

А. Ю. Сидоренко

**СТРУКТУРА І ВИРАЖЕНІСТЬ ЕМОЦІЙНОГО ВИГОРАННЯ У МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ
КАРДІОХІРУРГІЧНОГО ПРОФІЛЮ**

ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології
та кардіохірургії МОЗ України», м. Київ
cardiodeti24@gmail.com

Актуальність. Через понаднормову працю, низьку зарплатню, високу вимогливість та відповідальність професії переважна більшість медичних працівників належить до групи ризику виникнення синдрому емоційного вигорання (СЕВ). Відомо, що вигорання та депресія можуть погіршувати якість життя лікарів та впливати на появу медичних помилок.

Мета – визначити особливості СЕВ у медичних працівників у кардіології та кардіохірургії.

Матеріал і методи. У анонімному дослідженні взяли участь 48 медичних працівників. Середній вік в групі становив $34 \pm 8,8$ років. Серед обстежених переважали жінки – 33 особи (68,75 %). Для дослідження стадії та компонентів СЕВ ми використовували методику В. Бойко.

Результати. За аналізом складових СЕВ виявлено, що 14,58 % медичних працівників мають сформовану фазу «напруження», у 39,58 % осіб була відмічена сформована фаза «резистенції», а 10,42 % медичних працівників вже перебувають у фазі «виснаження». У фазі «напруження» у лікарів та медичних сестер переважають такі складові СЕВ як психотравмуючі обставини, тривога та депресія. У фазі «резистенція», при усвідомленні наявності тривожної напруги, медичні працівники прагнуть уникати емоційно-вимогливих ситуацій за допомогою вибіркового реагування, розширення сфери економії емоцій та редукції професійних обов'язків. Для фази «виснаження» були характерні такі прояви як емоційний дефіцит, психосоматичні і психовегетативні порушення, емоційна та особистісна відстороненість.

Висновки. Впровадження психоосвітніх та психокорекційних заходів щодо зменшення СЕВ у медичних працівників залишається актуальною медико-психологічною задачею в галузі кардіології та кардіохірургії.

Ключові слова:
синдром емоційного
вигорання, медичні
працівники, кардіологія,
кардіохірургія.

Актуальність. Тема синдрому емоційного вигорання (СЕВ) у медичній практиці залишається актуальною і сьогодні. Численні вітчизняні роботи звертають увагу на професійну дезадаптацію лікарів різних спеціальностей [1, 2]. Через понаднормову працю, низьку зарплатню, високу вимогливість та відповідальність професії переважна більшість медичних працівників перебувають у групі ризику виникнення СЕВ.

У 1999 році в Сполучених Штатах Америки було повідомлено, що щорічно майже 100 000 пацієнтів помирають через медичні помилки або побічні ефекти, яких можна було б уникнути [3]. У іншому дослідженні було підкреслено, що через медичні похибки госпіталізують до 10 % пацієнтів [4]. Медичні помилки включають в себе широкий спектр ситуацій (наприклад, неправильно призначена доза препарату, нездатність розпізнати алергічну реакцію або вчасно встановити діагноз). Хірургічні похибки можуть включати неправильну техніку та локалізацію оперативного втручання, помилки, пов'язані з непотрібністю операції або хибним її відтермінуванням.

За визначенням американського коледжу хірургів, медичні помилки – це діяльність або бездіяльність лікаря з потенційно негативними наслідками для пацієнта, яка оцінюється більш кваліфікованими колегами, в час коли це сталося, незалежно від того, чи були які-небудь негативні наслідки [5]. У дослідженні 30-денної смертності після 7000 операцій, проведених впродовж одного року, було припущено, що 12,6 % післяопераційних смертей були пов'язані з медичними помилками [6]. Крім того, вивчаючи вплив медичних помилок на здоров'я пацієнтів дослідники пропонують звертати також увагу на те, що медичні огріхи в роботі можуть викликати значний емоційний дистрес у лікарів, і це може тривати роками після того, як помилка сталася [7]. Підкреслюється також небажання лікарів розкривати свої помилки пацієнтам та колегам, однак така ситуація різниться залежно від спеціальності. За деякими даними, саме хірурги найнеохочіше розкривають свої помилки [8].

