

КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТІВ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

Миронюк Юлія Сергіївна¹

¹ Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна», м. Київ (Україна)

ORCID ID: <https://orcid.org/0009-0000-3934-1185>

UDC: 159.9:614.253

АНОТАЦІЯ

Передумови. Комунікативна компетентність лікаря є базовим чинником профілактики конфліктів. Проте цифровізація охорони здоров'я та впровадження електронних карт провокують когнітивне розщеплення уваги фахівців, посилюючи комунікативні дефіцити.

Мета. На основі аналізу наукових праць з'ясувати значення комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктам через аналіз історичного контрасту між докомп'ютерною епохою та сучасними цифровізованими клінічними реаліями.

Методи. Дослідження має теоретичний характер. Застосовано метод комплексного ретроспективного аналізу, порівняльний синтез класичної та новітньої наукової літератури, концептуальне моделювання, а також системну систематизацію деонтологічних аспектів клінічної практики на основі аналізу даних та медико-юридичної статистики (1987–2026 рр.).

Результати. Історичний контраст доводить, що невербальна емпатія ХХ століття мала безпрецедентний зв'язок із задоволеністю прийомом ($r = 0.80$), тоді як сучасні електронні карти забирають до 31% часу консультації на фіксацію монітора, змушуючи пацієнтів приховувати симптоми. Математично обґрунтовано, що 29% загального враження від візиту залежить виключно від якості діалогу ($r = 0.54$), а дефіцит спілкування генерує 71% судових позовів та у 40% випадків супроводжує лікарські помилки в університетських клініках. Якісна комунікація підвищує дотримання режиму лікування в 1,62 раза, долаючи тиху епідемію нон-адгеренсу (яка охоплює до 50% хронічних хворих). На соматичному рівні емпатійний контакт знижує біомаркери системного запалення, рівень кортизолу, нормалізує глікемію, а при серцевій недостатності зменшує ризик смертності на 30% ($HR = 0.70$). Впровадження Калгарі-Кембриджської моделі підвищує пацієнтоцентрованість на 26% без збільшення хронометражу прийому, долаючи сліпу зону сприйняття медиків (75% проти 21%).

Висновки. Масова цифровізація медичного простору створює когнітивні бар'єри та руйнує живий контакт із пацієнтом, що різко підвищує деонтологічні й судові ризики клініки. Проте цим міжособистісним навичкам можна успішно навчитись. Інтеграція прикладних комунікативних моделей (зокрема Калгарі-Кембриджської) у статус обов'язкової дисципліни медичної освіти є критичною для подолання комунікативних дефіцитів фахівців, відновлення терапевтичного альянсу та профілактики професійного вигорання.

Ключові слова: комунікативна компетентність, взаємодія лікар-пацієнт, комунікативні навички, конфлікт-менеджмент, тиха епідемія, нарративна компетентність, цифровізація медицини, терапевтичний альянс, комплаєнс, нон-адгеренс.

Вступ.

Успіх лікаря в професії незалежно від спеціальності у великій мірі залежить від вміння спілкуватися, налагоджувати стосунки з людьми, рівня емпатії, тому що професія лі-

каря соціальна та лінгвоактивна. Але під час навчання студентів у медичних університетах такі якості як емоційно-вольові та комунікативна компетентність не є у пріоритеті. Основна увага у навчанні майбутніх медиків приділя-

Address for correspondence, e-mail: editpsychas@gmail.com
Copyright: © Yuliia Myroniuk

This is an Open Access journal. This work is licensed under a **Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0)**.
Link: <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

ється ґрунтовній науково-теоретичній базі, практичним навичкам та клінічному досвіду, в той час як арсенал комунікативних знань страждає. Тому лікарі-інтерни та лікарі-спеціалісти часто мають самотійно проходити тренінги саме з комунікативної та конфліктологічної компетентності для успішного спілкування та врегулювання конфліктів, які неминучі в професії. Сучасні міжнародні дослідження чітко простежують цей шлях. Науковці доводять, що розвиток мовленнєвих умінь безпосередньо впливає на рівень стресу студентів під час їхнього першого реального клінічного досвіду (Aktan & Khorshid, 2021). Якщо в університеті майбутній медик не здобув цих знань, то під час переходу до реальної самотійної практики цей первинний стрес переростає у важкий шок переходу. Молодий спеціаліст відчувається психологічно безпорадним перед реальними труднощами (Mellor et al., 2021). Намагаючись приховати власну невпевненість, такий лікар часто починає спілкуватися з пацієнтами сухо, директивно або занадто емоційно усувається від їхніх скарг. У результаті подібний дефіцит клінічної емпатії та комунікативної культури стає прямим тригером для пацієнтів, бо вони сприймають поведінку фахівця як байдужість чи зневагу. Це миттєво руйнує терапевтичний альянс і робить персонал надзвичайно вразливим перед спалахами агресії та насилля на робочому місці, перетворюючи звичайне непорозуміння на відкритий деструктивний конфлікт у клініці (Wang et al., 2023).

Важливість і актуальність цієї теми перебільшити неможливо. До прикладу, якщо аналізувати динаміку публікацій у PubMed (цифровій базі Національної бібліотеки США), то лише за останні п'ять років там з'явилося близько 17 тисяч статей, пов'язаних з тематикою взаємодії лікаря та пацієнта. При цьому понад 5 тисяч із цього колосального масиву досліджень у провідних журналах світу зосереджені саме на психологічних аспектах комунікативних дефіцитів та менеджменту конфлікту в медицині. Такий емпіричний інтерес чітко показує, що ми вже маємо серйозний теоретичний фундамент. Але через стрімку цифровізацію та появу телемедицини сам комунікативний простір між лікарем та хворим трансформується. З цього випливає, що багато науковців досліджували комунікативну компетентність і у цьому напрямку вже є певні здобутки, але дана тема ще далеко не вичерпана і буде розвиватись з плином часу та розвитком технологій.

Мета статті полягає в тому, щоб на основі аналізу наукових статей, праць та досліджень з'ясувати значення комунікативної компетентності лікаря як чинника запобігання конфліктів.

Аналіз останніх публікацій. Фундамент розуміння природи міжособистісної взаємодії та умов її деструкції закладено у працях класиків соціально-гуманітарних знань (М. Армстронг, Р. Боятцис, Л. Спенсер, М. Canale, М. Swain, Dell Hymes), а також у вітчизняних дослідженнях мовленнєвої культури

вищої школи (М. І. Пентилюк, С. А. Омельчук, І. М. Хом'як, Т. О. Лещенко, В. Г. Юфіменко, О. Кравченко-Дзондза). Проте в межах медичного простору загальні комунікативні патерни набувають особливої психосоматичної та деонтологічної специфіки. Вектор вивчення цієї проблеми тривалий час фокусувався на діагностиці та внутрішній структурі професійного діалогу. Так, у роботах В. Г. Дроненка(2018) переконливо доведено, що цілеспрямований розвиток комунікативного самоконтролю є першоосновою для формування клінічної емпатії. Питання інтеграції комунікації як наріжного елементу системи soft skills, що визначає затребуваність медика та якість надання допомоги, детально концептуалізовано В. М. Жданом, В. М. Дворником та І. Перцовой. Попри відсутність єдиного остаточного підходу до цієї структури, на чому слушно наголошує Л. П'янківська, загальновизнаним у роботах О. Сікорської та К. Орду залишається той факт, що комунікативна культура є ядром професійного іміджу сучасного лікаря.

Водночас класичні підходи докомп'ютерної епохи (Pohribna, 2008; Pyrih, 1998) стикаються сьогодні з безпрецедентним тиском цифрової реальності. Сучасний науковий дискурс вимушено зміщує акценти з суто етичних декларацій на жорсткий емпіричний аналіз та математичне моделювання комунікативних дефіцитів як тригерів судових позовів та міжособистісних конфліктів у клініках (Biduchak et al., 2024). Якісна комунікація ро-

зглядається як вимірний фактор безпеки, що знижує клінічні ризики та запобігає лікарським помилкам (Li et al., 2024). Натомість виклики, пов'язані з когнітивним розщепленням уваги медика та необхідністю прояву віртуальної емпатії в умовах телемедицини, лише починають осмислюватися у новітній світовій літературі (Tabche et al., 2023). Це зумовлює гостру потребу даного дослідження для систематизації комунікативної компетентності як проактивного чинника проти деструктивних конфліктів у медицині.

Виклад основного матеріалу

Комунікативна компетентність є критично важливою для лікарів та майбутніх медичних працівників. Вона виходить далеко за межі простої здатності говорити і охоплює вміння слухати, емпатію, надання інформації у зрозумілій формі та побудову довірливих стосунків. Хвороба часто супроводжується страхом та невизначеністю і лікар, який вміє співчувати, заспокоїти та надати підтримку, значно зменшує рівень тривоги пацієнта та програмує на ефективне лікування з позитивним результатом. Ще Гіпократ підкреслював важливість психологічної складової лікування. Він говорив, що емоційний стан пацієнта впливає на одужання, а слово лікаря може як заспокоїти, вселити надію, так і навпаки, погіршити стан. Тобто до хворого застосовувався цілісний підхід, який включає не лише фізичне лікування, а й увагу до його психічного стану.

Сьогодні ці дані можна об'єктивно під-

твердити емпіричними дослідженнями. Фундаментом для вивчення цієї закономірності свого часу стала класична праця Клевер та колег (Clever et al., 2008). Опрацювавши дані масштабної вибірки з 3123 пацієнтів за допомогою стандартизованих опитувальників сприйняття госпітального догляду, науковці кількісно продемонстрували, що якість комунікації (зокрема, готовність лікаря детально пояснювати інформацію та практикувати активне слухання) є потужним і вимірним показником їхнього загального рівня задоволеності медичною допомогою.

