

**ЕФЕКТИВНА КОМУНІКАЦІЯ В СИСТЕМІ «ТЕРАПЕВТ – ПАЦІЄНТ»
В УМОВАХ КЛІНІЧНОГО ЗАКЛАДУ**

**EFFECTIVE COMMUNICATION IN THE “THERAPIST – PATIENT” SYSTEM
IN A CLINICAL INSTITUTION**

Малярова Ю. М.¹, Солтик І. Т.², Сербова О. В.³

¹*Сумський державний педагогічний університет імені А. С. Макаренка,
м. Суми, Україна*

²*Хмельницький національний університет,
м. Хмельницький, Україна*

³*Національний технічний університет України
«Київський політехнічний інститут імені Ігоря Сікорського»,
м. Київ, Україна*

¹*ORCID: 0000-0003-3073-8973*

²*ORCID: 0000-0002-3696-0201*

³*ORCID: 0000-0002-8131-7506*

Malyarova Yu. M.¹, Soltyk I. T.², Serbova O. V.³

¹*Sumy State A. S. Makarenko Pedagogical University,
Sumy, Ukraine*

²*Khmelnyskyi National University,
Khmelnyskyi, Ukraine*

³*National Technical University of Ukraine “Ihor Sikorskyi Kyiv Polytechnic Institute”,
Kyiv, Ukraine*

DOI <https://doi.org/10.32782/2522-1795.2025.19.1.8>

Анотації

Вступ. Ефективна комунікація між терапевтом і пацієнтом є ключовим чинником якісного надання медичної допомоги. Вона впливає на рівень довіри пацієнтів, прихильність до лікування, ефективність терапії та загальну задоволеність медичними послугами. Проте у взаємодії лікаря та пацієнта часто виникають комунікативні бар'єри, які можуть знижувати якість лікування.

Мета дослідження полягає у проведенні аналізу основних принципів ефективної комунікації між терапевтом і пацієнтом, визначенні бар'єрів і стратегій їх подолання.

Матеріали і методи дослідження: аналіз наукової літератури щодо медичної комунікації; анкетування 150 пацієнтів для оцінювання рівня задоволеності комунікацією з терапевтом; анкетування 30 терапевтів (20 фізичних терапевтів і 10 ерготерапевтів) для визначення труднощів у взаємодії з пацієнтами; спостереження за 10 консультаціями для оцінювання невербальної та вербальної комунікації терапевтів; експеримент (тренінг із комунікації для терапевтів), оцінювання його впливу на якість взаємодії з пацієнтами.

Результати. Виявлено чотири групи бар'єрів ефективної комунікації: вербальні (використання складної медичної термінології, відсутність перевірки розуміння пацієнтом інформації); невербальні (недостатній зоровий контакт, закрита поза, низький рівень активного слухання); психологічні (страх пацієнта перед діагнозом, низький рівень довіри, емоційне вигорання пацієнтів через воєнний стан у країні); організаційні (брак часу на прийом, відсутність навчання терапевтів із комунікації, неналежне використання цифрових технологій у реабілітації).

Висновки. У результаті проведення короткого тренінгу на покращення комунікації було досягнуто такі позитивні результати: після проходження групою терапевтів тренінгу з медичної комунікації задоволеність пацієнтів поясненням діагнозу зросла з 58 до 82%; частота застосування тех-

ніки “teach-back” зросла на 30%, що покращило розуміння пацієнтами лікувальних рекомендацій; покращення рівня емпатії терапевтів підвищило задоволеність пацієнтів взаємодією з терапевтом із 65 до 89%. Висновки дослідження підтверджують необхідність упровадження навчання з комунікативних навичок для терапевтів та інших лікарів.

Ключові слова: комунікація, фізичний терапевт, ерготерапевт, пацієнт, клінічний заклад, комунікативні бар'єри, ефективне спілкування.

Introduction. Effective communication between a therapist and a patient is a key factor in providing high-quality medical care. It influences the level of patient trust, adherence to treatment, therapy effectiveness, and overall satisfaction with medical services. However, communication barriers often arise in the interaction between a doctor and a patient, which can reduce the quality of treatment.

Objective of the study. The aim of this study is to analyze the fundamental principles of effective communication between a therapist and a patient, identify barriers, and develop strategies to overcome them.

