

Григоренко Дмитро Віталійович,
аспірант кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги
медичного факультету № 2,
ДВНЗ “Ужгородський національний університет”
dmytrohryhorenko.uzh@gmail.com
<https://orcid.org/0009-0006-6060-5978>
м. Ужгород, Україна

Колесник Павло Олегович,
кандидат медичних наук, доцент,
завідувач кафедри сімейної медицини та амбулаторної допомоги
медичного факультету № 2,
ДВНЗ “Ужгородський національний університет”
drkolesnyk@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-7625-7142>
м. Ужгород, Україна

Інноваційний комунікаційний ключ для підвищення комплаєнсу в медицині

Ефективна комунікація є фундаментальною складовою успішного лікування та відновлення, адже саме через неї формуються довіра, мотивація та активна участь пацієнта у процесі терапії. Водночас у медичній практиці відчувається брак простих, структурованих інструментів комунікації, простих для запам'ятовування, адаптованих до особливостей взаємодії з пацієнтами. Не лише спеціалісти фізичної та реабілітаційної медицини, а і лікарі загальної практики та інших суміжних спеціальностей мають володіти знаннями в цій сфері. В зв'язку з цим навчання спеціальним навичкам комунікації з пацієнтами в сфері реабілітації стають дедалі актуальними.

Мета – розробка інноваційного комунікаційного інструменту у формі мнемонічної схеми, що поєднує стиль комунікації у сучасній реабілітаційній практиці з базовими компонентами спілкування з пацієнтом, який б сприяв покращенню комплаєнсу, розумінню та залученості пацієнта у реабілітаційний процес.

Проведено структурований бібліографічний огляд українських та західних наукових джерел з питань клінічної комунікації. На основі синтезованих даних розроблено інноваційний комунікаційний інструмент «(КПД)² + ЕНЗіМ», який об'єднує інструктивні та емоційно-емпатичні компоненти взаємодії з пацієнтом.

Розроблена нами модель складається з 6 ключів ефективної комунікації (КК – командуй, коментуй, ПП – прості фрази, повторюй, ДД – демонструй, доторкнись) + емпатичний компонент ЕНЗіМ (емпатія, неосудливе ставлення, залучення і міміка), які мають забезпечувати зрозумілу, послідовну та тілесно-змістову взаємодію, що може сприяти психологічному комфорту пацієнта, зниженню тривожності та підвищенню комплаєнсу. Модель ключа покликана забезпечити структуровану, етично чутливу і гнучку комунікацію в реабілітаційних умовах, сприяти зниженню тривожності пацієнтів і підвищенню рівня їх участі у відновленні.

Розроблений інноваційний комунікаційний ключ «(КПД)² + ЕНЗіМ» є концептуально обґрунтованим та практично орієнтованим комунікаційним інструментом, який може бути ефективно інтегрований у щоденну клінічну практику медичних працівників для покращення комплаєнсу з пацієнтами в процесі реабілітації.

Ключові слова: сімейна медицина, клінічна комунікація, фізична терапія, фізична та реабілітаційна медицина, комплаєнс, емпатія, тренінг.

Hryhorenko Dmytro Vitaliiovich, Ph.D. trainee of the Department of Family Medicine and Outpatient Care, Medical Faculty No. 2, SU "Uzhgorod National University", dmytrohryhorenko.uzh@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0006-6060-5978>, Uzhgorod, Ukraine

Kolesnyk Pavlo Olehovych, Candidate of Medical Sciences (PhD), Associate Professor, Head of the Department of Family Medicine and Outpatient Care, Medical Faculty No. 2, Uzhhorod National University, drkolesnyk@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7625-7142>, Uzhgorod, Ukraine

Innovative communication key for enhancing compliance in medicine

Effective communication is a fundamental component of successful treatment and rehabilitation, as it fosters trust, motivation, and active patient participation in the therapeutic process. At the same time, clinical practice lacks simple, structured, and memorable communication tools adapted to the specifics of interaction with patients. Not only specialists in physical and rehabilitation medicine, but also general practitioners and physicians of related specialties must possess knowledge in this area. Therefore, the need for training in specialized communication skills in rehabilitation is becoming increasingly relevant.