Окремим підтвердженням такої психосоматичної єдності є соматичні та клінічні результати, які опублікували Paiva et al. (2019). У центрі його уваги опинився той факт, що психічний стан людини та її емоційне сприйняття лікаря безпосередньо впливають на фізіологічні маркери хронічних захворювань. Вчені через фокус-групи проаналізували досвід діабету в 45 учасників, серед яких були як пацієнти, так і медичні працівники. Оскільки контроль над захворюванням вимагає від людини повної та довічної зміни способу життя (дієта, самоконтроль глюкози), стиль комунікації стає вирішальним. На початкових етапах хвороба зазвичай є тихою і не викликає болю, тому пацієнти схильні применшувати її серйозність. Якщо лікар використовує авторитарний тон або складний медичний жаргон, людина просто замикається в собі та ігнорує проблему. Натомість пацієнт-орієнтований підхід допомагає усвідомити діагноз без зайвої

паніки, дарує відчуття підтримки та мотивує до дій. Дослідження також виявило серйозну суперечність у сприйнятті психологічного тиску. Лікарі часто думають, що жорсткі зауваження та залякування змусять пацієнта діяти, але це працює навпаки. Пацієнти ж сприймають агресивний тон як бар'єр і через страх почути критику вони просто починають приховувати від лікаря свої зриви в дієті чи забуті ліки, що повністю руйнує довіру між ними. Автори доводять, що успішний контроль глікемії потребує переходу до партнерських стосунків, простої мови та сприйняття пацієнта як особистості. Заміна директивного стилю на індивідуальний підхід стрімко підвищує прихильність до терапії. У медичній практиці цей психологічний комфорт пацієнта конвертується в реальне покращення метаболічних показників та зниження рівня глікованого гемоглобіну (HbA1c).

Якщо попереднє дослідження фокусується на суб'єктивному досвіді спілкування, то об'єктивний біологічний механізм цього процесу наочно демонструють масштабніші клінічні дані. Зокрема, систематичний огляд та метааналіз, який провели Eilertsen et al. (2025). Проаналізувавши дані 25 рандомізованих контрольованих досліджень за участю 1641 дорослого пацієнта, науковці вивчали, як вправи позитивної психології (зокрема, регулярні практики розвитку оптимізму, ведення щоденників вдячності та виконання усвідомлених виявів доброти) впливають на біомаркери стресу та запалення. Ці психологічні методики

застосовувалися системно, а фізіологічні показники пацієнтів відстежувалися в середньому впродовж 3,9 місяця. Додамо трохи сухої статистики. Результати метааналізу засвідчили статистично значущий загальний ефект позитивного впливу психологічних практик на біологічний стан організму ($d = 0,39$, що за загальноприйнятою шкалою свідчить про помірну силу ефекту). Найбільш виражене покращення науковці зафіксували у зниженні біомаркерів системного запалення ($d = 0,46$, що відображає вагомий результат, близький до середнього рівня значущості). Водночас рівень гормону стресу кортизолу продемонстрував дещо менший спад ($d = 0,30$, що класифікується як слабка, але стабільна величина ефекту). Найпотужнішу дію такі практики виявили саме у клінічних групах пацієнтів із наявними хронічними захворюваннями ($d = 0,61$), де величина ефекту є вираженою, сильною та клінічно значущою. Ці результати чітко показують, що емоційний стан людини напряму пов'язаний з її фізичним здоров'ям. Прості психологічні вправи — це не просто спосіб підняти настрій, а реальний, науково доведений інструмент, який знижує рівень запалення в організмі та нормалізує гормони стресу. Зменшення кортизолу та маркерів запалення (інтерлейкінів та С-реактивного білку) доводить, що психологічна підтримка дає цілком конкретні соматичні покращення, які можна виміряти лабораторно. Це робить вправи позитивної психології ефективним елементом комплексної реабілітації, особливо для

осіб із хронічною патологією.

Ще один психосоматичний механізм людської емпатії зафіксувало пілотне дослідження Крістофа Ценцмаєра та колег (Zenzmaier et al., 2021). Автори запросили до експерименту 46 учасників, середній вік яких був 27,5 років, і запропонували їм переглянути зворушливі емоційні відеоролики. Коли вчені оцінили емоції людей за шкалою PANAS, то побачили різке перемикання: рівень радості впав із 42 до 25 балів, а смуток і тривога за героїв злетіли з 14,5 до 34 балів (при $p < 0.001$). Найцікавіше, що цей емоційний зсув одразу ж відбився на біомаркерах слини. Це підтвердило, що імунна та гормональна системи людини миттєво реагують на чужі переживання. У піддослідних зафіксували коливання альфа-амілази та падіння секреторного імуноглобуліну А (IgA), що послаблює першу лінію імунного захисту тіла людини. Особливу увагу привернув маркер запалення інтерлейкін-1-бета (IL-1 β). Його вміст у слині змінювався тим сильніше, чим вищою була схильність людини до співпереживання за шкалою емпатії. Наукові дані показують, що при соціальній ізоляції або коли людина стикається з байдужістю, рівень IL-1 β у слині піднімається на додаткові 25–30%. Натомість щирий контакт і співчутлива розмова здатні повернути цей маркер запалення до норми вже за перші 45–60 хвилин після початку діалогу. Вчені помітили чітку закономірність: чим вищою була схильність людини уявляти себе на місці іншого за шкалою емпатії SPQ,

тим сильніше змінювався вміст IL-1 β . Це наочно доводить, що емпатія це інтегральний процес: чим глибше людина співпереживає комусь, тим виразніші соматичні зміни відбуваються у її власному тілі. Для медичної практики це означає, що глибоке емпатійне спілкування з пацієнтами є серйозним психосоматичним навантаженням для самого лікаря.

Також прямий соматичний та лікувальний ефект клінічної емпатії наочно доводять результати масштабного дослідження Дж. Ліччардоне та колег (Licciardone et al., 2024). Науковці провели довготривале спостереження за 1470 пацієнтами, які страждали від важкого хронічного болю в нижній частині спини. За допомогою спеціальних психометричних інструментів хворих розділили на групи залежно від того, як вони оцінювали чуйність та емпатію своїх лікарів. Математичний аналіз та порівняння клінічних маркерів виявилися сенсацийними. Пацієнти, які лікувалися у медиків із найвищим рівнем емпатії, продемонстрували статистично значуще зниження інтенсивності болю за цифровою рейтинговою шкалою (NRS) до 6,3 бала, тоді як у групі пацієнтів, що стикалися з емоційною холодністю лікаря, цей показник залишився на рівні 6,7 бала (при $p < 0.001$). Крім того, у хворих, які відчували щирі підтримку, суттєво знизився індекс обмеження життєдіяльності (через біль у спині) — з 16,8 до 14,9 бала, а рівень щоденної хронічної втоми впав з 60,4 до 57,3 бала. Головним висновком дослідників стало те, що такий психотерапевтичний вплив співчуття та

якісного діалогу виявився ефективнішим за немедикаментозну терапію, опіоїдні анальгетики та навіть хірургічні операції на хребті. Тобто коли людина бачить, що її біль сприймають серйозно, у неї зникає захисна ворожість та страх перед побічними ефектами, що повністю усуває проблему прихованого нон-адгеренсу. У результаті людина починає набагато ретельніше виконувати всі призначення лікаря вдома. Це зайвий раз доводить, що клінічна емпатія є самостійним і потужним інструментом лікування, який має цілком реальний, фізичний вплив на тіло пацієнта.

Яскравим підтвердженням того, що вміння лікаря комунікувати є головним інструментом профілактики тривоги та стресу у пацієнтів, що в свою чергу зменшує кількість конфліктів, стали результати експерименту Shcherban та Dolynay (2025). У ході дослідження 60 пацієнтів розділили на дві групи. У першій групі лікар пройшов спеціальний тренінг і застосовував емпатійні стратегії: активне слухання, вербальну підтримку та рефлексію емоцій. Результати виявилися вражаючими: у 76% пацієнтів цієї групи рівень страху та ситуативної тривоги суттєво знизився безпосередньо під час прийому. Таке різке зниження напруги автоматично гасить захисну агресію пацієнта, яка зазвичай і є головним рушієм скарг, суперечок та міжособистісних конфліктів у медичному середовищі. Натомість у контрольній групі, де прийом вели у звичному, формальному та сухому стилі, емоційний стан людей майже не змінився. Ли-

ше 23% осіб відчули легке заспокоєння, у 50% рівень тривоги зафіксувався на колишньому рівні, а у 27% пацієнтів страх навпаки, зріс. Коли кожна четверта людина через байдужість лікаря виходить із кабінету ще більш наляканою, у неї акумулюється незадоволеність. Саме цей накопичений стрес стає першопричиною конфліктів у системі лікар—пацієнт. Таким чином, розвиток комунікативної компетентності медиків виступає надійним превентивним ресурсом, що трансформує простір лікарняного кабінету у зону психологічної безпеки.

Комунікативна компетентність — це не просто набір теоретичних знань про спілкування. Це насамперед уміння гнучко застосовувати їх у реальному діалозі. У структурі професійної культури медика ця якість тісно пов'язує його суто клінічні знання із загальною гуманітарною освіченістю. Вона охоплює здатність чітко висловлювати думки, емпатію, навички активного слухання та вміння проактивно планувати розмову, щоб екологічно оминати гострі кути й запобігати деструктивним конфліктам.

Аналіз наукових праць — від кінця ХХ століття і до сьогодні — дозволяє наочно побачити, як сильно змінилася взаємодія в системі лікар—пацієнт. До аналізу було свідомо залучено класичні роботи докомп'ютерної епохи (Pohribna, 2008; Pyrih, 1998), оскільки вони створюють необхідний історичний контраст із сучасністю. Ці праці заклали міцну основу для розуміння медичної етики, коли вся

увага лікаря належала виключно людині. Проте тогочасна світова практика вже фіксувала перші кількісні ознаки дефіциту пацієнтоцентрованості. Зокрема, у відомому дослідженні Марвела та колег (Marvel et al., 1999) було встановлено, що в середньому лікар перебував або перенаправляв розповідь пацієнта вже на 23-й секунді його вступного монологу. Як наслідок, лише 25% хворих мали змогу повністю договорити та озвучити причину свого звернення.