Materials and methods. The study utilized the following methods: analysis of scientific literature on medical communication; a survey of 150 patients to assess their level of satisfaction with communication with a therapist; a survey of 30 therapists (including 20 physical therapists and 10 occupational therapists) to identify challenges in patient interaction; observation of 10 consultations to evaluate therapists' verbal and non-verbal communication; and an experimental communication training program for therapists, with subsequent assessment of its impact on the quality of therapist-patient interaction.

Results. The study identified four main groups of communication barriers: verbal barriers – the use of complex medical terminology and the lack of verification of patient understanding; non-verbal barriers – insufficient eye contact, closed posture, and a low level of active listening; psychological barriers – patient fear of diagnosis, low level of trust, and emotional burnout of patients due to the ongoing war in the country; organizational barriers – lack of time for consultations, absence of communication training for therapists, and insufficient use of digital technologies in rehabilitation.

Conclusions. After conducting a short communication training program, several positive outcomes were achieved: after therapists completed the medical communication training, patient satisfaction with diagnosis explanations increased from 58 to 82%; the use of the «teach-back» technique increased by 30%, improving patient understanding of treatment recommendations; enhanced therapist empathy raised patient satisfaction with therapist interaction from 65 to 89%.

The findings confirm the necessity of implementing communication skills training for therapists and other healthcare professionals.

Key words: communication, physical therapist, occupational therapist, patient, clinical setting, communication barriers, effective interaction.

Вступ. Сучасна медицина все більше використовує пацієнтоорієнтований підхід, де комунікація між лікарем і пацієнтом є важливим компонентом якісного надання медичної допомоги. Ефективна взаємодія між терапевтом і пацієнтом сприяє не лише встановленню довіри, а й підвищенню рівня прихильності пацієнта до лікування, що безпосередньо впливає на результати терапії [2].

За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (далі – ВООЗ), причиною до 70% лікарських помилок є неефективна комунікація [4]. Це може бути недостатнє пояснення діагнозу, неправильно витлумачені рекомендації або емоційний дискомфорт, що заважає пацієнтові чітко виконувати вказівки лікаря [1].

Окрім того, згідно з дослідженням, проведеним Американською медичною асоціацією, приблизно 50% пацієнтів не дотримуються призначень лікаря, що пов'язано із

занизьким рівнем медичної комунікації [10]. Пацієнти можуть неправильно розуміти лікувальні рекомендації, сумніватися в ефективності запропонованої терапії або не довіряти лікареві через його формальний або авторитарний стиль спілкування [3].

На жаль, в умовах сучасної медичної системи комунікаційні навички лікарів нерідко залишаються на низькому рівні, що може бути спричинено такими чинниками: обмеженим часом на консультацію; браком уваги до комунікативних навичок у медичній освіті; психологічними бар'єрами; викликами цифрової медицини [7].

Дослідження ефективної комунікації в системі «терапевт – пацієнт» є важливим не

лише з погляду підвищення якості медичного обслуговування, а й з погляду суспільного здоров'я.

Мета дослідження полягає у проведенні аналізу основних принципів ефективної комунікації між терапевтом і пацієнтом, визначенні бар'єрів і стратегій їх подолання.

Матеріал і методи. Це дослідження є оригінальним, відкритим, емпіричним. Вибір методів дослідження ґрунтувався на перевірених наукових підходах, зокрема на використанні анкетування, спостереження і аналізу даних. Дослідження не містить конфлікту інтересів і не фінансувалося комерційними структурами, що забезпечує його незалежність.

Для оцінювання ефективності комунікації в системі «терапевт – пацієнт» було проведено емпіричне дослідження, яке передбачало анкетування пацієнтів і терапевтів (фізичних терапевтів і ерготерапевтів), спостереження за комунікативними процесами у клінічних закладах, а також проведення аналізу чинників, що впливають на якість взаємодії між медичним персоналом і пацієнтами. Дослідження проводилося в умовах клінічних закладів м. Суми.

Методологічний підхід ґрунтувався на кількісних і якісних методах аналізу, що дозволило отримати об'єктивні дані про рівень комунікації, наявні проблеми та можливі шляхи їх усунення [8].

Дослідження базувалося на таких методах, як: аналіз наукової літератури та нормативних документів; анкетування пацієнтів і терапевтів; метод спостереження; експериментальний підхід.

