

## ОСОБЛИВОСТІ ПСИХОЛОГІЧНОЇ ПІДГОТОВКИ ПЕРЕД ОПЕРАЦІЯМИ У ПРАКТИЦІ ДИТЯЧОГО ОРТОПЕДА-ТРАВМАТОЛОГА ТА ХІРУРГА

М.Д.Процайло<sup>1</sup>, В.Г.Дживак<sup>1</sup>, Т.І.Ничка<sup>1</sup>, І.О. Крицький<sup>1</sup>, М.М. Галич<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Тернопільський національний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України, м. Тернопіль, Україна

<sup>2</sup> Комунальне некомерційне підприємство "Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня" Тернопільської обласної ради, м. Тернопіль, Україна

**Ключові слова:** ексклюзивні травми, психологічний контакт, діти, операція, хірургія, передопераційна підготовка.

Буковинський медичний вісник. 2023. Т. 27, № 4 (108). С. 32-38.

DOI: 10.24061/2413-0737.27.4.108.2023.7

**E-mail:**

protsaylo@tdmu.edu.ua,  
dzyvak@tdmu.edu.ua,  
krycky@tdmu.edu.ua

**Резюме. Актуальність дослідження.** Психологічний контакт визначається як сприйняття пацієнтом попередньої комунікації з медичним персоналом та обставин перебування в лікувальному закладі. Взаємодія з лікарем і медичним персоналом може значно вплинути на психічний стан пацієнта перед операцією, а також на результати самої операції та має перспективний характер у контексті вдосконалення медичної практики та забезпечення високого рівня якості медичних послуг.

**Мета дослідження** – дослідження методів психологічного контакту в процесі передопераційної підготовки дітей з винятковими травмами, що необхідно для здійснення адекватної хірургічної допомоги та отримання позитивних результатів після оперативних втручань.

**Матеріал і методи.** Вивчалися особливості передопераційної підготовки дітям різного віку. Психологічний контакт з дітьми встановлювали згідно з рекомендаціями фахівців-психологів і складався з п'яти етапів. Основні етапи психологічного контакту складали: подолання психологічного бар'єра, пошук спільних уподобань, визначення тактики спілкування, пошук перешкод для спілкування, стабілізація діалогу. На прикладі трьох клінічних випадків з ексклюзивними травмами показані деякі особливості встановлення психологічного контакту перед операцією. Описані клінічні випадки з практики, перебіг та лікування.

**Результати дослідження.** Висвітлено основні етапи психологічного контакту перед операцією та визначено основні помилки, які можуть впливати на налаштування дітей перед хірургічними втручаннями. Психологічна підготовка перед операцією є обов'язковою, зменшуючи негативний вплив стресу та сприяючи позитивним результатам операції. Дослідження підкреслює важливість індивідуального підходу до встановлення психологічного контакту з дітьми.

**Висновки.** Похід до лікаря для багатьох дітей є сильним стресом. Хірургічні операції завжди є неприємними і викликають тривогу та страх. Страх можна посилювати, плакати до великих меж або навчитися контролювати його. Психологічна підготовка перед операцією обов'язкова, вона зменшує негативний вплив стресу і збільшує позитивні результати операції.

## PECULIARITIES OF PSYCHOLOGICAL PREPARATION BEFORE SURGERY IN THE PRACTICE OF PAEDIATRIC ORTHOPAEDIC TRAUMATOLOGIST AND SURGEON

M.D. Protsailo, V.G. Dzhyvak, T.I. Nychka, I.O. Krycky, M.M. Halych

**Key words:** exclusive trauma, psychological contact, children, surgery, surgical procedures, preoperative preparation.

Bukovinian Medical Herald.

2023. V. 27, № 4 (108). P. 32-38.

**Resume. Relevance.** Psychological contact is defined as the patient's perception of previous communication with medical staff and the circumstances of their stay in the hospital. Interaction with a doctor and medical staff can significantly affect the patient's mental state before surgery, as well as the results of the operation itself, and has promising potential in improving medical practice and ensuring a high quality of medical services.

**The aim of the study** is to investigate the methods of psychological contact in the process of preoperative preparation of children with exceptional traumas, which is necessary for the provision of adequate surgical care and positive results after surgery.