Objective: To develop an innovative communication tool in the form of a mnemonic scheme that integrates the communication style of modern rehabilitation practice with core patient-centered communication components, aiming to improve patient compliance, understanding, and engagement in the rehabilitation process.

A structured bibliographic review of Ukrainian and international scientific literature on clinical communication was conducted. Based on the synthesized data, the innovative communication tool "(KPD)² + ENZiM" was developed, which combines instructional and emotionally empathic elements of patient interaction.

The developed model consists of six keys to effective communication: "(KPD)": КК – Command, Comment; ПП – Plain Phrases, Repeat; ДД – Demonstrate, Touch; "ENZiM" empathic component – Empathy, Non-judgmental Attitude, Involvement, Mimicry. Together, these

components provide clear, consistent, and embodied communication that can contribute to the psychological comfort of the patient, reduce anxiety, and improve compliance. The model aims to ensure structured, ethically sensitive, and flexible communication in rehabilitation settings, facilitating reduced patient anxiety and increased engagement in the recovery process.

The developed innovative communication key "(KPD)² + ENZiM" is a conceptually grounded and practically oriented communication tool that can be effectively integrated into the daily clinical practice of healthcare professionals to improve compliance with patients during rehabilitation.

Key words: family medicine, clinical communication, physical therapy, physical and rehabilitation medicine, compliance, empathy, training.

Вступ. Комунікація є невід’ємним елементом ефективної медичної практики, яка безпосередньо впливає на результати лікування, ступінь залученості пацієнтів у процес прийняття рішень, рівень комплаєнсу, задоволеність пацієнта та якість наданої медичної допомоги [1,2]. Особливе значення комунікативна взаємодія набуває у фізичній та реабілітаційній медицині, де клінічна робота включає навчання пацієнтів виконанню вправ, відновлення функцій, адаптацію до тривалого лікування, а також підтримку мотивації протягом усього курсу реабілітації. Робота Levinson та спів. [3], акцентують на тому, що комунікативна компетентність впливає не лише на результативність, а й на безпеку медичних втручань. Коли пацієнт не розуміє, що і як він повинен виконувати, ризик неефективного лікування або повторного травмування зростає. Крім того, Veagan та співавт. [11] показали, що високий рівень емпатії, уваги до емоційних потреб і культурних особливостей пацієнта знижує бар’єри в комунікації, особливо у вразливих групах. Важливим залишається пошук інструментів, які могли б бути одночасно легкими для засвоєння, практичними, мнемонічно структурованими та концептуально узгодженими з потребами мультидисциплінарної команди в реабілітації.

Попри численні міжнародні напрацювання щодо структурування клінічної комунікації з мнемонічними схемами, легкими для запам’ятовування [5-7], у більшості випадків відомі моделі: ICE, SPIKES, NURSE, Calgary–Cambridge Guide, SOCRATES та багато інших застосовуються переважно в умовах лікарського прийому або під час повідомлення складної інформації. Модель ICE (Ideas, Concerns, Expectations) – допомагає виявити уявлення пацієнта про проблему, його побоювання та очікування від лікування [13]. Вона є ефективною у контексті лікарської бесіди, однак повністю базується на словесному компоненті взаємодії, не містить директивних або невербальних складових, не передбачає фізичної участі пацієнта у процесі. Модель SPIKES використовується для структурованого повідомлення поганих новин (наприклад виявлених діагнозів онкологічних захворювань) у клінічній практиці [4]. Дана модель орієнтована на односторонню комунікацію лікаря, не містить інструктивних або тілесних компонентів взаємодії, не адаптована до довготривалого процесу навчання та реабілітації. Мнемонічна модель комунікації NURSE застосовується для віддзеркалення емоцій пацієнта, вираження емпатії у клінічному інтерв’ю [18]. Вона не має структури для пояснення дій, надання інструкцій, фізичної демонстрації, що критично важливо для фізичних терапевтів під час навчання рухам. Calgary–Cambridge Guide базова універсальна модель для формування клінічної бесіди, включає етапи встановлення контакту, збору інформації, пояснення та