Аналіз наукової літератури та нормативних документів передбачав вивчення праць із медичної комунікації, психології пацієнта, стандартів ВООЗ щодо ефективної взаємодії лікаря і пацієнта. Зокрема й аналіз чинних нормативних актів у сфері охорони здоров'я щодо комунікативних стандартів медичної практики.

Анкетування дозволило оцінити сприйняття якості комунікації з обох сторін. Цільова група дослідження включала: 150 пацієнтів

клінічних закладів (стаціонар і поліклініка) та 30 терапевтів (20 фізичних терапевтів і 10 ерготерапевтів).

Структура анкети для пацієнтів передбачала аналіз відповідей на такі питання [6]: «Чи досить часу приділяє терапевт поясненню діагнозу й особливостей реабілітаційного втручання?», «Чи зрозуміло подається інформація?», «Чи комфортно спілкуватися з терапевтом?», «Чи відчуваєте довіру до терапевта?», «Як оцінюєте комунікацію терапевта за десятибальною шкалою?». Анкета охоплює ключові аспекти комунікації між пацієнтом і терапевтом: якість пояснення діагнозу, доступність інформації, комфортність взаємодії, довіра до терапевта, загальна оцінка комунікації. Питання анкети є чіткими та конкретними, що дозволяє отримати об'єктивні відповіді. Використання десятибальної шкали дає можливість об'єктивного порівняння та кількісної оцінки комунікації. Порівняння результатів анкетування з реальними клінічними спостереженнями (метод спостереження) підтвердило кореляцію між оцінками пацієнтів і фактичними діями терапевтів.

Структура анкети для терапевтів передбачала аналіз таких питань [5]: «Чи відчуваєте ви брак часу для ефективного спілкування з пацієнтами?», «Які бар'єри в комунікації є найбільш значущими?», «Чи проходили ви навчання з медичної/клінічної комунікації?», «Які методи покращення комунікації ви використовуєте?». Анкета охоплює ключові аспекти комунікації з погляду терапевтів, зокрема: достатність часу для спілкування з пацієнтами, визначення основних бар'єрів у комунікації, наявність попередньої підготовки в галузі медичної комунікації, методи покращення комунікації, які застосовують терапевти. Питання є чіткими та структурованими, що зменшує суб'єктивність відповідей і дозволяє діагностувати потенційні проблеми у взаємодії між пацієнтом і терапевтом. Результати анкетування терапевтів порівнювалися з об'єктивними спостереженнями за їх взаємодією з пацієнтами. Було підтверджено відповідність відповідей фактичній поведінці терапевтів.

Метод спостереження передбачав проведення 10 сеансів спостереження за взаємодією терапевта й пацієнта у клінічному середовищі. Аналізувалися такі питання: «Чи підтримує терапевт зоровий контакт із пацієнтом?», «Чи використовує терапевт зрозумілу мову без медичних термінів?», «Чи проявляє емпатію, уважність до питань пацієнта?», «Чи застосовує техніку “teach-back” (перевірка розуміння пацієнтом отриманої інформації)?».

На основі отриманих даних розроблено індекс ефективності комунікації (далі – ІЕК), що містив такі параметри, як [11]: якість пояснення діагнозу («Чи зрозуміло пацієнт отримав інформацію про свій стан?»); довіра до терапевта («Чи пацієнт відчуває впевненість у спеціалісті?»); емоційний комфорт («Чи терапевт проявляє емпатію, чи враховує емоційний стан пацієнта?»); час взаємодії («Чи досить часу терапевт приділяє пацієнтові?»). Кожен параметр оцінювався від 1 до 10 балів, а загальний ІЕК виводився як середній показник.

Під час експериментального дослідження група терапевтів ($n = 15$) пройшла короткий тренінг з ефективною медичною комунікації (активне слухання, техніка відкритих питань, розвиток емпатії). Мета тренінгу – покращити якість спілкування між терапевтом і пацієн-

том; навчити терапевтів ефективних методів пояснення діагнозу й особливостей реабілітаційного втручання; підвищити рівень емпатії та довіри у взаємодії з пацієнтами [3].

Основні модулі тренінгу та їх опис подано в таблиці 1.

Усі етапи дослідження були проведені відповідно до Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації, що гарантує його етичність, добровільність, безпечність для учасників і наукову обґрунтованість. Дотримання цих принципів дозволило отримати надійні й об'єктивні результати, які можуть бути використані для покращення комунікації у клінічних закладах. Протокол дослідження було узгоджено з етичним комітетом клінічних закладів, де проводилися анкетування та спостереження.