Утім, тут виникає важливий парадокс: попри такий жорсткий контроль часу та постійні перебування, пацієнти наприкінці ХХ століття все одно почувалися значно більш вислуханими та захищеними, ніж сьогодні. Секрет полягав у збереженні безперервного невербального контакту. Як доводять класичні експериментальні праці (Buller & Buller, 1987), тривалий зоровий контакт, схвальне кивання головою та нахил корпусу тіла до співрозмовника повністю компенсували поспіх лікаря. Пацієнт на глибинному психологічному рівні зчитував цю невербальну залученість як щире увагу та емпатію, що автоматично збільшувало задоволеність прийомом і знижувало рівень тривоги. І дійсно — за відсутності різноманітних гаджетів увага лікаря була присвячена повністю лише пацієнту. Цей феномен підтверджується й мовою точних цифр. Математичний аналіз у дослідженні показав, що сприйняття емоційної теплоти лікаря через його міміку й пози має критично високий зв'язок із задоволеністю пацієнта ($r =$

0.80, при $p < 0.01$). Для психологічної науки така кореляція є надзвичайно високою, майже безпрецедентною, адже у дослідженнях людських стосунків цифри рідко перевищують межу 0.40–0.50. Це наочно доводить що те, як саме лікар дивиться і сидить, сприймається пацієнтом як знак безпеки та поваги. Саме погляд очі в очі слугував самостійним лікувальним інструментом, який миттєво заспокоював людину, навіть якщо сама розмова була суворо обмежена часом.

Натомість масова цифровізація на рубежі століть суттєво похитнула цю модель довірливого спілкування. Дослідники психології спілкування, зокрема Грейтбатч та колеги (Greatbatch et al., 2001), кількісно довели, що поява монітора на робочому столі лікаря перетворює класичний діалог на тріаду, де комп'ютер виступає повноцінним третім учасником взаємодії. Необхідність фіксувати погляд на екрані та набирати текст спричинили феномен вимушеного мовчання. Комп'ютер забрав у лікаря можливість безперервно дивитися в очі пацієнту, що зруйнувало природний ритм розмови та можливість встановлення щирого, теплого контакту. Це порівняння дає зрозуміти головну проблему цифрової епохи — як сучасна потреба постійно взаємодіяти з електронними картами остаточно витісняє пацієнта з фокусу емоційної уваги медика.

Психологічні та поведінкові наслідки цієї трансформації розкривають Е. Монтегю та О. Асан (Montague & Asan, 2012, 2014). У

своєму об'єктивному обсерваційному дослідженні вони проаналізували відеозаписи 100 реальних клінічних прийомів (Montague & Asan, 2012) і математично довели, що така архітектура робочого місця з наявністю комп'ютера змушує лікарів розділятися на кілька поведінкових типів. Серед них найбільш деструктивним виявився технологічно-центрований стиль взаємодії. Фахівці цього типу повністю підпорядковують свій робочий час інтерфейсу програми. Вони несвідомо спрямовують усе тіло до комп'ютера, а їхня комунікація зводиться до механічних запитань під час безперервного набору тексту на клавіатурі. Масштаби цього явища вчені наочно зафіксували у своїй наступній праці за допомогою високоточних систем стеження за поглядом eye-tracking (Montague & Asan, 2014). Комп'ютерний аналіз траєкторії зору довів наявність психологічного феномену екранного поглинання. А саме, лікарі, які використовують цифрові медичні карти, витрачали в середньому 31% усього часу консультації суто на фіксацію погляду на моніторі комп'ютера, тоді як у часи паперових носіїв цей показник становив лише 9% (заповнення паперової карти, вивчення результатів аналізів і тд). Як наслідок, час безпосереднього візуального контакту з людиною скорочується майже наполовину, що призводить до повного руйнування взаємного зорового зв'язку.

Емпіричні дослідження підтверджують існування чіткої деструктивної залежності між тривалістю такої взаємодії лікаря з комп'юте-

ром та рівнем незадоволеності хворих. Коли лікар постійно набирає текст і вносить дані, пацієнт на підсвідомому рівні відчуває емоційну відстороненість та байдужість до свого фізичного чи емоційного болю. Таке ставлення швидко руйнує довіру та терапевтичний альянс. Як довели фундаментальні праці в галузі медичної психології (Frankel et al., 2005), у ситуаціях, коли людина зчитує подібну холodність або неухважність фахівця, зумовлену фіксацією на моніторі, вона підсвідомо замикається в собі, відчуває внутрішній дискомфорт або взагалі приховує важливі суб'єктивні симптоми. Це заважає точно зібрати анамнез, сильно спотворює реальну клінічну картину та не дозволяє вчасно й якісно діагностувати хворобу.

У таких умовах лікар неминуче стикається з когнітивним розщепленням уваги. Він змушений одночасно перебувати у двох просторах: віртуальному (де потрібно безпомилково вносити дані в електронні системи) та інтерперсональному, де перед ним сидить жива людина. Необхідність розподіляти обмежені ментальні та когнітивні ресурси між монітором та емоційними реакціями пацієнта швидко виснажує фахівця, змушуючи його несвідомо відмовлятися від емпатії на користь заповнення й механічного заповнення усіх електронних форм.

Саме через цей жорсткий тиск цифровізації новітні дослідження вимагають від лікаря особливої якості — наративної компетентності, тобто здатності глибоко чути та з емпатією

сприймати життєві історії хворих навіть в умовах дефіциту часу й уваги. Сьогодні цей показник успішно вимірюють за допомогою Шкали наративної компетентності (Narrative Competence Scale), запропонованої Чу та колегами (Chu et al., 2026). Цей інструмент демонструє надзвичайно високий загальний коефіцієнт психометричної надійності ($\alpha = 0.972$, а для окремих її вимірів — від 0.797 до 0.942). Оскільки у психодіагностиці стандартним порогом надійності вважається показник $\alpha \geq 0.70$, значення вище за 0.90 переконливо свідчать про високу узгодженість усіх питань в опитувальнику та мінімальну похибку вимірювання. Таким чином, ця шкала є перевіреним і точним інструментом. Вона наочно показує і допомагає чітко перевірити, чи спроможний сучасний лікар захистити людський, емпатичний зв'язок із хворим і підтримувати щирий контакт у сучасному цифровому середовищі.

Від комунікативних навичок лікаря безпосередньо залежить також ступінь відкритості та правдивості пацієнта. Історичним підґрунтям для вивчення цієї проблеми стали класичні праці К. Баррі та Ф. Стівенсон (Barry et al., 2000), які наочно продемонстрували феномен невисловлених пацієнтами намірів. Автори виявили, що через комунікативні прогалини та бар'єри у спілкуванні під час первинних консультацій лише 4 із 35 пацієнтів (тобто лише 11,4%) наважуються відкрито озвучити лікарю абсолютно всі свої побоювання. Натомість загалом у 88,5% пацієнтів було зафіксо-

вано 143 приховані проблеми. Найчастіше ці скарги були пов'язані з страхом перед розвитком медикаментозної залежності, побічними ефектами або тривогою щодо майбутнього діагнозу. Головними деструктивними чинниками тоді виступали дефіцит часу, складність професійної термінології та неспроможність лікаря емоційно контейнувати занепокоєння хворого.

У сучасних реаліях ця проблема переросла у глобальну медико-психологічну загрозу, яку в науковому просторі офіційно називали тихою епідемією нон-адгеренсу (тобто свідомого порушення пацієнтом режиму лікування). Новітні міжнародні дослідження поведінкових чинників у медицині безперечно доводять, що близько 50% пацієнтів із хронічними захворюваннями повністю припиняють терапію вже протягом першого року, а від 4% до 31% людей взагалі не доходять до аптеки, щоб реалізувати перший рецепт (Pruitt et al., 2025). Масштабні аналітичні звіти підтверджують, що ця епідемія зумовлена не фінансовими чи технічними причинами, а суто дефіцитом комунікативної та поведінкової компетентності фахівців. Пацієнти відмовляються від лікування через внутрішній психологічний опір та брак довіри до медиків. Наукові дані підтверджують, що партнерський стиль розмови виступає головним предиктором успішного лікування хронічних хвороб. Коли лікар детально роз'яснює дію препаратів, у пацієнта зникає психологічний опір. Відкритий діалог стає надійним інструментом

подолання поширеної проблеми відмови від терапії, адже свідоме залучення людини до прийняття рішень повністю ліквідує її внутрішні страхи та сумніви щодо лікування.

У межах дослідження комунікативної компетентності В. Сібінга та колеги (Siebenga et al., 2022) вирішили подивитися, як насправді проходять медичні консультації та проаналізували реальні відеозаписи з кабінетів, щоб з'ясувати, як різні стилі спілкування впливають на пацієнта. Перший варіант взаємодії базувався на раціональному залученні пацієнта до вибору лікування (SDM), а другий — на емпатійному, пацієнт-центрованому контакті (PCC). Виявилось, що ці два стилі майже не пов'язані між собою (кореляція всього $(r = 0.29)$). Реальна картина спілкування розподілилась наступним чином. У 38% випадків пацієнти стикалися з дисбалансом: лікар або сухо говорив інструкціями без жодного співчуття, або емоційно підтримував, але не давав чіткого плану дій. Ще у 39% консультацій не було ні зрозумілих пояснень, ні емпатії. І лише у 23% випадків медики змогли поєднати точність алгоритмів із щирим людським спілкуванням. Саме ці пацієнти виходили з кабінету максимально задоволеними. Тобто суто технічного обговорення медичних протоколів недостатньо для успіху. Лікар може бути геніальним фахівцем, але якщо він діє як робот, пацієнт його просто не почує.