Відомо, що вигорання та депресія можуть погіршувати якість життя лікарів та впливати на появу ме-

дичних помилок [9]. У багатовимірному аналізі зв'язку особистісних і професійних факторів та медичних помилок серед 7905 хірургів було виявлено, що вигорання та депресія залишаються незалежними предикторами появи медичних огріхів. Водночас у цьому великому дослідженні не було виявлено зв'язку між медичними помилками та такими особливостями роботи як кількість позачергових викликів, установчі правила, метод компенсації та кількість робочих годин [10].

Дослідження, проведене серед кардіохірургів та кардіоанестезіологів у Литві, виявило, що 62 % лікарів мали СЕВ, в тому числі у 19,3 % спеціалістів відзначалось емоційне виснаження, у 25,9 % осіб виявлено деперсоналізацію, а у 42,3 % – низький рівень особистісних досягнень у роботі [11]. Аргентинські ж дослідники, вивчаючи СЕВ, відмітили, що кардіологи-резиденти змушені працювати в середньому 64 години на тиждень як правило на двох роботах [12]. Вчасна діагностика та корекція СЕВ у кардіологічній та кардіохірургічній практиці є важливим елементом ефективності лікування хворих, профілактики дезадаптації медичних працівників та зменшення їх професійних помилок.

Мета нашого дослідження – визначити особливості синдрому емоційного вигорання в медичних працівників у кардіології та кардіохірургії для оптимізації робочого процесу.

Матеріали та методи дослідження

Дослідження проведено на базі ДУ «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії МОЗ України». В анонімному обстеженні взяли участь 48 медичних працівників: 26 лікарів (13 кардіологів, 9 хірургів та 4 анестезіологи-реаніматологи) та 22 медичні сестри. Середній вік становив $34 \pm 8,8$ років. Серед обстежених превалювали жінки – 33 особи (68,75 %).

Для дослідження стадії та компонентів СЕВ ми використовували методику В. Бойко, розроблену в 1996 році [13]. Опитувальник складається з 84 пунктів, які згруповані у 12 шкал та три фази СЕВ, а саме: «напруження», «резистенція» та «виснаження». Симптом фази при сумі балів менше 9 ми вважали несформованим, при сумі 10–19 балів – таким, що знаходиться у стадії формування, при сумі балів більше 20 – сформованим. При сумі балів за фазу менше 36 ми оцінювали цю фазу як несформовану, при сумі балів 37–60 – як таку, що знаходиться у стадії формування, при сумі балів більше 60 – як сформовану фазу СЕВ. Отримані результати дослідження аналізували з використанням пакета програм «STATISTICA 7.0».

Результати та їх обговорення

За аналізом складових СЕВ виявлено, що 7 (14,58 %) медичних працівників мають сформовану фазу «напруження». В цій фазі основною формуючою складовою є переживання психотравмуючих обставин. Кількісні результати складових СЕВ у медичних працівників кардіологічної та кардіохірургічної сфери представлені у таблиці 1.

У 19 (39,58 %) осіб була відмічена сформована фаза «резистенція», основними формуючими складовими якої виявились неадекватне емоційно-вибіркове реагу-

вання, розширення сфери економії емоцій та редукація професійних обов'язків. Також були виявлено, що 5 (10,42 %) медичних працівників вже перебувають на стадії «виснаження». Дані про відсоткову частку лікарів і медичних сестер зі сформованим симптомом чи фазою СЕВ представлені у таблиці 2.

Статистично значимі розбіжності проявів синдрому емоційного вигорання у лікарів та медсестер відсутні у всіх його фазах.

У фазі «напруження» у лікарів та медичних сестер переважають такі складові СЕВ як психотравмуючі обставини, тривога та депресія, що в цілому свідчить про тяжкість переживання медичними працівниками кардіологічного та кардіохірургічного профілю робочих подій. У фазі «резистенція», при усвідомленні наявності тривожної напруги, лікарі та медсестри прагнуть уникати емоційно-вимогливих ситуацій за допомогою вибіркового реагування, розширення сфери економії емоцій та редукації професійних обов'язків. Для фази «виснаження» були характерні такі прояви як емоційний дефіцит, психосоматичні і психовегетативні порушення, емоційна та особистісна відстороненість.