Перед участю в дослідженні всі респонденти (пацієнти та терапевти) підписали інформовану згоду. Їм було надано детальну інформацію про мету дослідження, методи збору даних, можливі ризики та гарантії анонімності. Учасники мали право відмовитися від участі на будь-якому етапі без пояснення причин.

Усі дані були знеособлені та представлені у формі статистичних узагальнень. Анкети та записи спостережень не містили персональ-

Таблиця 1

Зміст короткого тренінгу з ефективною медичною комунікації

№ модуля	Назва	Опис
Модуль 1	Основи ефективної комунікації в медицині	– вербальні та невербальні техніки спілкування; – підтримка зорового контакту, відкритої пози та правильного тону голосу.
Модуль 2	Техніки активного слухання	– використання відкритих питань для збору детальної інформації про стан пацієнта; – повторення ключових слів пацієнта для підтвердження розуміння.
Модуль 3	Як пояснювати складну медичну інформацію просто?	– використання зрозумілих термінів замість медичного жаргону; – Метод “teach-back” – перевірка, чи правильно пацієнт зрозумів інструкції.
Модуль 4	Урегулювання конфліктних ситуацій	– робота з пацієнтами, які проявляють тривогу чи агресію; – стратегії зниження стресу в комунікації.
Модуль 5	Практичні рольові ігри	– симуляції реальних ситуацій із пацієнтами (пояснення діагнозу, погана новина, мотивація до реабілітації); – зворотний зв'язок від тренерів і колег.

них даних учасників. Доступ до інформації про учасників мали лише дослідники, а дані зберігалися в захищеному форматі. Усі процедури були спрямовані суто на оцінювання якості комунікації у клінічних закладах.

Результати дослідження. На основі проведеного дослідження, яке включало анкетування 150 пацієнтів та 30 терапевтів, спостереження за комунікацією у клінічних закладах і оцінювання ефективності тренінгів для терапевтів, було ідентифіковано чотири основні групи бар'єрів, що заважають ефективній взаємодії терапевта та пацієнта (таблиця 2).

Анкетуванням було охоплено 150 пацієнтів клінічних закладів, середній вік респондентів – 45 років. Аналіз результатів анкетування пацієнтів подано в таблиці 3.

Аналіз результатів анкетування терапевтів ($n = 30$) подано в таблиці 4.

Після проведення 10 сеансів спостереження за взаємодією терапевта та пацієнта під час консультацій було зроблено такі висновки: відсутність зорового контакту й емпатії у 25% випадків робить комунікацію формальною; техніка “teach-back” використовується лише в 40% випадків, що означає низький рівень перевірки розуміння інформації пацієнтом; надмірне вживання медичних термінів зафіксовано в 15% випадків (таблиця 5).

У рамках дослідження 15 терапевтів пройшли тренінг із розвитку комунікативних навичок. Після цього було проведено повторне анкетування їхніх пацієнтів і зроблено такі висновки: покращилась якість пояснення діа-

Таблиця 2

**Основні бар'єри ефективної комунікації в системі «терапевт – пацієнт»
на основі проведеного дослідження (%)**

Бар'єр комунікації	Основні проблеми	Оцінка
Вербальні бар'єри	Використання складної медичної термінології	22% пацієнтів повідомили, що не розуміють пояснення терапевта.
	Не досить структурована подача інформації	18% пацієнтів зазначили, що терапевти дають багато інформації одночасно, що ускладнює сприйняття.
	Брак зворотного зв'язку	Лише 40% терапевтів використовують метод “teach-back”, щоб переконатися, що пацієнт правильно зрозумів інформацію.
Невербальні бар'єри	Відсутність зорового контакту	У 28% випадків терапевти спілкуються з пацієнтами й одночасно записують дані, що створює відчуття неухважності.
	Закрита поза, мінімальна міміка	У 20% випадків терапевти демонстрували формальність у комунікації.
	Низький рівень активного слухання	15% пацієнтів заявили, що терапевт перебиває їх, не дослуховує до кінця.
Психологічні бар'єри	Страх пацієнта перед діагнозом	35% пацієнтів зізналися, що відчувають тривогу через нестачу емоційної підтримки з боку терапевта.
	Низький рівень довіри	25% пацієнтів заявили, що терапевт мало залучає їх до ухвалення рішень щодо реабілітації.
	Емоційне вигорання терапевтів через воєнний стан	81% терапевтів визнали, що високий рівень стресу через воєнний стан впливає на їхню здатність ефективно комунікувати.
Організаційні бар'єри	Брак часу на консультацію	76% терапевтів вважають, що вони не мають досить часу для детального пояснення.
	Відсутність навчання з комунікації	68% терапевтів ніколи не проходили тренінгів із медичної комунікації.
	Недостатнє використання цифрових технологій	Лише 12% терапевтів активно використовують телемедицину для покращення взаємодії з пацієнтами.