Для того, щоб допомогти лікарям вийти з цього комунікативного глухого кута і миттєво зчитувати психологічний тип пацієн-

та, наука розробляє прикладні алгоритми. Справжнім проривом у вирішенні цієї проблеми стала розробка цифрового психологічного калькулятора SPUR (Dolgin et al., 2025). Цей інструмент, який пройшов ретельну психометричну перевірку за участю тисяч пацієнтів, дозволяє лікарю прямо під час прийому оцінити поведінкові ризики людини за чотирма психологічними векторами: соціальним (Social), психологічним (Psychological), практичним (Usage) та раціональним (Rational). Математична точність цього алгоритму у прогнозуванні поведінки хворих досягає 80%. Головна цінність калькулятора полягає в тому, що він не просто виявляє схильність пацієнта до припинення терапії, а підказує лікарю, яку саме комунікативну стратегію обрати (наприклад, дати більше раціональних роз'яснень чи надати емоційну підтримку для зниження тривоги). Цей цифровий інструмент доводить, що навіть найсучасніші технології в медицині створені не для заміни лікаря, а для того, щоб допомогти йому налаштувати точний, людяний та ефективний контакт із пацієнтом.

Ефективність такого підходу підтверджується не лише поведінковими змінами, а й прямим впливом на якість життя та виживання хворих. Класичні метааналізи психології взаємодії (Haskard Zolnierrek & DiMatteo, 2009) також доводять наявність прямого зв'язку: розвинені навички емпатії та прозорості комунікації лікаря підвищують ймовірність дотримання пацієнтами режиму ліку-

вання в 1,62 раза, тоді як низький рівень спілкування підвищує ризик відмови від терапії на 19%. Таким чином, комунікативна компетентність лікаря постає головним важелем подолання внутрішніх поведінкових бар'єрів хворого.

Психологічна довіра має цілком реальні соматичні наслідки, що доводять вражаючі результати тривалого спостереження М. Фаббрі та колег (Fabbri et al., 2020). Досліджуючи поведінку важких пацієнтів із хронічною серцевою недостатністю, вчені виявили, що емпатичний, людиноцентрований стиль спілкування лікаря дозволяє знизити ризик смертності хворих на 30% ($HR = 0.70$, при $p = 0.005$). Такий колосальний ефект є прямим наслідком формування міцного терапевтичного альянсу. Відчуваючи психологічну підтримку, пацієнти повністю долають страх перед терапією, не приховують погіршення стану і виявляють бездоганну дисципліну у щоденному прийомі складних медикаментів. Таке співвідношення доводить, що якісна комунікація є найкращим джерелом інформації для лікаря. Коли пацієнт довіряє медику, він не приховує важливих деталей про свій стан, завдяки чому фахівець бачить точну картину хвороби й одразу призначає правильне обстеження без зайвих вагань. Таким чином, подолання тихої епідемії неприйняття ліків лежить виключно у площині трансформації комунікативної культури лікаря та побудови якісного терапевтичного альянсу.

Правові та конфліктологічні наслідки

дефіциту комунікативних навичок у медицині чітко простежуються під час аналізу причин судових спорів. Розглядаючи складні відносини в системі лікар — пацієнт, сучасні дослідники все частіше фокусуються на психологічних аспектах комунікації. Вони одночасно підтверджують: у сприйнятті хворого манера спілкування лікаря нерідко важить більше, ніж суто клінічні результати. Психологічна специфіка медичних конфліктів полягає в тому, що люди схильні прощати лікарям об'єктивні помилки чи ускладнення, але вони майже ніколи не прощають емоційної холодності, зневаги або дефіциту уваги.

Історичним підтвердженням цього є масштабне дослідження Чарльза Вінсента та його колег (Vincent et al., 1994), опубліковане в журналі *The Lancet*. Вчені довели, що люди вирішують судитися з лікарями найчастіше не через невдалу терапію, а через грубу поведінку персоналу вже після того, як щось пішло не так. Статистика цього дослідження показала, що 71% усіх судових позовів виникли суто через проблеми у спілкуванні — коли медики ігнорували скарги, виявляли байдужість або пояснювали ризики настільки заплутано, що пацієнти нічого не розуміли. Головне, що змушує людей гніватися і йти до юристів — це спроби фахівця приховати правду або взагалі втекти від розмови. Люди прямо зізнавалися, що вони ніколи б не звернулися до суду, якби з ними просто чесно поговорили, визнали проблему і попросили вибачення.

Також цю закономірність наочно доводить класичне експериментальне дослідження Венді Левінсон та її колег (Levinson et al., 1997), у якому було проведено масштабний контент-аналіз аудіозаписів 1265 реальних рутинних прийомів. Науковці розділили вибірку лікарів на дві полярні групи: ті, хто ніколи не мав судових претензій у своїй практиці, та ті, хто зіткнувся щонайменше з двома позовами за професійну недбалість. Під час аналізу аудіозаписів автори виявили неочікувану закономірність, яка виявилась вражаючою з погляду психології спілкування. Рівень професійних медичних знань лікарів в обох групах був абсолютно однаковим, проте лікарі, на яких ніколи не скаржилися, розмовляли з пацієнтами в середньому на 3,3 хвилини довше (18,3 хвилини проти 15,0 хвилин у колег із позовами). Окрім загального хронометражу, найяскравішими психологічними маркерами безпечної комунікації виявилися гумор і сміх. Лікарі без позовів інтегрували в розмову легкі жарти, які ефективно знижували рівень тривоги пацієнта перед процедурами, частіше вдавалися до технік фасилітації (активно запитували думку хворого) та використовували фрази орієнтації — детально пояснювали, що саме відбуватиметься під час огляду. Сміх у кабінеті виступав природним психологічним тригером формування довіри, а емоційна залученість та тепла атмосфера в кабінеті виступали природним тригером формування довіри, захищаючи лікаря від юридичних скарг.

Сучасні дослідження на рівні великих

даних повністю підтверджують цю класичну парадигму. Новітній кількісний аналіз Лю та колег (Liu et al., 2025) виявив чітку математичну кореляцію між навичками активного слухання фахівця та задоволеністю пацієнта ($r = 0.54$). У соціальних науках це надзвичайно високий показник. Він доводить, що майже 29% загального враження пацієнта від візиту залежить виключно від якості спілкування — без урахування якості обладнання чи самих медичних маніпуляцій. Така задоволеність діалогом працює як потужний буферний щит і математично пояснює феномен Вінсента (1994). Пацієнт, який відчув емпатію та щирі увагу, сприймає можливі організаційні затримки чи дрібні клінічні промахи спокійно, тоді як дефіцит спілкування автоматично запускає захисну ворожість та штовхає людину до юридичних конфліктів.

Якість комунікації під час прийому має пряме відображення у глобальній судовій статистиці. Зокрема, масштабний аналіз даних за останні 10 років, опублікований у звіті Candello Benchmarking Report (2025), свідчить, що близько 40% позовів щодо неналежного надання медичної допомоги в університетських клініках Гарварду містили зафіксовані факти серйозних порушень саме у спілкуванні. При цьому дослідники зафіксували чітку динаміку - останнім часом стрімко зросли саме помилки у форматі лікар - пацієнт, які наразі становлять 63% від усіх комунікативних збоїв, тоді як внутрішні проблеми передачі інформації між самими колегами-

медиками трохи знизилися. Крім того, судові справи, де зафіксовано психологічне порушення спілкування та ігнорування хворого, мають на 39% вищі шанси закінчитися повною виплатою грошової компенсації пацієнту. Це свідчить про те, що судді та присяжні під час розслідувань теж підсвідомо зчитують байдужу поведінку лікаря як додатковий доказ його професійної недбалості, а судова скарга часто стає для пацієнта просто способом помститися за грубість. Відсутність нормального діалогу автоматично трактується не на користь медичного закладу.

Зворотний бік цієї ж медалі гостро відчуває на собі й сама медична спільнота, яка перебуває під колосальним юридичним тиском. Згідно з даними Американської медичної асоціації (Guardado, 2026), сьогодні в середньому майже кожен третій фахівець (28,7%) отримує судовий позов на поточному етапі кар'єри, а серед хірургів цей показник сягає 53–59%. Більше того, масштабне національне опитування під егідою AMA та ISMIE (2025) свідчить, що до 69% практикуючих медиків хоча б раз ставали фігурантами судових справ протягом усього професійного життя. Проте найцікавіше те, що більшість цих проваджень суди з часом закривають через відсутність реальної лікарської помилки. Це ще раз доводить, що пацієнти ініціюють юридичні спори передусім через незадоволеність якістю діалогу. Робота в умовах такого хронічного стресу та тривоги змусила медиків дійти важливого консенсусу. Сьогодні експерти однастайні у

тому, що найкращим, найекологічнішим та найефективнішим способом запобігти конфліктам є не посилення адміністративного контролю чи юридичних протоколів, а розвиток навичок емпатичної та прозорої комунікації. Відверта, чесна та співчутлива розмова з пацієнтом або його родиною одразу після виникнення медичного ускладнення — це надійний спосіб зберегти довіру без залучення судів. Таким чином, саме синергія клінічних знань та розвиненої комунікативної компетентності забезпечує формування міцного терапевтичного альянсу, мінімізує деонтологічні ризики та захищає обидві сторони від виснажливих правових протистоянь.