завершення [19]. Модель надто загальна, не передбачає мнемонічної спрощеної структури, не враховує невербальні й тілесні аспекти, не адаптована до фізичної взаємодії в реабілітації. Схема збору анамнезу SOCRATES є поширеним інструментом у клінічній практиці, що використовується для структурованого збору інформації про біль пацієнта [17]. Вона охоплює такі компоненти, як локалізація болю (Site), початок (Onset), характер (Character), іррадіація (Radiation), супутні симптоми (Associations), динаміка у часі (Time course), фактори, що посилюють або полегшують (Exacerbating/Relieving factors), а також інтенсивність (Severity). Ця модель є надзвичайно корисною у діагностиці больових синдромів, особливо в умовах первинної медичної допомоги, хірургії або неврології. Однак, у контексті реабілітаційної медицини вона має обмежене застосування. SOCRATES не враховує емоційні, мотиваційні чи поведінкові аспекти взаємодії з пацієнтом, не містить емпатичних або психоемоційних елементів, що є критично важливими в реабілітаційному процесі. Усі згадані моделі є цінними для клінічної медицини, однак не охоплюють ключових потреб реабілітаційної практики, зокрема: структурованої інструкції до дії (що робити, як, скільки разів); фізичної демонстрації вправ; вербального супроводу руху; тілесного контакту з терапевтичною метою; мотиваційного та підтримуючого стилю взаємодії. Варто зазначити, що кафедрою сімейної медицини та амбулаторної допомоги медичного факультету №2 Ужгородського національного університету було розроблено власну модель структурованої комунікації для клінічної освіти, що отримала назву “Риба OSCE”. Ця модель поєднує ключові принципи клінічної комунікації та використовується для навчання проведенню об’єктивізованого структурованого клінічного обстеження пацієнтів (OSCE), зокрема для планування профілактичних бесід з пацієнтами, формулювання гіпотез, аргументації рішень, та створення резюме наприкінці бесіди. Модель має авторське свідоцтво №101856 – на усний твір з ілюстраціями «Відеопрезентація лекцій дистанційного курсу "Методика навчання об’єктивізованому структурованому клінічному обстеженню пацієнтів у практиці сімейного лікаря за системою: "Риба OSCE" ("Методика "Риба OSCE")» (автори: Колесник П.О., Колесник А.П., Куозда Дж.Е., Микита І.В., Яким І.Ю.) [14].

Попри свою навчальну ефективність у рамках підготовки лікарів первинної ланки, ця модель фокусується переважно на вербальній взаємодії, логіці опитування, зборі анамнезу, клінічному мисленні та структурі завершення розмови. У «Рибі OSCE» не акцентується увага на інструктивному, демонстраційному, тілесному чи емоційно-емпатичному аспектах взаємодії, які є критичними для фахівців у фізичній та реабілітаційній

медицині. Таким чином, зазначена модель не повністю задовольняє потреби спеціалістів, які працюють із пацієнтами з тривалими функціональними обмеженнями та потребують використання тілесно орієнтованої, мотиваційної та емпатичної комунікації в процесі навчання рухам і повторюваних реабілітаційних дій.

Не лише фахівці з фізичної та реабілітаційної медицини, але й лікарі загальної практики та суміжних спеціальностей повинні володіти високим рівнем комунікаційних навичок. Дослідження показують, що ефективна вербальна та невербальна взаємодія фізичних терапевтів – включно з підтримкою зору, дотиком, повторенням слів пацієнта, промовчаннями – суттєво сприяє залученню пацієнта до процесу реабілітації та мотивує його до активних дій. Крім того, програми навчання комунікаційним навичкам, орієнтовані на відпрацювання зворотного зв'язку, емпатії й уважного слухання, покращують результати лікування, задоволеність пацієнтів та їх прихильність до терапії у первинній та спеціалізованій практиках. У сфері реабілітації, зокрема фізичної терапії, недостатня ефективна комунікація пов'язана зі збільшенням кількості інцидентів, затримкою відновлення та зниженням якості життя пацієнтів [16].