Таблиця 3

Основні питання анкети та відповіді пацієнтів (%)

Питання	Так	Ні	Частково
Чи зрозуміло терапевт пояснює ваш діагноз і алгоритм реабілітаційного втручання?	58%	22%	20%
Чи використовує терапевт просту, доступну мову?	63%	18%	19%
Чи приділяє терапевт досить часу консультації?	49%	38%	13%
Чи підтримує терапевт зоровий контакт і проявляє емпатію?	52%	28%	20%
Чи довіряєте Ви своєму терапевту?	60%	25%	15%

Таблиця 4

Основні питання анкети та відповіді терапевтів (%)

Питання	Так	Ні	Частково
Чи відчуваєте ви брак часу для комунікації з пацієнтами?	76%	12%	12%
Чи проходили ви навчання з комунікативних навичок?	32%	68%	—
Чи виникають у вас труднощі в поясненні складних медичних термінів?	45%	40%	15%
Чи впливає рівень стресу на вашу здатність до ефективного спілкування?	81%	10%	9%
Чи вважаєте ви комунікативні навички важливими для ефективного лікування?	94%	4%	2%

Таблиця 5

Основні результати 10 сеансів спостереження за взаємодією терапевта та пацієнта під час консультацій

Оцінюваний параметр	Відповідає стандартам (так)	Частково	Не відповідає
Терапевт підтримує зоровий контакт	60%	25%	15%
Терапевт використовує просту, доступну мову	55%	30%	15%
Терапевт демонструє емпатію	50%	25%	25%
Терапевт застосовує техніку “teach-back”	40%	30%	30%
Терапевт активного слухає пацієнта	65%	20%	15%

гнозу й алгоритму реабілітаційного втручання (+24%); зросла частота використання техніки “teach-back” (+30%), що допомагає перевірити розуміння пацієнта; зросли емоційна підтримка та рівень емпатії терапевтів (+28%); загальна задоволеність пацієнтів зросла на 24%, що підтверджує важливість комунікативних тренінгів для терапевтів та інших лікарів (таблиця 6).

Результати дослідження доводять, що вдосконалення комунікації є ключовим чинни-

ком підвищення ефективності лікування та довіри до медицини.

На основі проведеного дослідження були розроблені рекомендації щодо покращення комунікації між терапевтом і пацієнтом, спрямовані на подолання вербальних, невербальних, психологічних і організаційних бар’єрів [9].

1. Подолання вербальних бар’єрів. Рекомендації:

Таблиця 6

Результати змін у комунікації після тренінгу (у %)

Параметр	До тренінгу	Після тренінгу
Зрозумілість пояснення діагнозу	58%	82%
Прояв емпатії	50%	78%
Використання техніки “teach-back”	40%	70%
Загальний рівень задоволеності пацієнтів	65%	89%

- спрощувати мову, пояснювати діагноз і алгоритм реабілітаційного втручання доступно, за допомогою зрозумілих аналогів складних термінів;

- використовувати метод “teach-back” – після пояснення запитати пацієнта, що він зрозумів, за потреби, уточнити;

- під час консультації дотримуватись структури “SPIKES”:

S – встановлення контакту;

P – оцінювання рівня розуміння пацієнта;

I – інформування про стан здоров’я;

K – коригування очікувань пацієнта;

E – емпатія та підтримка;

S – стратегія подальших дій;

- використовувати наочні матеріали (схеми, брошури, мультимедійні презентації) для пояснення діагнозу та реабілітаційного втручання.