Таким чином, формування СЕВ спостерігалось у 31 (64,58 %) особи, що підкреслює необхідність впровадження елементів медико-психологічної допомоги для працівників кардіологічного та кардіохірургічного профілю.

Роль адміністрації у подоланні СЕВ. Дані літератури пропонують модель [14], яка має включати контроль робочих потреб з підтриманням можливості працівників висловлюватись та впливати на підвищення ефективності

Таблиця 1. Показники складових синдрому емоційного вигорання у медичних працівників кардіологічного та кардіохірургічного профілю

Складові синдрому емоційного вигорання	Кількість балів у медичних працівників (n=48)
	Медіана, (25 %; 75 % перцентиль)
Фаза «напруження»	28 (13,5; 40,5)
– Переживання психотравмуючих обставин	10 (5; 22)
– Незадоволеність собою	3 (1; 6,5)
– «Загнаність в клітку»	2 (0; 7)
– Тривога і депресія	8 (4; 15)
Фаза «резистенція»	55 (34,5; 64)
– Неадекватне емоційно-вибіркове реагування	17 (15; 22)
– Емоційно-моральна дезорієнтація	7 (5; 12)
– Розширення сфери економії емоцій	13 (6; 21)
– Редукація професійних обов'язків	12 (5; 20)
Фаза «виснаження»	30 (4,5; 20)
– Емоційний дефіцит	8 (4; 12)
– Емоційна відстороненість	8 (3; 10)
– Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	8 (1,5; 10)
– Психосоматичні і психовегетативні порушення	7 (3; 10)
Загальний показник	119 (79; 145,5)

Таблиця 2. Частка лікарів і медичних сестер зі сформованим симптомом чи фазою синдрому емоційного вигорання

Складові синдрому емоційного вигорання	Лікарі (n = 26) Абс. число (%)	Медичні сестри (n = 22) Абс. число (%)	p
Фаза «напруження»	2 (7,69)	5 (22,73)	p>0,05
– Переживання психотравмуючих обставин	11 (42,31)	6 (27,27)	p>0,05
– Незадоволеність собою	0	1 (4,55)	p>0,05
– «Загнаність в клітку»	0	4 (18,18)	p>0,05
– Тривога і депресія	6 (23,08)	4 (18,18)	p>0,05
Фаза «резистенція»	10 (38,46)	9 (40,91)	p>0,05
– Неадекватне емоційно-вибіркове реагування	17 (65,38)	12 (54,55)	p>0,05
– Емоційно-моральна дезорієнтація	4 (15,38)	3 (13,64)	p>0,05
– Розширення сфери економії емоцій	8 (30,77)	9 (40,91)	p>0,05
– Редукція професійних обов'язків	8 (30,77)	10 (45,45)	p>0,05
Фаза «виснаження»	2 (7,69)	3 (13,64)	p>0,05
– Емоційний дефіцит	3 (11,54)	0	p>0,05
– Емоційна відстороненість	1 (3,85)	3 (13,64)	p>0,05
– Особистісна відстороненість (деперсоналізація)	2 (7,69)	5 (22,73)	p>0,05
– Психосоматичні і психовегетативні порушення	2 (7,69)	3 (13,64)	p>0,05

використання робочого часу (моделювати темп роботи або звести до мінімуму перерви та заповнення документації), сприяння розширенню участі медичної сестри і лікаря в прийнятті рішень та моніторингу навантаження, а також допомогу в орієнтації нових лікарів, щоб вони змогли встановити адекватні очікування щодо роботи.

Роль медичного психолога в подоланні СЕВ – регулярна діагностика СЕВ серед медичного персоналу, впровадження психоосвітнього тренінгу з запобігання виникненню медичних помилок та налагодження командної роботи, запровадження регулярної роботи Балінтовських груп [15].

Висновки

Формування СЕВ виявлено у 31 (64,58 %) обстеженого медичного працівника кардіологічного та кардіохірургічного профілю.

Сформовану фазу «напруження» мали 7 (14,58 %) осіб, фазу «резистенції» – 19 (39,58 %), фазу «виснаження» – 5 (10,42 %) обстежених.

