма та алергія*. 2024. № 4. URL : https://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/aa/24/pdf24-4/ (дата звернення: 11.08.2025).

30. Ткаченко О. Я. Актуальність вивчення показника якості життя в дітей з бронхіальною астмою. 2013. URL : https://repository.pdmu.edu.ua/bitstream/123456789/503/1/aktualnist.pdf (дата звернення: 11.08.2025).

31. Харченко Д. М., Ізвєкова О. Ю. Психологічні особливості дітей та підлітків, що хворіють на бронхіальну астму. *Science and Education a New Dimension. Pedagogy and Psychology*. 2019. VII(78). С. 66–70. DOI : 10.31174/SEND-PP2019-196VII78-15. URL : https://surl.li/youcoh (дата звернення: 11.08.2025).

32. Христова Т. Є., Пюрко В. Є., Непша О. В. Синергічна модель фізичної реабілітації дітей із бронхіальною астмою. *Успіхи і досягнення у науці*. 2025. № 2. URL : https://journals.uran.ua/sr_2025/article/view/284607 (дата звернення: 11.08.2025).

33. Чуєва І. О. Передумови загострення бронхіальної астми у підлітків. *Проблеми сучасної психології*. 2011. Вип. 12. С. 823–833. URL : https://journals.uran.ua/index.php/22276246/article/download/162002/161239 (дата звернення: 11.02.2026).

34. Шатківська І. С. Соціально-психологічна адаптованість підлітків із психосоматичними захворюваннями : кваліфікаційна робота (магістерська). Тернопіль, 2023.

35. Яшина Л. А. Бронхіальна астма: діагностика та лікування. *Український пульмонологічний журнал*. 2018. № 2. С. 5–12.

36. Ярошук І. Б., Речкіна О. О. Діагностика та лікування бронхіальної астми у дітей. *Астма та алергія*. 2015. № 2. С. 37–41. URL : https://www.ifp.kiev.ua/doc/journals/aa/15/pdf15-2/37.pdf (дата звернення: 11.08.2025).

37. Зозуляк-Случик Р. В. Соціалізація осіб із функціональними обмеженнями: соціально-психологічні засади : монографія. Івано-Франківськ, 2007. 216 с.

38. Al-Motlaq M., Al-Sheyab N. Attitudes of non-asthmatic children towards their asthmatic peers: influence of interactions with asthmatic relatives and peers. *Sultan Qaboos University Medical Journal*. 2018. Вип. 18(2). e161–e166. DOI : 10.18295/SQUMJ.2018.18.02.007. URL : https://doi.org/10.18295/SQUMJ.2018.18.02.007 (дата звернення: 11.02.2026).

39. Antonino L., Van Hoorenbeeck K., van Olmen J. et al. Breathing across ages: a systematic review on challenges and components of transitional care for young people with asthma. *Frontiers in Pediatrics*. 2024. 12:1348963. DOI : 10.3389/fped.2024.1348963. URL : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38450298/ (дата звернення: 14.03.2025).

40. Asher M. I., Rutter C. E., Bissell K. et al. Worldwide trends in the burden of asthma symptoms in school-aged children: Global Asthma Network Phase I cross-sectional study. *The Lancet*. 2021. Vol. 398(10311). P. 1569–1580. DOI : https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01450-1 (дата звернення: 14.03.2025).

41. Brynjulfsen T., Berntsen S., Demmelmaier I. et al. Motivation for physical activity in adolescents with asthma. *Journal of Asthma*. 2021. Vol. 58(9). P. 1247–1255. DOI : https://doi.org/10.1080/02770903.2020.1778025 (дата звернення: 14.03.2025).

42. Collins C. M., [та ін.]. Adolescent views on asthma severity and management. 2023. URL : https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10024579/ (дата звернення: 14.03.2025).

43. Global Initiative for Asthma (GINA). Global Strategy for Asthma Management and Prevention. 2025. URL : https://ginasthma.org/ (дата звернення: 11.02.2026).

44. Han S., [та ін.]. Association between social phobia and allergic asthma in adolescents. *Frontiers in Allergy*. 2025. URL : https://www.frontiersin.org/journals/allergy/articles/10.3389/falgy.2025.1698470/full (дата звернення: 14.03.2025).

45. Harris K., [та ін.]. School-based self-management interventions for asthma in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019. DOI: 10.1002/14651858.CD011651.pub2. URL : https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011651.pub2/full (дата звернення: 14.03.2025).

46. Karatas P., [та ін.]. Experiences of early adolescents with allergic asthma after peer education. *Journal of Asthma*. 2025. DOI : 10.1080/02770903.2025.2472353. URL : https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02770903.2025.2472353 (дата звернення: 14.03.2025).

47. Kortianou E. A., [та ін.]. The social aspect of children and adolescents with chronic respiratory diseases. 2025. URL : https://www.mdpi.com/2673-8392/5/3/90 (дата звернення: 11.02.2026).

48. Lin N., [та ін.]. Barriers to physical activity among adolescents with asthma: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2025. DOI : 10.1186/s12889-025-25446-6. URL : https://link.springer.com/article/10.1186/s12889-025-25446-6 (дата звернення: 13.04.2025).

49. Manti S., [та ін.]. Epidemiology of severe asthma in children. *European Respiratory Review*. 2024. Vol. 33(174). URL : https://publications.ersnet.org/content/errev/33/174/240095.full.pdf (дата звернення: 13.04.2025).

50. McTague K., [та ін.]. Youths with asthma and their experiences of self-management education: a systematic review of qualitative evidence. *Journal of Advanced Nursing*. 2022. DOI : 10.1111/jan.15459. URL : https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.15459 (дата звернення: 13.04.2025).

51. Merghani M. M., [та ін.]. Asthma-related school absenteeism: prevalence, disparities, and the need for comprehensive management: a systematic review and meta-analysis. *Dialogues in Health*. 2025. DOI : 10.1016/j.dialog.2025.100239. URL : https://doi.org/10.1016/j.dialog.2025.100239 (дата звернення: 13.04.2025).

52. Stridsman C., [та ін.]. Asthma in adolescence affects daily life and school attendance. *Nursing Open*. 2017. DOI: 10.1002/nop2.77. URL : https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/nop2.77 (дата звернення: 13.04.2025).

53. Tseng T.-J., Wu C.-J. J. Exploring everyday experiences of adolescents living with asthma through Bronfenbrenner's ecological systems theory. *Nursing Open*. 2025. Vol. 12(8):e70281. DOI : 10.1002/nop2.70281. URL : https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40790848/ (дата звернення: 13.04.2025).

54. Workman B., [та ін.]. Predictors of friendship skills for adolescents with asthma. *Children (Basel)*. 2025. Vol. 12(2): 233 p. URL : https://www.mdpi.com/2227-9067/12/2/233 (дата звернення: 13.04.2025).

55. World Health Organization. Asthma (Fact sheet). URL : https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/asthma (дата звернення: 13.04.2025).

56. Zhang D., Zheng J. The burden of childhood asthma by age group, 1990–2019: a systematic analysis of Global Burden of Disease 2019 data. *Frontiers in Pediatrics*. 2022. 10:823399. DOI: 10.3389/fped.2022.823399. URL : https://doi.org/10.3389/fped.2022.823399 (дата звернення: 13.04.2025).