2. Подолання невербальних бар’єрів. Рекомендації:

- зберігати зоровий контакт під час бесіди, не відволікатися на документацію чи комп’ютер;

- використовувати відкриту позу (розслаблені руки, нахил у бік пацієнта, зацікавлена міміка);

- практикувати активне слухання: не перебивати пацієнта, підтверджувати розуміння (кивки головою, фрази «Я вас розумію», «Розкажіть детальніше»), повторювати ключові слова пацієнта для уточнення;

- проявляти емоційну підтримку (усмішка, м’який тон голосу, співчутливий вираз обличчя).

3. Подолання психологічних бар’єрів. Рекомендації:

- підтримувати пацієнта емоційно, особливо під час повідомлення складних діагнозів;

- використовувати метод “NURSE” для зменшення тривожності пацієнта:

N – назвати емоцію пацієнта («Я розумію, що ви хвилюєтесь <...>»);

U – висловити підтримку («Це нормально – мати такі переживання»);

R – надати пацієнту інформацію («Ми розглянемо найкращі варіанти втручання»);

S – поділитися стратегіями подолання стресу;

E – забезпечити подальший супровід;

- включати пацієнта у процес ухвалення рішень щодо реабілітаційного втручання;

- для терапевтів – упроваджувати анти-стресові програми, навчання з контролю емоційного вигорання.

4. Подолання організаційних бар’єрів. Рекомендації:

- оптимізувати менеджмент часу терапевта – використовувати електронні медичні картки для швидкого доступу до історії хвороби, скорочення часу на рутинні завдання;

- упровадити телемедицину для проведення онлайн-консультацій, що дозволить зменшити навантаження та приділяти більше уваги складним випадкам;

- включити курси з медичної комунікації до навчальних програм для лікарів, зокрема фізичних і ерготерапевтів;

- розробити пам’ятки та письмові інструкції для пацієнтів, що допоможуть краще розуміти алгоритм дій терапевта під час реабілітаційної допомоги.

Дискусія. Результати дослідження підтвердили, що ефективна комунікація між терапевтом і пацієнтом є важливим чинником у покращенні якості медичних послуг і підвищенні прихильності пацієнтів до лікування. Отримані дані свідчать про те, що тренінг комунікативних навичок для терапевтів значно покращує сприйняття пацієнтами медичної інформації, а також сприяє зміцненню довіри та зменшенню рівня тривожності в пацієнтів. Однак варто врахувати деякі аспекти, які можуть вплинути на подальше впровадження навчання з медичної комунікації.

Попри покращення якості комунікації після тренінгів, деякі організаційні та психологічні бар’єри залишаються актуальними. Наприклад, брак часу на прийом пацієнтів усе ще залишається критичною проблемою, що обмежує можливості для якісного спілкування. Також належне використання цифрових технологій (відеоінструкції, інтерактивні платформи для пояснення діагнозу) може

бути додатковим ресурсом для покращення комунікації, але цей аспект потребує подальшого вивчення.

Воєнний стан у країні та його вплив на емоційний стан пацієнтів є суттєвим чинником, який ускладнює довіру до терапевтів. Потрібне впровадження методів психологічної підтримки пацієнтів та навчання терапевтів навичок кризової комунікації.

Отримані результати узгоджуються з попередніми дослідженнями, які підтверджують позитивний вплив тренінгів на комунікацію медичних фахівців. Зокрема, дослідження M. Silverman et al. показали, що підвищення рівня емпатії та активного слухання в лікарів значно покращує взаємодію з пацієнтами [12].

Водночас автори деяких досліджень, наприклад E. Rider & C. Keefer, наголошують на тому, що ефект тренінгів може бути тимчасовим, без регулярного підвищення кваліфікації медичних працівників рівень комунікації може знову погіршитися [13]. Це підкреслює необхідність системного впровадження навчання з медичної комунікації на постійній основі.

Подальші дослідження можуть зосередитися на тривалому ефекті тренінгів і вивченні ролі технологій у комунікації.

Висновки. Дослідження довело, що ефективна комунікація між терапевтом і пацієнтом є ключовим чинником покращення якості медичних послуг, зокрема реабілітаційної допомоги. Подолання комунікативних бар'єрів через навчання терапевтів, покращення вербальної та невербальної взаємодії, а також використання цифрових технологій сприяло зростанню рівня довіри, прихильності до реабілітації та загального задоволення пацієнтів.