Високий рівень поширеності СЕВ серед працівників кардіологічного та кардіохірургічного профілю вимагає впровадження в щоденну роботу медиків психоосвітніх та психокорекційних заходів.

Список використаної літератури

1. Маркова М. В. Профессиональный дистресс у лиц, оказывающих помощь в сфере детской онкологии: причины возникновения, клинические проявления, содержание медико-психологической помощи / М. В. Маркова, О. В. Пионтковская // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2013. – № 1 (11). – С. 34–44.

2. Пшук Н. Г. Проблема професійної дезадаптації лікарів хірургічного та терапевтичного профілю / Н. Г. Пшук, А. О. Камінська // Архів психіатрії. – 2013. – Т. 19, № 2 (73). – С. 151–155.
3. Kohn L. To Err is Human: Building a Safer Health System / L. Kohn, J. Corrigan, M. Donaldson eds. // Washington, D.C.: National Academy Press. – 1999. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.csen.com/err.pdf> (дата звернення 10.05.2016).
4. Chaudhry S. I. Detection of errors by attending physicians on a general medicine service / S. I. Chaudhry, K. A. Olofinboba, H. M. Krumholz // J. Gen. Intern. Med. – 2003. – № 18. – P. 595–600.
5. The American College of Surgeons' closed claims study: new insights for improving care / F. D. Griffen, L. S. Stephens, J. B. Alexander [et al.] // J. Am. Coll. Surg. – 2007. – Vol. 204, issue 4. – P. 561–569.
6. Thirty-day postoperative death rate at an academic medical center / J. F. Calland, R. B. Adams, D. K. Benjamin [et al.] // Ann. Surg. – 2002. – Vol. 235, issue 5. – P. 690–696.
7. The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada / A. D. Waterman, J. Garbutt, E. Hazel [et al.] // Jt. Comm. J. Qual. Patient Saf. – 2007. – Vol. 33, № 8. – P. 467–476.
8. Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients / T. H. Gallagher, J. M. Garbutt, A. D. Waterman [et al.] // Arch. Intern. Med. – 2006. – Vol. 166, № 15. – P. 1585–1593.
9. Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study / A. M. Fahrenkopf, T. C. Sectish, L. K. Barger [et al.] // BMJ. – 2008. – № 336. – P. 488–491.
10. Burnout and medical errors among American surgeons / T. D. Shanafelt, C. M. Balch, G. Bechamps [et al.] // Annals of Surgery. – 2009. – Vol. 251, № 6. – P. 995–1000.
11. Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and cardiac anesthesiologists / A. Mikalauskas, E. Širvinskas, I. Marchertienė [et al.] // Medicina (Kaunas). – 2012. – Vol. 48, № 9. – P. 478–484.
12. Waldman S. V. Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina / S. V. Waldman, J. C. Diez, H. C. Arazi [et al.] // Acad. Psychiatry. – 2009. – Vol. 33, issue 4. – P. 296–301.
13. Бойко В. В. Психоенергетика / В. В. Бойко – СПб.: Пупер, 2008. – 416 с.
14. Schmoltdt R. A. Physician burnout: recommendations for HMO managers / R. A. Schmoltdt, D. K. Freeborn, H. D. Klevit // HMO Pract. – 1994. – Vol. 8, № 2. – P. 58–66.
15. Kjeldmand D. Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners / D. Kjeldmand, I. Holmström // Ann. Fam. Med. – 2008. – Vol. 6, issue 2. – P. 138–145.