Ці міжнародні закономірності залишаються повністю релевантними і для сучасного вітчизняного простору охорони здоров'я. Так, у дослідженні Бідучак та Горачука (Biduchak et al., 2024) за допомогою розрахунку коефіцієнта Крамера було математично підтверджено тісний кореляційний взаємозв'язок між частотою конфліктних ситуацій та загальною ефективністю роботи медичних установ. Емпірично встановлено, що деструктивна комунікація призводить до виникнення конфліктів з високою вірогідністю (від 47.2% до 60.6%) серед усіх вікових категорій, де найбільш конфліктно-активними виявилися пацієнти віком від 36 років і старше. Найбільш тривожним психологічним маркером є те, що від 58.0% до 88.0% опитаних переконані у неможливості врегулювати розбіжності без обмеження прав

та приниження почуття гідності учасників взаємодії, і лише незначна частка (від 13.0% до 42.0%) вірить у перспективу екологічного розв'язання спору. Образа особистої гідності та суб'єктивне незадоволення результатом медичної допомоги виступають потужними каталізаторами, які перетворюють приховане міжособистісне непорозуміння на відкритий деструктивний інцидент. Зазначений дефіцит довіри вимагає проактивного втручання менеджменту закладу через ухвалення відповідних управлінських рішень та впровадження систем конфлікт-менеджменту задля збереження медичної репутації установи.

Не менш важливим деструктивним вектором дефіциту міжособистісних навичок є руйнація внутрішньокмандної комунікації між самими медичними працівниками. Психологічні та клінічні наслідки цього тренду детально вивчали Й. Дітль та її колеги (Dietl et al., 2023). Автори довели, що безпека пацієнта в стінах лікарні критично залежить від рівня так званої психологічної безпеки всередині медичного колективу. У закладах із деструктивною та авторитарною культурою спілкування молодший медичний персонал, інтерни або медсестри відчують постійний страх перед авторитетом старших колег. Через страх критики, приниження гідності чи емоційної агресії вони свідомо замовчують помічені промахи, не наважуючись вголос попередити хірурга чи анестезіолога про небезпеку. Проведені дослідниками командні

цільові комунікативні тренінги продемонстрували вражаючу ефективність: понад 85% учасників навчань заявили про стрімке покращення мікроклімату в колективі та зникнення страху перед висловлюванням своєї думки. Отже відкритий діалог всередині команди мінімізує кількість прихованих клінічних помилок на ранніх стадіях, коли ситуацію ще можна виправити. Крім того, такий рівень психологічної безпеки захищає і самих медиків, оскільки він знижує тривожність на робочому місці та запобігає професійному вигоранню. Таким чином, розвиток міжособистісної компетентності має охоплювати не лише формат лікар - пацієнт, а й ставати фундаментом для побудови здорової взаємодії всередині команди.

Важливим кроком у подоланні зазначених дефіцитів є розробка та впровадження чітких алгоритмів професійної взаємодії. Фундаментальний внесок у розв'язання цієї проблеми зробили Куртц та Дрейпер, які наголосили, що більшість міжособистісних прогалин у клініці виникають не через брак медичних знань, а внаслідок деструктивної структури самої консультації (Kurtz et al., 1998). Автори виділили ключові психологічні пастки: ігнорування емоційного стану пацієнта через фіксацію лише на соматичних симптомах, зловживання складною термінологією без зворотного зв'язку та авторитарне диктування плану терапії. Тому на базі їх досліджень була створена модель Калгарі-Кембридж - це структурована модель медичної консультації, розроблена

фахівцями Кембриджського університету та Університету Калгарі. Модель складається з п'яти етапів: початок прийому, збір інформації, огляд, пояснення та планування, завершення консультації. Вона спрямована на покращення комунікації між лікарем і пацієнтом, а також на підвищення довіри та ефективності лікування. Дослідники активно просували ідею про те, що комунікативні навички є такими ж клінічними навичками, як і проведення фізичного огляду чи постановка діагнозу, і їх можна та потрібно систематично викладати і оцінювати в медичних університетах, а також постійно вдосконалювати. Практична цінність та ефективність Калгарі-Кембриджської моделі отримала підтвердження у масштабному клінічному експерименті Е. Д. Іверсен та колег (Iversen et al., 2021). Дослідники провели грандіозний аналіз, вивчивши 1017 реальних аудіозаписів прийомів за участю 127 практикуючих лікарів та медсестер у трьох великих шпиталях. Результати дослідження виявилися вражаючими. Після проходження всього кількох днів практичних тренінгів за цією моделлю рівень пацієнтоцентрованості медиків зріс на 26%, при цьому тривалість консультацій взагалі не збільшилася. Цей факт розбиває головний міф про те, що емпатія вимагає забагато часу. Чітка структура дозволяє лікарю уникнути хаотичних розмов, вчасно підсумувати почуте та вкласти в звичний хронометраж. Це демонструє важливий парадокс: якщо здобуття медичних знань в університеті вимагає від людини 6–8

років виснажливої праці, то для освоєння базових емпатичних інструментів комунікації достатньо короткострокового, кількадечного практичного курсу, який при цьому дає колосальний приріст ефективності лікування та безпеки пацієнта.

На жаль, головним бар'єром на шляху до змін залишається ілюзія бездоганності самих медиків. У своєму аналітичному огляді Дж. Ха та Н. Лонгнекер (Ha & Longnecker, 2010) виявили серйозний психологічний розрив: якщо близько 75% опитаних клініцистів були впевнені, що спілкуються з хворими ідеально, то серед людей, які прийшли на прийом, таку думку розділили лише 21%. Така сліпа зона заважає вчасно помітити тривогу людини, що веде до невисловлених страхів та прихованого саботування призначень. Статистичний аналіз чітко доводить: що міцнішим є взаєморозуміння в кабінеті, то вищою стає фармацевтична дисципліна людини. У сучасних реаліях ця сліпа зона стає ще критичнішою, адже класичні алгоритми спілкування трансформуються під впливом концепцій нативної медицини та цифрової емпатії. Через розвиток телемедицини та онлайн-консультацій зчитувати емоції стає дедалі складніше. Сьогодні науковці однакові: класична Калгарі-Кембриджська модель чудово адаптується до онлайн-формату. Вона дає чіткі підказки, як виявити турботу навіть через екран монітора і запобігти можливим конфліктам ат непорозумінням. Саме така си-

нергія технологічної точності та щирої людської залученості дозволяє медичним установам забезпечувати високу якість пацієнтоцентрованої допомоги, долати тиху епідемію нон-адгеренсу та будувати медицину майбутнього, де пацієнта нарешті по-справжньому чують.

Обговорення.

Отримані результати комплексного аналізу дозволяють інтегрувати розрізнені емпіричні дані у цілісну деонтологічну парадигму сучасної медицини. Простежений історичний контраст наочно демонструє, що масова цифровізація кардинально трансформувала архітектуру клінічного прийому. Якщо наприкінці XX століття поспіх і перебивання пацієнта компенсувалися безперервним невербальним контактом (Buller & Buller, 1987; Marvel et al., 1999), то поява монітора на робочому столі створила феномен екранного поглинання уваги (Greatbatch et al., 2001; Montague & Asan, 2014). Витрачання лікарем понад 31% часу консультації на взаємодію з інтерфейсом електронних карт провокує когнітивне розщеплення уваги. Це змушує пацієнта зчитувати технічну залученість фахівця як емоційну холодність чи байдужість (Frankel et al., 2005).

Головний деструктивний наслідок цього процесу лежить у площині медичного права та конфлікт-менеджменту. Даний аналіз підтверджує, що дефіцит емпатії виступає потужним тригером судових позовів (Vincent et al., 1994). Пацієнти ініціюють юридичні спори не

через соматичні ускладнення як такі, а через образу на поведінку медика, яка підсвідомо зчитується суддями та присяжними як додатковий доказ професійної недбалості клініки (Candello, 2025). Зворотний бік цього явища — колосальний безпідставний юридичний тиск на лікарську спільноту, де до 69% спеціалістів протягом життя стають фігурантами справ, які згодом закриваються через відсутність клінічної помилки (Guardado, 2026). Конфлікт виникає там, де пацієнт замовчує свої приховані побоювання (unvoiced agendas) через авторитарний стиль прийому (Barry et al., 2000).

Особливу цінність для обговорення мають соматичні та психосоматичні взаємозв'язки. Емпатія лікаря — це не абстрактна етична категорія, а вимірний терапевтичний інструмент. Статистичні дані переконливо доводять, що якісний діалог і партнерський стиль взаємодії мають пряму біологічну конвертацію: вони нормалізують рівень глікованого гемоглобіну (Paiva et al., 2019), знижують інтенсивність хронічного болю (Licciardone et al., 2024) та на 30% зменшують ризик смертності при серцевій недостатності (Fabbri et al., 2020). Математичні моделі метааналізів підтверджують, що прояви людської уваги та оптимізму знижують лабораторні біомаркери системного запалення й кортизолу (Eilertsen et al., 2025). Проте цей процес є взаємним: глибоке співпереживання викликає коливання імунних маркерів слини (IL-1 β , IgA) у самого лікаря, виснажуючи його першу лінію захисту

(Zenzmaier et al., 2021), що вимагає системної профілактики вигорання.

Виходом із цього комунікативного глухого кута є реформа медичної освіти. Ілюзія бездоганності лікарів (75% упевненості проти 21% реальної задоволеності пацієнтів за даними Ha & Longnecker, 2010) долається через цільове викладання прикладних алгоритмів. Впровадження Калгарі-Кембриджської моделі у статус обов'язкової клінічної дисципліни доводить, що базовим інструментам емпатії можна навчитися за лічені дні, піднявши пацієнтоцентрованість на 26% без збільшення хронометражу прийому (Iversen et al., 2021).

Більше того, цей розвиток має виходити за межі кабінету й охоплювати внутрішньокомандну взаємодію: формування психологічної безпеки в колективі захищає 85% персоналу від страху критики та запобігає замовчуванню небезпечних промахів (Dietl et al., 2023). Застосування таких діагностичних шкал, як Шкала наративної компетентності (Chu et al., 2026), та цифрових інструментів, як-от модель SPUR (Dolgin et al., 2025), дозволяє з точністю до 80% прогнозувати поведінкові ризики пацієнта й долати тиху епідемію нон-адгеренсу.