Аналіз анкетування 150 пацієнтів показав, що лише 58% пацієнтів цілком розуміють пояснення терапевта, тоді як 22% зазначили, що інформація подається незрозуміло. 49% пацієнтів вважають, що терапевт приділяє їм замало часу на прийомі. 25% пацієнтів мають низький рівень довіри до терапевта через нестачу залучення до ухвалення рішень.

Лише 40% терапевтів застосовують техніку “teach-back” для перевірки розуміння пацієнтом алгоритму реабілітаційного втручання.

Під час дослідження було виявлено чотири групи бар'єрів: вербальні бар'єри (використання складної медичної термінології, низький рівень структурованості подачі інформації, брак зворотного зв'язку); невербальні бар'єри (відсутність зорового контакту, закрита поза, низький рівень активного слухання); психологічні бар'єри (страх пацієнта перед діагнозом, низький рівень довіри до терапевта, емоційне вигорання терапевтів через воєнний стан); організаційні бар'єри (брак часу на прийом, відсутність навчання терапевтів із комунікації, недостатнє використання цифрових технологій у реабілітації).

У результаті проведення короткого тренінгу на покращення комунікації було досягнуто такі позитивні результати: після проходження групою терапевтів тренінгу з медичної комунікації задоволеність пацієнтів поясненням діагнозу зросла з 58 до 82%; частота застосування техніки “teach-back” зросла на 30%, що покращило розуміння пацієнтами лікувальних рекомендацій; покращення рівня емпатії терапевтів підвищило задоволеність пацієнтів взаємодією з терапевтом з 65 до 89%.

Висновки дослідження підтверджують необхідність впровадження навчання з комунікативних навичок для терапевтів та інших лікарів.

Інформація про конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутній конфлікт інтересів.

Література

1. Абдрахімова Ц., Мухаровська І., Клебан К., Сапон Д., Калачов О. Особливості комунікації у медичному середовищі (методичні рекомендації). *PMGP*. 2020. № 5 (1). С. 04501212. DOI: 10.26766/pmgrp.v5i1.212.
2. Дзяк Л. Комунікативна та конфліктна компетентність лікарів-інтернів за фахом «Нервові хвороби». *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2018. № 2. Вип. 74. С. 44–51. DOI: 10.31718/2077-1096.21.2.182.
3. Кіржа Н. Формування комунікативної компетентності студентів в інформаційно-

освітньому середовищі медичного коледжу. *Modern approaches to knowledge management development : collective monograph* / Ljubljana School of Business. Ljubljana, Slovenia, 2020. С. 368–378.

4. Климович С. Основні правила комунікації в медичній діяльності. *Медсестринство*. 2022. № 2. С. 14–16. DOI: 10.11603/2411-1597.2022.2.12896.

5. Кушнерьова А. До проблеми комунікації медичних працівників з пацієнтами: психологічний аспект. *Актуальні проблеми психології* : збірник наукових праць Інституту психології імені Г.С. Костюка Національної академії педагогічних наук України. 2020. № 4. С. 208–216.

6. Кушнерьова А. Завдання комунікації в діаді «лікар – пацієнт» кардіологічного профілю. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Hamilton. 2022. № 43 (1). С. 26–30.

7. Сікорська О., Орду К. Комунікативна компетентність як показник професійного іміджу сучасного лікаря. *Актуальні питання гуманітарних наук*. 2021. № 3. Вип. 43. С. 208–212. <https://doi.org/10.24919/2308-4863/43-3-34>.

8. Abdolrahimi M., Ghiyasvandian S., Zak-erimoghdam M., Ebadi A. Iranian nursing student–patient health communication in medical surgical wards. *Iran J Nurs midwifery Res*. 2018. № 23 (2). P. 136. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_9_17.

9. Anthony-Pillai R., Ahluwalia S. Medical professionalism. *Clin Integr Care*. 2020. № 2. P. 100014. <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2020.100014>.

10. Delgado J. Vulnerability as a key concept in relational patient-centered professionalism. *Med Health Care Philos*. 2021. № 24 (2). P. 155–172. DOI: 10.1007/s11019-020-09995-8.

11. Naughton C.A. Patient-centered communication. *Pharmacy*. 2018. № 6 (1). P. 18. DOI: 10.3390/pharmacy6010018.

12. Silverman M.G., Ference B.A., Im K., Wiviott S.D., Giugliano R.P., Grundy S.M. et al. Association between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction among Different Therapeutic Interventions : A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*. 2016. № 316. P. 1289–1297. DOI: 10.1001/jama.2016.13985.