References

1. Markova, M. V., & Pyontkovska, O. V. (2013). Professional'nyj distress u lic, okazyvajushih pomoshh' v sfere detskoj onkologii: prichiny vozniknovenija, klinicheskie pojavlenija, sodержanie mediko-psihologiceskoj pomoshhi [Professional distress in caregivers in the field of pediatric oncology: causes, clinical manifestations, medical and content of psychological assistance]. *Psichiatrija, psihoterapija i kliniceskaja psihologija – Psychiatry, psychotherapy and clinical psychology*, no. 1 (11), pp. 34–44.
2. Pshuk, N. H., & Kaminska, A. O. (2013). Problema profesiinoi dezadaptatsii likariv khirurgičnoho ta terapeutičnoho profilu [The problem of professional disadaptation of surgery and therapeutic profile doctors]. *Arkhiv psykhiatrii – Archives of psychiatry*, vol. 19, no. 2 (73), pp. 151–155.
3. Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (1999). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Washington, DC: National Academy Press. Retrieved from: <http://www.csen.com/err.pdf> (accessed 10.05.2016).
4. Chaudhry, S. I., Olofinboba, K. A., & Krumholz, H. M. (2003). Detection of errors by attending physicians on a general medicine service. *J. Gen. Intern. Med.*, issue 18, pp. 595–600.
5. Griffen, F. D., Stephens, L. S., Alexander, J. B., Bailey, H. R., Maizel, S. E., Sutton, B. H., & Posner, K. L. (Apr 2007). The American College of Surgeons' closed claims study: new insights for improving care. *Journal of the American College of Surgeons*, vol. 204, issue 4, pp. 561–569. Doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2007.01.013
6. Calland, J. F., Adams, R. B., Benjamin, D. K., Jr., O'Connor, M. J., Chandrasekhara, V., Guerlain, S., & Jones, R. S. (May 2002). Thirty-day postoperative death rate at an academic medical center. *Ann. Surg.*, vol. 235, issue 5, pp. 690–696.
7. Waterman, A. D., Garbutt, J., Hazel, E., Dunagan, W. C., Levinson, W., Fraser, V. J., & Gallagher, T. H. (Aug 2007). The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canada. *Jt Comm J Qual Patient Saf.*, vol. 33, no. 8, pp. 467–476.
8. Gallagher, T. H., Garbutt, J. M., Waterman, A. D., Flum, D. R., Larson, E. B., Waterman, B. M., ... Levinson, W. (14 Aug 2006). Choosing your words carefully: how physicians would disclose harmful medical errors to patients. *Arch Intern Med.*, vol. 166, no. 15, pp. 1585–1593. Doi: 10.1001/archinte.166.15.1585
9. Fahrenkopf, A. M., Sectish, T. C., Barger, L. K., Share, P. J., Lewin, D., Chiang, V. W., ... Landrigan, C. P. (28 Feb 2008). Rates of medication errors among depressed and burnt out residents: prospective cohort study. *BMJ*, issue 336, pp. 488–491. Doi: 10.1136/bmj.39469.763218.BE

10. Shanafelt, T. D., Balch, C. M., Bechamps, G., Russell, T., Dyrbye, L., Satele, D., ... Freischlag, J. (Jun 2009). Burnout and medical errors among American surgeons. *Annals of Surgery*, vol. 251, issue 6, pp. 995-1000. Doi: 10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3
11. Mikalauskas, A., Širvinskas, E., Marchtienė, I., Macas, A., Samalavičius, R., Kinduris, Š., & Benetis, R. (2012). Burnout among Lithuanian cardiac surgeons and cardiac anesthesiologists. *Medicina (Kaunas)*, vol. 48, issue 9, pp. 478-484.
12. Waldman, S. V., Diez, J. C., Arazi, H. C., Linetzy, B., Guinjoan, S., & Grancelli, H. (2009). Burnout, perceived stress, and depression among cardiology residents in Argentina. *Acad. Psychiatry*, vol. 33, issue 4, pp. 296-301. Doi: 10.1176/appi.ap.33.4.296
13. Bojko, V. V. (2008). *Psihojenergetika [Psycho-energetics]*. Saint Petersburg, Piter, 416 p.
14. Schmoldt, R. A., Freeborn, D. K., & Klevit, H. D. (1994). Physician burnout: recommendations for HMO managers. *HMO Pract.*, vol. 8, issue 2, pp. 58-66.
15. Kjeldmand, D., & Holmström, I. (2008). Balint groups as a means to increase job satisfaction and prevent burnout among general practitioners. *Ann. Fam. Med.*, vol. 6, issue 2, pp. 138-145. Doi: 10.1370/afm.813

СТРУКТУРА И ВЫРАЖЕННОСТЬ ЭМОЦИОНАЛЬНОГО ВЫГОРАНИЯ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ КАРДИОХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

А. Ю. Сидоренко

Актуальность. Вследствие сверхурочной работы, низкой зарплаты, высокой требовательности и ответственности профессии подавляющее большинство медицинских работников находится в группе риска возникновения синдрома эмоционального выгорания (СЭВ). Известно, что выгорание и депрессия могут ухудшать качество жизни врачей и влиять на появление медицинских ошибок.