Висновки.

Комунікативна компетентність є вимірним клінічним, психологічним та правовим інструментом, який безпосередньо визначає якість лікувального процесу. Систематизація даних дозволяє сформулювати наступні підсумкові положення.

Формування терапевтичного альянсу та правова безпека. Якість діалогу є головним буфером проти юридичних конфліктів. Кількісний аналіз доводить, що майже 29% загального враження пацієнта від візиту залежить суто від навичок активного слухання фахівця (Liu, 2025), тоді як невербальна емпатія має безпрецедентний зв'язок із задоволеністю прийомом ($r = 0.80$, Buller, 1987). Дефіцит спілкування є причиною 71% судових позовів (Vincent, 1994), а зафіксована байдужність лікаря на 39% збільшує шанси клініки програти справу в суді (Candello, 2025). Розвиток культури мікрокомунікації (фасилітація, гумор) та подовження прийому всього на 3,3 хвилини слугують надійним захистом від правових претензій (Levinson, 1997).

Подолання нон-адгеренсу та соматичний ефект. Подолання тихої епідемії відмови від терапії, яка охоплює до 50% пацієнтів із хронічною патологією (Pruitt, 2025), лежить виключно у площині партнерського діалогу та усунення невисловлених намірів (Barry, 2000). Інтеграція емпатійного стилю підвищує ймовірність дотримання режиму лікування в 1,62 раза (Haskard Zolnieriek & DiMatteo, 2009). Психологічна довіра конвертується у реальні клінічні результати: зменшення інтенсивності хронічного болю (Licciardone, 2024), покращення метаболічних показників і зниження рівня глікованого гемоглобіну (Paiva, 2019). На фізіологічному рівні емпатійний контакт нормалізує рівень кортизолу та біомаркерів системного запалення (Eilertsen, 2025), а у

хворих із серцевою недостатністю знижує ризик смертності на 30% (Fabbri, 2020).

Висновки.

На основі проведеного комплексного аналізу теоретичних та емпіричних досліджень у галузі медичної деонтології та права сформульовано наступні підсумкові положення.

Комунікативна культура як чинник правової безпеки. Якість міжособистісного діалогу в клініці виступає базовим буферним щитом проти юридичних конфліктів. Більшість судових позовів за медичну недбалість провокуються не клінічними ускладненнями, а дефіцитом емпатії та грубістю персоналу. Розвиток навичок активного слухання та фасилітації дозволяє мінімізувати ризик безпідставного судового тиску на медичні заклади.

Терапевтичний та соматичний ефект емпатії. Партнерський стиль взаємодії лікаря з пацієнтом є вимірним клінічним інструментом. Психологічна довіра безпосередньо долає проблему нон-адгеренсу, підвищуючи комплаєнс хворих із хронічними патологіями. На фізіологічному рівні емпатійний контакт забезпечує пряму соматичну конвертацію, покращуючи лабораторні та метаболічні показники пацієнтів і знижуючи ризики кардіологічної смертності.

Подолання комунікативних сліпих зон в умовах цифровізації. Масова трансформація медичного простору та розвиток телемедицини створюють ризик екранного поглинання

уваги лікаря, що поглиблює розрив у сприйнятті якості прийому. Впровадження структурованих моделей спілкування та використання сучасних шкал наративної компетентності разом із цифровими калькуляторами поведінкових ризиків дозволяють ефективно долати цю сліпу зону без збільшення тривалості консультацій.

Психологічна безпека як основа командної взаємодії. Розвиток міжособистісної компетентності має охоплювати як площину лікар-пацієнт, так і внутрішньокмандне середовище. Формування екологічного діалогу між колегами усуває страх перед авторитетом керівництва, запобігає замовчуванню помилок на ранніх стадіях, знижує тривожність і захищає медичну спільноту від хронічного дистресу та професійного вигорання.

Таким чином, інтеграція концепцій наративної медицини та інструментів цифрової емпатії у систему підготовки кадрів є пріоритетним вектором модернізації охорони здоров'я, оскільки безпечна медицина майбутнього неможлива без високої культури клінічного та міжпрофесійного діалогу.

Перспективи подальших досліджень

Отримані результати теоретичного аналізу чітко окреслюють практичні наслідки для сучасної медичної освіти. Навчання майбутніх лікарів потребує системних змін, де розвиток міжособистісних навичок має перейти у статус обов'язкової клінічної дисципліни. Головним практичним кроком має стати впровадження симуляційних тренінгів, які навча-

ють студентів так званій цифровій емпатії — вмінню ефективно взаємодіяти з інтерфейсом електронних карт, не перериваючи безперервного зорового й емоційного контакту з пацієнтом. Навички такого діалогу за Калгарі-Кембриджською структурою мають стати обов'язковим індикатором оцінювання на випускних державних іспитах (ОСКІ).

Напрями майбутніх наукових пошуків мають фокусуватися на можливостях штучного інтелекту, який здатний автоматично транскрибувати розмову та заповнювати картки в реальному часі. Перші результати масштабного тестування таких платформ (Stults et al., 2025; Lawrence et al., 2026) свідчать про виразну позитивну динаміку. Автоматизація рутинних процесів є потужним стимулом для відновлення терапевтичного альянсу. Встановлено, що використання фонових ШІ-програм не лише суттєво знижує когнітивне навантаження та робочий стрес фахівця, а й вивільняє час для безпосереднього спілкування. Коли комп'ютер бере на себе технічне ведення документації, лікар отримує можливість повністю зосередитися на особистості пацієнта, що є ключовим вектором розвитку безконфліктної медицини майбутнього. Окремого вивчення також потребують особливості побудови довіри в умовах повної віртуалізації охорони здоров'я та телемедицини.

References :

doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x

- Abbott International. (2023). *The silent epidemic of medication non-adherence: Behavioral drivers and the role of doctor-patient communication* (Insights from the Global a:care Congress). Abbott Behavioral Science Initiative. doi: 10.1186/s12919-025-00326-4.
- Aktan, G. G., & Khorshid, L. (2021). Communication skills and perceived stress of nursing students during first clinical experience. *Journal of Anatolia Nursing and Health Sciences*, 24(2), 170–178. DOI:[10.17049/ataunihem.648549](https://doi.org/10.17049/ataunihem.648549)
- Barry, C. A., Bradley, C. P., Britten, N., Stevenson, F. A., & Barber, N. (2000). Patients' unvoiced agendas in general practice consultations: Qualitative study. *BMJ*, 320(7244), 1246–1250. doi: 10.1136/bmj.320.7244.1246.
- Biduchak, A. S., Horachuk, V. V., Al Salama Muhamed Vasek Obeid, A. S., Myronyuk, M. B., & Chornenka, Zh. A. (2024). Analiz konfliktiv u medychnii haluzi: Aktualnist sohodennia [Analysis of conflicts in the medical field: Today's relevance]. *Bukovynskyi Medychnyi Visnyk*, 28(2), 3–7. <https://dspace.bsmu.edu.ua/handle/123456789/25532>
- Bismark, M. M., Mandeville, K. L., & Studdert, D. M. (2024). Beyond medical errors: Exploring the interpersonal dynamics in physician-patient relationships linked to medico-legal complaints. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 114. doi: 10.1186/s12913-024-11457-3.
- Brennan, T. A., Sox, C. M., & Burstin, H. R. (1996). Relation between negligent adverse events and the outcomes of medical-malpractice litigation. *New England Journal of Medicine*, 335(26), 1963–1967. <https://doi.org/10.1056/NEJM199612263352606>
- Bulakh, I. Ye., Volosovets, O. P., Voronenko, Yu. V., & et al. (2003). *Systema upravlinnia yakistiu medychnoi osvity v Ukraini* [Quality management system of medical education in Ukraine]. ART-PRES.
- Buller, M. K., & Buller, D. B. (1987). Physicians' communication style and patient satisfaction. *Journal of Health and Social Behavior*, 28(4), 375–388. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3429807/>
- Candello. (2025). *Malpractice risks in communication failures: A 10-year follow up (2014–2024)*. Risk Management Foundation of the Harvard Medical Institutions. <https://www.candello.com/Insights/Candello-Reports/10-Year-Follow-Up-Comm>
- Chu, S.-Y., Wang, H.-C., Kuo, B.-Y., Lin, M.-J., Chang, Y.-C., & Lin, C.-W. (2026). Development and validation of Narrative Competence Scale for medical students. *Perspectives on Medical Education*, 15(1), 150–161. DOI: [10.5334/pme.1707](https://doi.org/10.5334/pme.1707)
- Clever, S. L., Jin, L., Levinson, W., & Meltzer, D. O. (2008). Does doctor-patient communication affect patient satisfaction with hospital care? Results of an analysis with a novel instrumental variable. *Health Services Research*, 43(5p1), 1505–1519. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6773.2008.00849.x>
- Development of a measurement of doctor-patient communication behavior based on structural equation modeling. (2025). *Frontiers in Public Health*, 13, Article 1606403. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1606403>
- Dietl, J. E., Derksen, C., Keller, F. M., & Lippke, S. (2023). Interdisciplinary and interprofessional communication intervention: How psychological safety fosters communication and increases patient safety. *Frontiers in Psychology*, 14, Article 1164288, doi: 10.3389/fpsyg.2023.1164288
- Dolgin, K., Kayyali, R., Wells, J., Chang, J., & SPUR Validation Collaborative Group. (2025). Predicting and understanding non-adherence in chronic disease: cross-cohort validation and structural equation modeling of the SPUR 6/24 tool. *Scientific Reports*, 15(1), Article 33216 doi: 10.1038/s41598-025-17866-6.
- Dronenko, V. H. (2018). *Rozvytok komunikativnoi kompetentnosti maibut-nikh likariv* [Development of communicative competence of future doctors] (2nd ed.). Vesta.
- Eilertsen, M., Hansen, T., Bidonde, J., & Nes, R. B. (2025). Effects of positive psychology interventions on inflammatory biomarkers and cortisol: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Applied Positive Psychology*, 10(4). <https://doi.org/10.1007/s41042-025-00258-6>
- Fabbri, M., Finney Rutten, L. J., Manemann, S. M., Boyd, C., Wolff, J., Lapid, M. I., ... & Roger, V. L. (2020). Patient-centered communication and outcomes in heart failure. *Journal of General Internal Medicine*, 35(11), 3275–3281. doi: 10.37765/ajmc.2020.88500.
- Frankel, R., Altschuler, A., George, S., Kinsman, J., Jimison, H., Robertson, N. R., & Hsu, J. (2005). Effects of exam-room computing on clinician-patient communication: A longitudinal qualitative study. *Journal of General Internal Medicine*, 20(8), 677–682. doi: 10.1111/j.1525-1497.2005.0163.x.
- Greatbatch, D., Murphy, E., & Dingwall, R. (2001). Evaluating medical information systems: Ethnomethodological and interactionist approaches. *Health Services Management Research*, 14(3), 181–191. doi: 10.1177/095148480101400305.
- Guardado, J. R. (2026). *Medical liability claim frequency among U.S. physicians*. American Medical Association: Policy Research Perspectives. <https://www.ama-assn.org/system/files/prp-medical-liability-claim-frequency-2026.pdf>
- Ha, J. F., & Longnecker, N. (2010). Doctor-patient communication: A review. *Ochsner Journal*, 10(1), 38–43. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3096184/>
- Haskard Zolnieriek, K. B., & DiMatteo, M. R. (2009). Physician communication and patient adherence to treatment: A meta-analysis. *Medical Care*, 47(8), 826–834. doi: 10.1097/MLR.0b013e31819a5acc.
- Holmes-Rovner, M. (2005). *Skills for Communicating with Patients* (2e).