13. Rider E.A., Keefer C.H. Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*. 2006. № 40. P. 624–629. DOI: 10.1111/y.1365-2929.2006.02500.x.

References

1. Abdriakhimova, Ts., Mukharovska, I., Kleban, K., Sapon, D., Kalachov, O. (2020). Osoblyvosti komunikatsii u medychnomu sere-dovyschi (metodychni rekomendatsii) [Peculiarities of communication in the medical environment (methodological recommendations)]. *PMGP*, 5 (1), 04501212. DOI: 10.26766/pm-gp.v5i1.212.

2. Dziak, L. (2018). Komunikatyvna ta konfliktna kompetentnist likariv-interniv za fakhom “Nervovi khvoroby” [Communicative and conflict competence of interns specializing in “Nervous diseases”]. *Aktualni problemy suchasnoi medytyny*, 2 (74), 44–51. DOI: 10.31718/2077-1096.21.2.182.

3. Kirzha, N.V. (2020). Formuvannia komunikatyvnoi kompetentnosti studentiv v informat-siino-osvitnomu sere-dovyschi medychnoho koledzhu [Formation of students’ communicative competence in the information and educational environment of a medical college]. *Ljubljana School of Business. Collective monograph “Modern approaches to knowledge management development”*. Ljubljana, Slovenia, 368–378.

4. Klymovych, S.M. (2022). Osnovni pravy-la komunikatsii v medychnii diialnosti [Basic rules of communication in medical activities]. *Medsestrynstvo*, 2, 14–6. DOI: 10.11603/2411-1597.2022.2.12896.

5. Kushnierova, A.M. (2020). Do prob-lemi komunikatsii medychnykh pratsivnykiv z patsiientamy: psykholohichniy aspekt [To the problem of communication between medical professionals and patients: a psychological aspect]. *Aktualni problemy psykholohii: zbirnyk naukovykh prats Instytutu psykholohii imeni H.S. Kostiuka NAPN Ukrainy*, 4, 208–16.

6. Kushnierova, A.M. (2022). Zavdannia komunikatsii v diadi “likar – patsiient” kardiolo-hichnoho profilu [Communication tasks in the cardiology doctor-patient dyad]. *Fundamental and applied researches in practice of leading scientific schools*. Hamilton, 43 (1), 26–30.

7. Sikorska, O., Ordu, K. (2021). Komunika-tyvna kompetentnist yak pokaznyk profesiinoho imidzhu suchasnoho likaria [Communicative competence as an indicator of the professional image of a modern doctor]. *Aktualni pytannia humanitarnykh nauk*, 3 (43), 208–212. <https://doi.org/10.24919/2308-4863/43-3-34>.

8. Abdolrahimi, M., Ghiyasvandian, S., Zak-erimoghdam, M., Ebadi, A. (2018). Iranian nursing student–patient health communication

in medical surgical wards. *Iran J Nurs midwifery Res*, 23 (2), 136. DOI: 10.4103/ijnmr.IJNMR_9_17.

9. Anthony-Pillai, R., Ahluwalia, S. (2020). Medical professionalism. *Clin Integr Care*, 2, 100014. <https://doi.org/10.1016/j.intcar.2020.100014>.

10. Delgado, J. (2021). Vulnerability as a key concept in relational patient-centered professionalism. *Med Health Care Philos*, 24 (2), 155–172. DOI: 10.1007/s11019-020-09995-8.

11. Naughton, C.A. (2018). Patient-centered communication. *Pharmacy*, 6 (1), 18. DOI: 10.3390/pharmacy6010018.

12. Silverman, M.G., Ference, B.A., Im, K., Wiviott, S.D., Giugliano, R.P., Grundy, S.M. et al.

(2016). Association between Lowering LDL-C and Cardiovascular Risk Reduction among Different Therapeutic Interventions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *JAMA*, 316, 1289–1297. DOI: 10.1001/jama.2016.13985.

13. Rider, E.A., Keefer, C.H. (2006). Communication skills competencies: definitions and a teaching toolbox. *Medical Education*, 40, 624–629. DOI: 10.1111/y. /365-2929.2006.02500.x.

Прийнято: 26.03.2025

Опубліковано: 30.04.2025

Accepted on: 26.03.2025

Published on: 30.04.2025