**Material and methods.** The peculiarities of preoperative preparation of children of different ages were studied. Psychological contact with children was established according to the recommendations of psychologists and consisted of five stages. The main stages of psychological contact were overcoming a psychological barrier, finding common preferences, determining communication tactics, searching for obstacles to communication, and stabilizing the dialogue. The example of three clinical cases with exclusive traumas shows some features of establishing psychological contact before surgery. Clinical cases from practice, their course and treatment are described.

**The results of the study and their discussion.** The main stages of psychological contact before surgery are highlighted and the main mistakes that can affect children's attitude before surgery are identified. Psychological preparation before surgery is mandatory, reducing the negative impact of stress and contributing to positive outcomes of surgeries. The study emphasizes the importance of an individual approach to establishing psychological contact with children.

**Conclusions.** For many children, going to the doctor is very stressful. Surgery is always unpleasant and causes anxiety and fear. Fear can be reinforced, nurtured to great lengths, or learned to be controlled. Psychological preparation before surgery is mandatory, it reduces the negative impact of stress and increases the positive results of the operation.

**Вступ.** Кількість хірургічних втручань щорічно зростає. У країнах з низьким і середнім рівнем доходу в середньому виконується 877 операцій на 100 000 населення. Кесарів розтин, видалення гриж і лапаротомія були найпоширенішими операціями, які виконуються в країнах, що розвиваються. Кількість хірургічних втручань у дітей викликає все більше занепокоєння, особливо в країнах з низьким та середнім рівнем доходу, де доступ до безпечної та доступної хірургічної допомоги обмежений. Глобальна ініціатива з дитячої хірургії (GICS) була створена для вирішення цієї проблеми та покращення хірургічної допомоги дітям, особливо в умовах обмежених ресурсів [1,2,3].

Усі діти бояться операцій і кожна дитини залежно від віку та виховання по-різному реагує на медичний персонал, його обладнання та страх операції [4]. Як правило, похід до лікаря для багатьох дітей є сильним стресом, не кажучи про операцію. Страх – це захисна реакція організму і супроводжується боязню невідомого попереду [5]. Дитина не може чітко висловитися що саме її лякає: лікар, медичне обладнання, операція чи щось інше. Головною причиною фобій перед операцією є недостатня обізнаність дитини та батьків про тактику лікування. Дитина та мама не можуть уявити, що з ними буде відбуватися в лікарні. Інколи батьки забагато знають про хворобу. Пошук такої інформації в інтернеті батьками та підлітками відіграє негативну роль у налагодженні психологічного контакту. Вони не розуміють, що для діагностики хвороби необхідна не тільки психологічна підготовка, але і здійснення цілого комплексу інструментальних та лабораторних обстежень. Отримані результати цих обстежень оцінюють ряд спеціалістів, після чого можна намітити тактику оперативного лікування [6,7]. Тому психологи не рідять перед операцією переглядати в загальнодоступній мережі інтернету, відео, де показано подробиці операційного процесу. Кілька

досліджень оцінили якість хірургічних відео на YouTube і виявили, що вони часто не відповідають освітнім стандартам. Наприклад, систематичний огляд YouTube як джерела підготовки пацієнтів до хірургічних операцій показав, що освітня якість відео різниться, і багато з них не надають вичерпної інформації [8]. В іншому дослідженні спеціально оцінювали відео про торакоскопічну симпектомію і виявили, що жодне з відео не відповідає основним критеріям контрольного списку якості освіти [9].

Тому передопераційна підготовка неповноцінна, коли немає психологічного контакту з дитиною. Психологічний контакт (ПК) - це встановлення довірливих стосунків між дитиною та її батьками, а також між дитиною та медичним персоналом. Цей контакт здійснюється в певній послідовності, якої рекомендують дотримуватися фахівці – психологи [10].