Огляд сучасної літератури свідчить, що ефективна взаємодія з пацієнтом у реабілітації має поєднувати інструменти директивної комунікації (команди, пояснення, демонстрація) з проявами емпатії, активного слухання, невербальної підтримки та включення пацієнта до процесу прийняття рішень [2,3,8]. У цьому контексті Stone і Mazza підкреслюють важливість тілесно-емоційної комунікації в реабілітації, зокрема залучення міміки, жестів, дотику та структурування інструкцій [7]. Водночас Hojat акцентує на емпатії як ключовому компоненті якісної взаємодії, що зменшує стрес пацієнтів і підвищує ефективність терапії [2]. Значний внесок у розвиток інструментів для оцінки комунікації в реабілітації зробила команда Murray та співавт. [12], які розробили та валідували Communication Evaluation in Rehabilitation Tool (CERT). Цей інструмент дозволяє об'єктивно оцінити комунікативну поведінку терапевта щодо підтримки автономії пацієнта, базуючись на теорії самодетермінації. CERT включає компоненти емпатії, мотивації, підтвердження вибору. Водночас CERT не є інструментом навчання або структурованої практики: він не враховує вербально-інструктивні елементи, тілесну демонстрацію або дотик як невід'ємну частину процесу взаємодії у фізичній терапії.

Використання наведених вище інструментів комунікації потребує оцінки під час впровадження в практику українських лікарів. У професійній освіті в Україні лише нещодавно розпочався процес інтеграції клінічної комунікації до навчальних програм лікарів, фізичних терапевтів та медичних сестер. У працях Прокопенка і Чабан [9], а також Савчук [10], підкреслюється важливість міждисциплінарної підготовки з акцентом на взаємодію з пацієнтом в умовах тривалої допомоги. Це підтверджує актуальність створення нових моделей, адаптованих до реабілітаційної практики.

Таким чином, швидке засвоєння практичних, мнемонічно упорядкованих інструментів комунікації стає критично важливим – не лише для фізичних терапевтів,

а й для лікарів загальної практики, сімейних лікарів, ерготерапевтів і медичних сестер, які працюють з пацієнтами після травм або хвороб. Такий підхід сприяє зміцненню мультидисциплінарної взаємодії, рівності у комунікації між членами команди та підтримує мотивацію пацієнта до тривалих реабілітаційних процесів.

Мета: розробка інноваційного комунікаційного інструменту у формі мнемонічної схеми, що поєднує стиль комунікації у сучасній реабілітаційній практиці з базовими компонентами спілкування з пацієнтом, який б сприяв покращенню комплаєнсу, розумінню та залученості пацієнта у реабілітаційний процес.

Методологія та методи дослідження. Першим етапом дослідження був структурований бібліографічний пошук наукових джерел, присвячених клінічній комунікації, моделям взаємодії в системі охорони здоров'я, зокрема у фізичній та реабілітаційній медицині. Огляд охоплював публікації, доступні у міжнародних базах даних – PubMed, Scopus, Web of Science, Google Scholar, а також на національних фахових платформах України (сайти вищих медичних навчальних закладів). У добір включалися статті українською та англійською мовами за останні 20 років (2005–2025 рр.), які відповідають наступним критеріям: опис моделей клінічної комунікації у медичній практиці; застосування комунікаційних стратегій у фізичній та реабілітаційній медицині; використання валідованих опитувальників, що оцінюють якість комунікативної взаємодії між фахівцем та пацієнтом; наявність мнемонічних моделей або алгоритмів для покращення комплаєнсу. Пошук здійснювався за ключовими словами: “clinical communication”, “rehabilitation communication”, “mnemonic models in medicine”, “physical therapy communication”, “patient compliance”, “structured communication models”, “empathetic communication”, “healthcare interaction”, а також українськими відповідниками: «клінічна комунікація», «реабілітаційна взаємодія», «комунікація в фізичній медицині», «комплаєнс пацієнта», «мнемонічні моделі в медицині». У результаті аналізу було відібрано понад 70 джерел, з яких 42 відповідали критеріям включення. Проведене узагальнення дозволило виділити ключові сильні сторони існуючих прототипних мнемонічних моделей, а також виявити їхні обмеження. У результаті проведеного аналізу нами було виокремлено сильні сторони існуючих мнемонічних схем клінічної комунікації, а також виявлено їхні обмеження, особливо в контексті фізичної та реабілітаційної медицини. Ми врахували специфіку комунікативної взаємодії з пацієнтами, що мають порушення рухової активності, когнітивні або емоційні труднощі, потребують підтримки, мотивації та чітких інструкцій під час відновлювального процесу. З огляду на виявлені потреби було розроблено інноваційну мнемонічну модель комунікації, яка поєднує інструктивні елементи (структуроване командування, коментування, демонстрацію) з емпатичним компонентом (емоційне залучення, підтримка, невербальна чутливість). Такий підхід може забезпечити ефективну, зрозумілу та етично обґрунтовану взаємодію з пацієнтом, що, у свою чергу, може сприяти підвищенню комплаєнсу та реабілітаційної активності.