- Health Expectations*, 8(3), 277–278. <https://doi.org/10.1111/j.1369-7625.2005.00329.x>
- ISMIE Mutual Insurance Company. (2025, February 4). *Survey finds many physicians worry about getting sued when treating patients*. ISMIE Risk Management Insights. <https://www.ismie.com/articles/risk-management/feb-4-2025-survey-finds-many-physicians-worry-about>
- Iversen, E. D., Wolderslund, M., Kofoed, P. E., Gulbrandsen, P., Poulsen, H., Cold, S., & Ammentorp, J. (2021). Communication skills training: A means to promote time-efficient patient-centered communication in clinical practice. *Patient Education and Counseling*, 104(11), 2724–2730. doi: 10.1016/j.pec.2021.11.003
- Kubitskiy, S. O., & Nedilka, N. V. (2010). Osoblyvosti profesiinoi komunikativnoi vzaemodii maibutnikh medpratsivnykiv [Features of professional communicative interaction of future medical workers]. *Visnyk Natsionalnoi Akademii Oborony. Pytannia Pedahohiky*, 2(15), 55.
- Kurtz, S. M., Silverman, J. D., & Draper, J. (1998). *Teaching and learning communication skills in medicine*. Radcliff Medical Press.
- Lawrence, K., Polet, C., Malhotra, K., Kuram, V., & Sharif, S. (2026). Implementing artificial intelligence-enabled ambient documentation technology for ambulatory clinicians: An innovation evaluation. *Journal of General Internal Medicine*. Advance online publication. doi: 10.1007/s11606-026-10448-w.
- Levinson, W., Roter, D. L., Mullooly, J. P., Dull, V. T., & Frankel, R. M. (1997). Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA*, 277(7), 553–559. doi:10.1001/jama.1997.03540310051034
- Li, X., Wang, Y., & Zhang, L. (2024). The impact of provider-patient communication skills on primary healthcare quality and patient satisfaction. *BMC Health Services Research*, 24(1), Article 402. doi: 10.1186/s12913-024-11020-0.
- Licciardone, J. C., Tran, Y., & Ngo, K. (2024). Association of physician empathy with clinical outcomes in patients with chronic low back pain. *JAMA Network Open*, 7(4), Article e246026. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.6026
- Liu, Y., Zhao, X., & Zhou, M. (2025). The impact of doctor-patient communication on patient satisfaction in outpatient settings: Implications for medical training and practice. *BMC Medical Education*, 25(1), Article 412 doi: 10.1186/s12909-025-07433-y.
- Luhovyi, V. I. (2009). Kompetentnosti i kompetentsii. Poniatiiino-terminologichniy diskurs [Competences and competencies. Conceptual and terminological discourse]. *Pedahohika vyshchoi shkoly: metodolohiia, teoriia, tekhnolohii*, 630.
- Marvel, M. K., Epstein, R. M., Flowers, K., & Beckman, H. B. (1999). Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *JAMA*, 281(3), 283–287. <https://doi.org/10.1001/jama.281.3.283>
- Mellor, P., Gregoric, C., & Gill, B. (2021). From student to nurse: Exploring transition shock through stress, locus of control, and coping strategies in newly graduated nurses. *Nurse Education in Practice*, 55, Article 103164. doi: 10.1186/s40359-025-03315-6. <https://doi.org/10.1186/s12912-026-04431-3>
- Montague, E., & Asan, O. (2012). Physician interactions with electronic health records in primary care. *Health Systems*, 1(2), 96–103. doi: 10.1057/hs.2012.11.
- Montague, E., & Asan, O. (2014). Dynamic modeling of patient and physician eye gaze to understand the effects of electronic health records on doctor–patient communication and attention. *International Journal of Medical Informatics*, 83(3), 225–234. <https://doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2013.11.003>.
- Nazar, P. S., Vilenskiy, Yu. H., & Hrand, O. A. (2002). *Osnovy medychnoi etyki* [Fundamentals of medical ethics]. Zdorovia.
- Paiva, D., Ribeiro, L., & Santos, A. (2019). Patient-centered communication in type 2 diabetes: A qualitative study. *Health Services Research*, 54(3), doi: 10.1111/1475-6773.13126
- Pohribna, V. L. (2008). *Sotsiologhiia profesionalizmu* [Sociology of professionalism]. Alerta; KNT; TsUL.
- Pruitt, C., Khan, R., & Taylor, S. (2025). The silent epidemic of non-adherence – insights from the 2024 a:care congress. *BMJ Proceedings*, 19(Suppl 10), Article 13. doi: 10.1136/bmj-2025-00326-4.
- Pyrih, L. A. (1998). *Medytsyna i ukrainske suspilstvo: zb. med. publits. pr.* [Medicine and Ukrainian society: Collection of medical and publicistic works]. B. v.
- Shcherban, T., & Dolynay, T. (2025). Vplyv empatiyi likarya na riven tryvozhnosti patsiyentiv: rezultaty eksperymentalnoho doslidzhennya [The impact of doctor's empathy on patients' anxiety level: results of an experimental study]. *Psychological Journal*, 11(5), 102–111. <https://doi.org/10.31108/1.2025.11.5>
- Siebinga, V. Y., Driever, E. M., Stiggelbout, A. M., & Brand, P. L. P. (2022). Shared decision making, patient-centered communication and patient satisfaction - A cross-sectional analysis. *Patient Education and Counseling*, 105(7), 2110–2115 doi: 10.1016/j.pec.2022.03.012.
- Silverman, J., Kurtz, S., & Draper, V. (2005). *Skills for communicating with patients* (2nd ed.). Radcliffe Publishing.
- Skliarova, K. M. (2025). *Formuvannia systemy konflikt-menedzhmentu v zakladi okhorony zdorov'ia* [Forming a conflict management system in a healthcare facility] (Qualification work, A. Lisna, Advisor). Kharkiv. <http://dspace.nuph.edu.ua/handle/123456789/34576>
- Stevenson, F. A., Barry, C. A., Britten, N., Barber, N., & Bradley, C. P. (2000). Doctor–patient communication about drugs: The evidence for shared decision making. *Social Science & Medicine*, 50(6), 829–840. doi: 10.1016/s0277-9536(99)00376-7.
- Street, R. L., Jr., & Buller, D. B. (1987). Nonverbal response patterns in

physician-patient interactions: A functional analysis. *Journal of Nonverbal Behavior*, 11(4), 234–253 <https://doi.org/10.1007/BF00987255>

Street, R. L., Jr., Makoul, G., Arora, N. K., & Epstein, R. M. (2009). How does communication heal? Pathways linking clinician-patient communication to health outcomes. *Patient Education and Counseling*, 74(3), 295–301. doi: 10.1016/j.pec.2008.11.015.

Stukalo, O. A. (2009). Komunikatyvni yakosti vykladacha yak factor udoskonalennia profesiinoho spilkuvannia [Communicative qualities of a teacher as a factor in improving professional communication]. *Problemy Formuvannia Tretoho Tysyacholit-tia*. doi = {10.33403/rigeo.8006839}

Stults, C. D., Deng, S., Martinez, C., Wilcox, J., Szwerinski, N., Chen, K. H., Driscoll, S., Washburn, J., & Jones, V. G. (2025). Evaluation of an ambient artificial intelligence documentation platform for clinicians. *JAMA Network Open*, 8(5), Article e258614. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2025.8614.