Початкова рекомендована тактика, коли лікар-ініціатор (Ви методика). Медик першим починає бесіду з дитиною, з усмішкою звертаючись до неї на ім'я, демонструючи дружелюбність як можна максимально щиро і природно. Нотки фальші діти швидко відчують. Розмовляти з дитиною зрозумілою для неї мовою, уникати незрозумілих висловів, фраз, медичних термінів. Далі рекомендовано встановити спільну тему для розмови, щоб дитина не мовчала і спілкувалася з лікарем. При цьому обов'язково потрібно враховувати вік дитини, її уподобання. Задавати дитині декілька нейтральних запитань, на які вона однозначно дасть позитивну, ствержувальну відповідь – так, допоможе підтримати контакт (Так методика). Потрібно розмовляти з дитиною так, щоб підкреслити її сомолюбство та самоповагу. Звертатися до дитини можна по імені та по батькові, потім тільки по імені, а потім по улюбленому прізвиську чи скороченню від імені. Встановлення ПК допомагало швидше адаптуватися дитині в новому лікарняному середовищі, краще встановити контакт із

## Оригінальні дослідження

медичним персоналом, зменшити дитячі страхи, переживання, негативні емоції перед операцією [11].

**Мета дослідження** – удосконалити методи психологічного контакту в процесі передопераційної підготовки дітей з особливими, винятковими травмами, що необхідно для здійснення адекватної хірургічної допомоги та отримання позитивних результатів після оперативних втручань.

**Матеріал і методи.** Дослідження проведені на базі обласної дитячої клінічної лікарні. Вивчалися особливості передопераційної підготовки дітям різного віку. Психологічний контакт з дітьми встановлювали згідно з рекомендаціями фахівців – психологів і складався з п'яти етапів. Чим старша дитина, тим простіше було знайти словесний контакт, чим менша дитина, тим більшу роль відігравала мама або тато, і цілковитий контакт дитини налагоджувався через батьків у малюків до одного року [12,13].

Основні етапи ПК. 1. Подолання психологічного бар'єра. 2. Пошук спільних уподобань. 3. Тактика спілкування. 4. Пошук перешкод для спілкування. 5. Стабілізація діалогу. Фахівці рекомендують саме таку канву встановлення ПК, що не завжди можливо, як показує практика. Передопераційне налагодження ПК планових втручань значно відрізняється при невідкладних операціях, маніпуляціях, що необхідно враховувати в практичній діяльності хірурга.

На прикладі ряду ексклюзивних травм показано деякі особливості встановлення ПК перед операцією.

Основні помилки які можуть пошкодити налаштуванню ПК з дитиною.

1. Нехтування особистої думки.
2. Нав'язування своєї думки.
3. Неправильний тон розмови.
4. Неконтрольована мова з незрозумілими фразами, які можуть образити дитину.
5. Критика співрозмовника.
6. Неконкретні вислови, яку дитина може зрозуміти двозначно.
7. Перебиваєте мову дитини.
8. Не оцінюєте себе з точки зору дитини, поставте себе на її місце.
9. Називаєте її незручними назвами.
10. Не усміхаєтесь.

### Результати досліджень та їх обговорення.

Щорічно в Україні оперують понад 200 тисяч дітей, абсолютна більшість під наркозом. Так, у нашій клініці за 2022 рік здійснено 7759 операцій. У ЛОР відділенні – 3213, хірургічному – 1612, ортопедо-травматологічному – 1061, очному – 412 операцій.

Найбільша кількість переломів у дітей спостерігалася в літню пору року, під час великих літніх канікул, що зумовлювало значне зростання кількості невідкладних хірургічних втручань [14]. Найчастіше ламалися кістки передпліччя та нижніх кінцівок. Страх перед операцією відчували усі діти. Переживати перед операцією нормально. Це природна захисна реакція організму на невідомість. Страх перед операцією також пов'язаний із наркозом. Діти думають, що анестезія може не подіяти, буде сильно

боліти [15,16]. Вони не довіряли лікарям – це переконанн, яке було отримане внаслідок негативного досвіду – у минулому отримували уколи та інші медичні маніпуляції. Переляк дитини передається на маму і операцію можуть відтермінувати на невизначний час, що негативно вплине на перебіг захворювання. Ми спостерігали за хлопчиком, у якого була природжена м'язова кривошия та аномалія розвитку кишківнику [17]. Від оперативного лікування з приводу кривошиї мама відмовилася, мотивуючи це тим, що кривошия не тяжка хвороба і з часом вона «переросте». Основна увага була акцентована на лікуванні кишківнику. У процесі росту в хлопчика виникли вторинні незворотні деформації лицевого відділу черепа, вторинний сколіоз, деформація грудної клітки. На жаль, «золотий час» для усунення кривошиї був втрачений назавжди, батьків не вдалося переконати в доцільності своєчасного оперативного лікування.