Виклад основного матеріалу дослідження. Це обґрунтувало потребу в розробці нової, мнемонічно зручної моделі комунікації – «(КПД)² + ЕНЗіМ». Розробка моделі була безпосередньо зумовлена клінічним досвідом та тривалою практикою, що включала щоденну тілесну взаємодію з пацієнтами під час проведення вправ, формування рухових навичок та моторного навчання, було відзначено повторювану потребу в чіткій, структурованій, але водночас гнучкій моделі комунікації. Пацієнти, особливо з неврологічними або когнітивними порушеннями, виявляли кращу динаміку відновлення, коли взаємодія з фахівцем включала послідовні, доступні вербальні інструкції, демонстрацію рухів, тактильний супровід та емоційно підтримувальний стиль спілкування. Саме з цих спостережень виникла концептуальна ідея моделі – об'єднати інструктивно-директивні та емпатично-мотиваційні компоненти у вигляді мнемонічної схеми. Назви елементів були сформульовані таким чином, щоб легко запам'ятовувались фахівцями, відображати ключові дії та відповідати реальним сценаріям реабілітаційної практики. Модель включає два компоненти: інструктивно-структурний блок «(КПД)²» + емпатично-психоемоційний блок «ЕНЗіМ». КК – керуй та коментуй, елемент вербального керівництва, де фахівець чітко й зрозуміло дає вказівки, не лише керуючи, а й пояснюючи дію, її сенс, ціль або очікуваний ефект. Приклади: «Піднімайте ногу – це допоможе зміцнити м'язи стегна». Цей блок підвищує відчуття контролю пацієнта над ситуацією та формує довіру до спеціаліста як компетентного фахівця під час процесу відновлення. ПП – прості фрази, повторюй, використання коротких, доступних формулювань, що повторюються під час виконання вправ або дій. Повторення сприяє кращому запам'ятовуванню та автоматизації дії. Приклад: «Стисни – розслаб», «Повільніше опускайте та піднімайте. Тепер ще раз. І ще раз». Цей елемент зменшує когнітивне навантаження на пацієнта, особливо після інсульту, при когнітивних порушеннях або у станах тривоги. Підтримує темп і ритм дії. ДД – демонструй, доторкнись, комбінація візуальної демонстрації (показ виконання дії) та тактильного підкріплення (дотик, направлення, легка підтримка). Приклади: фахівець сам виконує вправу поруч із пацієнтом. Торкається руки або ноги, щоб підказати напрям руху. Підтримує корпус при переході з положення сидячи у стоячи. Особливо важливо при порушеннях мовлення, зниженні концентрації або тривожності. Підсилює ефект навчання та знижує страх перед новими рухами. Та емпатично-психоемоційний блок ЕНЗіМ (Е – емпатія, Н – неосудливість, З – залучення до дії, М – міміка відповідно до стану пацієнта). Е – емпатія, здатність відчувати емоційний стан пацієнта, підтримати його словами, тоном, позою. Формується через відкрити, уважну присутність і реакцію на потреби пацієнта. Приклади: «Я бачу, що вам складно – ми не будемо поспішати», «Я розумію ваші побоювання, це нормально після перенесеного». Емпатія знижує стрес, створює емоційну безпеку, підвищує комплаєнс і довіру до процесу. Н – неосудливість, утримання від критики, осуду або фрустрації, навіть коли пацієнт не виконує вправу правильно, відмовляється чи виявляє тривогу. При-