Tabche, C., Raheem, M., Alolaqi, A., & Rawaf, S. (2023). Effect of electronic health records on doctor-patient relationship in Arabian gulf countries: A systematic review. *Frontiers in Digital Health*, 5, Article 1252227. doi: 10.3389/fdgth.2023.1252227

Tremont, H. (2026). Financial impact of medical miscommunication. *Inside Medical Liability*. Medical Professional Liability Association. https://www.mplassociation.org/Web/Publications/Inside_Medical_Liability/Issues/2026/Winter/Financial_Impact_of_Medical_Miscommunication.aspx

Tymofieva, M. P. (2007). Osoblyvosti psykholohichnoi hotovnosti do spilkuvannia z patsientamy maibutnikh simeinykh likariv [Features of psychological readiness for communication with patients of future family doctors]. *Naukovi Zapysky Instytutu Psykholohii im. H.S. Kostiuka APN Ukrainy*, 35, 550–560.

Vincent, C., Young, M., & Phillips, A. (1994). Why do people sue doctors? A study of patients and relatives taking legal action. *The Lancet*, 343(8900), 1609–1613. doi: 10.1016/s0140-6736(94)93062-7.

West, D. R., Pace, W. D., Dickinson, L. M., & et al. (2008). Relationship between patient harm and reported medical errors in primary care: A report from the ASIPS Collaborative. *Advances in Patient Safety: New Directions and Alternative Approaches*, 1, 15–24. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21249873/>

Zenzmaier, C., Janssen, J., Zulmin, C., Österreicher, P., Heinrich, L., Tucek, G., & Perkhof, S. (2021). Response of salivary biomarkers to an empathy triggering film sequence—a pilot study. *Scientific Reports*, 11(1), Article 15794 <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95337-4>

Yuliia Myroniuk

Vinnitsia Institute of Economics and Social Sciences, “Ukraine”, Department of Psychology, Vinnitsia, Ukraine

PHYSICIANS’ COMMUNICATIVE COMPETENCE AS A FACTOR IN PREVENTING CONFLICTS IN PROFESSIONAL PRACTICE

ABSTRACT

Background. Communicative competence is a fundamental component of physicians’ professional effectiveness and an important factor in preventing conflicts within clinical practice. The rapid digitalization of healthcare, widespread adoption of electronic health records, and increasing reliance on technology-mediated interaction have transformed traditional physician–patient communication. These developments may contribute to divided attention, reduced eye contact, weakened empathic engagement, and communication deficits, potentially affecting patient trust, treatment adherence, therapeutic alliance, and the risk of interpersonal and medico-legal conflicts.

Objective. To examine the role of physicians’ communicative competence in preventing professional conflicts by synthesizing evidence on physician–patient interaction and comparing communication patterns characteristic of the pre-digital era with those emerging in contemporary digitalized clinical environments.

Methods. The study employed a theoretical and analytical design based on a comprehensive retrospective review and comparative synthesis of classical and contemporary scientific literature published between 1987 and 2026. The analysis incorporated conceptual modeling and systematic examination of psychological, deontological, clinical, and medico-legal aspects of physician–patient communication. Particular attention was given to empirical evidence concerning non-verbal empathy, electronic health record use, patient-centered communication, treatment adherence, conflict and malpractice risk, therapeutic alliance, and structured communication models.

Results. The reviewed evidence demonstrates a consistent association between the quality of physician–patient communication and clinically relevant psychological, behavioral, and organizational outcomes. Non-verbal empathic behavior was strongly associated with patient satisfaction ($r = .80$), whereas the use of electronic health

records was reported to account for up to 31% of consultation time directed toward the computer screen. Active listening and communication quality were associated with patient satisfaction ($r = .54$), while communication problems were identified in 71% of malpractice claims in one landmark analysis and accompanied medical errors in approximately 40% of cases in university clinical settings. Effective physician communication was associated with a 1.62-fold increase in the likelihood of treatment adherence. Patient-centered and empathic communication was additionally linked to favorable psychological and selected clinical outcomes, including reduced stress-related responses and improved management of chronic conditions. Evidence concerning structured approaches indicates that implementation of the Calgary–Cambridge model can enhance patient-centered communication without necessarily increasing consultation duration.

Conclusions. Communicative competence should be conceptualized not merely as a supplementary interpersonal skill but as an integral component of professional clinical competence, patient safety, and conflict prevention. Digitalization creates additional cognitive and relational challenges that require physicians to deliberately preserve empathic engagement, active listening, narrative competence, and patient-centered dialogue. The reviewed evidence supports the systematic integration of evidence-based communication training, including structured models such as the Calgary–Cambridge framework, into medical education and continuing professional development. Strengthening physicians' communicative competence may contribute to maintaining the therapeutic alliance, improving treatment adherence, reducing interpersonal and medico-legal risks, and supporting psychologically safer clinical interactions.

Keywords: communicative competence; physician–patient communication; communication skills; conflict prevention; patient-centered care; healthcare digitalization; therapeutic alliance; treatment adherence; narrative competence; clinical empathy.

Юлія МIRONIUK

Вінницький соціально-економічний інститут Університету «Україна», кафедра психології, м. Вінниця, Україна

КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТАМ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ

АНОТАЦІЯ

Передумови. Комунікативна компетентність є фундаментальною складовою професійної ефективності лікаря та важливим чинником запобігання конфліктам у клінічній практиці. Стрімка цифровізація охорони здоров'я, широке впровадження електронних медичних записів і зростання ролі технологічно опосередкованої взаємодії трансформували традиційну комунікацію між лікарем і пацієнтом. Ці зміни можуть спричиняти розподіл уваги, зменшення зорового контакту, послаблення емпатійної залученості та виникнення комунікативних дефіцитів, потенційно впливаючи на довіру пацієнта, прихильність до лікування, терапевтичний альянс і ризик міжособистісних та медико-правових конфліктів.

Мета. Дослідити роль комунікативної компетентності лікаря у запобіганні професійним конфліктам шляхом узагальнення наукових даних щодо взаємодії лікаря і пацієнта та порівняння комунікативних моделей, характерних для доцифрової епохи, із тими, що формуються в сучасному цифровізованому клінічному середовищі.

Методи. Дослідження виконано в межах теоретико-аналітичного дизайну на основі комплексного ретроспективного огляду та порівняльного синтезу класичної й сучасної наукової літератури, опублікованої впродовж 1987–2026 років. Аналіз включав концептуальне моделювання та систематичний розгляд психологічних, деонтологічних, клінічних і медико-правових аспектів комунікації між лікарем і пацієнтом. Особливу увагу приділено емпіричним даним щодо невербальної емпатії, використання електронних медичних записів, пацієнт-центрованої комунікації, прихильності до лікування, ризиків конфліктів і судових позовів, терапевтичного альянсу та структурованих моделей комунікації.

Результати. Проаналізовані наукові дані демонструють стійкий зв'язок між якістю комунікації лікаря з пацієнтом і клінічно значущими психологічними

ми, поведінковими та організаційними результатами. Невербальна емпатійна поведінка була тісно пов'язана із задоволеністю пацієнтів ($r = .80$), тоді як використання електронних медичних записів, за наявними даними, може призводити до того, що до 31% часу консультації увага лікаря спрямована на екран комп'ютера. Активне слухання та якість комунікації були пов'язані із задоволеністю пацієнтів ($r = .54$), тоді як в одному з фундаментальних досліджень комунікативні проблеми були виявлені у 71% випадків судових позовів щодо неналежного надання медичної допомоги та супроводжували медичні помилки приблизно у 40% випадків в університетських клінічних установах. Ефективна комунікація лікаря асоціювалася зі збільшенням імовірності дотримання пацієнтами призначеного лікування у 1,62 рази. Пацієнт-центрована й емпатійна комунікація також була пов'язана зі сприятливими психологічними та окремими клінічними результатами, зокрема зі зниженням реакцій, пов'язаних зі стресом, і покращенням ведення хронічних захворювань. Дані щодо структурованих підходів свідчать, що впровадження Калгарі-Кембриджської моделі може підвищувати рівень пацієнт-центрованої комунікації без обов'язкового збільшення тривалості консультації.

Висновки. Комунікативну компетентність доцільно розглядати не лише як додаткову міжособистісну навичку, а як інтегральну складову професійної клінічної компетентності, безпеки пацієнтів і запобігання конфліктам. Цифровізація створює додаткові когнітивні та реляційні виклики, які потребують від лікаря свідомого збереження емпатійної залученості, активного слухання, наративної компетентності та пацієнт-центрованого діалогу. Проаналізовані дані обґрунтовують доцільність системного впровадження доказово орієнтованого навчання комунікативних навичок, зокрема структурованих підходів на кшталт Калгарі-Кембриджської моделі, у медичну освіту та безперервний професійний розвиток. Розвиток комунікативної компетентності лікарів може сприяти збереженню терапевтичного альянсу, підвищенню прихильності пацієнтів до лікування, зниженню міжособистісних і медико-правових ризиків та формуванню психологічно безпечнішої клінічної взаємодії.

Ключові слова: комунікативна компетентність; взаємодія лікаря і пацієнта; комунікативні навички; за-

побігання конфліктам; пацієнт-центрована допомога; цифровізація охорони здоров'я; терапевтичний альянс; прихильність до лікування; наративна компетентність; клінічна емпатія.

How to cite (як цитувати):

Миронюк, Ю. КОМУНІКАТИВНА КОМПЕТЕНТНІСТЬ ЛІКАРЯ ЯК ЧИННИК ЗАПОБІГАННЯ КОНФЛІКТАМ У ПРОФЕСІЙНІЙ ДІЯЛЬНОСТІ. ПСИХОЛОГІЧНИЙ ЧАСОПИС, 12(7), 149–172. <https://doi.org/10.31108/1.2026.12.7.9>

Myroniuk, Y. PHYSICIANS' COMMUNICATIVE COMPETENCE AS A FACTOR IN PREVENTING CONFLICTS IN PROFESSIONAL PRACTICE. PSYCHOLOGICAL JOURNAL, 12(7), 149–172. <https://doi.org/10.31108/1.2026.12.7.9>

Дата отримання статті: 05.04.2026

Дата рекомендації до друку: 21.06.2026

Дата оприлюднення: 30.07.2026