У віці 7 місяців дитина проявляє хвилювання через відсутність мами і емоційного контакту з нею. Дефіцит ласки, уваги, любові зумовлює формування у дитини недовіри і є причиною розвитку дитячих фобій. Переодопреційна підготовка в такому віці також необхідна. Найсильнішим емоційним взаємозв'язком матері та дитини є грудне вигодовування, заспокійливі пісні, ніжні дотики та погладження.

У віці 2-3 років діти починають усвідомлювати самого себе. У такому віці страх – одна з найпоширеніших реакцій і проявляється як інстинкт самозбереження. Деякі діти в дошкільному віці бояться темряви, виникають нічні страхи. Вони можуть загострюватися і спостерігатися до 5-6 років. Діти просять не вимикати світла [18].

Часто дітям сниться, що вони не можуть втікати, що хтось їх ловить. Ці типи снів трапляються майже в усіх дітей. Ці фобії посилюються, коли дитина перевантажена інформацією про негативних казкових героїв – Змія Горинича, Бармалея, Чахлика Невмирущого та ін. Тому до найнеприємнішого часу відноситься вечір або ніч перед операцією. Важливо не залишати дитину наодинці з власними думками, фобіями. Найкраще залишити з дитиною маму, тата або когось із родичів. Розмовляти з дитиною на приємні теми, прогулятися перед сном. Неможна нагнітати обстановку, не обговорювати з дитиною деталі операції. Можна дати дитині заспокійливий чай з м'яти, липи, звіробою, ромашки. Заспокоюють також малювання, ігри в доміно, шашки, шахмати, перегляд веселих мультяків тощо [19].

Діти старшого віку усвідомлюють необхідність операції, критично оцінюють її наслідки, особливо коли це стосується косметичних дефектів. Встановити ПК з ними легко. Це в основному видимі сильні викривлення кінцівок – хвороба Баунта, доброякісні кісткові нарости на гомілкках – множинні кістково-хрящові екзостози, м'язова кривошия, синдактилія тощо (рис. 1).

Невідкладні оперативні втручання мають свої особливості налагодження ПК. Інформація

напередодні операції надається в стислій формі, чітко, лаконічно. Про можливі негативні наслідки попереджають тільки маму, тата. Дитину налаштовують на позитивний результат у будь-якому випадку.



Рис. 1. Хвора К. Шкірна синдактилія II-III п. лівої стопи.

**Клінічний випадок 1.** Дівчинка, 15 р. на «День Міста» вирішила позмагатися зі стрільби з лука на точність. Вона відвідувала спортивну секцію зі стрільби із лука. Лук, представлений на атракціоні, був розрахований для дітей, а не для спортсмена, хоча дівчинка мала 15 років, тому він зламався і пошкодив руку. Дитина не розгубилася, викликала швидку допомогу. Про необхідність оперативного втручання вона чітко усвідомлювала, поводитися адекватно і просила якнайшвидше видалити стороннє тіло з руки.

Дитині коротко пояснили ціль операції, запевнили, що біль буде незначним, налаштували її свідомість на позитивний результат. Страх був, але контрольований. Вольові якості спортсменки допомогли значно зменшити негативні переживання та фобії. При огляді виявлено наскрізне поранення другого пальця лівої кисті шматком стріли. Рановий канал починався біля основи пальця, пройшовши по тильній поверхні фаланг під шкірою, закінчувався невеликою ранюю на рівні середньої фаланги, з якої випинав загострений кінець стріли (рис. 2).

Про необхідність невідкладної операції проінформовано маму дитини, на що була надана письмова згода. Під місцевим знеболенням здійснена хірургічна обробка рани, стороннє тіло видалено. На велике щастя, стріла не пошкодила важливих судин та сухожилків. Рани загоїлася без ускладнень і дівчинці дозволили продовжувати відвідувати спортивну секцію після курсу реабілітації.

**Клінічний випадок 2.** Хлопчик, 14 р. допомагав батькові робити ремонт. Користувався пневматичним автоматичним пристроєм для забивання цвяхів. Внаслідок необережного поводження цвях вистрілював у ногу. Він пробив взуття і вп'явся в стопу із зовнішнього боку. Дитина боялася, плакала та просила видалити цвях. Передопераційна підготовка полягала в наданні хірургом чіткої, стислої інформації, мовою зрозумілою дитині, без медичних термінів. Необхідність операції не заперечувалася ні хлопчиком, ні мамою. Дитину вдалося заспокоїти. При огляді

побачили, що голівка цвяха випинала над поверхнею взуття в ділянці малого пальчика стопи. Батьки намагалися зняти кросівок звичним способом, але не змогли, заважав цвяхом, який фіксував його до тіла дитини (рис.3).