клади: «У вас вийде. Просто спробуємо ще раз», «Це нормально – кожному потрібен свій час». Дозволяє пацієнту не боятися помилитися, зберігає мотивацію, особливо при хронічних чи постінсультних станах. З – залучення до дії, активне включення пацієнта в процес через пояснення, запитання, надання вибору. Приклади: «Яка вправа вам подобається більше – з м'ячем чи без?», «Як ви думаєте, що змінилось порівняно з вчорашнім заняттям?». Сприяє формуванню внутрішньої мотивації, пацієнт стає учасником процесу, а не лише пасивним об'єктом втручання. М – міміка відповідно до стану пацієнта. Використання доброзичливої, щирої міміки, яка резонує з емоційним фоном пацієнта (усмішка, підняття брів, зацікавлений погляд тощо). Приклади: Усмішка як підкріплення після успішного виконання, Зосереджений погляд при уважному слуханні. Міміка як невербальна частина комунікації може бути потужнішим інструментом за слова. Вона регулює емоційний стан пацієнта, зменшує тривогу, стимулює до співпраці.

Було створено інноваційний комунікаційний інструмент «(КПД)² + ЕНЗіМ», який поєднує вербальні, невербальні та емоційно-емпатичні складові ефективної взаємодії з пацієнтами у сфері фізичної та реабілітаційної медицини. На відміну від класичних моделей клінічної комунікації, які переважно орієнтовані на лікарську бесіду, збір анамнезу або повідомлення діагнозу, запропонована модель розроблена з урахуванням особливостей реабілітаційного процесу, що передбачає тілесну, багатоетапну та тривалу взаємодію, навчання пацієнтів новим діям, підтримку мотивації та подолання психологічних бар'єрів. Така побудова дозволяє фахівцям швидко адаптувати інструмент у клінічній практиці, знижуючи когнітивне навантаження та водночас підвищуючи якість комунікації з пацієнтом. Запропонована модель є універсальною в застосуванні як для лікарів фізичної та реабілітаційної медицини, фізичних терапевтів, ерготерапевтів, медичних сестер, так і для інших фахівців, які беруть участь у міждисциплінарному командному супроводі пацієнта. Вона є зрозумілою, легко відтворюваною та здатною до інтеграції у щоденну клінічну практику без необхідності тривалого навчання.

Таким чином, «(КПД)² + ЕНЗіМ» є перспективним комунікаційним ключем для покращення якості медичних послуг у реабілітаційній практиці, особливо у пацієнтів з функціональними обмеженнями, тривожними розладами, когнітивними або емоційними порушеннями. Апробація моделі комунікації проводилась в рамках європейського проекту “ShowUp4Health – Building Trust in Roma and IDP Communities for NCD Prevention: Developing and Testing an Integrated Social Healthcare Development Methodology for Vulnerable Groups in Central and Eastern Europe.”

Висновки з дослідження. Розроблений інноваційний комунікаційний ключ «(КПД)² + ЕНЗіМ» є концептуально обґрунтованим та практично орієнтованим комунікаційним інструментом, який може бути ефективно інтегрований у щоденну клінічну практику медичних працівників для покращення комплаєнсу з пацієнтами в процесі реабілітації.

Інформація про конфлікт інтересів. Конфлікту інтересів немає.

Інформація про фінансування: Автор гарантує, що він не отримував жодних винагород у будь-якій формі, здатних вплинути на результати роботи. Апробація системи проводилась в рамках європейського проекту “ShowUp4Health – Building Trust in Roma and IDP Communities for NCD Prevention: Developing and Testing an Integrated Social Healthcare Development Methodology for Vulnerable Groups in Central and Eastern Europe.”