Цель – определить особенности СЭВ у медицинских работников в кардиологии и кардиохирургии.

Материал и методы исследования. В анонимном исследовании приняли участие 48 медицинских работников. Средний возраст в группе составил 34±8,8 лет. Среди обследованных преобладали женщины – 33 человека (68,75 %). Для определения стадии и компонентов СЭВ мы использовали методику В. Бойко.

Результаты. По анализу составляющих СЭВ выявлено, что 14,58 % медицинских работников имеют сложившуюся фазу «напряжения», у 39,58 % лиц была отмечена сформированная фаза «резистенции», а 10,42 % медицинских работников уже находятся в фазе «истощения». В фазе «напряжения» у врачей и медицинских сестер преобладают такие составляющие СЭВ как психотравмирующие обстоятельства, тревога и депрессия. В фазе «резистенция», при осознании наличия тревожного напряжения, медицинские работники стараются избежать эмоционально-требовательных ситуаций с помощью выборочного реагирования, расширения сферы экономии эмоций и редукации профессиональных обязанностей. Для фазы «истощения» были характерны такие проявления как эмоциональный дефицит, психосоматические и психовегетативные нарушения, эмоциональная и личностная отстраненность.

Выводы. Внедрение психообразовательных и психокоррекционных мероприятий по уменьшению СЭВ у медицинских работников остается актуальной медицинской психологической задачей в области кардиологии и кардиохирургии.

Ключевые слова: синдром эмоционального выгорания, медицинские работники, кардиология, кардиохирургия.

STRUCTURE AND SEVERITY OF BURNOUT IN MEDICAL WORKERS OF CARDIOSURGICAL PROFILE

A. Yu. Sydorenko

Background. As a result of overtime, low wages, high standards and accountability profession vast majority of medical workers are at risk of the syndrome of emotional burnout. It is known that burnout and depression can impair the quality of life of physicians and affect the appearance of medical errors.

Objective – to define the features of burnout syndrome in medical workers in cardiology and cardiac surgery.

Materials and methods. In an anonymous study involved 48 medical workers. The average age in the group was 34±8.8 years. Women predominate among surveyed – 33 people (68,75 %). To determine the stage and burnout components, we used a technique V. Boyko.

Results. According to the analysis of the components of burnout syndrome revealed that 14,58 % of medical workers have the current phase of “tension”; 39,58 % of persons was formed phase marked as «resistance», and 10,42 % of medical workers already are in the «exhaustion» phase. In the phase of «tension» of physicians and nurses is dominated such components of the burnout syndrome as stressful circumstances, anxiety and depression. In the «resistance» phase, the awareness of the presence of anxiety tension, medical workers try to avoid emotionally demanding situations by using selective response, expand the scope of economy of emotions and reduction of professional duties. The phase of “exhaustion” was characterized by such symptoms as an emotional deficit, psychosomatic and psycho-vegetative disorders, emotional and personal estrangement.

Conclusions. Implementation of psychoeducational and psychological correction measures to reduce burnout in health care workers remains an urgent medical and psychological task in the area of cardiology and cardiac surgery.

Key words: burnout syndrome, health care workers, cardiology, cardiac surgery.

Стаття надійшла до редакції 12.06.2016 р.

СИДОРЕНКО Анастасія Юрївна, кандидат медичних наук, медичний психолог Державної установи «Науково-практичний медичний центр дитячої кардіології та кардіохірургії Міністерства охорони здоров'я України», м. Київ; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

СИДОРЕНКО Анастасія Юрьевна, кандидат медицинских наук, медицинский психолог Государственного учреждения «Научно-практический медицинский центр детской кардиологии и кардиохирургии Министерства здравоохранения Украины», г. Киев; e-mail: cardiodeti24@gmail.com

SYDORENKO Anastasiia Yuriivna, MD, PhD, Medical Psychologist of the State Institution “Scientific and Practical Medical Centre of Pediatric Cardiology and Cardiosurgery of Ministry of Health of Ukraine”, Kyiv; e-mail: cardiodeti24@gmail.com