На рентгенограмі стопи побачили будівельний цвях середніх розмірів біля середньої фаланги V п. який гострим кінцем проникав до основи IV п. (рис.4)



Рис. 2. Спортсменка. 15 р. Фрагмент зламаної стріли пошкодив II палець лівої кисті



Рис. 3. Хлопчик 14 р. Цвях у правій стопі



Рис. 4. Хлопчик 14 р. Рентгенограма правої стопи. Стороннє тіло – цвях

Розрізавши взуття, побачили, що рана розташована на рівні середньої фаланги V п. правої стопи, з якої випинає голівка цвяха.

Після адекватного знеболення здійснена хірургічна обробка рани, вилучені будівельний цвях та шматки металевої стружки. Після операції ускладнень не було. Ранка загоїлась (рис.5).

Не завжди вдається зберегти пошкоджені частини тіла дитини. Як показала практика та наші спостереження найчастіше у дітей травмуються верхні

## Оригінальні дослідження



Рис. 5. Хлопчик 14 р. Стороннє тіло – цвях та металева стружка

та нижні кінцівки. Чим менша дитина, тим тяжче налагодити з нею словесний контакт, тим більша роль мами.

**Клінічний випадок 3.** Дівчинка 4 р. Намагалася відкрити кришку (ляду) від підвалу, але не втримала її і пальчики обох рук притиснуло до підлоги. Дитина сильно налякалася, плакала, проявляла великий негативізм до медичного персоналу, обладнання та лікарні в цілому. Тільки мама могла дещо заспокоїти дитину і дозволити зробити «маленький укольчик» для здійснення загального знеболення – наркозу. У даному випадку передопераційна підготовка здійснювалася виключно через маму, адже дитина в такому віці не могла реально та критично оцінити свій стан.

При огляді виявлено травматичні ампутації нігтьових фаланг V - III лівої кисті, забійні рани II – III п. правої кисті, які незначно кровоточили (рис. 6).

На рентгенограмі обох кистей виявлено травматичну ампутацію IV-V п. правої кисті на рівні дистальних міжфалангових суглобів, часткову ампутацію нігтьової фаланги III п. Закритий перелом голівки проксимальної фаланги III п. та основи проміжної фаланги IV п лівої кисті без зміщення уламків (рис. 6, рис. 7).



Рис.6. Дівчинка 4 р. Пошкодження пальчиків кришкою (лядою) від підвалу

Під наркозом проведена операція. Формування посттравматичних кукс III-V п. правої кисті. Хірургічна обробка ран пальців лівої кисті. Фіксація переломів пальчиків лівої кисті гіпсовою лонгетною пов'язкою. Незважаючи на те, що мама зберегла ампутовані шматочки пальчиків, але рівень сучасної медицини на даному етапі не дозволяє «пришити» їх на місце. Нігтьові фаланги настільки ніжні, судини такі маленькі, що реконструкція цих ампутованих частин пальців неможлива, вони втрачені назавжди (рис.8).

Рани загоїлися без ускладнень, функція правої кисті частково знижена назавжди. Велике щастя, що збереглися I-III п. правої кисті, які виконують домінуючу роль у процесі самообслуговування дитини та майбутньої трудової діяльності.

**Висновки.** Похід до лікаря для багатьох дітей є сильним стресом. Хірургічні операції завжди є неприємними і викликають тривогу та страх. Страх можна посилювати, плекати до великих меж або навчитися контролювати його. Для дітей різного віку застосовують індивідуальні методи встановлення ПК. Психологічна підготовка перед операцією обов'язкова, вона зменшує негативний вплив стресу і збільшує позитивні результати операції.