Особистий внесок кожного автора у виконання роботи:

Григоренко Д.В. – концепція роботи, збір та аналіз даних, статистичний аналіз, літературний пошук, написання статті;

Колесник П.О. – концепція роботи, критичний огляд, остаточне затвердження статті.

ЛІТЕРАТУРА

1. Silverman J, Kurtz S, Draper J. Skills for communicating with patients. 3rd ed. Boca Raton: CRC Press; 2013.
2. Hojat M. Empathy in health professions education and patient care. New York: Springer; 2016.
3. Levinson W, Lesser CS, Epstein RM. Developing physician communication skills for patient-centered care. Health Aff (Millwood). 2010;29(7):1310–8.
4. Baile WF, Buckman R, Lenzi R, Glober G, Beale EA, Kudelka AP. SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer. Oncologist. 2000;5(4):302–11.
5. Kurtz S, Silverman J, Draper J. Teaching and learning communication skills in medicine. 2nd ed. Oxford: Radcliffe Publishing; 2005.
6. Nestel D, Tierney T. Role-play for medical students learning about communication: Guidelines for maximising benefits. BMC Med Educ. 2007;7:3.
7. Stone J, Mazza D. Harnessing the potential of communication skills in physical therapy: A review. Phys Ther Rev. 2016;21(1):55–60.
8. Haidet P, Paterniti DA. “Building” a history rather than “taking” one: A perspective on information sharing during the medical interview. Arch Intern Med. 2003;163(10):1134–40.
9. Prokopenko OM, Chaban TV. Communicative competence of a physician: modern challenges. Simeina medycyna. 2020;4(92):47–50.
10. Savchuk OL. Communication in rehabilitation medicine: an interdisciplinary approach. Reabilitatsiya ta fizyczna medycyna. 2023;1(2):24–28.
11. Beagan B, Fredericks E, Bryson M. Family physician perceptions of working with LGBTQ patients: physician training needs. Can Med Educ J. 2015;6(1):e14–22.
12. Murray A, Hall A, Williams GC, McDonough SM, Ntoumanis N, Taylor I, et al. Assessing physiotherapists’ communication skills for promoting patient autonomy for self-management: reliability and validity of the communication evaluation in rehabilitation tool. Disabil Rehabil. 2018;40(23):2785–94.
13. Murtagh GM. A critical look at ideas, concerns and expectations in clinical communication. 2023.
14. Kolesnyk PO, Kolesnyk AP, Kuodza JE, Mykyta IV, Yakym IU. Metodyka “Ryba OSCE”: Videoprezentatsiia leksii dystantsiinoho kursu “Metodyka navchannia obiektyvizovanomu strukturovanomu klinichnomu obstezhenniu patsientiv u praktytsi simeinoho likaria” [oral work with illustrations]. Certificate of authorship of Ukraine No. 101856. Uzhhorod: Department of Family Medicine and Outpatient Care, Uzhhorod National University.
15. Kumar S, Bhargava V. Pain assessment and SOCRATES: A handy mnemonic. Indian J Pain. 2019;33(1):60–1.
16. American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation. Communication issues in physical medicine and rehabilitation. PM&R Knowledge NOW. 2025 Apr. Available from: <https://now.aapmr.org/communication-issues-in-physical-medicine-and-rehabilitation/>
17. Weschules DJ, Bain KT, Reifsnyder J, McMath JA, Kupperman DE, Gallagher RM, et al. An internal audit into the adequacy of pain assessment in a hospice setting. BMJ Support Palliat Care. 2015;5(2):210–5.
18. Back AL, Arnold RM. Dealing with anger in the clinical encounter. Ann Intern Med. 2005;142(9):731–5.
19. Silverman J, Kurtz S, Draper J. The Calgary–Cambridge approach to communication skills teaching 1: Agenda-led, outcome-based analysis of the consultation. Educ Gen Pract. 1996;7(2):288–99.

Дата першого надходження статті до видання: 19.02.2026

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 17.03.2026

Дата публікації (оприлюднення) статті: 29.05.2026



Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0