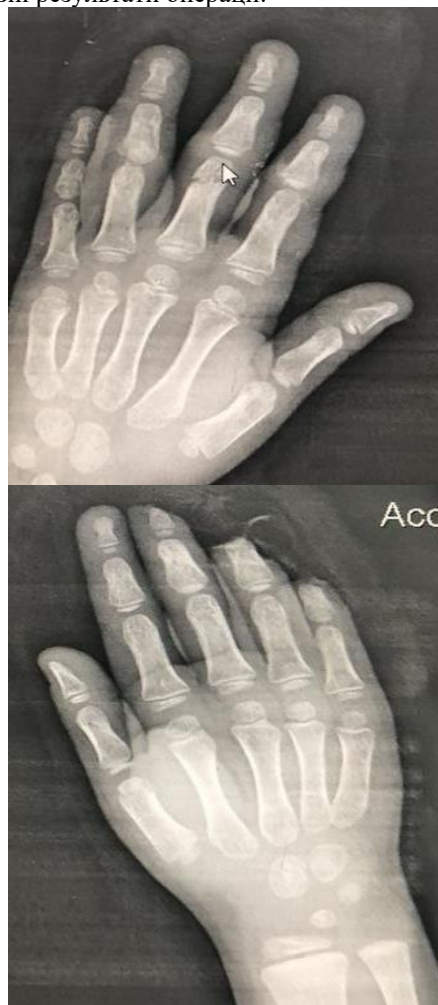


Рис. 7. Дівчинка 4 р. Рентгенограма обох кистей.



Рис. 8. Дівчинка 4 р. Лоток з ампутованими нігтьовими фалангами пальчиків обкладених холодом

**Перспективи подальших досліджень.** Наші спостереження вимагають подальшого поглибленого вивчення з метою удосконалення встановлення ПК з дітьми різного віку, що значно зменшить негативний вплив стресових реакцій на організм дитини.

#### Список літератури

1. Patil P, Nathani P, Bakker JM, van Duinen AJ, Bhushan P, Shukla M, et al. Are LMICs Achieving the Lancet Commission Global Benchmark for Surgical Volumes? A Systematic Review. *World J Surg.* 2023 Aug;47(8):1930-39. DOI: 10.1007/s00268-023-07029-x.
2. Ullrich S, Kisa P, Ozgediz D. Global children's surgery: recent advances and future directions. *Curr Opin Pediatr.* 2019 Jun;31(3):399-408. DOI: 10.1097/MOP.0000000000000765.
3. Protsailo MD, Hoshchynskiy PV, Kryckyy IO, Dzhyvak VG. Pediatric high-energy and other traumatic injury: cases and reviews. *International Journal of Health Sciences.* 2022;6(1):11513-24. DOI: 10.53730/ijhs.v6nS1.7790.
4. Oak SN, Dave NM, Garasia MB, Parelkar SV. Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery. *J Postgrad Med.* 2015;61(2):92-4. DOI: 10.4103/0022-3859.150450.
5. Protsailo MD, Nemchenko KY, Protsailo OM. Traumatological pyramid syndrome. *Actual Problems of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology.* 2023;1:31-7. DOI: 10.11603/24116-4944.2023.1.13937.
6. Mathias EG, Pai MS, Guddattu V, Bramhagen AC. Non-pharmacological interventions to reduce anxiety among children undergoing surgery: A systematic review. *J Child Health Care.* 2023;27(3):466-87. DOI: 10.1177/13674935211062336.
7. Luengo TD, Rivas AB, Loureiro E, Vargas E. Reducing

preoperative anxiety in parents of surgical patients. *Heliyon.* 2023;9(5):e15920. DOI: 10.1016/j.heliyon.2023.e15920.

8. Javidan A, Nelms MW, Li A, Lee Y, Zhou F, Kayssi A, et al. Evaluating YouTube as a source of education for patients undergoing surgery: a systematic review. *Ann Surg.* 2023;278(4):712-18. DOI: 10.1097/SLA.0000000000005892.

9. Adorasio O, Davoli E, De Peppo F. Evaluation of YouTube videos addressing thoracoscopic sympathectomy using the LAP-VEGaS guidelines. *Front Surg.* 2023;10:1133124. DOI: 10.3389/fsurg.2023.1133124.

10. Nandakumar S, Maldonado-Duran JM, Saucedo-Garcia JM, Nibras S, Yerramsetti A, Nguyen VS. Mind-Body Issues in the Consultation-Liaison Service in Pediatric Hospitals. *Handbook of Mind-Body Integration in Child and Adolescent Development.* 2023. p. 317-30. DOI: 10.1007/978-3-031-18377-5\_24.

11. Musselman E, Shea K, Johnson L. Developmentally appropriate care of pediatric patients in the perioperative setting. *AORN J.* 2023;117(2):98-108. DOI: 10.1002/aorn.13863.

12. Paron K. Exploring child-patient autonomy: findings from an ethnographic study of clinic visits by children. *Child Indicators Research.* 2023. 1-23 p.

13. Mărginean CO, Meliș LE, Chinceșan M, Mureșan S, Georgescu AM, Suci N, et al. Communication skills in pediatrics - the relationship between pediatrician and child. *Medicine (Baltimore).* 2017;96(43):e8399. DOI: 10.1097/MD.00000000000008399.

14. Lund AR, Faergemann C, Lauritsen JM. A population-based study of seasonal variation in children's fractures. *Dan Med J.* 2021 Sep 15;68(10):A12200934.

15. Eberhart L, Aust H, Schuster M, Sturm T, Gehling M, Euteneuer F, et al. Preoperative anxiety in adults - a cross-sectional study on specific fears and risk factors. *BMC Psychiatry.* 2020;20(1):140. DOI: 10.1186/s12888-020-02552-w.

16. Ahmadipour M, Sattari H, Nejad MA. Incidence and risk factors related to anxiety of children and adolescents before elective surgery. *Eur J Transl Myol.* 2022;32(2):10449. DOI: 10.4081/ejtm.2022.10449.

17. Protsailo MD. The clinical case of mutual aggravation syndrome at muscular torticollis. *Achievements of Clinical and Experimental Medicine.* 2020;1:161-64. DOI: 10.11603/1811-2471.2020.v.i1.11082.

18. Kocsó K, Láng A, Coffman MF. Reducing the nighttime fears of young children through a brief parent-delivered treatment-effectiveness of the Hungarian version of uncle lightfoot. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2022;53(2):256-67. DOI: 10.1007/s10578-020-01103-4.

19. Drake JE, Winner E. How children use drawing to regulate their emotions. *Cogn Emot.* 2013;27(3):512-20. DOI: 10.1080/02699931.2012.720567.

#### Відомості про авторів

**Процайло Михайло Дмитрович** – канд. мед.наук, доцент кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, Україна. ORCID ID: 0000-0003-1710-3172.

**Дживак Володимир Георгійович** – д-р філософії, асистент кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, Україна. ORCID ID: 0000-0002-4885-7586.

**Ничка Тетяна Ігорівна** – здобувач кваліфікаційної роботи магістерського рівня вищої освіти Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, Україна.

**Крицький Ігор Орестович** – канд. мед. наук, доцент кафедри дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільського національного медичного університету ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України, м.Тернопіль, Україна. ORCID ID: 0000-0003-0469-2684.

**Галич Михайло Михайлович** – педіатр, ортопед-травматолог Кошарного некомерційного підприємства "Тернопільська обласна дитяча клінічна лікарня" Тернопільської обласної ради, м. Тернопіль, Україна.

---

---

**Оригінальні дослідження**

---

---

**Information about the authors**

**Protsailo Mykhailo Dmytrovych** – PhD, MD, Associate Professor of the Department of Children’s Diseases and Pediatric Surgery, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine. ORCID ID: 0000- 0003-1710-3172.

**Dzhyvak Volodymyr Georgiyovych** – MD, PhD (Medicine), Assistant Professor of the Department of Children’s Diseases and Pediatric Surgery, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine. ORCID ID: 0000-0002- 4885-7586.

**Nychka Tetyana Ihorivna** – Master's degree student of the I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine.

**Krycky I. O.** – PhD, MD. Associate Professor of the Department of Children’s Diseases and Pediatric Surgery, I. Horbachevsky Ternopil National Medical University, Ternopil, Ukraine. ORCID ID: 0000-0003-0469-2684.

**Halych Mykhailo Mykhailovych** – paediatrician, orthopaedic traumatologist at the Municipal Non-profit Enterprise "Ternopil Regional Children's Clinical Hospital" of Ternopil Regional Council, Ternopil, Ukraine.

*Надійшла до редакції 10.11.23*

*Рецензент – проф. Боднар О.Б.*

*© М.Д.Процайло, В.Г.Джывак, Т.І.Ничка,  
І.О. Крицький, М.М. Галич, 2023*